

ISSN 0125-7242 (print)
ISSN 2673-0326 (online)

NDJ วารสารกองการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564 Vol 48 No.1 January-April 2021



วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564 Vol. 48 No.1 January-April 2021 ISSN 0125-7242

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ชื่อวารสาร ภาษาไทย

: วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ

: Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุขหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

1. บทความวิจัยทุกประเภท ทั้งจากส่วนบริการ ส่วนการศึกษา และส่วนสนับสนุน
2. บทความวิชาการได้แก่ บทความด้านการศึกษา การบริหาร และบริการพยาบาล (ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีทางการพยาบาล)
3. ข่าวสาร สารความรู้ ที่มาจากองค์กรพยาบาล องค์กรสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม – เมษายน พฤษภาคม – สิงหาคม กันยายน – ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกประเภทบุคคล (ฉบับละ 1 เล่ม) 450 บาท/ปี

อัตราค่าสมาชิกประเภทหน่วยงาน (ฉบับละ 3 เล่ม) 1,350 บาท/ปี

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล
(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

ที่ปรึกษา (Advisory Board)

ดร.กาญจนา จันทร์ไทย	Dr.Kanjana Chunthai	กองการพยาบาล
ดร.ธีรพร สกิริอังกูร	Dr.Teeraporn Sathira-angura	สำนักวิชาการสาธารณสุข

บรรณาธิการ (Editor)

ศิริมา ลีละวงศ์	Sirima Leelawong	กองการพยาบาล
-----------------	------------------	--------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.แสงทอง ธีระทองคำ	Assoc.Prof.Dr.Sangthong Terathongkum	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พศ.ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชษฐ์	Assist.Prof.Dr.Suntharawadee Theinpichet	ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ สภาการพยาบาล
พศ.ดร.ดนุลดา จามจุรี	Assist.Prof.Dr. Danulada Jamjuree	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
ดร.ศตมม ตรีสุฤติศักดิ์	Dr.Sasamon Srisuthisak	กองการพยาบาล
อัมรภัทร์ อรรถชัยวัฒน์	Armarapas Atthachaiwat	กองการพยาบาล

ผู้จัดการ (Manager)

นายนิชฌาน เทือกบุญญ	Nichan Thueakpanyo	กองการพยาบาล
---------------------	--------------------	--------------

ผู้จัดการอิเล็กทรอนิกส์ (Manager)

นายชัชชน เทพวงศ์	Chatchanon Thepphawong	กองการพยาบาล
------------------	------------------------	--------------

เจ้าของ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6294 โทรสาร 0-2590-6295
Website: <https://www.don.go.th/>

Copyright

Nursing Division, Office of Permanent Secretary
Building 4, 4thFloor Department of Medical
Ministry of Public Health
Tiwanon Rd, Muang District, Nonthaburi 11000
Website: <https://www.don.go.th/>
Tel. 0-2590-6294 Fax 0-2590-6295
E-mail: ndjournal@gmail.com

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
รายนามผู้พิจารณากลั่นกรองบทความวิจัย/วิชาการ (Peer review)

1. รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. รศ.ดร.วรางคณา จันทรังคัง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.พัฒมณท์ คุ้มทวีพร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
8. ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
9. ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ โฟน โบร์แมน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
12. ดร.เมทนี ระดาบุตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
13. ดร.มาสินี ศกุลปักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
14. ดร.สุนทรีภรณ์ ทองไสย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
15. ดร.นริมาลย์ นีละไพจิตร ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
16. ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์
17. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์ กองการพยาบาล
19. ดร.ศตมน ศรีสุทธิศักดิ์ กองการพยาบาล
20. นางอัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ กองการพยาบาล
21. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ กองการพยาบาล
22. นางสาวไศภิชฐ์ สุวรรณเกษวงษ์ กองการพยาบาล
23. นางสาวอุไรพร จันทะอุมเม้า กองการพยาบาล

สารจากบรรณาธิการ

วารสารกองการพยาบาล ฉบับที่ 1 ปี 2564 มีบทความวิจัย และบทความวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นบทความวิจัยจำนวน 11 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง โดยอัตราค่าสมาชิกวารสารกองการพยาบาล ประเภทบุคคล 450 บาท/ปี และ ค่าสมาชิกประเภทหน่วยงาน 1,350 บาท/ปี ขอชวนเชิญให้สมาชิกทุกท่าน และหน่วยงานช่วยสมัครเป็นสมาชิกอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งขอเชิญหน่วยงาน และบุคลากรสมัครเป็นสมาชิกใหม่ของวารสาร

ท้ายนี้ ขอประชาสัมพันธ์การเปลี่ยนแปลงการเข้าใช้งานระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ของกองการพยาบาล จากระบบเดิมมาเป็นระบบ THAJO อีกครั้งหนึ่ง เป็นการเริ่มต้นก้าวสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ ทั้งนี้ สมาชิกสามารถเข้าใช้งานระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบใหม่ ได้แล้ว หวังว่าสมาชิกทุกท่าน และหน่วยงานยังคงเป็นแฟนคลับพันธ์แท้ของวารสารกองการพยาบาล และส่งผลงานวิจัย หรือบทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ด้วยค่ะ

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

	สารจากบรรณาธิการ
กองบรรณาธิการ	
	บทบรรณาธิการ
ศิริมา ลีละวงศ์	
	รายงานการศึกษาวิจัย
การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล	
เยาวเรศ ก้านมะลิ.....	1
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกนนคร	
เปล่งฉวี สกนธรัตน์, วลัยดา อินธิแสง, ศศิธร ภักดีโชติ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, ลักษณนา เจริญราษฎร์.....	20
การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	
กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร	
สุทธิพร เทวยา, กรุณา ลิ้มเจริญ, นิชาภา ยนจอหอ.....	39
การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท้า	
จิราภรณ์ ศรีไชย	54
การพัฒนารูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองขาดเจ็บไม่รุนแรง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ราชวิถี	
กมลมาศ ไสยะอาด, นิรัชรา ก่อกุลดิลก.....	70
ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมเปรียบเทียบกับ การดูแลมาตรฐานเพื่อชะลอการเสื่อมของไต	
ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรังระยะที่ 3	
สุธิดา พุฒทอง, ทศพร โมระเสรีรัฐ.....	84
การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลยโสธร	
จันทร์เพ็ญ เนียมวัน, กลอยใจ แสนวงษ์.....	93
ประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อการประยุกต์ใช้สติกเกอร์ช่วยปรับพฤติกรรมน้ำทางหลอดเลือดดำ	
อภิชาติ กาศโอสถ.....	110
ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว	
และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด	
ชุลินดา ทิพย์เกษร, จันจิรา กิจแก้ว, วรรัตน์ ศรีสุข.....	119
การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	
นพมาศ สุทธิวิรัช, อุบล แจ่มนาม, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก.....	131
พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง	
สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, ชีรพร สติธองกูร, ศิริมา ลีละวงศ์, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์.....	145
	บทความวิชาการ
รูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน	
ธีรพร สติธองกูร, ศิริมา ลีละวงศ์, ไศภัสร์ สุวรรณเกษาวงษ์, ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ วณิชโยบล, ขวัญณา ขวัญสถาพรกุล.....	160

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับ รักษาในโรงพยาบาล

เยาวเรศ ก้านมะลิ* คด.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พัฒนารูปแบบ ศึกษาผลลัพธ์ และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาล ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วย 2) พัฒนารูปแบบบริการพยาบาล 3) ศึกษาผลลัพธ์การนำรูปแบบบริการพยาบาลไปใช้ และ 4) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยใน จำนวน 367 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC 0.90, 0.90, 0.85 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการประเมินที่ไม่ครอบคลุม การเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมี 4 องค์ประกอบ คือ การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การกำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงและป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการนิเทศทางการพยาบาล การนำรูปแบบบริการพยาบาลไปใช้ พบจำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มลดลง ไม่พบการพลัดตกหกล้มซ้ำ มีการปฏิบัติตามการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 92.50, ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการ และ ค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean 4.42, SD 0.75 และ Mean 4.20, SD 0.73 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, พลัดตกหกล้ม, ผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

e-mail: k.yaowaret@hotmail.com

The Development of Nursing Services Model to Prevent Falls in Hospitalized Patients

Yaowaret Kanmali* Ed.D.

Abstract

The objectives of this research were to study the situation of falls in hospitalized patients, develop a nursing services model, examine its outcomes, and evaluate the effectiveness of the developed nursing services model. This study employed research and development approaches, divided into 4 phases: 1) situational analysis of falls in hospitalized patients; 2) development of a nursing services model; 3) identification the outcomes of the nursing services model implementation; and 4) evaluation the effectiveness of the nursing services model. A sample of 367 hospitalized patients was recruited by simple random sampling. The research instruments consisted of the Fall Incident Recording Form, the Assessment of Nursing Practice for Falls Prevention Form, the Satisfaction and the Effectiveness Evaluation Form towards the Developed Nursing Services Model. The content validity was assessed using index of congruency (IOC), yielding a value of 0.90, 0.90, 0.85 and 0.85 respectively. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and qualitative data were analyzed using content analysis.

The research results showed that the situation of falls in hospitalized patients tends to increase due to lack of inclusive assessment, inadequate surveillance, environmental risk factors, and patient transportation. The developed nursing services model consisted of 4 components: 1) assessing risk of falls in hospitalized patients; 2) initiating the nursing practices procedure to prevention falls; 3) creating nursing innovation to reduce falling risks; and 4) providing practical nursing supervision. The implementation of the developed nursing services model revealed the numbers of falls were decreasing and no repeated falls were found in hospitalized patients. The percentage of nursing practices subsequent to the developed nursing services model was 92.5. The average satisfaction score and the average effectiveness score of the developed nursing service model were at a high level (Mean 4.42, SD 0.75 and Mean 4.20, SD 0.73 respectively).

Key words: model development, fall, hospitalized patients

* Professional Registered Nurse, Nursing Research and Development Group, Kalasin Hospital
e-mail: k.yaowaret@hotmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลก กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักพื้นฐานสำคัญในระบบบริการสุขภาพ¹ เนื่องจากความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น นำมาซึ่งความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เกิดข้อร้องเรียนและปัญหาการฟ้องร้องตามมา² จากการประชุมสุดยอดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ณ กรุงลอนดอน ประเทศสหราชอาณาจักร เมื่อวันที่ 9 -10 มีนาคม พ.ศ. 2016 ได้กำหนดให้วันที่ 17 กันยายนของทุกปี เป็นวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก (Global Day of Patient Safety)³ และกำหนดให้วันที่ 17 กันยายน เป็นวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety)⁴ ยิ่งเน้นย้ำให้เห็นชัดเจนว่า คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ดังจะเห็นได้จาก สถานบริการสุขภาพมีความตื่นตัวเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้ความสำคัญและเร่งรัดพัฒนาเพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ โรงพยาบาลมีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ดำเนินการติดตามผลลัพธ์ และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความปลอดภัยขององค์กร⁵

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) หมายถึง การปราศจากความเสียหายหรืออันตรายอันเป็นผลมาจากการดูแลรักษาโดยมิได้คาดหมายมาก่อน⁶ การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในโรงพยาบาล⁷⁻⁸ โดยพบเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย⁹ จะเห็นได้จากทุกๆ ประเทศให้ความสำคัญ และกำหนดการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล (Hospitalized fall) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล¹⁰⁻¹¹ เป็นตัวชี้วัด

คุณภาพเชิงผลลัพธ์ที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ และถือว่าการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการพลัดตกหกล้มเป็นเป้าหมายหนึ่งในความปลอดภัยผู้ป่วยระดับสากล (Internal patient safety goal: IPSG)¹² เช่นเดียวกับประเทศไทยที่กำหนดการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นหนึ่งของการดำเนินการที่ส่งผลดีต่อความสำเร็จของสถานบริการสุขภาพที่มีการจัดบริการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาล (2P Safety) ในตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล¹³ ด้วย

ปัจจัยสาเหตุการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลมักมีหลายปัจจัยร่วมกัน¹⁴ ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำทางการเดินที่ผิดปกติ การทรงตัวบกพร่องความผิดปกติต่อการรับรู้ ความบกพร่องทางสายตา และยาที่ได้รับ¹⁵⁻¹⁷ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ พรมในห้องผู้ป่วย ทางเดินลาดชัน พื้นต่างระดับ พื้นลื่น ห้องน้ำขาดอุปกรณ์ช่วยยึดจับรถเข็นนั่งไม่มีที่ล็อค^{14, 18-19} โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุการพลัดตกหกล้มร้อยละ 78 เกิดจากปัจจัยภายในร่างกาย ร้อยละ 14 เป็นปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ มีเพียงร้อยละ 8 เป็นเหตุการณ์ไม่คาดคิด เกิดจากปัจจัยภายในที่ไม่สามารถป้องกันได้⁹ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ภายหลังเหตุการณ์พลัดตกหกล้ม พบว่าเกิดการบาดเจ็บมากกว่าร้อยละ 30 ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น เนื้อเยื่อฉีกขาด จนถึงการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกหัก บาดเจ็บที่ศีรษะ และเสียชีวิต ซึ่งพบถึงร้อยละ 10-15²⁰ อีกทั้งการพลัดตกหกล้มยังเป็นเหตุให้การเคลื่อนไหวลดลง สูญเสียความสามารถในการ

ช่วยเหลือตัวเอง ต้องการการดูแลมากขึ้น เกิดภาวะ
ฟุ้งฟิง เกิดปัญหาด้านจิตใจ มีภาวะเครียด ซึมเศร้า
วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง บางรายเกิด
ภาวะกลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ (Post fall syndrome)
ทำให้ลดการเคลื่อนไหวหลังการพลัดตกหกล้ม
คุณภาพชีวิตลดลง และไม่ว่าการพลัดตกหกล้มจะมี
ความรุนแรงมากหรือน้อย ย่อมส่งผลต่อค่าใช้จ่ายทั้ง
ของครอบครัวและของสถานบริการทั้งสิ้น²⁰ นอกจากนี้
การพลัดตกหกล้ม ยังทำให้บุคลากรผู้ดูแลรู้สึกผิด
และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องดำเนินคดีจากครอบครัว
ของผู้ป่วยตามมา²⁰⁻²³

การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการ
ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการ
ป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ
ในชุมชน หรือศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตก
หกล้ม และการประเมินภาวะเสี่ยง เพื่อเป็นพื้นฐานใน
การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในขณะที่โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
ที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ
2559, 2560 และ 2561 จำนวน 6, 7 และ 9 ราย
ตามลำดับ แม้จะได้ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ
ที่แท้จริงของปัญหา (Root cause analysis) วาง
มาตรการป้องกัน และติดตามนิเทศทางการพยาบาล
แล้วก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นการ
ปฏิบัติตามบทบาทของวิชาชีพซึ่งมีความแตกต่างกัน
ตามประสบการณ์ ดังนั้น เพื่อให้การจัดบริการเป็นไป
ตามมาตรฐาน และเกิดการดำเนินการที่ส่งผลดีต่อ
ความสำเร็จตามตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาล ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อ
ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับการรักษาใน
โรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ต่อการ
พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการป้องกันและ
พลัดตกหกล้มต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

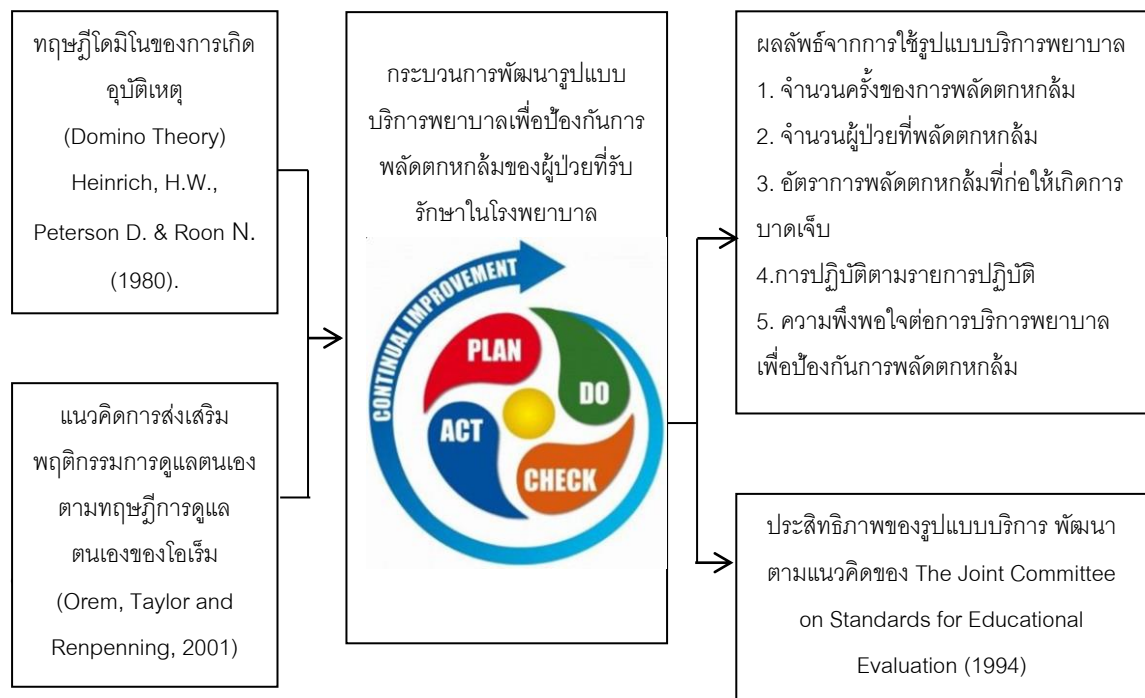
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และ
แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของ
ผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อ
ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาใน
โรงพยาบาล
3. เพื่อนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อ
ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาใน
โรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่
เกิดขึ้น
4. เพื่อประเมินรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อ
ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาใน
โรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นพัฒนารูปแบบบริการ
พยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับ
รักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบ
บริการพยาบาลตามทฤษฎีโดมิโนของการเกิด
อุบัติเหตุ (Domino Theory)²⁴ ที่กล่าวว่า การตัดลูกโซ่
อุบัติเหตุเพื่อไม่ให้ลูกโซ่อุบัติเหตุล้มลง โดยจำกัดการ
กระทำและ/หรือสภาพการณ์ที่ไม่เหมาะสมออกไป
การบาดเจ็บหรือความสูญเสียก็จะไม่เกิดขึ้น ร่วมกับ
แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งเป็น
ส่วนหนึ่งของทฤษฎีการดูแลตนเอง²⁵ ที่ว่า หากความ
ต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care
demand) ของบุคคลมีมากกว่าความสามารถในการ
ดูแลตนเองที่มีอยู่ (Self-care agency) ย่อมทำให้บุคคล
เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ พยาบาล
เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือบุคคลในส่วนที่
ยังมีความพร่องในการดูแลตนเองที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับ
สุขภาพใน 5 วิธี คือ 1) การกระทำหรือไม่กระทำแทน
2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน และ 5)

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดตามทฤษฎีดังกล่าวในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาใน

โรงพยาบาล ภายใต้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ “Deming cycle” ที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ Plan, Do, Check, Act²⁶ ซึ่งขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สรุปได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

- 1) ขอบเขตด้านเนื้อหา กำหนดกิจกรรมต่างๆ ของรูปแบบบริการทางการพยาบาลตามทฤษฎีโดมิโนของการเกิดอุบัติเหตุ (Domino Theory)²⁴ ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม²⁵
- 2) ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษาใน 10 หอผู้ป่วย
- 3) ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 11 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล (วันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2562)

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

จำนวน 25 คน และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 25 คน และ 2) อาจารย์พยาบาลจำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Guideline for focus group discussion) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth question)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2559 - 2561 โดยการทบทวนหลักฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลโดยการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และสัมภาษณ์เชิงลึกกับอาจารย์พยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการผลการศึกษาศาสนาการการณ์การพลัดตกหกล้ม ปัญหาการดูแล และแนวทางพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มซึ่งเป็นผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-2 เพื่อให้ได้สาระสำคัญสำหรับพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลในระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล (วันที่ 1 เมษายน - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2562)

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ

งานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 25 คน, ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 25 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่บริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน จำนวน 20 คน สำหรับประชุมระดมความคิดเพื่อกำหนดองค์ประกอบของร่างรูปแบบบริการพยาบาล และกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของร่างรูปแบบบริการพยาบาล

2. ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน สำหรับตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของร่างรูปแบบ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยง 2 คน

3. ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกสูติศาสตร์ จำนวน 286 คน สำหรับทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก และผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม จำนวน 367 คน สำหรับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่

4. พยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่เจ้าของไข้ขณะรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในแผนกสูติศาสตร์ จำนวน 20 คน และแผนกศัลยกรรม จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ร่างรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล

2. แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของร่างรูปแบบบริการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของร่างรูปแบบบริการพยาบาลในภาพรวมเท่ากับ 4.96 และค่าดัชนี

ความสอดคล้องขององค์ประกอบร่างรูปแบบบริการพยาบาลมีค่าเท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) จากการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามของประเด็นที่ต้องการวัดของแบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม, แบบประเมินรายการปฏิบัติแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาล ด้วยการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruency: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.90, 0.90, 0.85 และ 0.85 ตามลำดับ

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดย

3.1 หาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (inter-rater reliability) ของแบบประเมินรายการปฏิบัติ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

3.2 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Item Total Correction) ของแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁶ โดยมีค่าตั้งแต่ 0.306 - 0.770 และ 0.455 - 0.860 ($r \geq 0.306$) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ทุกข้อ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการในขั้นตอนนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยใช้สาระสำคัญที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับ Deming cycle²⁷ ตามวงรอบดังนี้

วงรอบที่ 1 พัฒนารูปแบบบริการ ทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความตระหนักและความต้องการในการ

พัฒนารูปแบบบริการพยาบาล และระดมความคิดเพื่อกำหนดองค์ประกอบของร่างรูปแบบบริการพยาบาล และ

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน้าที่บริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน เพื่อสร้างความตระหนักและความต้องการในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล และระดมความคิดในรายละเอียดกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของร่างรูปแบบบริการพยาบาลจากขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 ร่างรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 นำรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนา ขึ้น เสนอผู้เชี่ยวชาญพร้อมกับเครื่องมือวิจัยเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสม พร้อมทั้งดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกออโรโธปิดิกส์จำนวน 2 หอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 ประชุมเพื่อประเมินผลเชิงคุณภาพเบื้องต้นของร่างรูปแบบบริการ และดำเนินการปรับปรุง

วงรอบที่ 2 ทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (Pilot study) คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกศัลยกรรม จำนวน 5 หอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมเพื่อประเมินผลการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนา และบ่งชี้ความพร้อมใช้ (field testing) ก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการประเมินผลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 3 นำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2562 - 31 มกราคม พ.ศ. 2563)

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกสูตินรีเวชกรรม และอายุรกรรม โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยคำนวณจากสูตรของทาโรยามาเน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%²⁸ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 367 คน และญาติของผู้ป่วย จำนวน 367 คน

2. พยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกสูตินรีเวชกรรม และอายุรกรรม จำนวน 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่

1. รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล
2. แบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม
3. แบบประเมินรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

วงรอบที่ 3 นำไปใช้จริงในกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ขึ้น มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประชุมเพื่อชี้แจงและนำรูปแบบบริการพยาบาลไปใช้จริงในแผนกสูตินรีเวชกรรม และอายุรกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ประชุมเพื่อประเมินผลและเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และผลการประเมินการปฏิบัติ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 4 ประเมินรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล (เดือนมกราคม พ.ศ. 2563)

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มเดียวกับกลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 3 จำนวน 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ 010-2019 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และการถอนตัว

จากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การรักษาความเป็นส่วนตัวและเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลต่างๆ มีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการพัฒนารูปแบบป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล

1.1 สถานการณ์การพลัดตกหกล้ม ปีงบประมาณ 2559 - 2561 พบจำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวน 6, 7 และ 9 ครั้ง คิดเป็น 0.14, 0.18 และ 0.22 ครั้ง/1,000 วันผู้ป่วยนอน ตามลำดับ โดยพบการพลัดตกหกล้มกระจายทั่วไปในทุกแผนก ไม่พบการพลัดตกหกล้มซ้ำในรายเดียวกัน สาเหตุการพลัดตกหกล้มเกิดจาก 1) หน้ามีดขณะถูกรั้ง ยื่น หรือเดิน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.73 (เป็นหญิงหลังคลอดบุตร 1 ราย), 2) พื้นลื่นสะดุด พื้นต่างระดับ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.73 3) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ร่วมกับภาวะแอลกอฮอล์ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 4) ตกเตียงขณะเอนหีบของ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18, 5) ล้มขณะลงจากรถเปล จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.08 และ 6) โรคทางจิตเวชหรือโรคร่วมจิตเวชที่มีอาการหูแว่ว กระโดดลงเตียง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.08 โดยผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.18 ได้รับบาดเจ็บรุนแรง ได้แก่ มีเลือดออกในสมอง แท้งบุตร

และกระดูกขาหัก ของระดับความรุนแรง และอีก 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.82 ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ มีแผลถลอก แผลขีดข่วน และฟกช้ำ

1.2 ปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ไม่มีวิธีการ หรือรูปแบบการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ชัดเจน การปฏิบัติเป็นไปตามประสบการณ์ทางวิชาชีพของแต่ละบุคคล ดังคำกล่าวของผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย “คนไข้หลังผ่าตัด ถ้าลุกได้ เดินได้ ก็จะไม่บอกให้เดินช้าๆ ระวังหน้ามีด” และ “หลังผ่าตัดระยะแรก บอกให้ญาติเฝ้าเกาะเฝ้ามา ให้ที่เตียงก่อน กลัวเป็นลมในห้องน้ำ จะไม่มีใครเห็น”

1.2.2 การตรวจตราสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย เช่น พื้นอาคาร การวางสิ่งของขวางทางเดิน เหล็กกันเตียงชำรุด เป็นต้น

1.2.3 อุปกรณ์ไม่เพียงพอหรือชำรุด เช่น ผ้าผูกมัด, ล้อรถเข็น

1.2.4 ผู้ป่วยรายที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้รับการประเมินไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ทราบประวัติโรคร่วมที่อาจเป็นสาเหตุต่อการพลัดตกหกล้ม ดังคำกล่าวของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ว่า “พยาบาลไม่ทราบว่าเขามีประวัติหูแว่ว และเริ่มมีอาการมาเดือนกว่าๆ แล้ว ก่อนที่จะมานอนโรงพยาบาล” และ “หลังคลอดใหม่ๆ ก็ให้ลุกเดินเข้าห้องน้ำคนเดียว”

1.2.5 ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ เช่น ไม่ยกเหล็กกันเตียง

1.2.6 ระบบนิเทศติดตามไม่สม่ำเสมอ

1.2.7 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวที่ว่า “ภาระงานที่มาก บ่อยครั้งทำให้ไม่ได้คุยกับคนไข้เลย”

1.3 แนวทางพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จากการทบทวนหลักฐาน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

วารสารกองการพยาบาล

1.3.1 แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ, การจัดสิ่งแวดลอม ได้แก่ แสงสว่าง, เสียงนอน, ห้องน้ำ, ล้อเซ็น, พื้น, บันได, การจัดอุปกรณ์ส่งสัญญาณ³⁰⁻³⁵

1.3.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม^{12, 27, 30-35}

1.3.3 การสื่อสาร เช่น การใช้โปสเตอร์, ป้าย,^{31, 34} สัญลักษณ์^{30,36}

1.3.4 นวัตกรรมทางการแพทย์ ได้แก่ รองเท้ากันลื่น³⁰, ต้นแบบของระบบป้องกันผู้ป่วยพลัด

ตกจากเตียงโดยใช้เทคนิคการจำแนกท่าทาง³⁷, สัญญาณเตือนยกที่กันเตียง³⁸

1.4 การบูรณาการผลการศึกษาศาสนาการณการพลัดตกหกล้ม ปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแนวทางพัฒนารูปแบบบริการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้สาระสำคัญสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาร่างรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล สรุปได้ดังตารางที่

1

ตารางที่ 1 การบูรณาการผลการศึกษาศาสนาการณการพลัดตกหกล้ม ปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแนวทางพัฒนารูปแบบบริการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาศาสนาการณในลักษณะเชิงสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม	ปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม	แนวทางพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	สาระสำคัญสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาร่างรูปแบบบริการพยาบาล
- พลัดตกหกล้มขณะลุกนั่ง ยืน เดิน เอื้อมหยิบของ	- เฝ้ารอวังได้เพียงพอ เช่น ไม่ยกเหล็กกันเตียง		1. การเฝ้ารอวัง - ขณะนั่ง ยืน เดิน เอื้อม - ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ - ยกเหล็กกันเตียง
- ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ร่วมกับภาวะแอลกอฮอล์			
- พื้นลื่น สะดุด ต่างระดับ	- การตรวจตราสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย เช่น พื้นอาคาร การวางสิ่งของ ขวางทางเดิน เหล็กกันเตียงชำรุด		2. การจัดการสิ่งแวดลอม: พื้น, จัดวางสิ่งของ, เหล็กกันเตียง
- ล้มขณะลงจากเปล			3. การเคลื่อนย้าย
- โรคทางจิตเวช/โรคร่วม	- ได้รับการประเมินไม่ครบถ้วนหรือไม่ทราบประวัติโรคร่วมที่อาจเป็นสาเหตุต่อการพลัดตกหกล้ม, หลังคลอดระยะแรก	- การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	4. การประเมินความเสี่ยง: โรคทางจิตเวช/โรคร่วม, หลังคลอด
- ไม่มีวิธีการหรือรูปแบบการปฏิบัติ การปฏิบัติเป็นไปตามประสบการณ์ทางวิชาชีพของแต่ละบุคคล		- แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ, การจัดสิ่งแวดลอม	5. พัฒนารูปแบบปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

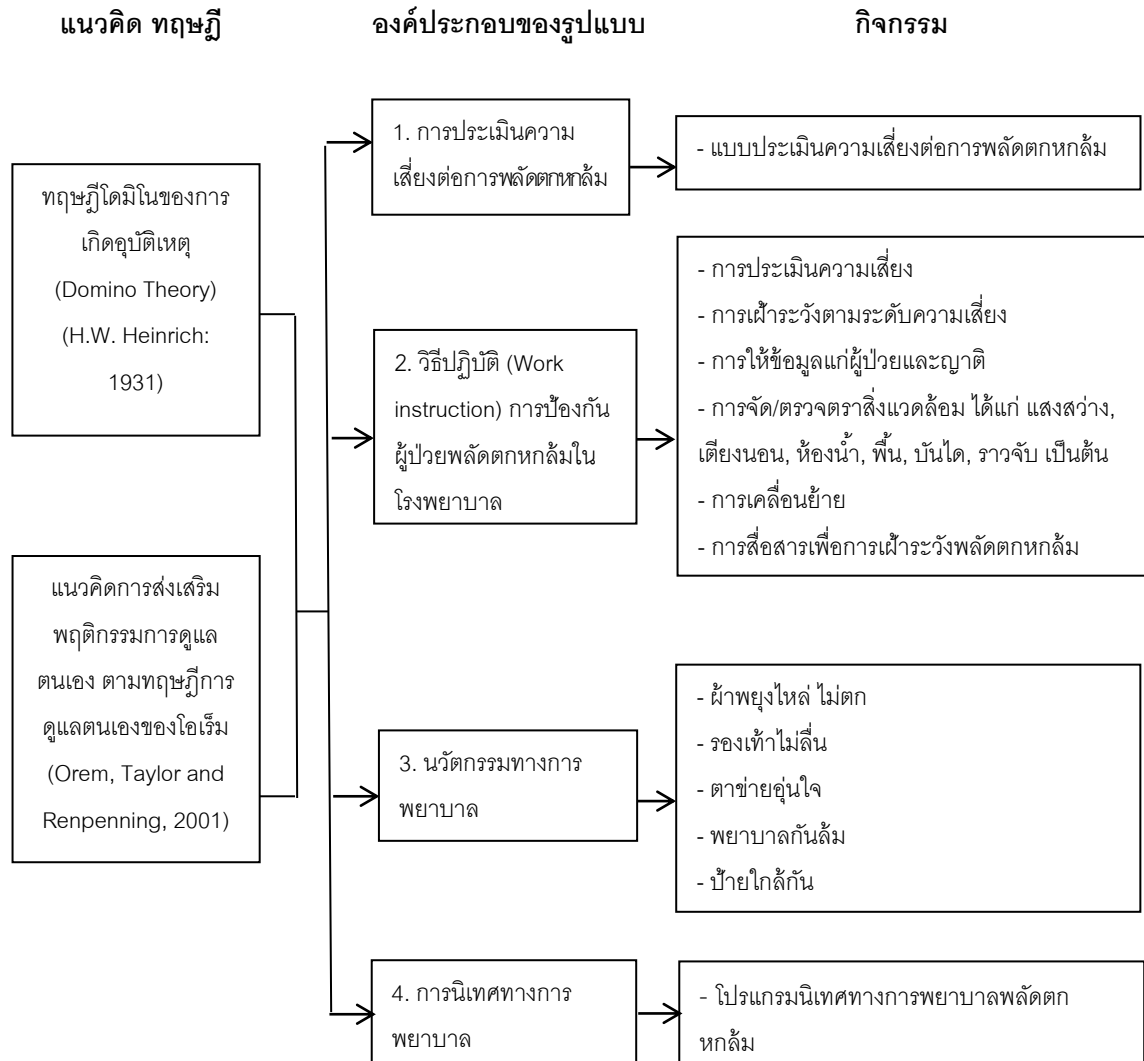
ตารางที่ 1 การบูรณาการผลการศึกษาศาสนการณ์การพลัดตกหกล้ม ปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแนวทางพัฒนารูปแบบบริการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผลการศึกษาศาสนการณ์ ในลักษณะเชิงสาเหตุของ การพลัดตกหกล้ม	ปัญหาการดูแลเพื่อป้องกัน การพลัดตกหกล้ม	แนวทางพัฒนารูปแบบ บริการพยาบาล จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	สาระสำคัญสำหรับ นำไปใช้ในการพัฒนาร่าง รูปแบบบริการพยาบาล
		ได้แก่ แสงสว่าง, เสียงนอน, ห้องน้ำ, ล้อเซ็น, ฟัน, บันได, การจัดอุปกรณ์ส่งสัญญาณ	
	- อุปกรณ์ไม่เพียงพอหรือ ชำรุด ได้แก่ ผ้าผูกมัด ล้อ รถเข็น		6. วัสดุอุปกรณ์: ผ้าผูกมัด, ล้อรถเข็น
	- นิเทศติดตามไม่สม่ำเสมอ		7. การกำหนดแผนการนิเทศ และนิเทศตามวิธีปฏิบัติ
	- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติ ไม่เพียงพอ		8. การให้ข้อมูล
		- การสื่อสาร เช่น โปสเตอร์, ป้าย	9. การสื่อสาร: โปสเตอร์, ป้าย
		- รองเท้ากันลื่น - ต้นแบบของระบบป้องกัน ผู้ป่วยพลัดตกจากเตียงโดยใช้ เทคนิคการจำแนกท่าทาง	10. นวัตกรรมทางการ พยาบาล

2. รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการนำสาระสำคัญที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มา

พัฒนาโดยกระบวนการระดมความคิด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทดลองใช้ในกลุ่ม เป้าหมายขนาดเล็กและกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ จนได้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลที่นำไปใช้ได้จริง มีองค์ประกอบดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับ

รักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยนำรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ใน 25 หอผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 6 เดือน (วันที่ 1 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 - วันที่ 31 เดือนมกราคม พ.ศ. 2563) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลพลัดตกหกล้ม (N 381)

รายการผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา
1. จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้ม	2	
2. จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้ม	2	0.03 ครั้ง/1,000 วัน ผู้ป่วยนอน
3. ร้อยละของการพลัดตกหกล้มที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย	1	50%
4. ร้อยละของการพลัดตกหกล้มที่ก่อให้เกิดกระดูกหัก	0	0%
5. สาเหตุของกลุ่มผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้ม		
5.1 ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และไม่ได้รับการป้องกัน	1	
5.2 มีการประเมินความเสี่ยง และได้รับการป้องกัน	1	

ผลการประเมินตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยรวมและรายด้าน (N 116)

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล	ร้อยละ
การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	93.45
การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มตามระดับความเสี่ยง	
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	88.45
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม	95.60
รวม	92.50

ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อการบริการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยรวมและรายด้าน (N 367)

ความพึงพอใจต่อการบริการ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม	Mean	SD	แปลผล
ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	4.25	0.72	มาก
ด้านการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม	4.60	0.78	มากที่สุด
รวม	4.42	0.75	มาก

4. ผลการประเมินรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมและรายด้าน (N 116)

ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล	Mean	SD	แปลผล
ด้านอรรถประโยชน์	4.65	0.82	มากที่สุด
ด้านความเป็นไปได้	4.55	0.60	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสม	4.40	0.80	มาก
ด้านความถูกต้องและครอบคลุม	4.20	0.72	มาก
รวม	4.45	0.73	มาก

การสะท้อนผลจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลไปใช้ ดังนี้ 1) เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นควรกำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วน วางเป้าหมาย และทิศทางการดำเนินงานผ่านระดับหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างาน 2) สะท้อนปัญหาและผลกระทบถึงระดับผู้ปฏิบัติการ 3) สร้างแกนนำพันธมิตรจากทีม risk management 4) มอบอำนาจการนิเทศทางการพยาบาลเชิงระบบถึงระดับหัวหน้าเวร รวมทั้งจัดทำแผนการนิเทศเฉพาะเรื่อง และแผนการสอนหน่วยงานตามสถานการณ์จริง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล อภิปรายผลใน 4 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล พบว่า จำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้น การพลัดตกหกล้มกระจายทั่วไปในทุกแผนก แต่ไม่พบการพลัดตกหกล้มซ้ำในรายเดียวกัน เป็นที่น่าสังเกตว่า สาเหตุของการพลัดตกหกล้ม มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม กล่าวคือ การพลัดตกหกล้ม

ขณะลุกนั่ง เดิน หรือผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง มีโรคร่วมที่อาจเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม โดยเข้าได้กับปัญหาการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินไม่ครบถ้วน หรือการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ เช่น ไม่ยกหลักกันเตียง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นการปฏิบัติตามบทบาทของวิชาชีพซึ่งมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุริย์ หรั่งจิตร²⁹ ที่พบว่า แบบประเมินที่ไม่เหมาะสม การประเมินที่ไม่ครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยที่ล่าช้า เป็นปัญหาของการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซึ่งใช้ได้ดีในสถานที่หนึ่งอาจจะไม่สามารถใช้กับอีกสถานที่หนึ่งได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากสถานที่สิ่งแวดล้อม ลักษณะ ผู้ป่วย และทีมผู้ดูแลแตกต่างกัน²⁸ ดังนั้น เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีความไว และความน่าเชื่อถือ สามารถระบุตัวผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และเป็นตัวส่งสัญญาณในการจัดกิจกรรมพยาบาลได้³¹

2. รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ ที่มีความจำเป็นอย่างนี้

2.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีรายการประเมิน ได้แก่ ประวัติการพลัดตก

หกล้ม, จำนวนการวินิจฉัยโรค, การช่วยการเคลื่อนย้าย, การได้รับสารน้ำ, การเดิน และสภาพจิตใจ ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบโอกาสของการพลัดตกหกล้ม และเพื่อการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง⁴¹ สอดคล้องกับแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ สุริย์ หรงจิต²⁹ ที่พบว่า การเคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อ ประวัติการพลัดตกหกล้ม และการวินิจฉัยโรคเป็นปัจจัยซึ่งถูกกำหนดขึ้นเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล

2.2 วิธีปฏิบัติ (Work instruction) การป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ, การจัด/ตรวจตราสิ่งแวดลอม, การเคลื่อนย้าย, การสื่อสารเพื่อการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม โดยกิจกรรมดังกล่าวได้มาจากกระบวนการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดกิจกรรมจากการวิเคราะห์ปัญหา และผู้ปฏิบัติงานภายใต้บริบทจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม⁴² ในบางประการ ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม, การให้ความรู้ และการใช้รองเท้าที่ถูกต้อง

2.3 นวัตกรรมทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ผ้าพุงไหล ไม่ตก ใช้คาดรัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกจากรถเข็นนั่งจากการโน้มตัวลงทางด้านหน้า 2) รองเท้าไม่ลื่น ซึ่งมีพื้นรองเท้าที่มีความเหนียว ป้องกันการลื่นล้มขณะเดิน 3) ผ้าคาดอกคาดใจ ใช้คาดรัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันการลุกสำหรับผู้ป่วยนอนบนเตียงหรือรถเข็นนอน 4) พยาบาลกันลื่นเป็น Application สำหรับให้คำแนะนำถึงสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม และวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มด้วยภาพสีและอักษรที่เข้าใจง่าย น่าสนใจ และ 5) ป้ายใกล้กัน ให้เป็นสัญลักษณ์สื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล เพื่อเน้นการเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยงต่อ

การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากนวัตกรรมทางการพยาบาลดังกล่าว มีความจำเป็นสำหรับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งควรต้องมีกิจกรรมหลายอย่างร่วมกันหรือเพื่อพิจารณาใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับ จีรภรณ์ ชนะภัย³² ที่ใช้รองเท้ากันลื่นในโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม³² นอกจากนี้ การให้ความรู้ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการใช้รองเท้าที่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติซึ่งกำหนดขึ้นในแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย⁴² เช่นกัน

2.4 การนิเทศทางการพยาบาล เนื่องจากบริบทการปฏิบัติงานที่ยังไม่มีการปฏิบัติที่เป็นแบบแผนชัดเจน การนิเทศจะเป็นวิธีติดตามที่ จะช่วยจูงใจในการปฏิบัติงาน และกำหนดทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมได้ สอดคล้องกับ เบญจพร ไพบูลย์พลาชัย และ จันทร์เพ็ญ สโมโนยพงส์⁴³ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการนิเทศการ พยาบาล ทำให้ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานเพิ่มจาก 3.98 เป็น 4.42 ($p = 0.020$)

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงพบว่า การปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยรวมร้อยละ 92.50 และพบผู้ป่วยพลัดตกหกล้มจำนวน 2 ครั้ง ไม่พบการพลัดตกหกล้มในรายเดียวกัน คิดเป็น 0.03 ครั้ง/1,000 วันผู้ป่วยนอน โดยมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติการพลัดตกหกล้มที่ผ่านมา ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหาปัญหา กำหนดองค์ประกอบของร่างรูปแบบบริการพยาบาล และรายละเอียดกิจกรรมตามองค์ประกอบ ภายใต้แนวคิด

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ Deming cycle ที่ประกอบด้วยกิจกรรม Plan, Do, Check, Act ทำให้เกิดการพัฒนาด้านการปฏิบัติของการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง²⁷ สามารถใช้ได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.20, SD 0.73) เนื่องจากรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ไม่เพิ่มภาระงาน หรือค่าใช้จ่ายขององค์กร ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรภรณ์ ชนะภัย³² ที่พบว่า การนำแบบประเมินความเสี่ยงในการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้จริง ด้านความเหมาะสมต่อลักษณะของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 ทั้งนี้ ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นประเด็นที่สถานบริการสุขภาพต่างให้ความสำคัญ และเร่งรัดพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ โดยกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย ดำเนินการ และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยขององค์กร⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ โรงพยาบาล หรือองค์กร อื่น ๆ สามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล หรือนำผลลัพธ์ (outcomes) จากกระบวนการพัฒนาไปปรับใช้ หรือพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล สามารถนำรูปแบบบริการพยาบาลนี้ ไปเป็นต้นแบบในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาคุณภาพการ จัดบริการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อประเมินความยั่งยืน และผลลัพธ์ในระยะยาวของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น โดยการศึกษาติดตามประเมินผลเชิงเปรียบเทียบในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อนำมา กำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการ จัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งช่วยเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัยสำหรับบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน

References

1. World Health Organization. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?. [Internet]. 2004 [cited 2019 Jun 20]; Available from: <http://www.euro.who.int/document/>
2. DeMaria J. Organizational Safety Culture. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 28]; Available from: <https://ishm.org/organizational-Safety-Culture>.
3. Dzau VJ. Global Patient Safety 2017: A Call to Action. National Academy of Medicine Second Global Ministerial Summit on Patient Safety. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 3]; Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/.../Patientensicherheit/Key>.

4. Bureau of information. Office of The Permanent Secretary, MOPH. Safety patient and health personnel safety strategy of Thailand. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 28]; Available from: https://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new
5. Malee Khamkong. Patient safety: Guidelines for nursing practice management. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;6(1):216-28. Thai.
6. Saisamorn Chaleoykitti, Pornnapa Kamprow, Sompis Promdet. Patient safety and quality of nursing service. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;5(2):66-70. Thai.
7. Cox J, Thomas-Hawkins C, Pajarillo E, et al. Factors associated with falls in hospitalized adult patients. Appl Nurs Res. 2015;28(2):78-82.
8. Matarese M, Ivziku D, Bartolozzi F, Piredda M, De Marinis MG. Systematic review of fall risk screening tools for older patients in acute hospitals. J Adv Nurs. 2015;71(6):1198-209.
9. Loria G, Bhargava A . Prevention of patient falls: A case study. Apollo Medicine. 2013;10(2):175–80.
10. American Nurses Association [ANA]. The National Database of Nursing Quality Indicators. [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 30]; Available from: <https://www.nursingquality.org/data.aspx>
11. Burston S, Chaboyer W, Gillespie B. Nurse-sensitive indicators to reflect nursing care quality: A review and discussion of the issues. J. Clin. Nurs, 2014; 23(13–14): 1785-95.
12. Tipanetr Ngamkala, Prakong Intarasombat, Supreeda Monkong. Synthesis of knowledge about prevention and fall management in patients. Rama Nurse Journal. 2011; 17(1):108-25. Thai.
13. Nursing Division, Ministry of Public Health. Guidelines for collecting indicators for nursing service quality development: Annual 2019. Nontaburee: Tawan Media Publishing Co., L.ted; 2019. Thai.
14. University of York, Centre for Reviews and Dissemination. Preventing falls in hospitals. [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun14]; Available from: www.york.ac.uk/inst/crd
15. Prasert Assonchai. Common health problems in the elderly and prevention 5th ed. Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital Mahidol University; 2015. Thai.
16. Stanmore EK, Oldham J, Skelton D.A, et al. Fall Incidence and outcomes of falls in a prospective study of adults with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(5):737- 44.
17. Severo IM, Almeida MA, Kuchenbecker R, et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review. The Scientific Electronic Library Online: SciELO Brasil. [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 28]; Available from:<http://www.scielo.br/scielo.php?>
18. Yau S. Analysis on the high risk factors for elderly fall in hospital settings. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 28]; Available from: <http://www3.ha.org.hk/haconvention/hac>.

19. Cahill S, Stancliffe RJ, Clemson L, Durvasula S. Reconstructing the fall: Individual, behavioral and contextual factors associated with falls in individuals with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2014;58(4):321-22.
20. National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls in hospital. [Internet]. 2007 [cited 2018 Oct 5]; Available from: <http://www.npsa.nhs.uk>
21. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age and Ageing.* 2004;33:122-30.
22. Milisen K, Staelens N, Schwendimann R, et al. Fall prediction in inpatients by bedside nurses using the St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY) instrument: A multicenter study. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(5):725-33.
23. Williams TA, King G, Hill AM, et al. Evaluate of a fall prevention programme in an acute tertiary care hospital. *Journal of Clinical Nursing.* 2007;16(2):316-24.
24. Heinrich HW, Peterson D, Roon N. *Industrial Accident Prevention.* New York: Mcgraw-Hill; 1980.
25. Orem D E, Taylor SG, Renpenning K M. *Nursing: Concepts of practice* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
26. Paisan Worrakam. *Educational Research* 4th ed. Mahasarakam: Takka-silakanpim; 2012.
27. Deming EW. *Out of the Crisis.* USA: The Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study; 1995.
28. Tanin Silpjaru. *Researching and analyzing statistical data with SPSS* 7th ed. Bangkok; 2006. Thai.
29. Suree Rongchit .Development of Fall Risk Assessment Form for elderly patients Inpatient Department, Somdet Phra Phutlertla Hospital, Samut Songkhram province in the national research Sukhothai Thammathirat University 6th; 2016. Thai.
30. Vassallo M, Mallela SK, Williams A, Sharma JC. Fall risk factors in elderly patients with cognitive impairment on rehabilitation wards. *Geriatr Gerontol Int.* 2009;9(1):41-6.
31. Perell KL, Nelson A, Goldman RL et al. Fall risk assessment measures: An analytic review. *Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(12):761-6.
32. Chiraphon Chanaipai. *Safety management system for fall prevention among patients in private hospitals.* Bangkok: Mahidol University; 2008. Thai.
33. Chiang Rai Prachanukroh Hospital. *Regulations falling patient prevention, falling;* 2017. Thai.
34. Nursing Division, Phramongkutklao Hospital. *Practice Fall prevention;* 2017. Thai.
35. Nursing Department, Thammasat University Hospital. *Guidelines for fall prevention. Fall;* 2018. Thai.

36. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, et al. Fall prevention in acute care hospitals: A randomized trial. *Jama*. 2010; 304(17):1912-18.
37. Zachary K, Awatef E, Wai YL, et al. Iterative user centered design for development of a patient-centered fall prevention toolkit. *Applied Ergonomics*. 2016;56:117-26.
38. Sirilak Phanthong, Orsa Unthawaraka , Sunantha Yodsima. Synthetic document analysis: Go back to prevent falls and falls of patients in the hospital from the participation of patients or caregivers. In the design of safety marks. Document in academic conference project for Nursing Department, Siriraj Hospital; 2010. Thai.
39. Amonrat Vanngein. The development of a prototype for prevention of falling patients from bed by using the technique of Classified. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. Thai.
40. The Fall Prevention Board, the Lad Krabang Hospital team of Bangkok and the Faculty of Education Industrial and technology science, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang. Alarm for lifting bed rails. [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar11]; Available from: <http://www.msdbangkok.go.th/vichakarn60/pdf/19>
41. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J, Kowanko I. Fall in acute hospital: A systemic review. The Jonna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. [Internet]. 1998 [cited 2019 Apr 2]; Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au/FALLS/fallsreview>
42. Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR]. Clinical practice guideline No.1. AHCPR, Publication, No.92-0032. [Internet]. 1992 [cited Feb 28]; Available from: www.ahcpr.org.
43. Benjaporn P Phlaayoi, Chanphen S Monyaphong. The effective of the participatory nursing supervision program of head nurses on the performance of professional nurses in specialized cancer hospitals. *Journal of Cancer*. 2017;2(35):46-55. Thai.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนคร

เปล่งฉวี สกนธรัตน์*

พย.ม. วลัยดา อินธิแสง**

วท.ม.

ศศิธร ภัคดิโชติ**

พย.ม. ปิยรัตน์ โสมศรีแพง*** พย.ม.

ลักษณา เจริญราษฎร์***

พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561- เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 31 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 52 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แบบประเมินสมรรถนะ แบบนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มี 2 ส่วน คือ 1.1 การประเมินความเสี่ยงและสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ และ 1.2 การพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2) สมรรถนะการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 10 สมรรถนะ และ 3) แนวทางการนิเทศทางคลินิก ผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบ ด้านผู้รับบริการ พบ อัตราการเกิดอุบัติเหตุการตั้งครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงต่ำกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ไม่พบอุบัติการณ์ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และอาการเป็นพิษจากแมกนีเซียมซัลเฟต ด้านผู้ให้บริการ พบ พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านทักษะผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ 95.28 และปฏิบัติตามรูปแบบได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 92.82

คำสำคัญ: ภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง สมรรถนะพยาบาล การนิเทศทางคลินิก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร

Corresponding e-mail: plengpeeti@hotmail.com

Development of the Nursing Care Model to Prevent Crisis in Pregnant Women with Hypertensive Disorders at Sakon Nakhon Hospital

Plengchawee Sakontarat*	M.N.S.	Wanyada Inthisaeng**	M.S.
Sasithorn Pakdeechot**	M.N.S.	Piyarat Somsripang***	M.N.S.
Laksakana Charenras***	M.N.S.		

Abstract

The objectives of this research and development study were to develop and examine the effects of the nursing care model to prevent crisis in pregnant women with hypertensive disorders. The study was conducted during July 2018 - September 2020. A sample of 31 registered nurses and 52 pregnant women with hypertensive disorders were recruited. The research instruments consisted of the developed nursing care model to prevent crisis in pregnant women with hypertensive disorders, a nurse competency assessment form, a clinical supervision assessment form, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Chi-square.

The results revealed that the nursing care model to prevent crisis in pregnant women with hypertensive disorders consisted of three components: 1) clinical nursing practice guidelines containing 2 parts: 1.1 assessment of the risks and early warning signs, 1.2 nursing care during antepartum, intrapartum, and postpartum period; 2) ten competencies of nursing care in pregnant women with hypertensive disorders; and 3) clinical supervision. The outcomes of the pregnant women shown the incident rate of severe preeclampsia after implementing the model was significant lower than before implementing the model ($p < .05$). The incident rate of unplanned ICU transfer and magnesium toxicity was not report. The outcomes of the nurses indicated that knowledge after implementing the model was significant higher than before implementing the model ($p < .05$). Their skill passed the criteria at 95.28 and they correctly performed nursing care according to the model at 92.82 per cent.

Key words: crisis in pregnant women with hypertensive disorder, nurse competency, clinical supervision

* Registered nurse, senior professional level, Chief of Nursing

**Registered nurse, professional level

***Registered nurse, Sakon Nakhon Hospital

Corresponding e-mail: plengpeeti@hotmail.com

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (hypertensive disorders in pregnancy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลทำให้มารดามีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตรุนแรง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรง ภาวะชัก ภาวะเลือดออกในสมอง สมองบวม น้ำท่วมปอด กลุ่มอาการเฮลปีซินโดรม (HELLP Syndrome) รกลอกตัวก่อนคลอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติและตกเลือดหลังคลอด¹⁻² พบอุบัติการณ์ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และภาวะชัก ในต่างประเทศ ร้อยละ 2.16 และ 0.28 ตามลำดับ³ ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานที่ระบุชัดเจนเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แต่มีรายงานอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการบวม โปรตีนรั่วในปัสสาวะ และภาวะความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2558-2560 คือ 3.4, 3.5 และ 3.0 ต่อการเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน ตามลำดับ⁴

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลศูนย์ของเขตสุขภาพที่ 8 และเป็นแม่ข่าย (focal point) ในการพัฒนาระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ของเขตสุขภาพ และให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในเขตจังหวัดสกลนคร และจังหวัดใกล้เคียง พบอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในปี พ.ศ. 2558-2560 ร้อยละ 4.12, 3.73, และ 4.36 ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต ได้แก่พบเฮลปีซินโดรม ร้อยละ 0, 0.59, และ 0.52 ตามลำดับ ภาวะชัก ร้อยละ 0.14, 0.04, และ 0.11 ตามลำดับ และต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 0, 0.59 และ 1.03 ตามลำดับ⁵

การทบทวนอุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2560 พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะวิกฤต ดังนี้ 1) ด้านการประเมิน พบว่า ขาดการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ทำให้เกิด

ความการล่าช้าใน วินิจฉัยภาวะดังกล่าวสูงถึง ร้อยละ 14.71 และขาดเครื่องมือในการประเมิน เฝ้าระวัง และดักจับอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ภาวะวิกฤต และมีอาการทรุดลง ในขณะรอคลอด ร้อยละ 2.58 2) ด้านสมรรถนะพยาบาล ยังไม่มีการกำหนดประเด็นพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านของพยาบาลผู้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 3) ด้านระบบบริการพยาบาล ยังเป็นแบบแยกส่วน และขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ 4) ระบบการนิเทศทางคลินิกยังไม่ครอบคลุมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การป้องกันภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการประเมิน โดยการใช้เครื่องมือประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม จะช่วยให้สามารถประเมิน และดักจับสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้⁶ และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและวางแผนให้การพยาบาล ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก⁷ 2) ด้านระบบบริการพยาบาล จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูล และมีเป้าหมายเดียวกัน ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง (1981)⁸ ที่มุ่งเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายทางด้านสุขภาพตามที่ได้ตกลงกันไว้ 3) การพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกเฉพาะสาขา โดยประยุกต์ใช้สมรรถนะหลักผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง⁹ ร่วมกับสมรรถนะสำหรับพยาบาลห้องคลอด¹⁰ จะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) การนิเทศทางคลินิก จะช่วยให้การพัฒนาความรู้ และ

ทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล และนำไปสู่ผลลัพธ์ การให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ¹¹

ดังนั้น ผู้วิจัยที่มีบทบาทของผู้บริหาร จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ ภาวะเฮลิพซินโดรม ภาวะชัก และอาจต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง⁸ ร่วมกับการประยุกต์ใช้การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม⁶ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁷ การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง⁹⁻¹⁰ และการนิเทศทางคลินิก¹¹ โดยคาดหวังว่ารูปแบบการพยาบาลนี้ จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

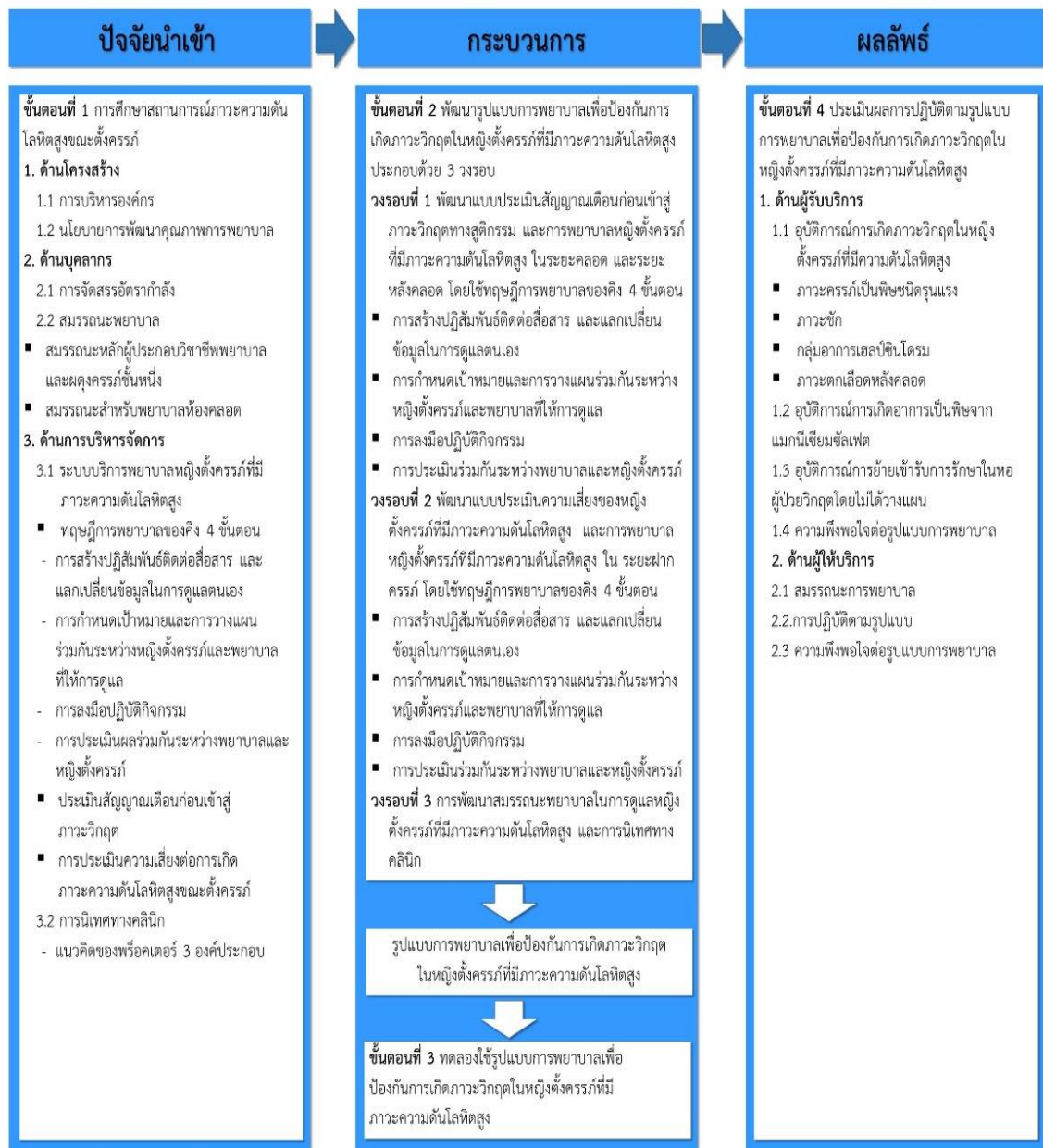
การวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ประกอบด้วย 1) แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ Mahdjoubi¹² 4 ขั้นตอน 2) ทฤษฎีระบบ

ของ Donabedian¹³ เป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (ภาพที่ 1) ดังนี้

2.1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ นโยบาย การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้สมรรถนะหลักผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง⁹ ร่วมกับสมรรถนะสำหรับพยาบาลห้องคลอด¹⁰ การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง⁸ 4 ขั้นตอน ร่วมกับการประยุกต์ใช้การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม ซึ่งดัดแปลงมาจาก Modified early obstetric warning scores system (MEOWS)⁶ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁷ และการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพร็อคเตอร์¹¹

2.2) กระบวนการ (Process) หรือขั้นตอนในการพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

2.3) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ ทั้งทางด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนคร
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) ของ Mahdjoubi ¹²

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร มี 2 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1 ผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) ผู้บริหารการพยาบาล คือ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน และ 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 64 คน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มปฏิบัติงานในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2563
 - 1.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการฝากครรภ์และบริการคลอด ในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 71 คน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2563

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษา
วิเคราะห์รูปแบบ และความต้องการในการพัฒนา
ได้แก่ 1) ผู้บริหารการพยาบาล คัดเลือกแบบเจาะจง
ตามคุณลักษณะที่กำหนด ดังนี้ ปฏิบัติงานในระดับ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หรือ หัวหน้าหอผู้ป่วย
อย่างน้อย 1 ปี สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด
โครงการ ยินดี และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา ได้กลุ่ม
ตัวอย่างที่เป็นผู้บริหาร 5 คน 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล

คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด ได้แก่ จบปริญญาโทสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง และ/หรือจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว อย่างน้อย 5 ปี สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล 16 คน

- 2.2 กลุ่มผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอย่างน้อย 6 เดือน สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา คือ ย้ายหน่วยงานในระหว่างทำการศึกษา เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา คือ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์หมดอายุ และย้ายหน่วยงานในระหว่างทำการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการ 26 คน 2) ผู้รับบริการ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการฝากครรภ์และมาคลอดที่โรงพยาบาลสกลนคร คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ทั้งในระยะฝากครรภ์ และระยะคลอด มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสกลนครอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป โดยไม่จำกัดอายุครรภ์ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยฝากครรภ์มาก่อน และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา ได้แก่ แท้งมีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล หลังคลอดย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ หรือ ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการจำนวน 52 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนคร 1.2 สมรรถนะพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และ 1.3 แนวทางการนิเทศทางคลินิกด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง รายละเอียด ดังนี้

1.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์มาจากมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด⁸⁻¹⁰ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94 ประกอบด้วย

1.1.1 การพยาบาลระยะฝากครรภ์ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แรกรับในท้องคลอด โรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ความเสี่ยง 18 ตัว แบ่งเป็นระดับความเสี่ยงต่ำ 13 ตัว และความเสี่ยงสูง 5 ตัว และแนวทางการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับระดับความดันโลหิต และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา อาหาร การพักผ่อน การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การสังเกตอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และรีบมาโรงพยาบาล 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกันในการป้องกันภาวะวิกฤต โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ และความเสี่ยงสูงเพื่อ

ป้องกันการเกิดภาวะชัก 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และ 4) การประเมินอาการร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลที่ให้การดูแล ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก และการเฝ้าระวังตนเอง พร้อมทั้งประเมินปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะวิกฤต

1.1.2 การพยาบาลระยะคลอด ได้แก่ การประเมินหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม (Sakon Nakhon Hospital-Modified Early Obstetric Warning Signs:S-MEOWS) ที่ประยุกต์จาก MEOWS⁶ มีตัวบ่งชี้ความเสี่ยง 13 ตัว แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนน 1-3 คะแนน และแทนระดับความรุนแรงด้วยสี 3 สี ดังนี้ 1) สีเขียว ระดับความเสี่ยงต่ำ เท่ากับ 1 คะแนน 2) สีเหลือง ความเสี่ยงสูง เท่ากับ 2 คะแนน และ 3) สีแดง ความเสี่ยงสูงมาก เท่ากับ 3 คะแนน และการจัดการทางการพยาบาลตามระดับรุนแรงทั้ง 3 ระดับ ตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างปฏิสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต 2) การกำหนดเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะวิกฤต โดยการวางแผนร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ในการสังเกตอาการตนเอง การแจ้งอาการแก่พยาบาล การวางแผนในการประเมินและเฝ้าระวังของพยาบาลตามระดับความเสี่ยง 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามแผน การจัดการทางการพยาบาลเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และ 4) การประเมินอาการร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์และพยาบาลที่ให้การวางแผนการคลอด

1.1.3 การพยาบาลระยะหลังคลอด ได้แก่ การประเมินหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แบบประเมิน S-MEOWS อย่างต่อเนื่อง และการจัดการพยาบาล ตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สัญญาณเตือน และการ

ขอคำปรึกษา 2) การกำหนดเป้าหมาย ผู้รับบริการสามารถประเมินและเฝ้าระวังอาการเตือนด้วยตนเอง และการควบคุมความดันโลหิต 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามแผน โดยการให้ข้อมูลการวางแผนจำหน่ายรายบุคคล และการวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และ 4) การประเมินผลโดยการนัดติดตามหลังคลอดที่แผนกผู้ป่วยนอก 2 สัปดาห์

1.2 สมรรถนะพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ประยุกต์ใช้สมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์⁹ และสมรรถนะของพยาบาลห้องคลอด¹⁰ มี 10 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2) การประเมินภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3) การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม 4) การพยาบาลด้วยการให้ข้อมูลและคำแนะนำ 5) การบรรเทาอาการรบกวน 6) การบริหารยา 7) การเตรียมคลอด 8) การทำคลอดและช่วยคลอด 9) การดูแลหลังคลอด และ 10) การบันทึกทางการพยาบาล โดยประเมินด้านความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงตรง (validity) ของเครื่องมือ ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.82 และประเมินด้านทักษะ จำนวน 49 ข้อ โดยต้องผ่านเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80 ค่า CVI เท่ากับ 0.82

1.3 แนวทางการนิเทศทางคลินิก ตามแนวคิดของพร็อคเตอร์ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) การนิเทศตามมาตรฐาน โดยการประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาลได้ร่วมอภิปราย ร่วมเสนอความคิดเห็นในการนำแนวทางสู่การปฏิบัติ 2) การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ โดยการสอนแนะพยาบาลรายบุคคล และ 3) การนิเทศเพื่ออำนวยการรักษา โดยการให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคล และการประชุมปรึกษาการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ 0.8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้

1. ประเด็นหลักในการประชุมกลุ่ม สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัญหา อุปสรรค โอกาสพัฒนา ความต้องการของพยาบาล และแนวทางแก้ไข ค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 1.0

2. แบบนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 60 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนน คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ผ่านการประเมินทักษะการพยาบาล $\geq$ ร้อยละ 80 ค่า CVI เท่ากับ 0.88

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการพยาบาล เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ค่า CVI เท่ากับ 0.85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการพยาบาล เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ค่า CVI เท่ากับ 0.85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

5. แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และอุบัติการณ์เกิดภาวะวิกฤต ค่า CVI เท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสกลนคร เลขที่อนุญาต ECSKH 15/2561 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยที่เป็นแบบสมัครใจ การลงนามในใบยินยอม นำเสนอข้อมูล และการรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาของ Mahdjoubi¹² โดยมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนกรกฎาคม - เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ดำเนินการ ดังนี้

1) จัดประชุมกลุ่มผู้ให้บริการ 4 กลุ่ม คือ ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 5 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จำนวน 4, 6 และ 6 คน ตามลำดับ เพื่อระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค โอกาสพัฒนา ความต้องการของพยาบาล และแนวทางแก้ไข ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการประชุมระดมสมอง สรุปและวิเคราะห์ผล ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบ 4 ประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ ได้แก่

1.1 ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม

1.2 การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงยังเป็นแบบแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

1.3 ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะสำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

1.4 ไม่มีรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมการป้องกันภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

2) ทบทวนเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 82 ราย

3) ทบทวนเอกสาร งานวิจัย และสังเคราะห์องค์ความรู้ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาล

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทฤษฎีการพยาบาลของคิง การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อนำมาออกแบบรูปแบบการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบรูปแบบการพยาบาล ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง 4 ขั้นตอน คือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ ติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเอง การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนร่วมกัน การลงมือปฏิบัติกิจกรรม และการประเมินผลร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์และพยาบาล โดยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ด้วยโปรแกรมการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แรกรับโรงพยาบาลสกลนคร และใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรมด้วย MEOWS

2) สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตามสมรรถนะของพยาบาลห้องคลอดและสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

3) การนิเทศทางคลินิกด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดของฟร็อคเตอร์

นำรูปแบบที่พัฒนานี้ไปศึกษานำร่องกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ที่คลินิกฝากครรภ์

ห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลศูนย์
อุดรธานี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด นำผล
การศึกษามาปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้ทดลองจริง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล
เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.
2562 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 โดยดำเนินการ 2
ระยะ ดังนี้

1) เก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลก่อนการใช้
รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่าง
เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดย
การบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ และอุบัติการณ์การเกิด
ภาวะวิกฤตในแบบบันทึกข้อมูล และประเมินความพึง
พอใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2) เก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลหลังการใช้
รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่าง
เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 โดย

2.1 การเตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพผู้
ปฏิบัติการพยาบาล ด้านสมรรถนะการพยาบาลเพื่อ
ป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
ความดันโลหิตสูง ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
สอนเชิงเนื้อหาเพื่อให้ความรู้ และฝึกทักษะการ
พยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง และเตรียมความ
พร้อมพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการ
นิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย รูปแบบการนิเทศ
แผนการนิเทศ กิจกรรมการนิเทศ การประเมิน ผลการ
นิเทศ และแนะนำเทคนิควิธีการนิเทศ

2.2 เก็บข้อมูลในระยะฝากครรภ์ ด้วยการ
ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยง
หญิงตั้งครรภ์ของงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัด
สกลนคร และการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ให้การ
พยาบาลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะ
ตั้งครรภ์ตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง

2.3 เก็บข้อมูลในระยะคลอด ด้วยโปรแกรม
การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แรกรับใน
ห้องคลอดของโรงพยาบาลสกลนคร การใช้แบบ
ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง
ขณะตั้งครรภ์ และการใช้แบบประเมิน S-MEOWS ในการ
ประเมิน ฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอคลอด
ขณะคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมง ให้การพยาบาล
และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองระยะคลอดตาม
ทฤษฎีการพยาบาลของคิง

2.4 เก็บข้อมูลในระยะหลังคลอด ด้วยแบบ
ประเมิน S-MEOWS ในการประเมิน ฝ้าระวังอาการ
เปลี่ยนแปลงหลังคลอดจนจำหน่าย ให้การพยาบาล
และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะหลัง
คลอด และการวางแผนจำหน่าย ตามทฤษฎีการ
พยาบาลของคิง

3) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ควบคุม กำกับ
ติดตาม นิเทศการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาล
ในหน่วยงานให้เป็นไปตามรูปแบบการพยาบาลที่
พัฒนาขึ้น

4) บันทึกข้อมูลผู้รับ บริการ ผู้ให้บริการ
อุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤต ผลการนิเทศการ
ปฏิบัติตามรูปแบบ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ
และผู้ให้บริการ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนา
รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤต
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่าง
เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - เดือนกันยายน พ.ศ.2563
ประกอบด้วย 2 ด้าน ดังนี้

1) ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ อุบัติการณ์การเกิด
ภาวะวิกฤต การย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย
วิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และอาการเป็นพิษจาก
แมกนีเซียมซัลเฟต เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลอง และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2) ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ สมรรถนะพยาบาล ผลการนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผลการนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบ และความพึงพอใจต่อการใช้อยู่รูปแบบ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วย Chi-Square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนคร มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง 4 ขั้นตอน คือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ ร่วมกับการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การตั้งเป้าหมายและวางแผนร่วมกัน การลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน และประเมินผลร่วมกันระหว่างหญิงตั้งครรภ์และพยาบาล โดยการพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และการพยาบาลตามระดับความเสี่ยง 2 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำ และความเสี่ยงสูง การพยาบาลในระยะคลอด ประกอบด้วย การประเมินหญิงตั้งครรภ์ ด้วยแบบประเมิน S-MEOWS และการจัดการทางการพยาบาลตามระดับความรุนแรง 3 ระดับ คือ รุนแรงต่ำ รุนแรงสูง และรุนแรงสูงมาก การพยาบาลในระยะหลังคลอด ประกอบด้วย การใช้แบบประเมิน S-MEOWS อย่าง

ต่อเนื่อง และการจัดการพยาบาลในระยะหลังคลอดตามระดับความรุนแรง และการวางแผนจำหน่าย

1.2 สมรรถนะพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 10 สมรรถนะ คือ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2) การตรวจประเมินภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3) การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม 4) การพยาบาลภาวะฉุกเฉิน 5) การให้ข้อมูลและคำแนะนำ 6) การบรรเทาอาการรบกวน 7) การบริหารยา 8) การเตรียมการคลอด 9) การพยาบาลหลังคลอด และ 10) การบันทึกทางการพยาบาล โดยประเมินสมรรถนะพยาบาลในระยะฝากครรภ์ 8 สมรรถนะ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 และข้อ 10 ในระยะคลอด 10 สมรรถนะ และในระยะหลังคลอด 8 สมรรถนะ คือ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 และข้อ 10

1.3 แนวทางการนิเทศทางคลินิก ตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพร็อคเตอร์ ผลผสมผสานกับการร่วมปฏิบัติ นิเทศโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงานในแผนกสูติ-นรีเวช และวางแผนครอบคลุมกิจกรรมการนิเทศ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาลได้ร่วมอภิปรายร่วมเสนอความคิดเห็นในการปฏิบัติ 2) การสอนแนะนำพยาบาลรายบุคคลในขณะปฏิบัติงาน 3) การให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน ระหว่างการรับส่งเวรหรือระหว่างการตรวจเยี่ยม 4) การประชุมปรึกษากาพยาบาลในช่วงเข้าก่อนการปฏิบัติงาน 5) การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล เพื่อติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ 6) การสังเกตการปฏิบัติ และ 7) การร่วมมือปฏิบัติงานที่ครอบคลุมการพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนคร

2.1 ด้านผู้รับบริการ

1) ผลลัพธ์การพยาบาลด้านผู้รับบริการภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และอาการเป็นพิษจากการได้รับแมกนีเซียมซัลเฟต รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

อุบัติการณ์	ก่อนใช้รูปแบบ (N 26)		หลังใช้รูปแบบ (N 26)		Chi-square	P - Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. อุตการณ์การเกิดภาวะวิกฤต	15	57.69	8	30.77	3.82	.049
- ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง	12	46.15	8	30.77		
- ภาวะชัก	1	3.85	0	0		
- กลุ่มอาการเฮลปีซินโดรม	1	3.85	0	0		
- ตกเลือดหลังคลอด	1	3.85	0	0		
- ภาวะเลือดออกในสมอง	0	0	0	0		
- สมองบวม	0	0	0	0		
- น้ำท่วมปอด	0	0	0	0		
- รกลอกตัวก่อนคลอด	0	0	0	0		
- การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ	0	0	0	0		
2. การย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน	2	7.69	0	0		
3. อาการเป็นพิษจากแมกนีเซียมซัลเฟต	2	7.69	0	0		

2) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวม อยู่ใน

ระดับมาก (Mean 4.39, SD 0.41) โดยด้านที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ การช่วยทำให้ผู้คลอดปลอดภัย (Mean 4.62, SD 0.49) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการพยาบาล

การประเมิน	Mean	SD	ระดับ
ง่ายต่อการปฏิบัติ	4.23	0.58	มาก
มีความชัดเจน	4.31	0.47	มาก
มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้	4.46	0.50	มาก
ช่วยให้ผู้คลอดปลอดภัยมากขึ้น	4.62	0.49	มากที่สุด
มีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง	4.42	0.50	มาก
มีความครอบคลุมด้านเนื้อหา	4.31	0.47	มาก
ภาพรวม	4.39	0.41	มาก

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

1) ผลลัพธ์ด้านการนิเทศทางคลินิก พบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลได้ถูกต้องในภาพรวม ร้อยละ 92.82 โดย

ด้านที่ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การพยาบาลเมื่อครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงหรือมีภาวะชัก ร้อยละ 96.20 และด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การพยาบาลในระยะคลอด ร้อยละ 89.40 รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล

การนิเทศการปฏิบัติ	จำนวนข้อ	Mean	SD	Min	Max	ร้อยละ
การพยาบาลในระยะฝากครรภ์	12	11.38	0.94	10	12	94.83
การพยาบาลในระยะคลอด	20	17.88	1.24	15	20	89.40
การพยาบาลเมื่อครรภ์เป็นพิษรุนแรงหรือมีภาวะชัก	10	9.62	0.65	8	10	96.20
การพยาบาลในระยะหลังคลอด	18	16.92	0.84	15	18	94.00
ภาพรวม	60	55.69	1.93	53	60	92.82

2) ผลลัพธ์สมรรถนะพยาบาลด้านความรู้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลัง

การพัฒนาสมรรถนะสูงกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อน-หลังการพัฒนาสมรรถนะ

สมรรถนะด้านความรู้	จำนวน (คน)	คะแนนเต็ม	Mean	SD	t-test	p-value
ก่อนการพัฒนาสมรรถนะ	31	20	12.52	3.38	- 10.78	.000
หลังการพัฒนาสมรรถนะ	31	20	17.97	1.99		

3) ผลลัพธ์สมรรถนะพยาบาลด้านทักษะในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ในภาพรวมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์	ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้ถูกต้อง ร้อยละ 95.28 โดยทักษะการพยาบาลในระยะคลอดพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด ร้อยละ 96.77 รายละเอียดในตารางที่ 5
---	---

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ด้านทักษะในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ทักษะในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	จำนวนข้อ	Mean	SD	ร้อยละ
ทักษะการพยาบาลในระยะฝากครรภ์	39	37.5	1.73	96.15
ทักษะการพยาบาลในระยะคลอด	49	47.42	2.15	96.77
ทักษะการพยาบาลในระยะหลังคลอด	40	37.4	1.58	93.50
ภาพรวม (ร้อยละ)	-	-	-	95.28

เมื่อพิจารณาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีจำนวน 10 สมรรถนะ พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติมีทักษะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 80 ทั้ง 10 สมรรถนะ และมีความสามารถในการปฏิบัติได้ครบถ้วน ร้อยละ 100 จำนวน 4 สมรรถนะ คือ	การตรวจประเมินภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การพยาบาลภาวะฉุกเฉินของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การเตรียมการคลอดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และการดูแลหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง รายละเอียดในตารางที่ 6
--	--

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้าน

ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลรายด้าน	จำนวนข้อ	Mean	SD	ร้อยละ
1. การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	4	3.88	0.34	97.00
2. การตรวจประเมินภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	4	4.0	0.00	100.0
3. การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม	4	3.67	0.49	97.75
4. การพยาบาลภาวะฉุกเฉินของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	8	8.0	0.00	100.0
5. การให้ข้อมูล/คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	5	4.83	0.39	96.6
6. การบรรเทาอาการรบกวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	5	4.42	1.16	88.4
7. การบริหารยาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	5	4.67	0.65	93.40
8. การเตรียมการคลอดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	5	5.00	0.00	100.0
9. การดูแลหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	5	5.00	0.00	100.0
10. การบันทึกทางการพยาบาล	4	3.83	0.39	95.75

4) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก	
--	--

วารสารกองการพยาบาล

(Mean 4.24, SD 0.61) โดยด้านที่พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจสูงสุดในระดับมากที่สุด คือ ด้านความพึง

พอใจต่อการช่วยทำให้ผู้คลอดปลอดภัยมากขึ้น (Mean 4.56, SD 0.56) รายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาล

การประเมิน	Mean	SD	ระดับ
ง่ายต่อการปฏิบัติ	4.03	0.75	มาก
มีความชัดเจน	4.13	0.76	มาก
มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้	4.16	0.82	มาก
ช่วยทำให้ผู้คลอดปลอดภัยมากขึ้น	4.56	0.56	มากที่สุด
มีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง	4.35	0.75	มาก
มีความครอบคลุมด้านเนื้อหา	4.19	0.60	มาก
ภาพรวม	4.24	0.61	มาก

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสกลนคร มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล สามารถตอบสนองความต้องการ และปัญหาที่แท้จริง ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการขับเคลื่อนเครือข่ายบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดสกลนคร ที่กำหนดเป้าหมายไม่มีมารดาตาย และการใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา¹² ร่วมกับการใช้ทฤษฎีระบบ¹³ ทำให้มีกรอบที่ชัดเจนในการพัฒนา และเกิดการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการขององค์กร เพื่อกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน และออกแบบรูปแบบการพยาบาลด้วยการทบทวนองค์ความรู้ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบ ซึ่งรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนานี้ มี 3 องค์ประกอบ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตามทฤษฎีการพยาบาลของคิง สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และ

การนิเทศทางการพยาบาล มีการปรับปรุงแก้ไข ภายหลังการทดลองใช้ จนเกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลสกลนคร งานวิจัยนี้ ชี้ให้เห็นความแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งองค์ประกอบทางด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครบวงจร ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ด้านสมรรถนะพยาบาลที่เป็นสมรรถนะเฉพาะเชิงคลินิก (specialist clinical competencies) ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และการประเมินสมรรถนะที่เน้นทั้งด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ สำหรับด้านการนิเทศทางคลินิกเน้นการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารทางการพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่พบอุบัติการณ์การย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้อาการ และไม่พบอาการเป็นพิษจากแมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งอธิบายได้ด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตามทฤษฎีการ

พยาบาลของคิง สำหรับการพยาบาลเริ่มตั้งแต่ใน
ระยะฝากครรภ์ ที่ช่วยให้ผู้รับบริการ รับรู้ความเสี่ยง
ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะวิกฤต คาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น
สามารถวางแผนในการดูแลตนเองที่บ้าน และการเฝ้า
ระวังสัญญาณเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ต่อเนื่อง
มาถึงการพยาบาลในระยะคลอด ที่มีการตั้งเป้าหมาย
ร่วมกันในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต ช่วยให้ผู้รับบริการ
สามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเอง
และแจ้งอาการกับพยาบาลได้ในเวลาที่รวดเร็ว
พยาบาลมีการนำแบบประเมิน S-MEOWS มาใช้ ทำ
ให้สามารถประเมิน คาดการณ์ และวางแผนการดูแล
ได้อย่างเหมาะสม สามารถลดอุบัติเหตุการเกิด
ภาวะวิกฤตได้ และท้ายที่สุดการพยาบาลในระยะ
หลังคลอด เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกับหญิงตั้งครรภ์
ในการเฝ้าระวังด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การวางแผน
การดูแลต่อเนื่อง และการนัดตรวจติดตามประเมินผล
นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาใดที่
เชื่อมโยงการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ซึ่งเห็นได้ว่าการ
ศึกษาครั้งนี้ แสดงความเชื่อมโยงการพยาบาลในทุก
ระยะของการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยเน้น
การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและ
พยาบาลวิชาชีพ การวางแผนการพยาบาลเป็น
รายบุคคล ตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน
การศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่
แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง
ช่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพ และปรับเปลี่ยน
สุขภาพได้ดีกว่าก่อนการได้รับการพยาบาล¹⁴ การใช้
แบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทาง
สูติกรรมช่วยให้พยาบาลสามารถรับรู้การแสดง การ
เฝ้าระวังและการตัดสินใจช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ และการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้
ค้นหาความเสี่ยงและการจัดการทางการพยาบาลที่

เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง¹⁵ และการประเมิน
ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิต
สูง นำมาใช้ในการวินิจฉัย ติดตามความรุนแรงของ
โรค วางแผนการดูแลรักษาจนถึงวางแผนการคลอดได้

องค์ประกอบที่ 2 ด้านสมรรถนะของ
พยาบาล อธิบายได้ว่า สมรรถนะพยาบาลที่พัฒนาขึ้น
เป็นการกำหนดสมรรถนะเชิงคลินิกด้านการพยาบาล
หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะ มี
จำนวน 10 สมรรถนะที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะฝาก
ครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เน้นการ
พัฒนาสมรรถนะทั้งทางด้านความรู้ และด้านทักษะใน
การปฏิบัติการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการยืนยัน
ความรู้และทักษะเฉพาะที่ช่วยให้พยาบาลสามารถ
ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษา
ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่แสดงถึงการกำหนด
สมรรถนะเฉพาะเชิงคลินิกในด้านนี้ แต่ผลการศึกษานี้
มีความสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะเชิงคลินิก
เฉพาะโรคเบาหวาน¹⁶ ที่ช่วยให้พยาบาลมีความรู้และ
ทักษะความสามารถในการพยาบาลเฉพาะโรค และ
ต้องพัฒนาขีดความสามารถในการพยาบาล เพื่อ
ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

องค์ประกอบที่ 3 แนวทางการนิเทศทางการ
พยาบาล อธิบายได้ว่า มีการกำหนดรูปแบบการนิเทศ
ที่ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมายของการนิเทศ
คุณสมบัติผู้นิเทศ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่ม
งานการพยาบาลผู้คลอด และสูติ-นรีเวชกรรม หัวหน้า
คลินิกฝากครรภ์ รวมถึงใช้วิธีการนิเทศแบบมีส่วนร่วม
และกำหนดกิจกรรมการนิเทศตามแนวคิดของพรีค
เตอร์ การนิเทศด้วยการใช้กิจกรรมที่หลากหลาย
ร่วมกัน ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากเกิด
กระบวนการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน โดยการ
เยี่ยมตรวจ การร่วมมือปฏิบัติ การสังเกต การให้
คำปรึกษา การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการ
ให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ตลอดจนมีการให้ความรู้เชิงเนื้อหา และการประชุมปรึกษา ทำให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ในการให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ^{11, 17}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมให้นำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการพัฒนานาบทบาทผู้บริหารระดับ

หัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการนิเทศทางคลินิก เพื่อค้นหาปัญหาเชิงรุก และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย โดยควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการนำรูปแบบไปใช้

3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

References

1. Siraya Kitiyodom. Effective Management of Preeclampsia Care Map (PCaM) in a Tertiary Referral Hospital. Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospital 2018; 33(3);347-58. Thai.
2. Kiattisak Kongwattanakul, Piyamas Saksiruwuttho, Sukanya Chaiyarach, Kaewjai Thepsuthammarat. Incidence, characteristics, maternal complications, and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features and HELLP syndrome. International Journal of Women's Health. 2018;10:371-77. Thai.
3. Abalos E, Cuesta C, Carroli G, et al. Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: A secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. BJOG 2014;121(Suppl 1):14-24.
4. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D.2018. Thai.
5. Labour Unit, Sakon Nakhon Hospital. Annual Statistical Delivery Report A.D.2017. Thai.
6. Cole MF. A modified early obstetric warning system. BMJ. 2014; 22(12):862-68.
7. O'Gorman N, Wright D, Poon LC, et al. Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation: Comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;49(6):756-60.
8. Narisa Wongpanara. King's Theory: Concepts and Application in Nursing. Journal of Nurses' association of Thailand, North-eastern Division. 2013;31(4):16-25. Thai.
9. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional Nursing and Midwifery Act (No.2) B.E.1997. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 1997. Thai.
10. Boonmee Phoodaangau, Apinya Jumpamool, Ratchatawan Sritragool. Competencies of the obstetric nurses in regional and general hospitals under the jurisdiction of Ministry of Public Health, Thailand. Journal of faculty of nursing, Khon Kaen university 2005;28(3):15-25. Thai.
11. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention In Fundamental Themes in Clinical Supervision. London: Routledge; 2001.
12. Mahdjoubi D. Four Type of R&D. Austin,Texas: Research Associate,IC² Institute; 2009.
13. Donabedian A. Selecting approaches to assessing performance: An introduction to quality assurance in health care. New York: The American University of America Corporation; 2003.
14. Jintanaporn prasomsri, Sompan Hinsheran, Sakoon Changmai. The consequences of nursing care pattern based on the King's theory of goal attainment on food consumption behaviors in chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. Christian University of Thailand journal. 2012;18(1):68-83. Thai.

15. Singh A, Guleria K, Neelam B, Vaid NB, Jain S. Evaluation of maternal early obstetric warning system (MEOWS chart) as a predictor of obstetric morbidity: a prospective observational study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2016;207:11-7.
16. Phartana Seetisan, Gunyadar Prachusilpa. The competency of diabetes nurse. Journal of the Police Nurses. 2018;10(2):253-61. Thai.
17. Phongpan Tana, Kanokrat Sangumpai, Suthisri Trakulsithichoke. Effects of Clinical Supervision on the Application of Nursing Process in Caring of Diabetic Patients and Nurses Satisfaction. Journal of Nursing and Health Care. 2018;35(4):52-60. Thai.

การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

สุทธิพร เทรยา* พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)

กรรณ ลัมเจริญ** สม.(การพัฒนาระบบสาธารณสุข)

นิชาภา ยนจอหอ** ปร.ด.(การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย CIPP model กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้บริหารทางการแพทย์ 2) พยาบาลวิชาชีพ 3) ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) บุคลากรทางการแพทย์ 5) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวทางการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่า CVI .95 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของพยาบาล 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อต่อระบบบริการพยาบาล 4) แบบประเมินผลโครงการ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา แบบสอบถามชุดที่ 1 - 4 มีค่า .80, .94, .96 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ เห็นว่ารูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถนำไปใช้ได้จริง และเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลอื่นได้ ในระดับมากที่สุด พยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระดับมากที่สุด ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อ เห็นว่าพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการบริการพยาบาล ในระดับมากที่สุด ผลการประเมินโครงการ พบว่า ความเห็นต่อการพัฒนารูปแบบฯ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 4.10, SD.58) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบริบทที่ความเห็นในระดับมากที่สุด (Mean 4.22, SD.58) รองลงมา คือ ด้านกระบวนการ (Mean 4.10, SD.57) ด้านผลผลิต (Mean 4.08, SD.60) และด้านปัจจัยนำเข้า (Mean 4.01, SD.55) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการทางการแพทย์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การประเมินผลโครงการ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร

E-mail: Tinteruya@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำราศนราดูร

The evaluation project for developing of model nursing management in coronavirus disease-19 (COVID-19) at Nursing Division, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

Suttiporn Teruya* M.N.S. (Nursing Administrator)

Karuna Limjaroen** M.P.H. (Development of Public Health)

Nichapa Yonchoho** Ph.D. (Nursing Management)

ABSTRACT

This evaluation research aimed to evaluate a project of a nursing management model in coronavirus (COVID-19) using CIPP Model. The samples consisted of 1) administrative nurses 2) registered nurses 3) COVID-19 suspected and infected cases 4) nursing personnel 5) Ministry of Public Health administrators. The research instrument was COVID-19 nursing administration guideline, in which its content validity was assessed by 5 experts, CVI .95. The instruments for data collection consisted of 4 set of questionnaires: 1) opinion about the model, 2) self-perception of the nurses, 3) opinion of suspected and infected cases towards services and 4) project evaluation. The reliability of the 4 questionnaires was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .80, .94, .96 and .94 respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

The result revealed administrative nurses and registered nurses noted that the nursing management model for COVID-19 was quite practical and could be as prototype for other hospitals at a high level. The nurses perceived their self-efficacy at a high level. The suspected and infected cases perceived that the nurses had knowledge and capabilities in nursing service at a high level. The evaluation of the project found that the overall opinion on the development of the model was at a high level (Mean 4.10, SD.58). For each aspect, it was found that the context evaluation was at the highest (Mean 4.22, SD.58), followed by the process (Mean 4.10, SD.57), productivity (Mean 4.08, SD.60), and inputs (Mean 4.01, SD.55), respectively.

Key words: Nursing management, COVID-19, Project evaluation

* Registered Nurse, Senior professional level, Deputy Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. E-mail: Timteruya@hotmail.com

** Registered Nurse, Senior professional level, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหลายประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบรุนแรงหลายด้านทั้งระดับโลกและระหว่างประเทศ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อ วันที่ 13 มกราคม 2563 และถือว่าเป็นผู้ป่วยรายแรกนอกประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

การรับมือกับสถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประเทศไทยมีการดำเนินการเตรียมความพร้อมรับมือกับการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2562 เริ่มจากกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชน ได้ดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งได้จัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อผลักดันให้เกิดกลไกการบูรณาการ การดำเนินงานสู่การปฏิบัติ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์นี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹ สถาบันบำราศนราดูร เป็นสถานบริการสุขภาพแห่งเดียวของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภารกิจหลักในการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่เชื่อมต่อกับระบบปฏิบัติการรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร ได้เตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ ดังกล่าว โดยปรับโครงสร้างในการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การจัดสถานที่หอผู้ป่วยแยกโรค การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การพัฒนาบุคลากรในการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการพยาบาล และการติดต่อประสานงาน จึงได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่ ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และมีจำนวนพยาบาลเพียงร้อยละ 11.71 ที่เคยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งอัตรากำลังไม่เพียงพอทำให้ต้องลดบริการลง เช่น ผู้ป่วยนอกทุกแผนกเปิดให้บริการเฉพาะรายที่มีนัดหมายกับแพทย์เท่านั้น ลดจำนวนการรับผู้ป่วยในลงประมาณ ร้อยละ 50 ปิดให้บริการผู้ป่วยห้องพิเศษเพื่อเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเปิดห้องแยกโรครวม เป็นต้น จากการติดตามการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยรับผิดชอบนั้น พบว่า กลุ่มการพยาบาลได้นำแนวทางและองค์ความรู้ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่นำไปสู่การปฏิบัติ แต่เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายที่เกิดขึ้นใหม่ ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน การบริหารจัดการทางการพยาบาลช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา จึงไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การบริหารจัดการทางการพยาบาลเป็นไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่ได้เตรียมความพร้อม

วาระการสาธารณสุข

เท่าที่ควร ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์ให้มีความพร้อมในการรองรับการระบาดของโรค และอาจเกิดการระบาดระลอกใหม่ ตลอดจนสนับสนุนให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานในสถานการณ์วิกฤต ยุ่งยาก และซับซ้อนได้ จึงได้พัฒนาแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้มีรูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์ที่ชัดเจน และสามารถเป็นต้นแบบของการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศได้

จากการพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ต่างๆของประเทศไทย จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลโครงการ (evaluation research) โดยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) เพื่อให้เห็นปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

นิยามศัพท์

1. การประเมินโครงการ หมายถึง การศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ของStufflebeam (2007)² มีรูปแบบการประเมิน 4 ด้าน คือ 1) การประเมินด้านบริบท (context evaluation) หมายถึง การประเมินความสอดคล้องกับนโยบายของกลุ่มการพยาบาลใน

การแก้ปัญหา วัตถุประสงค์ของโครงการ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation) หมายถึง การประเมินความเพียงพอและความเหมาะสมของปัจจัยพื้นฐานเพื่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการทางการแพทย์ ด้านบุคลากร งบประมาณ สิ่งสนับสนุนและเทคโนโลยี แผนงานโครงการแบบองค์รวม และภาวะผู้นำของผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของโครงการ 3) การประเมินด้านกระบวนการ (process evaluation) หมายถึง การประเมินด้านการจัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การจัดเตรียมหอผู้ป่วยเพื่อให้บริการ การพัฒนาทักษะและสร้างแรงจูงใจของบุคลากร การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ และ 4) การประเมินด้านผลผลิต (product evaluation) หมายถึง การประเมินผลที่ได้รับ (output) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทุกหน่วยบริการ และผลลัพธ์ (outcome) ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การจัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การจัดเตรียมหอผู้ป่วยในการให้บริการ การพัฒนาทักษะและสร้างแรงจูงใจของบุคลากร การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ และเมื่อนำสู่การปฏิบัติมีการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 (COVID-2019) กลุ่มการพยาบาล สถาบัน บำราศนราดรุณ วิธีการศึกษาจะใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed method) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพใช้รูปแบบการประเมินผลแบบซิปป์ (CIPP model) เน้นการตัดสินใจควบคู่กับกิจกรรมการประเมินทุกขั้นตอนตามแนวคิดของ Stufflebeam (2007)² ประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ภายใต้โครงการการพัฒนาารูปแบบโดยใช้ทฤษฎีระบบของ Ludwig von Bertalanffy (1968)³

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบ ดำเนินการระหว่างวันที่ 3 - 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

1) นำข้อมูลทั่วไควเคราะห์มาดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางกรพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมบริหารทางกรพยาบาล มากำหนดรูปแบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (2) การจัดเตรียมหอผู้ป่วยในการให้บริการ (3) การพัฒนาทักษะและสร้างแรงจูงใจของบุคลากร (4) การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาล และ (5) การประเมินผลลัพท์ทางกรพยาบาล

2) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิงานกรพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลด้านการบริหารกรพยาบาล จำนวน 5 คน และปรับแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3) นำรูปแบบไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินการระหว่างวันที่ 5 - 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

1) จัดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบฝึกปฏิบัติเสมือนจริง (drill exercise)

2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการกรพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการฝึกสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย

3) นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางกรพยาบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานโดยตรงในการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งสิ้น 108 คน

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ดำเนินการระหว่างวันที่ 20 - 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ หลังสิ้นสุดการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารทางกรพยาบาล กลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานโดยตรงในการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกลุ่มผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารทางกรพยาบาล จำนวน 4 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติโดยตรงในการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน

ระยะที่ 2 ประเมินผลโครงการ

ดำเนินการประเมินผลโครงการร่วมกับทีมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบการประเมินผลแบบซิปป์ (CIPP model) โดยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการเพื่อกำหนดวิธีการในการรวบรวมข้อมูลในแต่ละด้านที่เหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 บุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานบริการที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรง และหน่วยงานสนับสนุนที่สถาบันบำราศนราดูร จำนวนทั้งสิ้น 324 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการในเดือนกรกฎาคม – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 278 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 บุคลากรทางการพยาบาล คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้จำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 324 คน ประกอบด้วยผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาลปฏิบัติงานในตำแหน่งรองหัวหน้าพยาบาลจำนวน 2 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานจำนวน 19 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 169 คน และผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานบริการจำนวน 134 คน รวมทั้งสิ้น 324 คน เกณฑ์คัดเลือก คือ 1) ปฏิบัติงานโดยตรงและสนับสนุนการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อย่างน้อย 1 ปี 3) ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร และ 4) ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ น้อยกว่า 1 ปี และ 2) ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร น้อยกว่า 1 ปี กลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ คัดเลือกโดยใช้หลักเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อ่านออกเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ได้จำนวนทั้งสิ้น 162 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ

จริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูร (IRB/BIDI) เลขที่ 39h/63_ExpD ลงวันที่ 29 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โครงการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และลงนามในใบยินยอม นำเสนอผลการวิจัยและข้อมูลในภาพรวม

เครื่องมือในการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ⁴ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มากมีคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 น้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 และน้อยที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80

2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1977)⁵ และหลักการพยาบาลด้านโรคติดเชื้อ มี 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มากมีคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 น้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 และน้อยที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80

3) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบบริการพยาบาลในสถานการณการระบาดโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มากมีคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 น้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 และน้อยที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 เครื่องมือลำดับที่ 1-3 ทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80, 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์การบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95

ระยะที่ 2 ประเมินผลโครงการ (evaluation research) ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามลักษณะความคิดเห็นใช้รูปแบบการประเมินผลแบบชิปปี้ ตามแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2007)³ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ หน่วยงาน สถานภาพการสมรส การอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่
- 2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโครงการด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

จำนวน 60 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ⁴ คือ ความคิดเห็นในระดับมากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1

3) แบบประเมินความพึงพอใจในงานด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ⁴ คือความคิดเห็นในระดับมากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .95 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่โรงพยาบาลในสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการแจกแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่ได้รับคืน มีความสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร มี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

วาระสารกองการพยาบาล

องค์ประกอบที่ 1 การจัดระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย การดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรค เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ การปฏิบัติตามมาตรการการแพร่กระจายเชื้อตามหลัก standard precaution การแยกผู้ป่วย (isolation precautions) ด้วยมาตรการแบบ airborne precaution, droplet precaution และ contact precaution ตามระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อ คำแนะนำและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งจัดเป็นระดับความเสี่ยงสูงมากในการติดเชื้อ

องค์ประกอบที่ 2 การจัดเตรียมหอผู้ป่วยในการให้บริการ ได้แก่ จัดจุดคัดกรอง จัดตั้งคลินิก ARI ห้องแยกโรค เว้นระยะห่างทางสังคมลดความแออัด และจัดระบบ one stop service ในหน่วยบริการ

องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาทักษะและสร้างแรงจูงใจของบุคลากร ได้แก่ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรค การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การฝึกสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การฝึก

ปฏิบัติเสมือนจริง และการเบิกจ่ายค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของบุคลากร

องค์ประกอบที่ 4 การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาล ได้แก่ มีระบบจัดอัตรากำลังดูแลผู้ป่วยในห้องแยกโรค จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงาน แผนอัตรากำลังเสริม มีระบบช่วยเหลือระหว่างหน่วยงาน จัดระบบการให้บริการพยาบาล ระบบพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน และการนิเทศทางการพยาบาล

องค์ประกอบที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ บุคลากรปลอดภัยไม่ติดเชื้อ และผู้รับบริการ ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นหรือชุมชน ทั้งนี้การประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า เห็นด้วยในระดับมากที่สุด และเสนอให้เพิ่มการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เนื่องจากส่งผลให้พยาบาลมีกระบวนการคิดและนำรูปแบบมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรค รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการนำรูปแบบบริหารจัดการทางการพยาบาลไปใช้ (N 108)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	SD	ระดับ
1. องค์ประกอบของรูปแบบบริหารจัดการทางการพยาบาล			
การจัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	4.73	0.47	มากที่สุด
การจัดเตรียมหอผู้ป่วยในการให้บริการ	4.59	0.45	มากที่สุด
การพัฒนาทักษะและสร้างแรงจูงใจของบุคลากร	4.66	0.48	มากที่สุด
การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาล	4.79	0.50	มากที่สุด
การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล	4.76	0.51	มากที่สุด
2. การนำรูปแบบบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปใช้			
ความเหมาะสมกับสถานการณ์	4.57	0.45	มากที่สุด
สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.68	0.47	มากที่สุด
สามารถเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลอื่นได้	4.62	0.54	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้บริหารทาง การพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพต่อองค์ประกอบของ รูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ผู้บริหารและ พยาบาลวิชาชีพ เห็นด้วยกับองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน

ในระดับมากที่สุด และเห็นว่ารูปแบบการบริหาร จัดการฯ สามารถนำไปใช้ได้จริง สามารถเป็นต้นแบบ ให้โรงพยาบาลอื่นได้ และเป็นรูปแบบที่มีความ เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ตารางที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานการพยาบาล ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N 108)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านได้รับการฝึกอบรมด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาเป็นอย่างดีจน เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.60	0.50	มากที่สุด
2. ท่านสามารถอธิบายแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	4.53	0.63	มากที่สุด
3. ท่านสามารถให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนปัญหาในการ ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา	4.65	0.54	มากที่สุด
4. ท่านมีความมั่นใจในการจัดระบบการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของกลุ่มการพยาบาล	4.57	0.57	มากที่สุด
5. ท่านสามารถบริหารจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ตามมาตรฐานของรพ. ให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีและเกิดความปลอดภัยแก่บุคลากร ผู้ป่วยและครอบครัว	4.51	0.50	มากที่สุด
6. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ไม่มีการติดเชื้อจากการ ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.67	0.50	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานของ พยาบาล พบว่า มีระดับการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติงาน ในระดับมากที่สุด โดย พยาบาลมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้อย่าง ปลอดภัย ไม่มีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานด้านการ พยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รองลงมาคือ

มั่นใจว่าสามารถให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนปัญหาในการปฏิบัติงานได้อย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา และพยาบาลมีความ มั่นใจว่า การได้รับการฝึกอบรมด้านการพยาบาลผู้ติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาเป็นอย่างดีจะทำให้เกิด ความมั่นใจในการปฏิบัติงานกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อรูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N 50)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	SD	ระดับ
1. ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการรักษาพยาบาลขณะที่ท่านนอนพักรักษาครั้งนี้	4.53	0.62	มากที่สุด
2. ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจง ข้อสงสัย ให้คำแนะนำช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง	4.58	0.65	มากที่สุด
3. อุปกรณ์ เครื่องมือช่วยอำนวยความสะดวกมีคุณภาพและทันสมัย	4.55	0.52	มากที่สุด
4. การจัดสถานที่ในการให้บริการมีความพร้อมและปลอดภัย	4.56	0.62	มากที่สุด
5. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลที่เป็นประโยชน์จนท่านสามารถดูแลตนเองได้	4.57	0.61	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อรูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลฯ พบว่า ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด ได้แก่ ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม

ชี้แจง ข้อสงสัยให้คำแนะนำช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง การได้รับข้อมูลจากพยาบาลที่เป็นประโยชน์จนท่านสามารถดูแลตนเองได้ การจัดสถานที่ในการให้บริการมีความพร้อมและปลอดภัย และอุปกรณ์เครื่องมือช่วยอำนวยความสะดวกมีคุณภาพและทันสมัย

ตารางที่ 4 จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่มีการติดเชื้อ และเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)	ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา	ผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ
		2019 (คน)	ไวรัสโคโรนา 2019 (คน)
บุคลากรทางการพยาบาล	324	0	0

จากตารางที่ 4 ผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่พบบุคลากรทางการพยาบาลมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเสียชีวิตจากการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 2 ประเมินผลโครงการรูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP model มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นของบุคลากรในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยรายด้าน	ทีมผู้บริหารทางการ			พยาบาลวิชาชีพ			ผู้ช่วยการพยาบาล ผู้ช่วย เหลือคนไข้และพนักงาน บริการ			ประเมินผลภาพรวม		
	พยาบาล (N 21)			(N 169)			(N 134)			(N 324)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
บริบท	4.28	.56	มากที่สุด	4.15	.62	มาก	4.22	.56	มากที่สุด	4.22	.58	มากที่สุด
ปัจจัยนำเข้า	4.14	.39	มาก	3.91	.66	มาก	3.98	.60	มาก	4.01	.55	มาก
กระบวนการ	4.15	.39	มาก	4.01	.78	มาก	4.14	.53	มาก	4.10	.57	มาก
ผลผลิต	4.09	.48	มาก	4.00	.74	มาก	4.15	.55	มาก	4.08	.60	มาก
รวม	4.16	.45	มากที่สุด	4.02	.70	มากที่สุด	4.12	.56	มากที่สุด	4.10	.58	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 บุคลากรทุกกลุ่มมีความเห็นต่อการพัฒนารูปแบบโดยภาพรวมในระดับมาก (Mean 4.10, SD.58) ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทีมผู้บริหารทางการพยาบาล คือ 4.16 (SD.45) ค่าเฉลี่ยในกลุ่มผู้ช่วยการพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการ คือ 4.12 (SD.56) ค่าเฉลี่ยในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คือ 4.02 (SD.70) เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านบริบทมีความเห็นในระดับมากที่สุด (Mean 4.22, SD.58)

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร นับเป็นองค์กรแรกที่มีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นการผสมผสานการบริหารจัดการทางการพยาบาล นโยบายทุกระดับความร่วมมือของทีมนักบริหารกระทรวงสาธารณสุข

และการรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกของบุคลากร

รูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พัฒนาขึ้นจากโครงการ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (2) การจัดเตรียมหอผู้ป่วยในการให้บริการ (3) การพัฒนาทักษะและสร้างแรงจูงใจของบุคลากร (4) การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาล และ (5) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยรูปแบบที่พัฒนานี้ เป็นรูปแบบที่มาจากการพัฒนาและการปฏิบัติไปพร้อมๆกัน ซึ่งองค์ประกอบ การจัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการจัดเตรียมหอผู้ป่วยในการให้บริการ มีความสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ให้มีการดำเนินการเตรียมความพร้อมสถานบริการเพื่อรองรับผู้ป่วย¹ ส่วนองค์ประกอบการพัฒนาทักษะและสร้างแรงจูงใจของบุคลากร และการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลนั้น มาจากการที่โรคนี้เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน และมีการติดเชื้อได้ง่าย¹ ดังนั้น

การพัฒนาทักษะและสร้างแรงจูงใจให้กับพยาบาล และการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลจึงเป็นเรื่องที่ทำนาย ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยเป็นไปตามที่สภาการพยาบาลระหว่างประเทศกำหนดบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย⁶ ส่วนองค์ประกอบของการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นไปตามความสำเร็จของงาน ซึ่งรูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลนี้ช่วยแก้ปัญหาติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องและครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁷

ด้านประสิทธิผลของรูปแบบที่ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลให้ความเห็นพ้องกันว่ารูปแบบการบริหารจัดการฯ สามารถนำไปใช้ได้จริง และเป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลอื่นๆได้ ในระดับมากที่สุด อาจเป็นไปได้ที่เป็นช่วงของการระบาดในระยะแรกที่เกิดขึ้นในประเทศไทย โรงพยาบาลต่างๆ จึงมาศึกษาดูงานการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นที่ประจักษ์แก่ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองของพยาบาลในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า การใช้รูปแบบช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ไม่มีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน สามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลาในระดับมากที่สุด เนื่องจากพยาบาลได้รับการฝึกอบรมด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาเป็นอย่างดี จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างปลอดภัย และความคิดเห็นของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต่อรูปแบบ

การบริหารจัดการฯ ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถามที่แจ่ม ชัดสงสัย ให้คำแนะนำ ช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ในระดับมากที่สุด และยังได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากพยาบาล จนทำให้สามารถดูแลตนเองได้ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต่างได้รับการเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านความรู้ การพัฒนาทักษะด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาเป็นอย่างดีจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁶

2. การประเมินผลโครงการ อภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ด้านบริบท พบว่าบุคลากรพยาบาลมีความเห็นด้วยในระดับมากที่สุด เป็นไปในทิศทางเดียวกับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ที่เห็นว่าโครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งตอบโจทย์สภาพปัญหาความต้องการของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละระดับความรุนแรงของโรค วัตถุประสงค์ของโครงการมีเป้าหมายชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในขณะนี้ ทั้งด้านความพร้อมในการป้องกัน ควบคุม แก้ไขสถานการณ์การระบาดของโรค รวมทั้งระบบการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้รับบริการ

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า มีความคิดเห็นในระดับมาก ทั้งด้านบุคลากร ความพร้อมของงบประมาณ สิ่งสนับสนุนและเทคโนโลยี แผนงาน/โครงการที่ตอบสนองต่อนโยบาย เป็นไปได้ที่โครงการนี้มีการพัฒนาบุคคลให้ได้รับความรู้และมีสมรรถนะในการ

ปฏิบัติงานการพยาบาลโรคติดเชื้อ มีการเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ สิ่งสนับสนุนและเทคโนโลยี แผนงาน/โครงการต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แย้มละมัย และสุณี หงส์วิเศษ⁹ พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญในการปฏิบัติงาน ต้องให้ความรู้แก่บุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของพวงนรินทร์ คำปุ และประกายศรี ศรีรุ่งเรือง⁹ พบว่า ความเพียงพอของงบประมาณในการดำเนินโครงการ มีการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ และการจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับจำนวนของผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของพิษณุรักษ์ กันทวิ และคณะ¹⁰ พบว่า มีการจัดทำแผนและนโยบายเพื่อสร้างความตระหนักต่อการเกิดโรค และมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการทำงาน และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติของพยาบาล¹¹

2.3 ด้านกระบวนการ มีความคิดเห็นในระดับมาก โดยโครงการมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน และได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดทีมพยาบาลพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาในขณะปฏิบัติงาน การสร้างแรงจูงใจ การจ่ายค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม การบริหารจัดการระบบปฏิบัติงานโดยการมอบหมายงานตรงกับความสามารถของบุคลากร การบริหารจัดการสถานที่ให้บริการตามระดับความรุนแรงของโรคและเจ็บป่วย เช่น คลินิกโรคทางเดินหายใจของผู้ป่วยเฉพาะโรค ห้องแยกโรคเดี่ยวและห้องแยกโรครวม การกำหนดบทบาทและแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบทบาทของผู้ปฏิบัติงานแต่ละหอผู้ป่วยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของสมัย พูลทองและคณะ¹² พบว่า บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะ จะเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความรับผิดชอบในงานทำให้เกิดความสำเร็จของงาน

2.4 ด้านผลผลิต ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นในระดับมาก โดยภาพรวมทุกหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโครงการนี้ รวมถึงมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ศึกษาความต้องการของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิรงรอง แก้วสมบุญ และคณะ¹³ และการศึกษาของมัญญา ประเสริฐสุข¹⁴ ที่มีการเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โดยความร่วมมือทุกภาคส่วน มีการกำหนดกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือ การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล

สำหรับผลกระทบที่เกิดจากโครงการนี้ในระดับชาติ พบว่า ทำให้มีรูปแบบการบริหารจัดการทางการแพทย์พยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาใช้ในสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นหน่วยงานเดียวของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภารกิจหลักในการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้ การที่มีผู้มาศึกษาดูงานและนำรูปแบบดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ เป็นจำนวนมากถึง 75 แห่ง ในโรงพยาบาลและสถาบัน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชนทั่วประเทศ รวมทั้งการเป็นพี่เลี้ยงในการบริหารจัดการทางการแพทย์พยาบาลทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม และสถานกักกันโรคของรัฐ (state Quarantine) มีการเผยแพร่เอกสารคู่มือแนวทางการพยาบาลตามรูปแบบ ส่วนผลกระทบในระดับนานาชาติ คือการร่วมเสวนาในเวทีขององค์การอนามัยโลก ในประเด็นการดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าว เป็นการสร้างชื่อเสียงการพยาบาลของประเทศไทยสู่ระดับโลกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย

1.1 เสนอให้สภาการพยาบาลพัฒนาหลักสูตรอบรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาลโดยเฉพาะ

1.2 เสนอให้กองการพยาบาลกำหนดนโยบายพัฒนาบทบาทและเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ด้านบริหารทางการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดทำแผนเตรียมความพร้อมฝึกซ้อมแผนเกี่ยวกับประเด็นปัญหา และสรุปบทเรียนหลังการฝึกซ้อม อย่างต่อเนื่องทุกปี

2.2 การบริหารกำลังคนโดยจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และสนับสนุนให้มีอุปกรณ์

ป้องกันร่างกายอย่างเพียงพอ และพร้อมใช้ในการให้บริการ

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สอดคล้องตามความจำเป็นของผู้ป่วย รวมทั้งพัฒนาทักษะในการฝึกซ้อมการใส่การถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การซ้อมแผนการเตรียมความพร้อมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในรูปแบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อต่อยอดองค์ความรู้และประสบการณ์ในการบริหารจัดการทางการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

References

1. Department of Diseases Control, Ministry of Public Health. Novel coronavirus (2019-nCoV): situation report-33 [Internet]. 2020 May 1 [cited 2020 May 10]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no333-011163.pdf>.
2. Stufflebeam DL. Education evaluation and decision making. New York: Raven Press; 2007.
3. von Bertalanffy L. General System Theory Foundations, Development. New York, George Braziller; 1968.
4. Best JW, Kahn JV. Research in education. (9th ed.). Boston: Allyn and Bacon; 2003.
5. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
6. International Council of Nurses. ICN framework of disaster nursing competencies [Internet]. 2009 [cited 2021 Feb 22]; Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-67>

7. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. Nurse Educ Pract [Internet] 2004 [cited 2021 Jan 30]; 4(1): 69-76. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(03\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(03)00007-6)
8. Yaemlamai N and Hongwiset S. Evaluation of a health promotion program for the elderly, Takhiantia sub-district municipality, Bang-lamung district, Chonburi province. Nakhon Phanom University Journal 2018; 8(3): 17-25. Thai.
9. Khampuk P and Srirungruang P. Stakeholders' opinion toward setting-up Hua-ngom subdistrict senior citizen school, Phan district, Chiang Rai province. National and International conference Interdisciplinary Research for Local development Sustainable ability. 2015; 15: 139-150. Thai.
10. Kanthawee P, Siri wattanakul H, Singharachai C, et. al. An evaluation of awareness and preparedness on infectious and emerging diseases at the cross-border areas; Thailand - Myanmar - Cambodia – Lao PDR project in the fiscal year 2015-2017. Journal of Health Systems Research. 2020; 14(1): 51-61. Thai.
11. Teeraporn Sathira – Angkura. The 20-year National Strategic Plan on public health and the driven to nursing practice. Journal of Nursing Division. 2016;43(3s):1-8. Thai.
12. Poolthong S, Kampheang C, Homjan C, Kampheang J, Janhom T. The assessment of the active and sustainable disease control district project, Khuang Nai district, Ubonratchathani Province. Disease Control Journal 2013; 39(3): 266-271. Thai.
13. Keawsomboon W, Worachotanan S, Sri patthanapipat K, et. al. Development of Thailand National Strategic Plan for Emerging Infectious Disease. Dis Control J 2018; 44(1): 50-62. Thai.
14. Prasertsook M, Mongkalangkoon N, Meengun K, et. al. Evaluation of the surveillance, prevention and control of influenza in public health services in Thailand during the year 2015. Dis Control J 2017; 43(3):316-328. Thai.

การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จิราภรณ์ ศรีไชย*

พย.บ.(พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จำนวน 40 รูป และทีมสหวิชาชีพจำนวน 20 คน การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยการระดมสมองร่วมกับสหวิชาชีพและทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินการหายของ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสถิติที

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 7 mg% หรือผู้ป่วยมีรูปแบบการดูแลไม่ชัดเจน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง จัดทำคู่มือการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คู่มือการดูแลเท้าสำหรับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน แล้วนำไปทดลองใช้ และระยะที่ 3 ประเมินผล พบว่า พระสงฆ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการหายของแผลดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.90, p < .05$) นอกจากนี้ ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย และการจัดการตนเอง ของพระสงฆ์ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($t = 2.43$ และ $t = -20.53$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลสงฆ์

E-mail:jiraporn.sornchai@gmail.com

The Development of Care Model for Buddhist Monks with Diabetic Foot Ulcer

JirapornSomchai*

B.N.S, RN

ABSTRACT

This research aimed to develop care model for Buddhist monks with diabetic foot ulcer and assess the outcomes. The sample consisted of 40 diabetic monks who had foot ulcers and 20 multi-disciplinary team. The research was divided into three phases: 1) a study of diabetic monks' situation with conventional foot ulcers; 2) a development of care model for Buddhist monks with diabetic foot ulcer together with a multidisciplinary team and review literature; 3) an evaluation of care model for Buddhist monks with diabetic foot ulcer. The research instruments comprised 5 sections: 1) a personal information questionnaire; 2) a self-management questionnaire; 3) a wound healing evaluation form; 4) self management support; and 5) satisfaction assessment form. Descriptive statistics and independent t-test were used for data analysis.

The results in phase 1, situation analysis found that HbA1C level of Buddhist Monks with diabetic foot ulcer was over 7 mg% and a care model for Inpatient department was not clear. Phase 2, care model development which based on chronic care model concept and self-management support, consisted of development of a handbook for caring the diabetic monk with foot ulcers and a foot care guide for diabetic monks. Phase 3, the evaluation results revealed that the mean score of wound healing of the monks in the experimental group was significantly better than the monks in the control group ($t = 2.90, p < .05$). The mean cumulative glucose level and the mean score of self-management of the monks in the experimental group was significantly better than the monks in the control group at $p < .05$ ($t = 2.43$ and $t = -20.53$, respectively).

Key words: diabetic monks with foot ulcers, Chronic care model

* Registered Nurse, Priest Hospital

E-mail:jiraporn.sornchai@gmail.com

บทนำ

แผลเท้าเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายส่งผลให้มีอาการการชาเท้า นำไปสู่การบาดเจ็บบริเวณเท้าและพัฒนาเป็นแผลเรื้อรัง¹ การเกิดแผลที่เท้าอาจนำไปสู่การสูญเสียนิ้วเท้าหรือขา และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก การศึกษาอัตราความชุกของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 16-87² และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสที่ต้องถูกตัดนิ้วหรือขามากกว่าคนปกติ 10-20 เท่า³ สำหรับประเทศไทยพบความชุกของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 20-30 และความชุกของการตัดเท้าหรือขาประมาณร้อยละ 0.5-2.0⁴

โรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (tertiary level) มีจำนวนเตียงทั้งหมด 279 เตียง ให้บริการแก่พระสงฆ์จากทั่วประเทศ จากสถิติพระสงฆ์อาพาธที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีพระอาพาธด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,519 รูป 1,677 และ 1,777 รูปตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ถูกตัดนิ้วหรือขา ในปี พ.ศ. 2559-2561 คิดเป็นร้อยละ 1.8, 2.3 และ 3.6 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน⁵

การศึกษาเกี่ยวกับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยพบว่าพระสงฆ์อาพาธร้อยละ 83.34 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ร้อยละ 7

ขึ้นไปซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าค่าปกติ และพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดูแลแผลที่เท้าอยู่ในระดับปานกลาง⁶ นอกจากนี้ พระวินัยปิฎก มหาวรรค เล่ม 5 ภาค 2 หน้าที่ 30 มีบัญญัติห้ามพระสงฆ์สวมรองเท้าในที่บางแห่ง ด้วยเหตุนี้ พระสงฆ์จึงมีอาภรณ์รองเท้าขณะเดินบิณฑบาต⁷ จึงทำให้พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้สูง

การเกิดแผลที่เท้านำไปสู่การสูญเสียเท้าหรือขา เกิดความพิการส่งผลต่อการปฏิบัติกิจของพระสงฆ์ เมื่อแผลมีการลุกลามทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกินกว่า 1 เดือน⁸ เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผล⁹ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ทำให้ความมั่นใจในตนเองลดลงส่งผลให้เมื่อเข้าสู่สังคมทำให้แยกตัวอยู่ตามลำพัง¹⁰ ต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในสังคม¹¹ ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการหายของแผล ลดการสูญเสียเท้าหรือขาจากแผลลุกลามและช่วยให้พระสงฆ์อาพาธมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจุบัน โรงพยาบาลสงฆ์ มีรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยเริ่มต้นจากการซักประวัติ สังเกตพบแพทย์เพื่อประเมินแผล ส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์ ส่งไปคลินิกเท้าเบาหวานเพื่อให้บริการดูแลแผลเบาหวาน และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำแผลเบาหวานโดยพยาบาลวิชาชีพ กรณีพระสงฆ์อาพาธที่นอนในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับวัด และส่งต่อไปที่หน่วยงานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อเยี่ยมติดตามที่วัดต่อไป¹² รูปแบบการดูแลนี้เริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ผลลัพธ์

จากการดูแลด้วยรูปแบบดังกล่าวพบว่า พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้รับการดูแลไม่ครบทุกขั้นตอน ทำให้มีแนวโน้มถูกตัดนิ้วหรือขาเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 1.8, 2.3 และ 3.6 ในปี พ.ศ. 2529, 2560 และ 2561 ตามลำดับ⁵ การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบการดูแลดังกล่าว พบว่า พระสงฆ์ไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และขาดการส่งเสริมการจัดการตนเอง การจัดการข้อมูล การส่งต่อข้อมูลไปถึงชุมชนมีไม่ครบทุกราย ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถติดตามพระสงฆ์อาพาธได้¹³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์อาพาธ ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวานและมีแผลที่เท้าให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างครบถ้วน

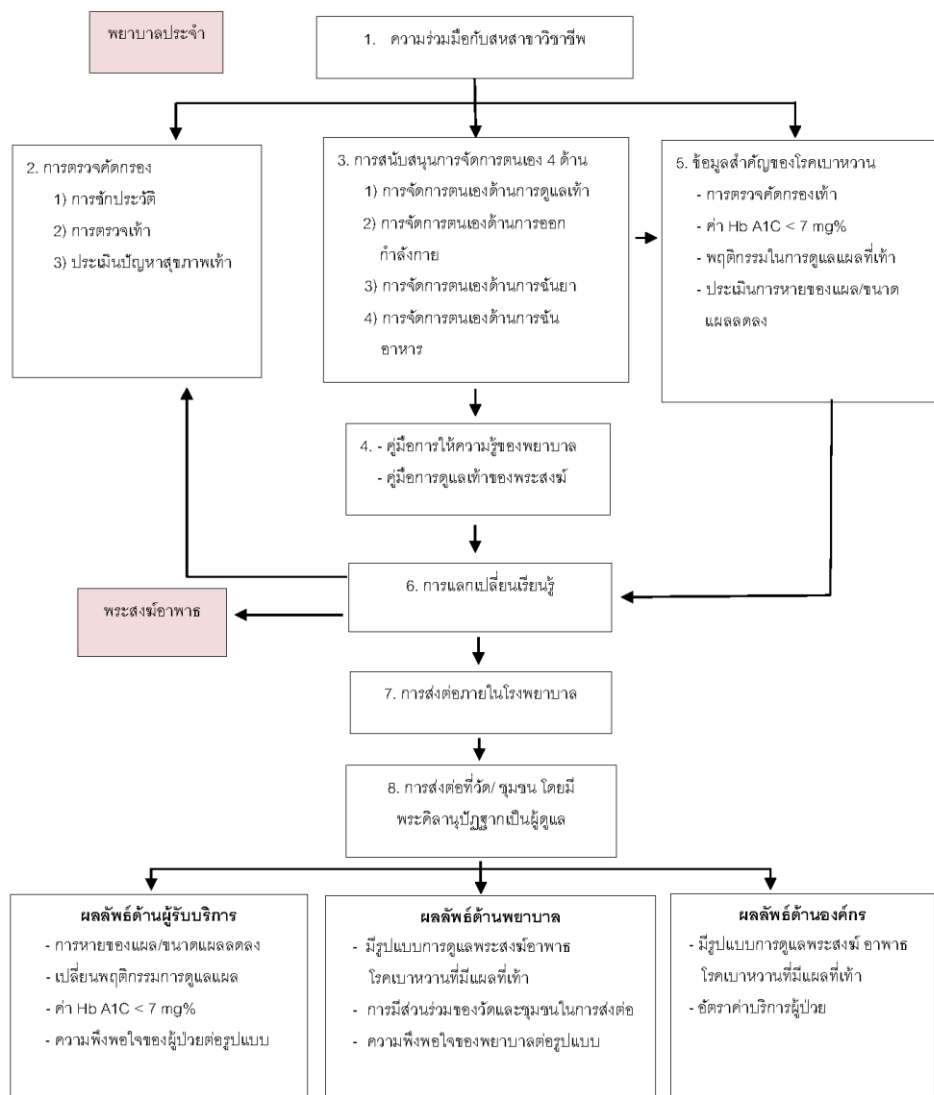
การทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของ Wagner, Austin, Davis¹⁴ เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง: self-management support 2) การออกแบบระบบบริการ: delivery system design 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ: decision support 4) ระบบข้อมูลทางคลินิก: clinical information system 5) การจัดหน่วยบริการสุขภาพ: health system organization 6) การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน community resource linkages และการศึกษาของ Stellefson, Dipnarine, Stopka¹⁵ พบว่า การนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังดังกล่าวไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ผลลัพธ์ที่ดี

ประเทศไทยมีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง มาใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดย วงเดือน ภาขา และคณะ¹⁶ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาล เป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาล และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน ช่วยลดอุบัติเหตุ หรืออัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ และการมรณภาพของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน และส่งเสริมให้พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารัั้งนี้ บูรณาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า รายละเอียดแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสงฆ์
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 - เดือนมีนาคม พ.ศ.2563

ประชากร คือ

1. พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มารับบริการที่โรงพยาบาลสงฆ์ ทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 รูป
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงฆ์ อย่างน้อย 3 ปี

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ

- 1) พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานมีแผลที่เท้าไม่เกินระดับ 2 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วย

นอก โรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการวิจัย คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาทางสายตาและการได้ยิน 3) ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย คือ พระสงฆ์อาพาธที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย สุ่มพระสงฆ์อาพาธกลุ่มตัวอย่าง 40 รูปเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 รูป

2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัช โภชนากร นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลเท้า จำนวน 12 ข้อ ตรวจสอบความเหมาะสม และความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ พระวินยการโรงพยาบาลสงฆ์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแผลเบาหวาน และนักวิชาการสาธารณสุข

2) แบบประเมินการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพระสงฆ์ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านการดูแลเท้า ด้านการออกกำลังกาย ด้านการฉันยา ด้านการฉันอาหาร แบบสอบถามชุดนี้ ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI .96 และตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค มีค่า .93

3) แบบประเมินการหายของแผล Chronic wound assessment and progressive Scale¹⁷⁻¹⁹ โดยการวัดขนาดของแผลด้วยไม้บรรทัดวัดขนาดของแผล และประเมินสิ่งคัดหลั่ง ทำการประเมินความก้าวหน้า

ของแผลทุก 5 วัน มีคะแนนรวม 17 คะแนน โดยคะแนนที่ลดลงจากเดิม หมายถึง แผลดีขึ้น คะแนนเท่าเดิม หมายถึง แผลคงเดิม คะแนนมากขึ้นกว่าเดิม หมายถึง แผลแย่ลง ตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือกับงานวิจัยครั้งนี้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า มีความเหมาะสม

4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยวัด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรม และครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรม

5) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ แบบสอบถามชุดนี้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI 1 ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค มีค่า .72

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1) คู่มือแนวทางการปฏิบัติรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งจัดทำร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ คู่มือฉบับนี้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปให้พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา และภาษา พบว่า ภาษาเข้าใจง่าย สามารถทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามแนวทางได้

2) แบบแผนการถวายเป็นความรู้เรื่องการฉันอาหาร การดูแลเท้า การดูแลแผลที่เท้า การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา โดยนำเสนอเนื้อหาตามแผนการสอน ด้วยสื่อ PowerPoint แผนการสอนฉบับนี้ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

วารสารกองการพยาบาล

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แก่ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 รูป เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา และระยะเวลาในการสอนและแนะนำ พบว่า ภาษาเข้าใจง่าย ใช้ระยะเวลา 10-15 นาที และพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย

3) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คู่มือฉบับนี้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แก่ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 รูป เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษา พบว่า พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานมีความเข้าใจในเนื้อหา และสามารถนำไปปฏิบัติได้

ขั้นตอนการศึกษา ขั้นตอนการศึกษาแสดงในแผนภาพที่ 2 มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่พบในพระสงฆ์อาพาธ ร่วมกับการทบทวนผลการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าของโรงพยาบาลสงฆ์ นำเสนอผลการทบทวนเวชระเบียนด้วยจำนวน ร้อยละ และการบรรยายสรุปปัญหา และสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 15 คน เภสัชกร 1 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน รวม 20 คน เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ดำเนินการระหว่าง

เดือนมิถุนายน พ.ศ.2562 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 รายละเอียด ดังนี้

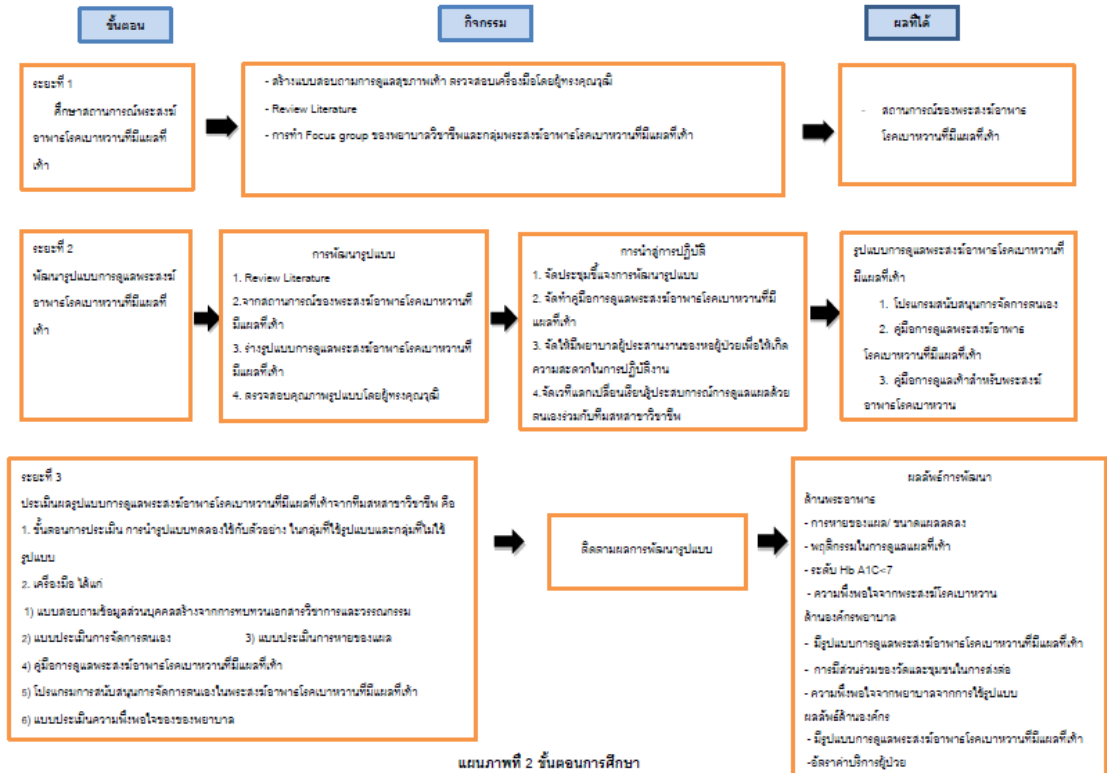
1) พัฒนา “ร่าง”รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการจัดการตนเอง และผลการศึกษาด้านการดูแลในระยะเวลาที่ 1 จัดทำคู่มือการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คู่มือการดูแลเท้าสำหรับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน ตรวจสอบและแก้ไข “ร่าง” รูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) นำรูปแบบไปใช้ โดยจัดประชุมชี้แจงการใช้รูปแบบกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน แนะนำคู่มือการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และจัดให้มีพยาบาลผู้ประสานงานในหอผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน หรือการติดต่อประสานงานกับแผนกต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย แนะนำคู่มือการดูแลเท้าสำหรับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน และจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลแผลด้วยตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการสะท้อนคิดโดยนำเสนอผลการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ โดยรายงานหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อการนิเทศ กำกับติดตาม และรายงานผลแก่ผู้บริหาร

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์หลังจากนำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าไปใช้ โดยการติดตามพระสงฆ์อาพาธกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยการประเมินการหายของแผล การติดตามผลค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การประเมินระดับการจัดการตนเอง ร่วมกับการติดตามปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบใน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการหายใจของแผล ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง และอัตรา

ค่าบริการของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติต่อการให้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่มีแผลที่เท้า



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย
การศึกษานี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ เลขที่ 7/ 2562 ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักการเคารพในตัวตนบุคคล หลักยุติธรรม และไม่ก่อให้เกิดอันตราย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงและขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรอธิบายถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบนำเสนอข้อมูล และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการหายใจของแผล ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราค่าบริการผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จากข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลสงฆ์ .ในปีพ.ศ. 2559 - 2561 พบ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,519 รูป 1,677 และ 1,777 รูป ตามลำดับ โดยมีอัตราการถูกตัดนิ้วหรือขา ร้อยละ 1.8, 2.3 และ 3.6 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น นอกจากนี้ พระสงฆ์ อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสงฆ์ ส่วนใหญ่ยังคงควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ไม่ดี กล่าวคือ พระสงฆ์อาพาธร้อยละ 83.34 มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด มากกว่าร้อยละ 7 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าค่าปกติ และพบว่าพฤติกรรม การจัดการตนเอง เรื่องการดูแลแผลที่เท้าของพระสงฆ์ อาพาธอยู่ในระดับปานกลาง การทบทวนผลการดูแล พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสงฆ์ที่ ผ่านมา พบว่า มีเพียงการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจเท้า ส่งพบแพทย์ ในรายที่มีแผลที่ติดเชื้อและ ต้องนอนโรงพยาบาล พยาบาลผู้ป่วยในให้การดูแล โดยการทำแผล ให้ความรู้โดยไม่มีคู่มือการให้ความรู้ แก่พระสงฆ์อาพาธ เมื่อจำหน่ายไม่มีการส่งต่อข้อมูล เพื่อเยี่ยมติดตามที่วัด ในกรณีที่ไม่ต้องนอนรักษาใน โรงพยาบาล ให้คำแนะนำการทำแผลด้วยตนเองโดย ไม่มีคู่มือ และแผนการให้คำแนะนำ หรือแนะนำการ ไปทำแผลที่สถานบริการที่ใกล้วัด รับยา และจำหน่าย กลับวัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังไม่มีการแก้ปัญหาเรื่อง การจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธ ไม่เห็นภาพการ ร่วมมือของสหวิชาชีพในการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ ชัดเจน และไม่มีการเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธ โรคเบาหวานมีแผลที่เท้า มี 8 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพ บำบัด และนักสังคมสงเคราะห์

2) การตรวจคัดกรอง ได้แก่ การซักประวัติ การ ตรวจเท้า การประเมินปัญหาสุขภาพ

3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดการตนเองด้านการดูแลเท้า (2) การ จัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย (3) การจัดการ ตนเองด้านการฉีดยา (4) การจัดการตนเองด้านการ ฉีดอาหาร ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้น ตามทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer¹⁷ ที่เน้น การสนับสนุนให้พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผล ที่เท้ามีการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสม และนัดตรวจติดตาม จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน ทุก 4 และ 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรมจะสอดคล้องกับการ ฝึกทักษะการจัดการตนเองในการดูแลแผลที่เท้า

4) คู่มือการให้ความรู้

5) การจัดเก็บข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ที่ เข้าถึงได้โดยทีมนสหวิชาชีพ

6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

7) การส่งต่อภายในโรงพยาบาล

8) การส่งต่อไปวัด และชุมชนโดยมีพระคิลานุ ปญฺญากเป็นผู้ดูแล

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ การใช้รูปแบบการ ดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดย การติดตามพระสงฆ์อาพาธในกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง กลุ่ม ด้วยการประเมินการหายของแผล การตรวจค่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การวัดระดับการจัดการ ตนเอง รวมถึงติดตามปัญหา และอุปสรรคในการ ปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบ คะแนนการหายของแผล ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธ โรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และอัตราค่าบริการผู้ป่วย ของกลุ่มทดลอง (ใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น) และกลุ่มควบคุม (ใช้รูปแบบการดูแลที่มีอยู่) และ ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติต่อ รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธที่มีแผลที่เท้า

ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ

1) ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานมีผลที่เท่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 60-69 ปี โดยพบในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 45 มีอายุเฉลี่ย 56.25 ปี (SD 9.90) อายุพรรษาเฉลี่ย 9.95 ปี (SD 6.94) พบในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 40 มีอายุเฉลี่ย 53.75 ปี (SD 10.21) อายุพรรษาเฉลี่ย 13.25 ปี (SD 8.66) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัด และเป็นพระลูกวัด ระดับการศึกษาทางโลก ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ศึกษาทางธรรมจบในระดับนักธรรมโท-เอก กลุ่มควบคุมเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย นาน 7.15 ปี (SD 3.03) และกลุ่มทดลองเฉลี่ยนาน 7.95 ปี (SD 2.76) การทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้านคุณลักษณะทางประชากร

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การเปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานมีผลที่เท่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการหายของแผล ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคะแนนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รายละเอียดในตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่พัฒนาขึ้น มีการหายของแผล ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และการจัดการตนเองดีกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่ใช้อยู่ตามปกติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการหายของแผล ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (N 20)		กลุ่มทดลอง (N 20)		t	p value
	Mean	SD	Mean	SD		
การหายของแผล	13.70	1.56	12.20	1.70	2.90	.010
ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	10.30	2.89	8.11	2.80	2.43	.020
การจัดการตนเอง	41.80	3.64	66.30	3.91	-20.53	<.001

ผลลัพธ์ด้านพยาบาล

1) ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 31.17 ปี (SD. 3.89) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง และส่วนใหญจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 92.50 และดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 70 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.05 ปี (SD 3.68) และ

ประสบการณ์เข้าร่วมการอบรม และปฏิบัติการดูแลแผลผู้ป่วยเบาหวาน เฉลี่ยนาน 1.65 ปี (SD 1.10)

2) พยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่าในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 4.39, SD .26) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ ความสะดวกในการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการปฏิบัติตามรูปแบบ รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่า

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ความเหมาะสมในการนำมาใช้	4.42	.50	พึงพอใจมาก
2. มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธเมื่อกลับไปอยู่ที่วัด	4.43	.50	พึงพอใจมาก
3. ช่วยลดอุปสรรคการติดตามในพระสงฆ์อาพาธ	4.28	.45	พึงพอใจมาก
4. มีความครอบคลุมองค์รวมของพระสงฆ์อาพาธ	4.37	.49	พึงพอใจมาก
5. ช่วยให้มีความสะดวกในการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ	4.47	.51	พึงพอใจมาก
6. สนับสนุนการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างครบถ้วน	4.42	.50	พึงพอใจมาก
7. ช่วยลดอุปสรรคการเกิดภาวะแทรกซ้อนของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่า	4.43	.50	พึงพอใจมาก
8. ช่วยให้มีความมั่นใจในการดูแลพระอาพาธที่ชัดเจนขึ้น	4.28	.45	พึงพอใจมาก
9. ช่วยให้พระสงฆ์อาพาธมีการหายของแผลดีขึ้น	4.37	.49	พึงพอใจมาก
10. ท่านมีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่พัฒนาขึ้น	4.47	.51	พึงพอใจมาก
รวม	4.39	.26	พึงพอใจมาก

ผลลัพธ์ด้านองค์กร

การเปรียบเทียบอัตราค่าบริการของผู้ป่วยใน ผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อัตราค่าบริการของ รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราค่าบริการของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (N 20)		กลุ่มทดลอง (N 20)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อัตราค่าบริการผู้ป่วย	44,981.14	26,680.50	28,507.60	16,391.93	2.35	.020

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนการหายของแผล ค่าระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่ใช้อยู่ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่พัฒนาขึ้น

พัฒนามาจากความท้าทายของปัญหา และอุปสรรคที่พบจากการวิเคราะห์สถานการณ์การใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธในระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{14,18} ที่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้านทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stellefson, Dipnarine, Stopka¹⁵ ที่ทำการศึกษาการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เกิดมีผลลัพธ์ที่ดี

นอกจากนี้ มีการออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design) โดยเริ่มจากการตรวจคัดกรองพระสงฆ์โรคเบาหวานที่มีผลที่เท้า ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และลงบันทึกในแบบฟอร์มการตรวจประเมินเท้า พระสงฆ์โรคเบาหวานที่มีผลที่เท้าต้องได้รับการถวายความรู้โดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้พระสงฆ์อาพาธสามารถดูแลผลที่เท้าได้ด้วยตนเอง ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมและการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการออกแบบการบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงของพระสงฆ์อาพาธ โดยเฉพาะในช่วงเข้าพรรษาที่พระสงฆ์อาพาธ ส่วนใหญ่ต้องจำวัด ไม่สามารถเดินทางมาตรวจตามนัดได้ จึงออกแบบระบบบริการที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยโดยการติดตามเยี่ยมพระสงฆ์อาพาธที่วัด และพระสงฆ์สามารถปฏิบัติตามกิจของสงฆ์ได้ตามพระธรรมวินัย ทั้งนี้ การดำเนินการในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและคณะนำผลการประเมินและการวิเคราะห์ปัญหา ปรัชญาทีมผู้บริหารและคณะพระสงฆ์ เพื่อให้ระบบบริการที่ออกแบบนั้นเอื้อต่อพระธรรมวินัย

มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) โดยสนับสนุนให้ทีมสุขภาพ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น กรณีศึกษา การใช้ evidence

based การนำเสนอผลงาน และเผยแพร่นวัตกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

มีระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (clinical information systems) เพื่อการติดตามและเฝ้าระวัง (monitoring) โดยติดตามค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินและให้การดูแลเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การหายของแผลดีขึ้นไปด้วย และมีติดตามการหายของแผลทุกสัปดาห์ เพื่อให้การรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับสภาพของแผล

มีการพัฒนาระบบลงบันทึกข้อมูลสำคัญทางคลินิกของพระสงฆ์อาพาธ ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง ผลการประเมินผลที่เท้า และข้อมูลสถานะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (functional status) และระดับการรับรู้ (cognitive function) เป็นรายบุคคลทุกเดือนในระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และรวดเร็วยิ่งขึ้น

การพัฒนามีส่วนร่วมของชุมชน (community participation and linkage) โดยการประสานงานส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดระหว่างหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และหน่วยบริการอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อให้พระสงฆ์ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้ ยังพบพระสงฆ์อาพาธที่ขาดการติดตาม เนื่องจากเปลี่ยนสถานที่จำวัด และไม่ได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงตามที่ผู้วิจัยและทีมได้ส่งต่อข้อมูล ในอนาคตอาจต้องปรับปรุงระบบบริการให้ครอบคลุมมากขึ้น การจัดการระบบบริการสุขภาพทั่วทั้งองค์กร โดยมีผู้บริหารเป็นผู้นำการพัฒนาแบบการอุปัฏฐากพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท้าที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยให้เป็นแนวทาง

เดียวกันโดยให้ชุมชน วัดได้มีส่วนร่วมในการดูแลพระสงฆ์อาพาธ และให้พระสงฆ์อาพาธเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยให้พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีความเข้าใจและมีความรู้ในหลักพระธรรมวินัยสามารถให้คำแนะนำได้

รูปแบบการดูแลนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเองแก่พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านการดูแลเท้า การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การจัดการตนเองด้านการฉีดยา การจัดการตนเองด้านการฉีดยาอาหาร ซึ่งการจัดการกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบ มีการตั้งเป้าหมาย เรื่องการดูแลแผลด้วยตนเอง ได้แก่ การทำความสะอาดแผล การดูแลแผลไม่ให้เปื่อยขึ้น การตรวจเท้าหรือมีอาการผิดปกติหรือไม่ เพื่อตัดสินใจการตั้งเป้าหมายในการฉีดยาอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเลือดช่วยให้แผลดีขึ้น ร่วมกับการบริหารเท้าวันละครั้งเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดสู่ปลายเท้าซึ่งส่งผลให้แผลหายเร็วขึ้น อีกทั้งการตั้งเป้าหมายในการฉีดยา การฉีดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมกับการจดบันทึกการประเมินตนเองทุกสัปดาห์ บันทึกที่อุปสรรค จะเห็นได้ว่าการฝึกฝนตนเองกับความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม จะทำให้สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งการสนับสนุนการจัดการตนเอง: self-management support¹⁷ เป็นการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง ด้วยเหตุนี้กลุ่มที่ใช้รูปแบบจึงมีการหายของแผล ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มไม่ใช้รูปแบบ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Jing-Xia K, Lin Z, Hong-Mei W, et al²⁰ ที่พบว่า พฤติกรรมการดื่ม, การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง และมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สอดคล้องกับศึกษาของ โชติกา สัตนาโค และ จุฬารัตน์ โสตะ²¹ ที่พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และด้านการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารด้านการพยาบาล จะผลักดันรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าลงสู่การปฏิบัติและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อให้เกิดความเป็นเลิศด้านการดูแลเท้าของพระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นการป้องกันการเกิดความพิการ ซึ่งผลการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่าสามารถลดอุบัติเหตุการตัดขาในพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าได้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์เนื่องจากพระสงฆ์ต้องเดินบิณฑบาต และไม่มีผู้ดูแล

มีการพัฒนาระบบส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่องไปถึงที่วัดภายหลังจำหน่าย โดยผลักดันให้นำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ไปใช้ในโครงการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธที่ไม่เข้ารับการรักษาได้รับการดูแลผ่านการเยี่ยมในชุมชนวัด ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ในช่วงเข้าพรรษา พระสงฆ์อาพาธต้องจำวัดตลอดพรรษาตามหลักพระธรรมวินัย ทำให้การเฝ้าติดตามการรักษาทำได้สะดวกยิ่งขึ้น รวมถึงการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ใกล้เคียง ได้ร่วมมือในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ที่มีโรงพยาบาลสงฆ์เป็นต้นแบบการให้บริการสุขภาพของพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย ในอนาคตวางแผนพัฒนาระบบการส่งต่อให้ทันสมัย โดยใช้เทคโนโลยีเพื่อความสะดวกรวดเร็วมมากขึ้น

นอกจากนี้ได้นำเสนอให้ชุมชนวัดมีส่วนร่วมในการดูแลพระสงฆ์อาพาธ โดยจัดให้มีพระคิลานุปัฏฐาก (พระสงฆ์ผู้เป็นอาสาสมัครดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด) ที่อาศัยอยู่ในวัดเดียวกันได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อาพาธ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลพระสงฆ์อาพาธ และนำรูปแบบนี้ไปขยายผลในเขตสุขภาพ เพื่อให้โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ มีแนวทางการดูแลพระสงฆ์อาพาธ

การดำเนินงานครั้งนี้ พบอุปสรรค คือ สถานการณ์โควิด-19 ในฐานะผู้บริหารด้านการพยาบาลจึงพยายามผลักดันการนำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท้ามาใช้ในการสถานการณ์ New normal โดยอาศัยการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมหรือประเมินผลจากภาพถ่ายที่ส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสัมผัส เว้นระยะห่าง และการแพร่กระจายเชื้อ และพัฒนาจุดคัดกรอง จุดตรวจเท้า จุดเจาะเลือด และจุดให้การดูแลแผล โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผล รวมถึงกำหนดวันนัดหมาย และการรักษาที่ไม่แออัดมากเกินไป

ในอนาคต ผู้วิจัยเตรียมขยายผลการนำรูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีผลที่เท้าที่พัฒนานี้ ลงสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ เป็นการพัฒนาระบบการดูแล

สุขภาพของพระสงฆ์ให้มีสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.ให้นำการสนับสนุนการจัดการตนเองไปปรับใช้ในการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่ยังไม่พบการเกิดแผลที่เท้าในทุกหน่วยงานที่มีพระสงฆ์อาพาธเข้ารับการรักษา

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่ครอบคลุมการส่งต่อถึงชุมชน เนื่องจากพบพระสงฆ์อาพาธ 2 รูป ไม่ได้ติดตามเยี่ยม เนื่องจากเปลี่ยนสถานที่จำ

3. ด้านการบริหารพยาบาลควรมีการพัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า นอกเหนือจากการติดต่อทางโทรศัพท์ การส่งข้อมูลผ่านเว็บไซต์ หรือแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธเข้าถึงบริการได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในระยะเวลา 6 เดือน ว่ามีผลต่อการหายของแผล ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด การจัดการตนเอง และอัตราค่าบริการของผู้ป่วย ในระยะยาวหรือไม่

References

1. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS 9th ed. 2019. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 19]; Available from: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf.
2. Davies M, Brophy S, Williams R, Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2006;29(7):1518-22.

3. Moxey PW, Gogalniceanu P, Hinchliffe RJ, et al. Lower extremity amputations: A review of global variability in incidence. *Diabetic Medicine*. 2011;28(10):1144-53.
4. Rattana Leelawattana, Thongchai Pratipanawatr, Pongamorn Bunnag, et al. Thailand diabetes registry project: prevalence of vascular complications in long-standing type 2 diabetes. *J Med Assoc Thail*. 2006;89(Suppl 1):S54-9.
5. Statistics Priest Hospital Division. Statistics of Bhuddist monks with diabetes. Priest hospital; 2561. Thai.
6. Kingprapa Banyatanasrisak. Self-management in Buddhist monks with type2 diabetes mellitus attended to diabetes clinic of Priest hospital: Huachiew Chalermprakiet University; 2557. Thai.
7. Mahachulalongkornrajavidyalaya University. Common Buddist text (Thai version) 1st ed. Bangkok : Mahachulalongkornrajavidyalaya University Print; 2539. Thai.
8. Reiber GE, Boyko EJ, Smith DG. Lower extremity foot ulcers and amputations in diabetes. *Diabetes in America* 2nd ed. NIH; 1995:409-28.
9. Bradbury S, Price, P. The impact of diabetic foot ulcer pain on patient quality of life. *Wound United Kingdom*. 2011;7(4):32-49.
10. Ribu L, Wahl, A. Living with diabetic foot ulcers: A life of fear, restrictions, and pain. *Ostomy Wound Manage*. 2004;50(2):57-67.
11. Nootchaporn Tuntiwutanapaisan. The experiences of foot care in type 2 diabetes mellitus with foot complications. (dissertation). Graduate School Burapha University; 2545. Thai.
12. Tadsanapong Pairin, Chalerm Toemthong, Kingprapa Banyatanasrisak. Caring of Buddist monks with diabetes foot ulcer, Priest hospital: .Art Qualitylified Company Ltd; 2562. Thai.
13. Surgical Department, Priest hospital. Conference 2018; 2561. Thai.
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001;20(6):64-78.
15. Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: A systematic review. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:E26.
16. Wongdeun Luecha, Suchunya Benjawattananon, Kanjana Pesee, Phanitnat Rakmani. The development of health care system for diabetes mellitus patients in Chaiyaphum Hospital. *Journal of Nursing Division*. 2554;38(1):31-41. Thai.
17. Creer LT. Self-management of chronic illness. *Handbook of self-regulation*. California: Academic; 2000.

18. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996;74(4):511-44.
19. Chulaporn Prasangsit. Wound Healing Assessment . Department of Nursing , Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015. Thai.
20. Jing-Xia K, Lin Z, Hong-Mei W, et al. Effectiveness of the Chronic Care Model in type 2 diabetes management in a community health service center in China: A group randomized experimental study. *J Diabetes Res.* 2019:1-12. Available from: doi:10.1155/2019/6516581.
21. Chotika Sattanako, Chulaporn Sota. Effects of self-management program on glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Education.* 2017; 10(4):32-74. Thai.

การพัฒนารูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

กมลมาศ ไสสะอาด*

พย.บ., รอ.ม.

นิรัชรา ก่อกุลดิลก**

พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงและผู้ดูแล จำนวน 120 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 42 คน ดำเนินวิจัยตาม PDCA ดังนี้ 1) ศึกษาปัญหาและจัดทำร่างรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วย 2) นำร่างรูปแบบที่ได้สู่การปฏิบัติ 3) ตรวจสอบ กำกับติดตาม 4) นำผลการประเมินมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือวิจัย คือ 1) คู่มือรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วย 2) แผ่นพับคำแนะนำและวิธีทักซ์ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง 3) แบบบันทึกการติดตามอาการและการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ 4) แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบแผนการจำหน่าย 5) แบบทดสอบความเข้าใจของผู้ดูแล 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ประกอบด้วย 1) การประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน 2) การให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) การติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย เปรียบเทียบการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง ในกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามรูปแบบแผนการจำหน่าย และกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ พบว่าไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ได้รับบริการพยาบาลตามรูปแบบแผนการจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ TEA unit งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

Corresponding e-mail: saisaardk@gmail.com

The development of discharge planning model for mild traumatic brain injury patients in emergency room; Rajavithi hospital

Kamolmart Saisaardk* B.N.S, M.P.P.M.

Niratchara Kokuldilok** M.N.S (Nursing Administration)

Abstract:

The objective of this research and development were to develop a discharge planning model for MTBI patients and to investigate outcomes of using a discharge planning model for MTBI patients. The study's samples consisted of 1) 120 MTBI patients and caregivers 2) 42 registered nurses. The study was carried out via PDCA: 1) explore problems and develop the draft discharge planning model 2) implement the model 3) inspect, supervise, and monitor 4) continuing evaluate and improve the results. The research instruments comprised of 1) the MTBI patients discharge planning model manual 2) brochures and videos on MTBI patients caring guide 3) follow up and readmission recording form 4) observation form on adhering to the discharge planning model 5) caregiver comprehension quiz 6) satisfaction questionnaire of the patients, caregivers and the nurses. Data were analyzed using mean standard deviation and t-test.

The results revealed the MTBI patients discharge planning model comprised of 1) the assessment and preparation of the patient and caregiver before discharge 2) inform the patient and caregivers according to the discharge planning 3) patient monitoring after discharge. Readmission within 72 hours of the patients received the discharge planning model were not differ from those received routine nursing services. Satisfaction of caregivers received the discharge planning model were not significantly differ from those receiving routine nursing service at the level of .05. Satisfaction of the patients and the nurses in the experimental group were significantly higher than the control group at the level of .05.

Key words: mild traumatic brain injury patients, discharge planning, emergency room

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Head of outpatient Nursing section, Rajavithi Hospital

** Registered Nurse, Professional Level, TEA unit, Emergency Nursing Department, Rajavithi Hospital

Corresponding e-mail: saisaardk@gmail.com

บทนำ

สมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สาเหตุหลักของการเกิดสมองบาดเจ็บคือ อุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน โดยประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงจากอันดับที่ 2 ในปีพ.ศ. 2556 เป็นอันดับ 9 ของโลกในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 24,237 คน (36.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) และจำนวน 22,491 คน (32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ตามลำดับ¹ แม้ว่าในภาพรวมการบาดเจ็บและการสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย แต่ประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตสูงที่สุดอันดับ 1 ในเอเชียและในอาเซียน² ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ

สมองบาดเจ็บ เป็นการบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือเกิดพยาธิสภาพในสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากแรงภายนอกสมองมากระทบ³ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงตามค่าคะแนน Glasgow coma scale: GCS เป็น 3 ระดับ คือ 1) สมองบาดเจ็บรุนแรง มีค่าคะแนน GCS 3-8 พบร้อยละ 10 2) สมองบาดเจ็บปานกลาง มีค่าคะแนน GCS 9-12 พบร้อยละ 10-15 และ 3) สมองบาดเจ็บไม่รุนแรง มีค่าคะแนน GCS 13-15 พบร้อยละ 75-80³⁻⁴ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บปานกลางจนถึงรุนแรงมากมักได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ซึ่งเป็นการช่วยวินิจฉัยตำแหน่ง ความรุนแรงของการเกิดสมองบาดเจ็บ และวางแผนในการรักษา รวมถึงการรับไว้รักษาหรือส่งต่ออาการในโรงพยาบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในภายหลัง⁵ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว แต่บางคนอาจมีอาการเป็นระยะเวลานาน โดยทั่วไป

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง จะมี การพิจารณาว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ผิดปกติในสมองหรือไม่ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่ำ ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง และปัจจัยเสี่ยงสูง³ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำจะได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาลเบื้องต้น และแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่มีความผิดปกติของสมองบาดเจ็บรุนแรงมาตั้งแต่ต้นแต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น เลือดออกในกะโหลกศีรษะชนิดเนื้อเยื่อหุ้มสมองชั้นดورا หรือเลือดออกได้เยื่อหุ้มสมองซึ่งภาวะเหล่านี้เกิดขึ้นได้ในภายหลังทำให้มีอาการรุนแรงถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตร้อยละ 0.1-0.3 แม้ความเสี่ยงดังกล่าวจะมีโอกาสเกิดขึ้นน้อย⁶ แต่กลับพบว่าผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงกลุ่มนี้ มีจำนวนค่อนข้างมาก (high volume) จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อสังเกตติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁵

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยกะทันหันที่อยู่ในภาวะวิกฤติฉุกเฉินและต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ด้วยภาระงานและจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้บางครั้งผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรอรับบริการเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดความล่าช้าและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ สถิติ 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2560-2562) ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเวชระเบียน โรงพยาบาลราชวิถี มีผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 12,980, 14,480 และ 13,561 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยสมองบาดเจ็บที่เสียชีวิต จำนวน 31, 27 และ 30 คน หรือ ร้อยละ 10.9, 10.2 และ 8.04 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงเฉลี่ยร้อยละ 89.79 ต่อปี และพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำโดยไม่ได้นัดหมายในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 2 คน มาโรงพยาบาลด้วยอาการซึมลง และแพทย์ประจำตสลดศาสตร์ต้องรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยทั้ง 2 คน

จากปัญหาดังกล่าว ทีมพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงจัดสนทนากลุ่มภายในทีม จำนวน 9 คน ผลการสนทนากลุ่มพบว่า 1) แผ่นพับคำแนะนำอธิบายเพียงสั้น ๆ และรายละเอียดไม่ครบถ้วน 2) ไม่มีการลงนามในเอกสารรับทราบคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ 3) ไม่มีความต่อเนื่องในการบันทึกอาการทางระบบประสาท 4) บันทึกอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายไม่ครบถ้วน 5) ไม่มีการติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย และ 6) พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ อาจให้คำแนะนำไม่ครบถ้วน หรือสื่อสารกับผู้ป่วยไม่ชัดเจน ประกอบกับภาระงานและจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีเวลาในการอธิบายน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถีขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลราชวิถี เกิดการปฏิบัติพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เป็นการเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพตาม PDCA⁷ ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยหมุน PDCA 3 วงรอบ คือ *วงรอบที่ 1* พัฒนารูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่

รุนแรง *วงรอบที่ 2* นำรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงสู่การปฏิบัติ *วงรอบที่ 3* ประเมินผลการนำรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงไปใช้ ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg⁸ ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ ได้แก่ ความไว้วางใจ ความยึดมั่นผูกพัน การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ และการมีอิสระในการทำงาน และแนวคิดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตาม D-METHOD⁹ ได้แก่ โรค: diagnosis ยา: medication การจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ: environment & economic การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล: treatment ภาวะสุขภาพ: health การมาตรวจตามนัด: outpatient & referral และอาหาร: diet มาเป็นรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงและการให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงและผู้ดูแลที่มาใช้บริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.66 จากงานวิจัยที่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกัน¹⁰ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) ที่ระดับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ป่วย 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน 2) ผู้ดูแล 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน 3) พยาบาลวิชาชีพ 33 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีระดับ GCS 13-15 คะแนน เข้ารับการรักษาหลังการขาดเลือดภายใน 24 ชั่วโมง ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี และไม่มีการขาดเลือดร่วมของระบบหรืออวัยวะสำคัญ 2) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

2. ผู้ดูแลผู้ป่วย เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ที่พักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย รับผิดชอบดูแลใกล้ชิด และให้การดูแลผู้ป่วย 2) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

3) พยาบาลวิชาชีพ เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเวรเช้า (08.00-16.00 น.) และ เวรบ่าย (16.00-24.00 น.) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา 2) มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง อย่างน้อย 1 ปี 3) ได้รับการอธิบายชี้แจง เรื่อง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง และผู้ดูแลผู้ป่วยออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท และ/หรือ มีคะแนน GCS ลดลง ในระหว่างดำเนินการวิจัย

2. ผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรงที่แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้แต่ไม่มีผู้ดูแล

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 016/2562 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย อธิบายในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยโดย

ไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ การนำเสนอ หรือรายงานผลการวิจัยทำในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง ประกอบด้วย

1.1 คู่มือรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง, CVI .88

1.2 แผ่นพับคำแนะนำ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง, CVI 1.00

1.3 วีดิทัศน์แอนิเมชัน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองขาดเลือดไม่รุนแรง, CVI.80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 เครื่องมือเก็บข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบบันทึกการติดตามอาการผู้ป่วย, CVI 1.00 2) แบบบันทึกการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ, CVI 1.00 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย, CVI .82, α .97

2.2 เครื่องมือเก็บข้อมูลผู้ดูแล ได้แก่ 1) แบบทดสอบความเข้าใจของผู้ดูแล, CVI 1.00 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล, CVI .93, α .97

2.3 เครื่องมือเก็บข้อมูลพยาบาล ได้แก่ 1) แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วย, CVI 1.00 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล, CVI .86, α .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ดำเนินการตาม PDCA⁶ โดยหมุนเป็น 3 วงรอบ แสดงดังภาพที่ 1

วารสารกองการพยาบาล

โรงพยาบาล โดยเริ่มประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ณ จุดคัดแยก โดยการซักประวัติผู้ป่วย กลไกการบาดเจ็บสาเหตุ การตรวจร่างกาย ได้แก่ การประเมินทางระบบประสาท และการตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา เมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลจะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงและผู้ดูแลพยาบาลจะนำข้อมูลที่ใช้ปรับแผนการให้คำแนะนำเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

(2) ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแผนการจำหน่ายแบบ D-METHOD ซึ่งเป็นขั้นตอนการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลดูวิดีโอแอนิเมชัน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง พร้อมแจกแผ่นพับ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โดยมีเนื้อหาตาม D-METHOD ดังนี้

a) ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย และแนวทางการรักษา

b) ยา ที่อาจได้รับ เพื่อบรรเทาอาการหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน

c) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

d) การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

e) สัญญาณเตือนที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และแบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่บ้าน โดยผู้ดูแลเป็นผู้สังเกตอาการของผู้ป่วย และลงบันทึก

f) ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตัวในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บที่ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงต้องปฏิบัติตัว

g) การมาตรวจตามนัด

h) อาหาร

จากนั้นให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามความเข้าใจ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง

เพื่อประเมินความเข้าใจและอธิบายคำตอบที่ตอบผิดให้ผู้ดูแลเข้าใจก่อนออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ สามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน

(3) ติดตามอาการผู้ป่วย โดยใช้การโทรศัพท์ติดตามอาการภายหลังจากจำหน่ายที่ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์จากวิธีการจัดการที่ผู้ป่วยใช้ รวมถึงตอบข้อสงสัย และให้การสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้เพิ่มเติมการให้กำลังใจ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและลดความวิตกกังวล

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่รุนแรงพัฒนาขึ้น ด้านการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง พบว่า ไม่มีผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาซ้ำในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่รุนแรงพัฒนาขึ้น ด้านความพึงพอใจโดยการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t 2.16, p .03)

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านของผู้ป่วยพบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการดูแลจิตใจ และด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่องของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N 60)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (N 30)			กลุ่มทดลอง (N 30)			t	p-value
	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ		
ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน	4.32	.49	มาก	4.52	.51	มากที่สุด	1.60	.11
ด้านการดูแลจิตใจ	4.36	.59	มาก	4.68	.45	มากที่สุด	2.54	.01
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	4.41	.57	มาก	4.57	.54	มากที่สุด	1.16	.25
ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลต่อเนื่อง	4.18	.59	มาก	4.53	.53	มากที่สุด	2.31	.02
โดยรวม	4.29	.51	มาก	4.56	.47	มากที่สุด	2.16	.03

4. การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลต่อเนื่องของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N 60)

ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (N 30)			กลุ่มทดลอง (N 30)			t	p-value
	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ		
ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน	4.40	.53	มาก	4.47	.65	มาก	.50	.61
ด้านการดูแลจิตใจ	4.32	.54	มาก	4.59	.57	มากที่สุด	1.97	.06
ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	4.40	.60	มาก	4.58	.53	มากที่สุด	1.13	.26
ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลต่อเนื่อง	4.27	.49	มาก	4.60	.56	มากที่สุด	2.51	.01
โดยรวม	4.34	.49	มาก	4.56	.56	มากที่สุด	1.64	.11

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองขาดเจ็บไม่รุนแรง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลโดยรวมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t 2.16, p .02)

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านของพยาบาลก่อนและหลังทดลอง พบว่า ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน ด้านลักษณะงาน และด้านการบังคับบัญชา มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังทดลอง (N 33)

ความพึงพอใจของ พยาบาล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	SD	ระดับความ พึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความ พึงพอใจ		
ด้านลักษณะงาน	4.19	.65	มาก	4.51	.60	มากที่สุด	2.40	.02
ด้านการบังคับบัญชา	4.12	.71	มาก	4.44	.63	มาก	2.19	.03
ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน	4.27	.65	มาก	4.56	.62	มากที่สุด	2.72	.01
ด้านสภาพการทำงาน	4.10	.66	มาก	4.33	.55	มาก	1.99	.06
ด้านการติดต่อสื่อสาร	4.19	.79	มาก	4.45	.66	มาก	1.61	.11
โดยรวม	4.18	.62	มาก	4.47	.572	มาก	2.16	.02

อภิปรายผล

1. รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองขาดเจ็บไม่รุนแรง ห้างอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบแผนการจำหน่ายได้อย่างถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 เนื่องจากการทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้ ทุญแจสำคัญที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงมีประสิทธิภาพ คือ การให้บุคลากรในองค์กรมีความเชื่อและตระหนักในคุณค่า ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ นำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg⁸ มาใช้ สอดคล้องกับ จันทราจินดา¹¹ ที่กล่าวว่า ถ้าผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้พยาบาลระดมสมอง แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในการพัฒนาระบบการทำงานของหน่วยงานให้ดีขึ้น พยาบาลจะเกิดความรู้สึกผูกพันในงานที่ตนได้มีส่วนร่วม มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นไปแนวทางเดียวกัน ประสานงานกันได้อย่างสิ้นไหล และผู้วิจัยนำแนวคิดการพัฒนาคูณภาพตามวงจร PDCA⁷ มาใช้ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขและวิธีปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน กระบวนการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้พร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยนำแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายตาม D-METHOD⁹ มาใช้และจัดทำเป็นคู่มือขึ้น ประกอบด้วย ความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์

นิยามศัพท์เฉพาะ และรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองขาดเจ็บไม่รุนแรง กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาล การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล การประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2. การกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสมองขาดเจ็บไม่รุนแรง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากไม่พบผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย แม้ว่าผู้ป่วยสมองขาดเจ็บไม่รุนแรงนี้มีจำนวนมาก ซึ่ง Vos et al.⁶ กล่าวว่า ผู้ป่วยร้อยละ 0.1-0.3 ที่อาจเกิดความเสี่ยงที่อันตรายต่อชีวิตทำให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาซ้ำ สอดคล้องกับ Wang et al.¹² ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่ได้นัดหมายของผู้ป่วยสมองขาดเจ็บไม่รุนแรง พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 2,815 คน มีผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาซ้ำ 57 คน (ร้อยละ 2) ผลการรักษาแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน 47 คน (ร้อยละ 82) และรับไว้ในโรงพยาบาล 10 คน (ร้อยละ 18) ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีอาการผิดปกติร่วมด้วย ดังนั้น สิ่งที่สำคัญคือ การ

ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายที่ชัดเจนและการติดตามผลทางคลินิกอย่างทันท่วงที อาจช่วยลดอัตราการกลับมาของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ แม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วย แต่การนำรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมาใช้น่าจะได้ผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ Cheng, Shroff, Khan and Jain¹³ กล่าวว่า การกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงโดยไม่ได้นัดหมายถือเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพการรักษา ดังนั้น การกลับมาตรวจรักษาซ้ำยังคงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ที่องค์กรพยาบาลและสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลให้ความสำคัญ เพื่อเป็นตัวชี้วัดกำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นมิติการดูแลผู้ป่วยโดยรวม

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงตามแนวคิดความพึงพอใจของ Davis and Bush¹⁴ พบว่า มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองด้านการดูแลจิตใจ และด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน และการติดตามดูแลต่อเนื่อง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า การใช้รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย พยาบาลกล่าวทักทายและแนะนำตัวเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สร้างสัมพันธภาพ น้ำเสียงในการพูดคุยมีความเอื้ออาทร และซักถามผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน พยาบาลปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี

ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและไว้วางใจต่อพยาบาล การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน และมีการติดตามดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการโทรศัพท์ติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Boudreaux et al.¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจกับความเอาใจใส่ และความเอื้ออาทรที่พยาบาลแสดงออก คิดเป็นร้อยละ 70.6 ความพึงพอใจกับข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลของพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 67.9 และมีความพึงพอใจทุกครั้งเมื่อได้รับการบริการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 58.8

ในด้านความสามารถในการปฏิบัติงานและด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การแสดงออกด้านความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล เช่น ซักประวัติ การประเมินทางระบบประสาท การให้การช่วยเหลือแก้ไข และการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย ในบริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีสภาพความแออัด พยาบาลต้องทำงานแข่งกับเวลาเพื่อจัดการภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีเวลาจำกัดในการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจและแปลความหมายการรับรู้ถึงพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการ การอธิบายให้คำแนะนำ และการเปิดโอกาสให้ซักถามน้อย จึงทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลตามรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยไม่รุนแรงด้านความสามารถในการปฏิบัติงานและด้านการให้ข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างกับการบริการพยาบาลตามปกติ

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แม้ว่าค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านบางข้อแสดงความแตกต่างให้เห็น แต่ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดนัยสำคัญทางสถิติได้ อย่างไรก็ตาม

ตามเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การให้คำแนะนำ ก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลต่อเนื่อง ความพึงพอใจของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกทางบวกต่อการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง การดูวิดีโอที่สอนแอนิเมชันเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บด้วยการ scan QR code จากแผ่นพับคำแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ซึ่งสามารถเปิดดูได้ตลอดเวลาที่ต้องการและสามารถถ่ายทอดให้ผู้สนใจเปิดดูได้เช่นกัน รวมทั้งพยาบาลอธิบายการใช้เอกสารแบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถติดตามและสังเกตอาการได้อย่างต่อเนื่องในระยะ 72 ชั่วโมง ซึ่งผู้ดูแลมีความสนใจและรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จรุงศรี ประทุม และ สุพรรณวรรณ์ กิจบรรจงเลิศ¹⁶ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าการปฏิบัติ 2 ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การให้เอกสารคำแนะนำสำหรับผู้ที่มีสมองบาดเจ็บเล็กน้อย และการลงนามรับทราบข้อมูลของผู้ป่วย

ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลจิตใจ และด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ได้รับบริการพยาบาลตามรูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง สูงขึ้นทั้ง 3 ด้าน อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล เช่น การซักประวัติจากผู้ดูแล การให้การช่วยเหลือ มีการประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงกลับบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และขั้นตอนการติดตามอาการ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจ

ประกอบด้วยการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะวิกฤตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้เตรียมใจมาก่อน ผู้ดูแลจึงมีความวิตกกังวลต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษาของแพทย์ด้วยความเป็นห่วงผู้ป่วย ในด้านการดูแลจิตใจ ซึ่ง Liu et al.¹⁷ กล่าวว่า ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บมีความรุนแรงมากเท่าใดความกดดันทางจิตใจก็ยิ่งส่งผลต่อผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวมากขึ้นเท่านั้น ผู้ดูแลต้องการข้อมูลและความมั่นใจในการจัดการกับภาวะจิตใจ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลและเพิ่มการสื่อสารกับผู้ดูแลในครอบครัว และในด้านการให้ข้อมูลข่าวสารเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องแจ้งข้อมูลให้ผู้ให้บริการทราบอย่างเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจและการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในส่วนงานของตนเองและข้อมูลการรักษาของแพทย์ตามที่แพทย์กำหนดแม้ว่าในบางส่วนแพทย์ต้องเป็นผู้แจ้งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง¹⁸

5. ความพึงพอใจของพยาบาลหลังใช้รูปแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Spector¹⁹ เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาล 5 ด้าน และพบว่า ด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา และด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน พยาบาลในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า จากลักษณะงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ทำท้าทายความสามารถ ภาระงานที่ความเร่งด่วน แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาด้วยอาการที่ไม่รุนแรง ทำให้พยาบาลอาจจะเลยในการดูแลและให้คำแนะนำ รวมทั้งลักษณะงานที่มีความเร่งด่วนอยู่ตลอดเวลา แต่เมื่อได้ให้ความรู้และนำอุบัติเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิด

ขึ้นมากศึกษาทำให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวมากขึ้น ด้านการบังคับบัญชา พยาบาลมีความรู้สึกในทางบวกของหัวหน้าพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg⁸ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงานใดที่เกิดขึ้นจากทุกคน ย่อมทำให้เกิดการยอมรับและรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน และในด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน พยาบาลมีความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของตนเองจากการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ เกิดความภูมิใจ มั่นใจในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้ป่วยและเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ ส่วนความพึงพอใจในด้านสภาพการทำงาน และด้านการติดต่อ สื่อสาร พบว่า กลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า ลักษณะห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความแออัด เสียงดัง และสภาพที่วุ่นวาย ส่งผลให้พยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความเครียด และพยาบาลขาดสมาธิ ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mckim²⁰ ที่กล่าวว่า สถานที่ทำงานที่มีระเบียบเป็นสัดส่วนเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการทำงาน แต่สถานที่ที่มีเสียงดังจะรบกวนและก่อให้เกิดความรำคาญ อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสาร หรือขาดสมาธิการทำงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดในการทำงานได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และควรกำหนดให้มีทีมหรือบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบทำงานเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย มีการนำรูปแบบแผนการจำหน่ายไปพัฒนาต่อร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม กำหนดกรอบภาระหน้าที่ของวิชาชีพต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ เพื่อให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาด้านการวางแผนการจำหน่ายในกลุ่มโรคที่สำคัญ โรคที่พบบ่อยหรือกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูก โรคไขข้ออักเสบ เป็นต้น เนื่องจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้านได้ ลดความวิตกกังวล การกลับมาตรวจรักษาซ้ำ รวมทั้งศึกษาเชิงลึกด้านแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่ต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องเมื่อแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านอื่นๆของการวางแผนการจำหน่าย เช่น คุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

References

1. World Health Organization. Global status report on road safety [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 4]; Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/.
2. The Office of transport and traffic policy and planning, Ministry of transport. Road accident situation analysis report, 2018. [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Feb 20]; Available from: <http://www.otp.go.th/uploads/tinyuploads/PDF/2562>. Thai.
3. The Royal College of neurosurgeon of Thailand. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. [Internet]. 2020 Jan 14 [cited 2020 Jan 22]; Available from: <https://www.rcnst.or.th>. Thai.
4. American college of surgeon. Advanced trauma life support@: student course manual. 10 th ed. Chicago: American college of surgeon; 2018.
5. Yuwares Sittichanbuncha. Ramathibodi Medical Journal. 2013;36(2)87-8. Thai.
6. Vos PE, Alekseenko Y, Battistin L, et al. Mild traumatic brain injury. Eur J Neurol. 2012;19(2):191-8.
7. Deming W E. The new economics: for industry, government, education. Cambridge, Mass: MIT Press; 2000.
8. Swansburg RC, Swansburg RJ. Introduction to management and leadership for nurse managers. 3rd ed. Boston: Jones & Bartlet; 2002.
9. Wanpen Pichitpornchai, Usawadee Asadornwiset. Patient discharge planning: concepts and applications. 2nd ed. (revised version). Bangkok: Faculty of nursing Mahidol university; 2003. Thai.
10. Panitnart Lum, Teeranut Harnirattisai, Dilok Tantongtip. The Effects of a continuing care program on the perceived self-efficacy of caregivers and post-concussion in persons with mild traumatic brain injury. Ramathibodi nursing journal. 2019;25(1):58-73. Thai.
11. Juntra Jinda. Effects of using triage model based on acuity on consumers' satisfaction and nurses' job satisfaction, emergency department in Bangkok Metropolitan medical college and Vajira Hospital. (dissertation). Bangkok: Chulalongkorn Uuniversity; 2546. Thai.
12. Wang KC, Chaou CH, Liu PH, Chien CY, Lee CH. Factors affecting unscheduled return visits to the emergency department among minor head injury patients. BioMed research international. 2017; (1):1-8.
13. Cheng J, Shroff A, Khan N, Jain S. Emergency department return visits resulting in admission: do they reflect quality of care?. Am J Med Qual. 2016;31(6):541-51.
14. Davis BA, Bush HA. Developing effective measurement tools: A case study of the consumer emergency care satisfaction scale. J Nurs Care Quality. 1995;9(2): 26-35.
15. Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. The Am J Emerg Med. 2000;18(4): 394-400.

16. Jarungsri Pratum, Supornpan Kitbanyonglert. The Effects of Implementing the clinical nursing guidelines for the assessment of patients with mild traumatic brain injury in the emergency department, Vachira Phuket Hospital. Region 11 Medical journal. 2018;32(40):1431-50. Thai.
17. Liu W, Zhu J, Liu J, Guo Q. Psychological state and needs of family member caregivers for victims of traumatic brain injury: A cross-sectional descriptive study. . Int J Nurs Sci. 2015; 2(3):231-6.
18. Anucha Kaslanka. How do nurses feel safe and sound without being sued?. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2016;33(1):80-7. Thai.
19. Spector PE. Job satisfaction: Application, assessment, cause and consequences. London: SAGE; 1997.
20. Mckim SL. Health work environment. Nurse leader. 2003;15(3):15-22.

ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมเปรียบเทียบกับมาตรฐานเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

สุธิดา พุ่มทอง* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อพย.
ทศพร โมระเสริฐ** พบ.

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมรายบุคคล ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด 128 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 64 คน ติดตามผลการใช้โปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ 1) โปรแกรมลดการบริโภคโซเดียม ประกอบด้วย สื่อองค์ความรู้และเครื่องมือลดเค็มลดโซเดียม ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน ค่า CVI 0.90 และค่าความเชื่อมั่น 0.90 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรัง ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่า CVI 0.90 และค่าความเชื่อมั่น 0.90 วัดผลลัพธ์ทางคลินิกด้วยค่าอัตราการกรองของไต ค่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ ค่าความเข้มข้นของเลือด ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยแบบ Mixed-effect

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองมีค่าระดับ eGFR, Urine Sodium, ค่าระดับความดันโลหิต ทั้ง SBP และ DBP ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อช่วยลดค่าระดับความดันโลหิตและชะลอไตเสื่อมได้ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ควรมีโอกาสเข้าร่วมโปรแกรมนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับอาหารลดโซเดียม

คำสำคัญ : อาหารลดโซเดียม ผู้ป่วยเบาหวาน ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี E-mail: sutida9111@hotmail.com

** อายุรแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

The efficacy of sodium restriction dietary program versus standard usual care on the decline of kidney function among patients with diabetes and chronic kidney disease stage 3

Sutida putthong* M.N.S. (Adult Nursing), APN

Thotsaporn Morasert** MD.

Abstract

The experimental study aimed at studying the effects of sodium restriction dietary program among diabetes patients with chronic kidney disease (CKD) stage 3. A sample of 128 patients was recruited using purposive sampling technique and was divided into experimental and control groups, in which each group contained 64 patients. Research instrument consisted of 2 parts. Part 1 included knowledge/ information on health education media and tools to reduce salt/ sodium. The quality of the research tools part 1 was assessed by 3 experts; CVI 0.90 and Cronbach's alpha 0.90. Part 2 involved data collecting tools, in which consisted of a questionnaire on personal information and a questionnaire on food consumption behavior of diabetic patients with CKD stage 3. The quality of the research tools part 2 was tested by experts CVI 0.90 and Cronbach's alpha 0.90. The study outcomes were measure via: eGFR, Urine Na, Hct, FBS, HbA_{1c}, and Blood pressure. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Mixed-effects regression.

The results showed that the eGFR, urine sodium, systolic blood pressure and diastolic blood pressure of the diabetic patients with CKD stage 3 in the experimental group were significantly lower than the control group. Thus, the sodium restriction dietary program should apply as a care guideline to diabetes patients with CKD stage 3 in order to reduced blood pressure and delayed kidney degeneration. The recommendations suggested that diabetes patients with CKD stage 3 should have access to participate in the sodium restriction dietary program to improve their healthy behaviors on low sodium diet.

key words: low sodium diet, diabetic patients, CKD stage 3

* Registered nurse, Suratthani Hospital E-mail: sutida9111@hotmail.com

** Department of Medicine, Suratthani Hospital

บทนำ

โรคเบาหวาน¹และภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง² เป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุขในระดับประเทศ การสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 และ 2560 พบผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 8.3 และ 8.8 ของประชากร โดยร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยเบาหวาน จะมีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย⁴⁻⁶ ในประเทศไทย ผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 40 มีภาวะไตเสื่อมถึงขั้นล้างไต โรคเบาหวานหรือภาวะไตวาย⁷ มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมมีอัตราการตายเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น⁸ การป้องกันและชะลอการดำเนินของโรคเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรังเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย⁹ โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีนิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม มักจะบริโภคอาหารรสจัด มีส่วนประกอบของโซเดียมเกินมาตรฐานที่ควรได้รับในแต่ละวัน อาจเกิดจากการขาดการรับรู้ การเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน จึงทำให้ระยะการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลต้องเข้าสู่การล้างไต เปลี่ยนไต ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายโดยรวมของชาติ

การบริโภคโซเดียมสูงมีผลทำให้เกิดการเสื่อมของไตได้¹⁰ เพราะจะทำลายการทำงานของไตและเส้นเลือด ผลกระทบทางอ้อมจะเพิ่มความดันโลหิต โปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ¹¹ องค์การอนามัยโลก กำหนดมาตรฐานการบริโภคโซเดียมในผู้ใหญ่ ไม่เกินวันละ 2 กรัม¹² ในทศวรรษที่ผ่านมาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก อัตราการล้างไตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการล้างไตในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงมากขึ้นทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2555 เป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2559 การศึกษาในหลายประเทศ พบสาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วย

เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ก้าวเข้าสู่การล้างไตได้อย่างรวดเร็ว คือ การบริโภคโซเดียมที่มากเกินไปเกินค่ามาตรฐาน¹³⁻¹⁵

สถิติการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในช่วงระยะเวลา 5 ปี ในปี พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ โดยพบว่าในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3-4 มีจำนวนมากถึง 950 คน และมีความจำเป็นต้องล้างไต จำนวน 129 คน ซึ่งส่งผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวน 26 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2555 และค่าใช้จ่ายคงเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 1.5 เท่า ในปีพ.ศ. 2559 เป็นจำนวนเกือบ 40 ล้านบาท เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ประมาณร้อยละ 40 ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่ต้องเข้าสู่การล้างไต ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มนี้ มีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะสามารถชะลอภาวะไตเสื่อมได้

ดังนั้น จึงทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เปรียบเทียบกับการให้การดูแลมาตรฐาน เพื่อนำผลที่ค้นพบจากการศึกษาไปใช้ในการป้องกัน เฝ้าระวัง สร้างความตระหนักในการรับรู้ และเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 เพื่อชะลอการดำเนินของโรคไปสู่ระยะที่ 4 ระยะที่ 5 และเข้าสู่การล้างไต

วัตถุประสงค์การวิจัย

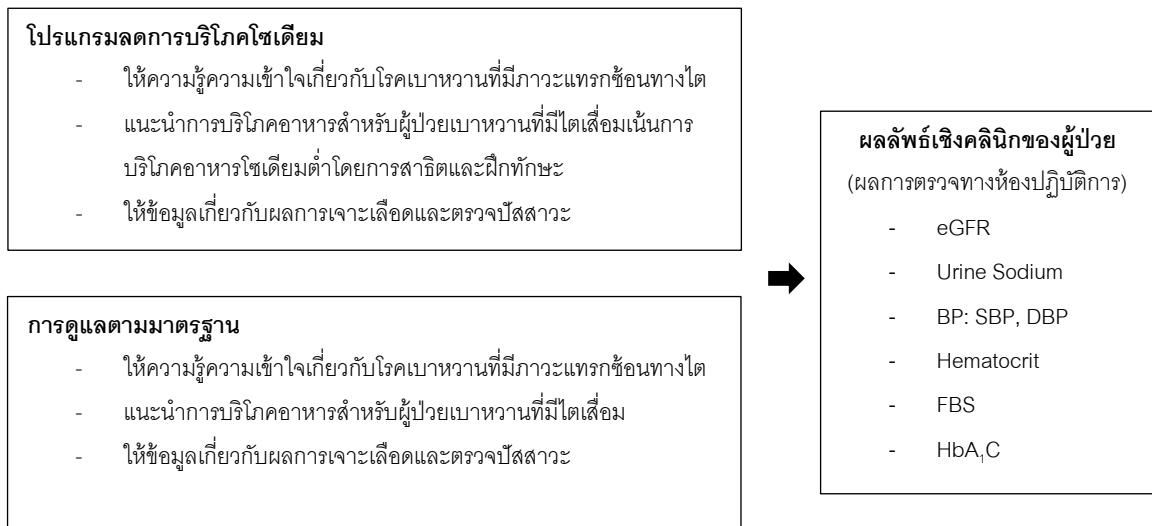
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมรายบุคคลในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดการทำวิจัยที่นำไปสู่การใช้ประโยชน์ (translational research) โดยการบูรณาการความรู้

ทางวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (basic science) และ วิทยาศาสตร์ทางคลินิก (Clinical science) มาพัฒนางานที่เชื่อมโยงความรู้ในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถนำไปสู่การประยุกต์ใช้ได้จริงในทางคลินิก

โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management) พัฒนาวิธีการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและการจัดระบบบริการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมรายบุคคลในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมี โปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมรายบุคคลเป็น intervention

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560 - เดือน มกราคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ (1) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

(2) มีอัตราการกรองของไต (eGFR) 59-30 mm/min/1.73 m² (3) ไม่มีความบกพร่องทางสติสัมปชัญญะ สามารถอ่าน พูด เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้ดี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดการทดสอบแบบ 2 ทาง ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง 5% power 90% และค่า mean จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ CKD stage 3 ที่ได้รับให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการลดบริโภคโซเดียมเป็นรายบุคคล การมาตรวจตามแพทย์นัดทุก 2 เดือน เป็นเวลา 3 ครั้ง ที่เพิ่มขึ้น 5 ± 15 ได้จำนวนตัวอย่าง 128 ราย และสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 64 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เอกสารรับรองเลขที่ 10/2560 ผู้วิจัยขออนุญาตและขอความร่วมมือในการวิจัยโดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงสิทธิในตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีข้อบังคับ สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ โดยลงนามในใบยินยอมเมื่อสมัครใจเข้าร่วมโครงการ นำเสนอข้อมูล และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษานี้ มี 2 ส่วน คือ

1. ชุดสื่อองค์ความรู้และเครื่องมือ“ลดเค็มลดโซเดียม” ประกอบด้วย (1) ชุดความรู้เกี่ยวกับข้อมูลปริมาณโซเดียมในขนมและอาหาร ข้อมูลปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์ขนมอบและอาหารต่างๆ ข้อมูลลดเค็มครั้งหนึ่งจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2) เอกสารให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคไตและประชาชนทั่วไป จาก Advancing Diabetes Care เครื่องมือชุดนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน ค่า CVI .90 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) .90

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรัง ค่า CVI .90 และค่าความเชื่อมั่น .90 (3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ eGFR, Urine Sodium, Hematocrit, FBS, HbA_{1c}, และ BP

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมซึ่งประกอบด้วย (1) การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (2)

แนะนำการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตเสื่อม เน้นการลดบริโภคอาหารโซเดียม โดยการสาธิตและฝึกทักษะ (3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการเจาะเลือดและตรวจปัสสาวะ กลุ่มทดลองทุกคนได้รับการนัดตรวจติดตามผลทุก 2 เดือน จนครบ 6 เดือน

กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามมาตรฐานปกติซึ่งประกอบด้วย (1) การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (2) แนะนำการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตเสื่อม (3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการเจาะเลือดและตรวจปัสสาวะ กลุ่มควบคุมทุกคนได้รับการนัดติดตามผลทุก 2 เดือน จนครบ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของ based-line data และการเปลี่ยนแปลง ในเดือนที่ 6 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mixed effect regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

อาสาสมัครในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 69.31 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.20 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 50 รองลงมา มีรายได้เดือนละ 15,000-20,000 บาท ร้อยละ 32.80 สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 3.13 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.99 โรคร่วมที่พบได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 85.93 และร้อยละ 95.30 ตามลำดับ อาสาสมัครที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ค่อนข้างดี มีค่า Mean Arterial Pressure 98.48 mmHg อาสาสมัครที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่รักษา ด้วยการรับประทาน

ยา ร้อยละ 84.40 และป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยนาน 18.98 ปี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของอาสาสมัคร พบ อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 44.40 ซีซี/นาที/1.73 ตารางเมตร ระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าเฉลี่ย 171.98 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 8.38 ระดับความเข้มข้นของเลือดเฉลี่ย 36.40

อาสาสมัครในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 69.01 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.20 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 34.40 ส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 56.25 รองลงมา มีรายได้เดือนละ 15,000-20,000 บาท ร้อยละ 31.25 ไม่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.60 โรคร่วมที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 84.40 และร้อยละ 98.40 ตามลำดับ อาสาสมัครที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ค่อนข้างดี มีค่า Mean Arterial Pressure 97.91 mmHg อาสาสมัครที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่รักษาด้วยการรับประทานยา ร้อยละ 81.30 และป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยนาน 16.98 ปี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของอาสาสมัคร พบ อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 45.09 ซีซี/นาที/1.73 ตารางเมตร ระดับน้ำตาลในเลือด

ตอนเช้าเฉลี่ย 162.08 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 8.19 ระดับความเข้มข้นของเลือดเฉลี่ย 35.46

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ รายได้ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ โรคร่วมความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิต การรักษาโรคเบาหวานด้วยการรับประทานยา ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของอาสาสมัคร ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา และโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

2. ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาที่ระยะเวลา 6 เดือน และเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่า eGFR เพิ่มขึ้น (0.32 ± 0.16 , $p = 0.003$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่า eGFR ลดลง (-0.32 ± 0.17 , $p = 0.003$) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของค่า urine sodium ระดับความดันโลหิต ทั้ง SBP และ DBP ลดลง ขณะที่กลุ่มควบคุม มีค่า urine sodium ระดับความดันโลหิต ทั้ง SBP และ DBP เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 6 เดือน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	กลุ่มทดลอง (N 64)		กลุ่มควบคุม (N 64)		p value
	Mean	SE	Mean	SE	
eGFR (%)	0.32	± 0.16	-0.32	± 0.17	0.003
Urine sodium (mmol/L)	-1.40	± 0.65	1.97	± 0.68	<0.001
ค่าระดับความดันโลหิต					
SBP (mmHg)	-1.15	± 0.28	0.48	± 0.30	<0.001
DBP (mmHg)	-1.26	± 0.24	0.19	± 0.25	<0.001

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 69 ปี สอดคล้องกับข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า ส่วนใหญ่โรคเบาหวาน พบในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 75.4 ของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท สอดคล้องกับผลการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลกุนนารายณ์¹⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 70.79 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 58.37 ปี ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศ ที่พบว่า อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 1:2 รายได้โดยรวมของครอบครัวอยู่ระหว่าง 500-6,800 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.48¹⁸

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด สอดคล้องกับผลการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลกุนนารายณ์¹⁷ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เฉลี่ย 17-19 ปี ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 162-172 mg/dL ค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย 8.19-8.38 % ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดาร์วิน อุ่มบางตลาด¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการควบคุมอาหาร และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยของโรงพยาบาลในประเทศไทย จำนวน 9,419 คน พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 43.9 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8.11¹⁹

2. ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

โปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมที่พัฒนาขึ้น เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมการ

จัดการตนเองของผู้ป่วยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการคิดตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย กำกับตนเอง การให้คำปรึกษา และสนับสนุนติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เป็นการยกระดับการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเดียว ในระหว่างการให้ความรู้ และการฝึกทักษะการปฏิบัติ มีการวางแผนการจัดการตนเอง ซึ่งทำติดต่อกันทุก 2 เดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือน การร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ และผลการวัดระดับความดันโลหิต ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม ได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน ทำให้มีค่าของ urine sodium ลดลง และค่า eGFR เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิต ทั้ง SBP และ DBP ลดลงตามไปด้วย ทั้งนี้ ประเทศไทยมีเครื่องปรุงรส อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป ซึ่งหาซื้อได้ง่ายและมีรสเค็มมากกว่าปกติ ประมาณร้อยละ 30 การบริโภคโซเดียมเกินกว่าค่ามาตรฐานปกติ จะส่งผลกระทบต่อระยะของการดำเนินโรคไต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของแพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ และวราทิพย์ แก่นการ²⁰ ที่พบว่า หลังใช้โปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารลดโซเดียม เน้นการสาธิต กระตุ้นเตือน สอบถามให้กำลังใจ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้โปรแกรม และมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nerbass et al.¹⁰ ที่พบว่า การควบคุมปริมาณโซเดียมจะช่วยลดระยะการดำเนินของโรคและลดความเสี่ยงของหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากโซเดียมทำให้เกิด

น้ำคั่งในร่างกาย ส่งผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ การลดปริมาณโซเดียมยังช่วยลดการคั่งของโปรตีนในปัสสาวะได้อีกด้วย และมีผลกับหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดอักเสบและตับสูญเสียหน้าที่ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sacks et al.²¹ และ Bakris et al.²² ที่พบว่า การลดปริมาณโซเดียมจะส่งผลทำให้ลดระดับความดันโลหิตได้ และความดันโลหิตที่ลดลงทุก 10 มิลลิเมตรปรอทจะสามารถชะลอการลดลงในอัตราการกรองของไตได้ 6 ลูกบาศก์ เซนติเมตรต่อนาทีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านบริการ** ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ทุกราย ควรมีโอกาสเข้าร่วมโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารลดเค็มส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง และชะลอไตเสื่อมได้

2. **ด้านการศึกษาวิจัย** ควรศึกษาติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารลดโซเดียมและเปลี่ยนแปลง ระดับ GFR ในระยะยาว เช่น 1 ปี หรือ 2 ปี เป็นต้น

References

1. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017;128:40-50.
2. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, et al. Chronic kidney disease: Global Dimension and perspectives. *Lancet*. 2013; 382(9888):260-72.
3. IDF Diabetes Atlas. [Internet]. 2017 [cited 2018 May 11]; Available from: <http://reports.instantatlas.com/report/view/846e76122b5f476fa6ef09471965aedd/THA?clear=true>.
4. Coll-de-Tuero G, Mata-Cases M, Rodriguez-Poncelas A, et al. Chronic kidney disease in the type 2 diabetic patients: Prevalence and associated variables in a random sample of 2,642 patients of a Mediterranean area. *BMC Nephrol*. 2012; 13(87):1-9.
5. Van der Meer V, Wielders HP, Grootendorst DC, et al. Chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus type 2 or hypertension in general practice. *Br J Gen Pract*. 2010; 60(581):884-90.
6. Bailey RA, Wang Y, Zhu V, Rup now MF. Chronic kidney diseases in US adults with type 2 diabetes: An updated national estimate of prevalence based on Kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Staging. *BMC Res Notes*. 2014; 7(415):1-7.
7. Subbiah AK, Chhabra YK, Mahajan S. Cardiovascular disease in patients with chronic kidney disease: A neglected subgroup. *Heart Asia*. 2016;8(2):56-61.
8. Cea Soriano L, Johansson S, Stefansson B, Rodriguez LA. Cardiovascular events and all-cause mortality in a cohort of 57, 946 patients with type 2 diabetes: associations with renal function and cardiovascular risk factors. *Cardiovasc Diabetes*. 2015;14(38):1-15.
9. Vupputuri S, Kimi's TM, Calloway MO, et al. The economic burden of progressive chronic kidney disease among patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2014;;28(1):10-6.

10. Nerbass FB, Pecoits-Filho R, McIntyre NJ, McIntyre CW, Taal MW. High sodium intake is associated with important risk factors in a large cohort of chronic kidney disease patients. *Eur J Clin Nutr.* 2015;69(7):786-90.
11. Wright JA, Cavanaugh KL. Dietary sodium in chronic kidney disease: a comprehensive approach. *Semin Dial.* 2010;23(4):415-21.
12. World Health Organization. Salt reduction. [Internet]. 2016 June [cited 2018 June10]; Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>.
13. Vennegoor MA. Salt restriction and practical aspects to improve compliance. *J Ren Nutr.* 2009;19(1):63-8.
14. Powles J, Fahima S, Micha R, et al. Global, regional, and national sodium intakes in 1990 and 2010: A systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. *BMJ Open.* 2013;3(12):1-18.
15. Nerbass FB, Pecoits-Filho R, McIntyre CW, Willingham FC, Taal MW. Demographic associations of high estimated sodium intake and frequency of consumption of high-sodium foods in people with chronic kidney disease stage 3 in England. *Journal of Renal Nutrition.* 2014;24(4):236-42.
16. Wichian Ketasingha. Statistics analyze for research 3rd ed. Bangkok: Thaiwathanapanit; 2538. Thai.
17. Seksan Heabkaew. Quality of life of patients with type II diabetes mellitus in Kuchinarai District, Kalasin Province. (dissertation). Graduate school, Khon Kean University; 2011. Thai.
18. Dararat Unbangthalad, Factors related to the result of self-care among diabetic and/or hypertension patients in Chiangraknoi Health Promoting Hospital Para Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand.* 2557;4(3):194-207. Thai.
19. Wannee Nitiyanant. Diabetes and Exercise. In: Sutin Sriussadaporn, Wannee Nitiyanant, eds. *Diabetes.* Bangkok: Ruen Kaew printing; 2548:107-127. Thai.
20. Praewthip Sutheeraprasert, Waratip Kankarn. The Effectiveness of encourage family and village health volunteers participation program to delayed the progression of chronic kidney disease in urban area of Khon Kaen provice. *Journal of Nursing and Health Care.* 2018;36(4):42-51. Thai.
21. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med.* 2001;344(1):3-10.
22. Bakris GL, Weir WR, Shanifar S, et al. Effects of blood pressure level on progression of diabetic nephropathy. *Archives of Internal Medicine* 2003;163(13):1555-65.

การพัฒนาระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลยโสธร

จันทร์เพ็ญ เนียมวัน* พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)

กลอยใจ แสนวงษ์** พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ 15 คน 2) มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก 15 ราย เครื่องมือวิจัย คือ ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ทักษะการพยาบาลทารกวิกฤต 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล 3) แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล 4) แบบประเมินความเครียด 5) แบบประเมินภาวะซีมเศร้าหลังคลอด 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดา 7) แบบประเมินความรู้ความสามารถของมารดา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา pair t-test และ Chi square

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากมี 2 ส่วน คือ (1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลทารกวิกฤต ด้านมนุษยสัมพันธ์ และด้านการสื่อสาร (2) มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินภูมิคุ้มกันต่ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมจำหน่าย ความพึงพอใจของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.73, SD.15) ความรู้และทักษะของพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ความรู้ความสามารถของมารดาหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มารดาที่มีความเครียดและภาวะซีมเศร้าหลังคลอดลดลง และมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.65, SD.15) ทารกมีภาวะแทรกซ้อนภาวะฉุกเฉินภูมิคุ้มกันต่ำ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด BPD, ROP และ pneumonia ลดลง อุบัติการณ์เสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

คำสำคัญ : ทารกเกิดก่อนกำหนด ภาวะหายใจลำบาก ระบบการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลยโสธร

E-mail:chanang@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร

The Development of Nursing System for Premature Infant with Respiratory Distress Syndrome, Yasothon Hospital.

Chanpen Niaumwon* M.N.S. (Administration Nursing)

Kloychai saenwong** M.N.S. (Administration Nursing)

Abstract

The objectives of this research and development were to develop a nursing system and study the results of the developed nursing care system of premature infant with respiratory distress syndrome. The sample of this study consisted of 15 registered nurses and 15 mothers and their premature infant with respiratory distress syndrome. The research instrument was the developed nursing care system of premature infant with respiratory distress syndrome. Data collection tools included: 1) knowledge and skill on critical infant nursing care assessment, 2) the nurse satisfaction questionnaire, 3) medical-nursing quality indicators log, 4) maternal stress assessment, 5) postpartum depression assessment, 6) maternal satisfaction questionnaire, 7) maternal knowledge and competency assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, pair t-test and Chi square.

The results revealed that the developed nursing care system of premature infant with respiratory distress syndrome consisted of 2 aspects: (1) the nurse capacity building on critical infant nursing care, human relations and communication, (2) nursing standards for prevention of hypothermia, prevention of complications, and preparation for discharge. The overall satisfaction score of the nurses were at a high level (Mean 4.73, SD.15). Knowledge and skills of the nurses at post-development were significantly better than pre-development ($p < .01$). Knowledge and competency of the mothers post-development were significantly higher than pre-development ($p < .01$). Stress and postpartum depression of the mothers were decreased. The satisfaction score of the mothers were at a high level (Mean 4.65, SD.15). The premature babies complication i.e. hypothermia, ventilation tube slipped, BPD, ROP, and pneumonia were decreased. The incident of infant mortality, number of days hospitalized and the cost of medical expense were reduced.

key words: premature infant , respiratory distress syndrome, nursing system.

* Registered nurse, Senior Profession Level, Chief of Nursing, Yasothon Hospital

E-mail:chanang@hotmail.com

** Registered nurse, Profession Level

บทนำ

ปัจจุบันแนวโน้มของอุบัติการณ์ทารกเกิดก่อนกำหนดมีเพิ่มมากขึ้น เป็นปัญหาสำคัญของนานาประเทศ โดยการคลอดก่อนกำหนดโดยทั่วไปพบได้ร้อยละ 8-10 ซึ่งแตกต่างไปตามกลุ่มประชากรและนิยาม ของการคลอดก่อนกำหนด¹ ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข² พบว่าปี พ.ศ.2558-2561 มีจำนวนทารก เกิดมีชีพ 679,502 คน 666,207 คน 656,570 คน และ 628,450 คน ตามลำดับ โดยพบทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 72,126 คน, 73,783 คน 72,615 คน และ 70,900 คน หรือ ร้อยละ 10.61, 11.08, 11.06 และ 11.28 ตามลำดับ ซึ่งสถิติดังกล่าวสูงกว่าค่าเป้าหมายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ที่กำหนดให้อัตราทารกเกิดก่อนกำหนด ต้องไม่เกิน ร้อยละ 7.5 นอกจากนี้ พบอัตราตายของทารกแรกเกิด ปีพ.ศ. 2558-2561 จำนวน 1,552, 1,511 คน, 1,327 คน และ 1,300 คน หรือ ร้อยละ 2.3, 2.3, 2.0 และ 2.1 ตามลำดับ ซึ่ง 2 ใน 3 ของทารกที่เสียชีวิตเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 24-37 สัปดาห์ เนื่องจากการเกิดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุ สำคัญทำให้ทารกแรกเกิดของประเทศไทยเสียชีวิตสูง เป็นอันดับ 1

สถิติของประเทศไทย พบทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอาการอยู่ในภาวะวิกฤติต้องอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ปีละกว่า 11,000 ราย³ ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพสูงมากจำเป็นต้องได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเมื่อทารกกลับไปอยู่บ้าน การเกิดก่อนกำหนดทำให้อวัยวะภายในของทารกโดยเฉพาะปอด ตับ ยังทำงานไม่สมบูรณ์ ระบบภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ทำให้ติดเชื้อง่าย การควบคุมอุณหภูมิในร่างกายไม่ดีพอ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลือง ภาวะซีด ภาวะเส้นเลือดที่หัวใจเปิด ภาวะหายใจลำบาก ภาวะ

เลือดออกในสมอง ภาวะโรคปอดเรื้อรัง ภาวะลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะพร่องในการมองเห็นและการได้ยินมากกว่าทารกครบกำหนด^{4,5} จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญ เครื่องมือแพทย์ที่ซับซ้อนราคาแพง ใช้เวลานานนอนอยู่ใน โรงพยาบาลเฉลี่ยร้อยละ 2-3 เดือน ใช้งบประมาณดูแล ปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาท บางรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit) ในขณะที่โรงพยาบาลบางแห่งยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เช่น จำนวนเตียงผู้ป่วย อุปกรณ์การแพทย์ แพทย์ และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะ ทำให้ทารกบางรายไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทำให้เสียชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อการเพิ่มความเครียดและ ค่าใช้จ่ายของครอบครัว

นอกจากนี้การพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเป็นระยะเวลานานทำให้ทารกถูกแยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิดทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างทารกและมารดาหรือผู้ดูแลถูกตัดขาดหรือลดน้อยลง ทารกไม่ได้รับความอบอุ่นจากมารดาที่มีผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการล่าช้า⁶ และถึงแม้ว่าทารกจะหาย จากภาวะแทรกซ้อนและอาการดีขึ้นสามารถนำกลับไป ดูแลต่อที่บ้านได้ แต่ยังเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ได้ เช่น อุนหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงง่าย หายใจไม่มีประสิทธิภาพ การดูดกลืนไม่ดี การขาดสารอาหารและน้ำ การติดเชื้อง่าย เป็นต้น จึงเห็นได้ว่าการจัดระบบ บริการทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ทารกเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ดี⁷

การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลยโสธร⁸ ปี พ.ศ.2560-2562 มี

ทารกที่เกิดมีชีพในโรงพยาบาลยโสธร จำนวน 2776 , 2628 และ 2,435 คน ตามลำดับ มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 191, 213 และ 168 คน หรือร้อยละ 6.88, 8.10 และ 6.89 ตามลำดับ เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก จำนวน 27, 12 และ 20 คน ตามลำดับ และในจำนวนนี้พบว่า เสียชีวิต จำนวน 6, 2 และ 8 คน หรือ ร้อยละ 22.22, 16.66 และ 40 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล เฉลี่ย 122,839 บาท ระยะเวลานอนเฉลี่ย 31.11 วัน สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากภาวะ Neonatal Sepsis นอกจากนี้ยังมีทารกที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 1-2 รายต่อปี

การวิเคราะห์บททบทวนบริบทการจัดระบบบริการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด และเวชระเบียนทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลยโสธร พบประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 เรื่อง คือ 1) ความรู้ ทักษะของพยาบาลในการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด 2) การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated of pneumonia :VAP), จอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity: ROP), โรคปอดเรื้อรัง (Broncho pulmonary dysplasia: BPD), ภาวะหยุดหายใจในทารกเกิดก่อนกำหนด (Apnea of prematurity) และการวางแผนการจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ ความรู้ และทักษะในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสำหรับมารดาเมื่อจำหน่ายทารกกลับบ้าน ดังนั้น จำเป็นต้องมีการปรับปรุงการจัดระบบบริการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องกับการดูแล

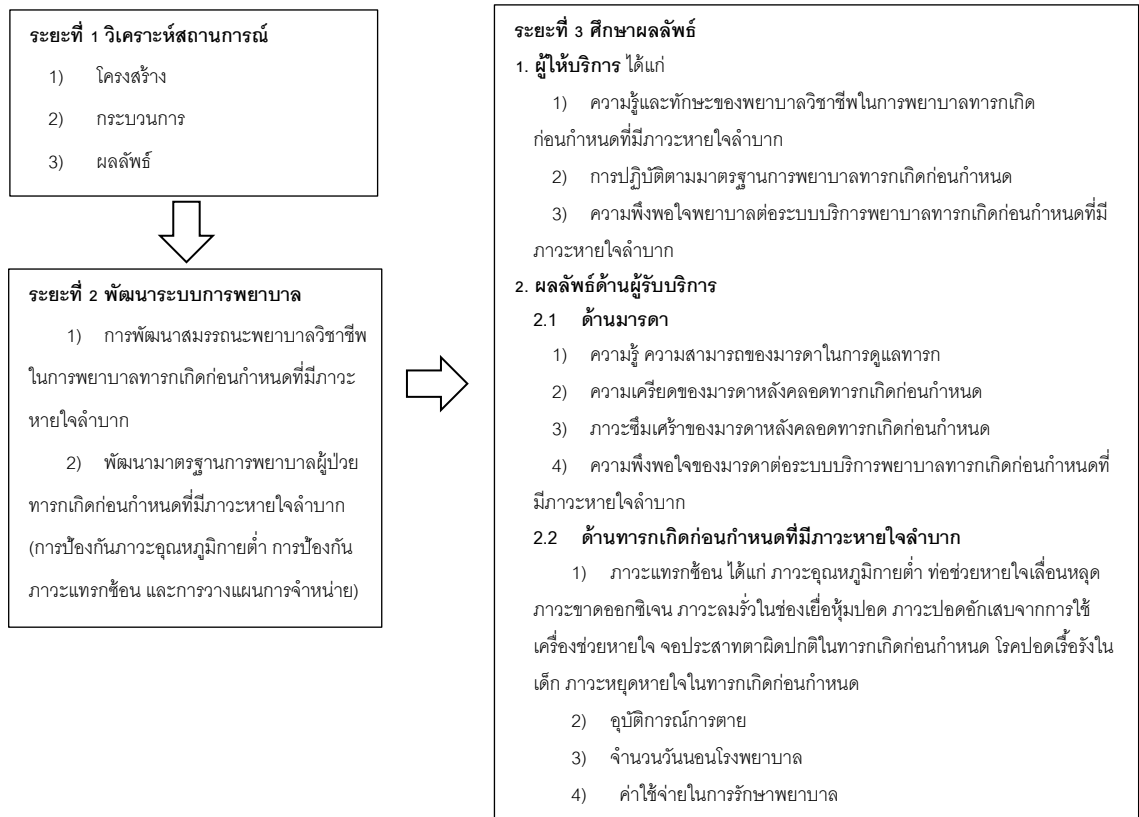
ทารกเกิดก่อนกำหนด และพัฒนามาตรฐานการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดให้ครอบคลุมประเด็นการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในขณะนอนโรงพยาบาล และการวางแผนการจำหน่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมของมารดา หรือผู้ดูแลก่อนจำหน่าย ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ถูกต้อง ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน^{7,9} ซึ่งผลการจัดระบบบริการที่ดีและครบถ้วน จะช่วยลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสมจะช่วยลดระยะวันนอนในโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายได้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก
2. พัฒนาระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก
3. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ระบบบริการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดคุณภาพของนาบีเดียน¹⁰ 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิด และการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลทารกแรกเกิด มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก และประเมินผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก จากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ให้บริการ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยโสธร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี

2) กลุ่มผู้รับบริการ ประชากร คือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลยโสธร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) ทารกเกิด

ก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (3) อยู่ในเขตพื้นที่ จังหวัดยโสธร เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2562-30 กันยายน พ.ศ.2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

(1) แผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก สร้างโดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Objective Congruence Index: IOC) ภาพรวม 0.8

(2) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Objective Congruence Index: IOC) ภาพรวม 0.8

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งตามกลุ่มผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ได้แก่

(1) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก สร้างโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านผลงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม จำนวน 2 ข้อ ด้านความต่อเนื่องของบริการ จำนวน 2 ข้อ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 ข้อ ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ ด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่า IOC ภาพรวม 1.0 ได้ทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดและสูติกรรม จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.84

(2) แบบประเมินความรู้และทักษะการพยาบาลทารกวิกฤต เป็นแบบทดสอบความรู้มี 2 ตัวเลือก 20 ข้อคำถาม ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน หลังจากให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนตรวจสอบแล้วนำไป ทดสอบพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดและสูติกรรม จำนวน 30 คน ตอบและหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ KR 20 โดยพิจารณาที่ค่าคะแนน 0.2 – 0.8 ซึ่งผลการทดสอบ ผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ และค่าความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ 0.81

(3) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ 1) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 2) ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 3) Hypoxia 4) Pneumothorax 5) Ventilation associated pneumonia 6) Retinopathy of prematurity 7) Broncho

pulmonary dysplasia 8) Apnea of prematurity สำหรับพยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผู้ป่วยจำหน่าย สร้างโดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่า IOC ภาพรวม 1.0 ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 4 คน บันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ผลการตรวจสอบ พบว่า มีการบันทึกตรงกัน ร้อยละ 100

(4) แบบบันทึกผลการรักษาพยาบาล ได้แก่ 1) อุบัติการณ์การตาย 2) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผู้ป่วยจำหน่าย สร้างโดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่า IOC ภาพรวม 1.0 ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 4 คน บันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ผลการตรวจสอบ พบว่า มีการบันทึกตรงกัน ร้อยละ 100

(5) แบบประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของมารดา เป็นแบบทดสอบความรู้มี 2 ตัวเลือก 20 ข้อคำถาม ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน หลังจากให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คนตรวจสอบแล้วนำไป ทดสอบมารดาหลังคลอด จำนวน 30 คน ตอบและหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ KR 20 โดยพิจารณาที่ค่าคะแนน 0.2 – 0.8 ซึ่งผลการทดสอบ ผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น รวม เท่ากับ 0.84

(6) แบบประเมินความเครียดของมารดา (SPST-20)¹¹ โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปฐ (SPST-20) จำนวน 20 ข้อคำถามการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.80

(7) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดา (Thai EPSPD) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลัง

คลอด the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ของ Cox et al. นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์และคณะ¹² เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยตนเองประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อคำถาม การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน พิจารณาจุดตัดของคะแนนที่เหมาะสมกับคนไทย คือ เท่ากับหรือมากกว่า 11 คะแนน จัดว่า มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.81

(8) แบบสอบถามความพึงพอใจของ มารดาทารก สร้างโดยผู้วิจัยเอง เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ และมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจของมารดาทารก ต่อบริการที่ได้รับ ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านความรวดเร็วของบริการ จำนวน 2 ข้อ ด้านความต่อเนื่องครบถ้วน จำนวน 4 ข้อ ด้านคุณภาพผลลัพธ์ของบริการ จำนวน 3 ข้อ และด้านความรู้ความสามารถในการดูแลทารก จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 14 ข้อ ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่า IOC ภาพรวม 1.0 นำไปทดลองใช้กับมารดาทารก ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.98

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 - เดือนกันยายน พ.ศ.2563 มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ ระบบการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยใช้แนวคิดของโดนาปีเดียโน¹⁰ 3 ด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในประเด็น

โครงสร้าง และกระบวนการ ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ส่วนผลลัพธ์ ใช้ข้อมูลเวชระเบียนและการทบทวนตัวชี้วัดย้อนหลัง 3 ปี ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้านการรักษาพยาบาล

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ดังนี้

2.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดโครงสร้าง เนื้อหา และเครื่องมือการวิจัย

2.2 จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการนำเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดเก็บเอกสาร

2.3 ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยตามโครงสร้างที่กำหนด โดยประชุมจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย และกำหนดบทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากร่วมกันระหว่างตัวแทนของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 คน พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน

2.4 ได้ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก คือ 1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก

(1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ทบทวนผลการศึกษสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดสรุปเป็น สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้และทักษะการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต 2) ด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลทารก

แรกเกิดวิกฤต และ 3) ด้านมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร

(2) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ประกอบด้วย การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมการจำหน่ายเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านจึงจำเป็นต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมก่อนจำหน่าย และพยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหา ความต้องการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลการดูแลงานดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเยี่ยมหลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาล หลังนำระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย 15 คน และบุคลากรพยาบาล 15 คน โดย 1) จัดประชุม อบรมวิชาการความรู้เรื่องโรค และการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากสำหรับบุคลากรและเครือข่าย 2) ประชุมชี้แจงระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก 3) นำรูปแบบไปใช้ 4) เก็บรวบรวมผลการดำเนินการ 5) ผู้วิจัยทำหน้าที่พี่เลี้ยง ที่ปรึกษา และผู้ประสานงาน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562-กันยายน พ.ศ.2563 โดยศึกษาผลลัพธ์ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

(1) ความรู้และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมินความรู้ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ประเมิน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนการพัฒนาสมรรถนะ ครั้งที่ 2 หลังการเสร็จสิ้นการประชุมอบรม และครั้งที่ 3 หลังผ่านไป 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ pair T test

(2) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามคู่มือการพยาบาล ประเมิน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 หลังนำไปใช้เมื่อครบ 1 เดือน และครั้งที่ 2 หลังนำไปใช้ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยใช้ Chi square

(3) ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินพยาบาลวิชาชีพ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลความพึงพอใจรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยและบุคลากร ดังนี้¹¹ คะแนนเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไป หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.5-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 ลงมา หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ มี 2 ด้าน คือ

3.2.1 ด้าน มารดา ได้แก่ (1) ความรู้ความสามารถของมารดา ใช้แบบประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ประเมิน 2 ครั้ง โดยประเมินครั้งแรกก่อนดำเนินการ และครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ pair T-test (2) ความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20)¹² จำนวน 20 ข้อคำถาม มีการประเมิน 3 ครั้ง ได้แก่ ในสัปดาห์ที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 3 และครั้งที่ 3 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แบ่งระดับความเครียดตามคะแนนรวม ดังนี้ คะแนน 0-23 คะแนน แสดงว่า

มีความเครียดน้อย คะแนน 24-42 คะแนนแสดงว่า มีความเครียดปานกลาง คะแนน 43-62 คะแนนแสดงว่า มีความเครียดสูงคะแนน 63-100 คะแนนแสดงว่า มีความเครียดรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละครั้งของการประเมินโดยใช้ pair T-test (3) ภาวะซึมเศร้าของมารดา โดยใช้แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Thai EPSD)¹³ มีการประเมิน 3 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 3 และครั้งที่ 3 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จำนวน 10 ข้อคำถาม คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน ซึ่งหมายความว่า คะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 11 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ และร้อยละ (4) ความพึงพอใจของมารดา โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดา ประเมินก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์แยกรายข้อและโดยรวม

3.2.2 ด้านทารก ได้แก่ (1) ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด hypoxia pneumothorax VAP ROP BPD และ apnea of prematurity อุบัติการณ์เสียชีวิต จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร ลงวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2562 เลขที่ YST 2019-2015 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย การตัดสินใจเป็นแบบสมัครใจ ไม่มีผลกระทบใดๆและลงนามในใบยินยอม ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูล และผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย นำเสนอตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก พบว่า มีทารกเสียชีวิต 6 ราย (ร้อยละ 30) ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ 2 ราย (ร้อยละ 10) มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 18 ราย (ร้อยละ 90) และพบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ Pneumothorax 2 ราย (ร้อยละ 10) ROP 4 ราย (ร้อยละ 20) และ Ventilation associated pneumonia 5 ราย (ร้อยละ 25) การวิเคราะห์ด้านโครงสร้าง ประเด็นอัตรากำลังบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ อาคารสถานที่ พบว่าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ใช้สถานที่และบุคลากรที่เป็นทีมเดียวกับทีมดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่อายุ 1 เดือนขึ้นไป ประกอบกับภาระงานที่มาก ทำให้กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ต้องจัดรูปแบบการพยาบาลโดยการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบทีม และแบบตามหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุมและทั่วถึง แต่พบปัญหา คือ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบแยกส่วน และขาดความต่อเนื่องในการดูแล ด้านกระบวนการ มีแนวปฏิบัติที่หลากหลาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และบุคลากรทางการพยาบาลยังขาดความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ด้านผลลัพธ์ พบ อัตราตายย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 26.08, 16.66 และ 30 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การพัฒนาสมรรถนะหลัก 3 ด้านของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ (1) ด้านความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (2) ด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (3) ด้านมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร 2) มาตรฐาน

วาระการพยาบาล

การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมการจำหน่ายเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านจึงจำเป็นต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมก่อนจำหน่าย โดยพยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหา ความต้องการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ดังนั้นระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบการพยาบาลที่มีมาตรฐานเรื่องการป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกายทารก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และการเตรียมการจำหน่าย โดยบุคลากรพยาบาลที่มีสมรรถนะด้านความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต และ ด้านมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาล นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ มี 3 ประเด็น คือ

1) ความรู้และทักษะของพยาบาลด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต 2) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก และ 3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบบริการพยาบาล

ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา 1 เดือน และ หลังการพัฒนา 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาลหลังการพัฒนา มีความแตกต่าง และสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาลด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (N 15)

คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาล	Mean (SD)	t	p value
ครั้งที่ 1 ก่อนการพัฒนา	12.80 (2.03)	-9.93 (ครั้งที่ 1 และ 2)	.000
ครั้งที่ 2 หลังการพัฒนา 1 เดือน	16.73 (1.10)	-12.91 (ครั้งที่ 2 และ 3)	.000
ครั้งที่ 3 หลังการพัฒนา 3 เดือน	18.87 (0.99)	-13.74 (ครั้งที่ 1 และ 3)	.000

การประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 โดยมีระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และการเตรียมการจำหน่าย ร้อยละ 80 และ

86.66 ตามลำดับ ส่วนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการปฏิบัติตามแนวทาง ครั้งที่ 1 ร้อยละ 73.33 และ ครั้งที่ 2 ร้อยละ 93.33 การเปรียบเทียบความแตกต่างในการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (N 15)

การปฏิบัติตามแนว ทางการดูแล	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		Chi square	p value
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. มาตรฐานการป้องกัน ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	12 (80)	3 (20)	12 (80)	3 (20)	.000	1.00
2. มาตรฐานการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	11 (73.33)	4 (26.67)	14 (93.33)	1 (6.67)	2.160	0.33
3. มาตรฐานการเตรียมการ จำหน่าย	13 (86.66)	2 (13.34)	13 (86.66)	2 (13.34)	.000	1.00

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบ
บริการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจ
ลำบาก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวม
คือ 4.73 (SD 0.15) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ
รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และระดับของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาล (N 15)

ความพึงพอใจของพยาบาล	Mean (SD)	ระดับ
ด้านผลงาน	5.00 (0.00)	มากที่สุด
ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม	4.60 (0.39)	มากที่สุด
ด้านความต่อเนื่องของบริการ	4.80 (0.25)	มากที่สุด
ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.54 (0.23)	มากที่สุด
ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม	4.53 (0.48)	มากที่สุด
ด้านเอกสิทธิ์และความก้าวหน้าทางวิชาชีพ	4.82 (0.17)	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	4.73 (0.15)	มากที่สุด

ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ประกอบด้วย 2
ส่วน คือ ด้านมารดาและด้านทารก

ผลลัพธ์ด้านมารดา มี 4 ประเด็น ได้แก่ 1)
ความรู้ ความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิด
ก่อนกำหนด 2) ความเครียดของมารดาเกี่ยวกับทารก
เกิดก่อนกำหนด 3) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และ 4)

ความพึงพอใจของมารดาต่อระบบการพยาบาลทารก
เกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก การประเมิน
ความรู้ความสามารถของมารดา จำนวน 2 ครั้ง คือ
ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนดำเนินการ และครั้งที่ 2 ประเมิน
ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้
ความสามารถของมารดาต่อการจำหน่ายกลับบ้าน

สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความสามารถของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (N 15)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความสามารถของมารดา	Mean (SD)	t	p value
ครั้งที่ 1 ก่อนการพัฒนา	9.13 (2.13)	-15.47	.000
ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	17.87 (0.74)		

การประเมินความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ด้วยแบบประเมินความเครียด (SPST-20) ¹² จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 และก่อนจำหน่าย พบว่า สัปดาห์ที่ 1 มารดา ส่วนใหญ่ มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 86.66 มารดา มีความเครียดระดับสูง และความเครียดน้อย จำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 6.67 ในสัปดาห์ที่ 3 มารดา ส่วนใหญ่มีความเครียด

น้อย ร้อยละ 66.67 ความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 และ ก่อนจำหน่าย มารดา มีระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 100 การศึกษาครั้งนี้ ไม่พบมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก มีความเครียดในระดับรุนแรง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดา ทั้ง 3 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับความเครียด คะแนนเฉลี่ย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (N 15)

ระดับความเครียดของมารดา		ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 จำนวน (ร้อยละ)	ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 จำนวน (ร้อยละ)	ครั้งที่ 3 ก่อนจำหน่าย จำนวน (ร้อยละ)
น้อย	(0-23 คะแนน)	1 (6.67)	10 (66.67)	15 (100)
ปานกลาง	(24-42 คะแนน)	13 (86.66)	5 (33.33)	0
มาก	(43-62 คะแนน)	1 (6.67)	0	0
รุนแรง	(63-100 คะแนน)	0	0	0
คะแนนเฉลี่ยความเครียด (SD)		29.87 (6.75)	23.13 (2.67)	21.07 (1.22)
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน		3.60	4.37	5.16
ความเครียดของมารดา (t)		(ครั้งที่ 1 และ 2)	(ครั้งที่ 2 และ 3)	(ครั้งที่ 1 และ 3)
p value		.003	.001	.000

การประเมินภาวะซีมเศร้าของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ด้วยแบบประเมินภาวะซีมเศร้าหลังคลอด (Thai EPSD)¹³ จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 และก่อน

จำหน่าย พบว่า สัปดาห์ที่ 1 มารดามีภาวะซีมเศร้าร้อยละ 53.33 สัปดาห์ที่ 3 ร้อยละ 6.67 และก่อนจำหน่าย ไม่มีภาวะซีมเศร้า (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ภาวะซีมเศร้าของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (N 15)

ภาวะซีมเศร้าของมารดา	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 3	ก่อนจำหน่าย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีภาวะซีมเศร้า (0-6 คะแนน)	7 (46.67)	14 (93.33)	15 (100)
มีภาวะซีมเศร้า (7-30 คะแนน)	8 (53.33)	1 (6.67)	0

การประเมินความพึงพอใจของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ต่อบริการที่ได้รับ พบว่า มารดามีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ

โดยรวม คือ 4.65 (SD 0.15) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และระดับของความพึงพอใจของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (N 15)

ความพึงพอใจของมารดาทารก	Mean (SD)	ระดับ
ด้านความรวดเร็วของบริการ	4.50 (0.42)	มากที่สุด
ด้านความต่อเนื่องครบถ้วน	4.40 (0.22)	มาก
ด้านคุณภาพผลลัพธ์ของบริการ	4.91 (0.23)	มากที่สุด
ด้านความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	4.76 (0.18)	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	4.65 (0.15)	มากที่สุด

ผลลัพธ์ด้านทารก ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์เสียชีวิต จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หลังจากใช้ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากที่พัฒนาขึ้น พบภาวะแทรกซ้อนที่มีแนวโน้มลดลง คือ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ท่อช่วย

หายใจเลื่อนหลุด hypoxia pneumothorax retinopathy of prematurity broncho-pulmonary dysplasia และ apnea of prematurity จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และอุบัติการณ์เสียชีวิตลดลง แต่พบว่ามีภาวะ ventilation associated pneumonia และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์เสียชีวิต จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก

ผลลัพธ์ด้านทารก	หน่วยนับ	ก่อนพัฒนา (N 18)	หลังพัฒนา (N 15)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ภาวะแทรกซ้อน			
อุณหภูมิกายต่ำ	ครั้ง	14 (77.78)	7 (46.67)
ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	ครั้ง	8 (44.44)	3 (20)
Hypoxia	ครั้ง	6 (33.33)	1 (6.67)
Pneumothorax	ครั้ง	3 (16.67)	1 (6.67)
Ventilation associated pneumonia	ราย	3 (16.67)	5 (33.33)
Retinopathy of prematurity	ราย	4 (22.22)	0
Broncho-pulmonary dysplasia	ราย	3 (16.67)	1 (6.67)
Apnea of Prematurity	ราย	3 (16.67)	1 (6.67)
2. อุบัติการณ์เสียชีวิต	ราย	8 (44.44)	1 (6.67)
3. วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล	วัน	31.10	26.31
4. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาต่อครั้ง	บาท	122,839.55	154,490.77

อภิปรายผล

ระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลยโสธร ที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ประกอบด้วย 1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2) มาตรฐานการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสบความสำเร็จนั้น บุคลากรพยาบาลจัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อน โดยจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสม ปฏิบัติการพยาบาลภายใต้มาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และที่สำคัญคือ การป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายทารกเกิดก่อนกำหนด การป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และการเตรียมการจำหน่ายร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย ในส่วนผู้ให้บริการมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลตามระดับของสมรรถนะ มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกัน การดูแลหลังจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหา ความต้องการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อ ข้อมูลการดูแลงานดูแลต่อเนื่อง และติดตามการเยี่ยมหลังจำหน่าย จากการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในขณะที่มีการปฏิบัติหน้าที่ ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรู้ ทักษะในการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ชมภูหลง¹⁴ และการศึกษาของ จิราพร วรรณโชติ¹⁵ ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่เพียงพอ จะส่งผลทำให้เกิด

ความมั่นใจในการให้การพยาบาลและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้

ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ 2) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก 3) ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล ผลการศึกษานี้พบว่า การกำหนดสมรรถนะด้านต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของบุคลากรในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดซึ่งครอบคลุมทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะที่สำคัญ เช่น การพยาบาลทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ ความรู้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ทำให้พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลลิสัน เชาวินัย และคณะ¹⁶ ศึกษา “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน” และผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความต้องการและจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะการดูแลทารกแรกเกิด และสมรรถนะด้านการบริหารจัดการทางการพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญมากในการจัดระบบการให้บริการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ด้านผู้รับบริการที่เป็นมารดาของทารก ได้แก่ 1) ความรู้ ความสามารถของมารดา 2) ความเครียดของมารดา 3) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และ 4) ความพึงพอใจของมารดา ซึ่งการศึกษานี้ได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ที่ประกอบด้วย

1) การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) การเตรียมการจำหน่าย ทำให้มารดาของทารกได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และทักษะที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มารดามีความรู้ความสามารถในการดูแลทารก เกิดความเข้าใจ จึงทำให้ความเครียด และภาวะซึมเศร้ามลดลง มีความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี บุญธรรม¹⁷ ศึกษา “มาตรฐานการวางแผนการจำหน่ายในทารกน้ำหนักน้อย” และ การศึกษาของ ภรณ์ ปานมัน¹⁸ ศึกษา “ผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก” ที่พบว่า

ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ด้านทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อน 2) อุบัติการณ์การตาย 3) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 4) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการศึกษานี้ ทำให้ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจ เลื่อน ห ล ด hypoxia , pneumothorax , ROP, BPD, apnea of prematurity , อัตราตาย มีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากการอบรมให้ความรู้และ พัฒนาสมรรถนะของทีมน้อยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ VAP ยังสูงขึ้น เป็นผลมาจากทารกน้ำหนักตัวน้อยมากส่งผลต่อการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ซึ่งภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนดและเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทารกมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านเชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบการดูแลเครือข่ายตาม service plan ที่ชัดเจนและผ่านการประเมินตาม

เป้าหมาย เพื่อเป็นการเสริมแรงการพัฒนาและเสริมสร้างขวัญกำลังใจรวมถึงวางระบบการเทียบเคียง (benchmarking) กับเครือข่ายจังหวัดอื่นๆ ที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2) ด้านการบริหาร กลุ่มการพยาบาล/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควรให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญระดับจังหวัดร่วมกันเป็นเครือข่ายให้การสนับสนุน/ส่งเสริมด้านวิชาการตามบริบทของงานตลอดจนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเครือข่าย เพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำมาตรฐานการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากที่พัฒนาขึ้นนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังในเครือข่ายและมีการนิเทศอย่างต่อเนื่องและติดตามผลของการดูแลทารกในระยะยาว เช่น กลับเข้ารับการรักษาก่อนกลับบ้าน ค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว

4) ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มการพัฒนาระบบการดูแลทารกที่มีภาวะติดเชื้อมากขึ้นเนื่องจากแนวโน้มการติดเชื้อในทารกแรกเกิด เพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด

References

1. Theerapong charundwit. Management of preterm labor. In Naresual sookcharum, eds. Chula Recommendation for the Best O&G Practice. Bangkok; 2007. Thai.
2. Division of Strategy and Planning Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics 2019. [Internet] 2020. [cited 2020 Sep 11]; Available from: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf. Thai.
3. The Board of Directors for the preparation of the National Health Development Plan. 12th National Health Development Plan (2017-2021). [Internet] 2020. [cited 2020 Sep 11]; Available from: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf. Thai.
4. Hunter JJ, Maunder RG. Using attachment theory to understand illness behavior. General Hospital Psychiatry. 2001;23:177-82.
5. Schenk K, Kellery JHI, Schenk MP. Models of maternal-infant attachment: A role for nurse. Pediatr Nurs. 2005;31(6):514-7. .
6. Phatchareewan Wisitphanit, et al. Rate and factors related to miscarriage in Hospital under the Ministry of Public health. Nakhonsawan. Region 8 Medical Journal; 2003. Thai.
7. Kheangsak Jeerapad, Weena Jeerapad. 32 problems in newborns. Bangkok: AD Team - Creation; 2003. Thai.

8. PCT Committee of Pediatrics. Statistics, data, results of the annual review of the Yasothon Hospital Medical Records 2017-2019. Yasothon Hospital; 2020.
9. Wanpen Phichitpornchai. Opinion of doctors and nurses to plan the discharge of patients in hospitals in Bangkok. Bangkok: Region 8 Medical Journal; 2003.
10. Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University; 2003.
11. Prakhong Karnasut. Statistics for behavioral science research. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1999. Thai.
12. Suwat Mahitnirunkul., Wanida Pumphaissarnchai, Pimmastapaya. Research report on the construction of Suan Prung stress measurement model. Chiang Mai: Suan Prung Hospital; 1997. Thai.
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.
14. Saowaluk Chompoolong. The development nursing service system of preterm infant in Mahasarakham Hospital and network. Journal of nurses, association of Thailand, North-Eastern Division. Khon kaen. 2013; 31(2):151-64. Thai.
15. Jariyaporn Wannachot. Nursing a premature infant. Journal of Phrapokklao Nursing College. Chanthaburi. 2011; 22(2):36-43. Thai.
16. Wimonrat Chaowinai, Sutthiporn Munasat, Wanpen Kaewpan. Development of the competency development of neonatal patient care in professional nurses in the nursing unit of neonatal patients Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3):256-65. Thai.
17. Sumalee Boontham. Development and evaluation of low weight infants distribution planning in the neonatal intensive care unit, Songkhla Hospital. [thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2011. Thai.
18. Poranee Panman. Effects of critical care nursing support program on anxiety among neonatal parents in the intensive care Unit. [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. Thai..

ประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อการประยุกต์ใช้สติกเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

อภิชาติ กาศโอสถ*

พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมต่อการประยุกต์ใช้สติกเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดำเนินการ 2 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างและพัฒนาวัตกรรมการปรับหยดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2) การประเมินผลความพึงพอใจต่อการใช้งาน ด้วยข้อคำถาม 8 ประเด็น ได้แก่ 1) ความแข็งแรงคงทนของอุปกรณ์ 2) ขนาดและความเหมาะสมของนวัตกรรม 3) การใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน 4) ความสะดวกสบายในการใช้งาน 5) ความปลอดภัยในการใช้งาน 6) ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า 7) มีประโยชน์ทางการพยาบาล และ 8) สามารถนำไปใช้งานได้จริง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการใช้นวัตกรรมและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานวัตกรรมให้มีประสิทธิผลมากขึ้น ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้สติกเกอร์ปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำในระดับมากถึงดีมาก ร้อยละ 97 การพิจารณารายข้อ พบว่า ขนาดและความเหมาะสมของนวัตกรรม และความปลอดภัยในการใช้งาน มีความพึงพอใจในระดับดีมากเท่ากัน คือ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ สามารถนำไปใช้งานได้จริง ร้อยละ 98.5 ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า นวัตกรรมช่วยให้เกิดความมั่นใจในการกำหนดอัตราการไหลของสารน้ำ ลดระยะเวลาในการปรับหยดในการให้สารน้ำ และเพิ่มระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ประสิทธิผล ความพึงพอใจ การประยุกต์ใช้สติกเกอร์ปรับหยดสารน้ำ

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

E-mail: kardosod@gmail.com

The effectiveness and satisfaction on sticker for administering intravenous fluids

Apichat Kardosod * M.N.S (Adult Nursing)

Abstract

The purposes of this descriptive study were to assess the effectiveness and satisfaction of the nursing students and register nurses at the surgical unit towards using a sticker for administering intravenous fluids. The study was divided into two-part: 1) development an innovative drip adjustment of intravenous fluid 2) evaluation of satisfaction towards using this innovation by 8 categories: 1) stable and durable 2) size and suitability of an innovation 3) easy to use-not complicated 4) convenience 5) safety 6) economic and cost-effective 7) nursing benefits and 8) practical to apply. Data were collected from July to September. Data were analyzed using frequency and percentage. The qualitative data, collected via opened-ended questions were analyzed using content analysis.

The results revealed that: the overall satisfaction scores of the participants towards using the innovation were at a high level yielding a number of 97 per cent. For each item, it was found that the item on "size and suitability of innovation" and "safety" had equal number of 100 per cent, and the item on "practical to apply" had 98.5 per cent. The qualitative data addressed that the innovation enables the accuracy on determining the fluid flow rate, shorten the time of fluid adjustment, and increase the duration on performing other nursing activities effectively.

Key words: effectiveness, satisfaction, adaptation stickers for fluids drip control

* Lecturer, Faculty of Nursing, Ching Mai university.

E-mail: kardosod@gmail.com

บทนำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เป็นหัตถการที่สามารถพบได้โดยทั่วไปในผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งลักษณะของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นการให้บริเวณอวัยวะส่วนปลายชั้นตื้นได้ผิวหนัง โดยเฉพาะผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมที่จำเป็นต้องดื่มน้ำและอาหารก่อน และภายหลังการได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการให้ยาที่จำเป็นต้องผสมในสารละลาย เพื่อให้เกิดการเจือจาง และหยดให้ทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ ซึ่งในระหว่างการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา¹ ได้แก่

1) การบวมบริเวณตำแหน่งที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (infiltration) เป็นผลที่เกิดจากการซึมของสารน้ำออกจากหลอดเลือด และคั่งภายในเนื้อเยื่อได้ชั้นผิวหนังทำให้เกิดอาการปวด แสบ ร้อน การระคายเคืองดังกล่าวอาจจะส่งผลให้เกิดเนื้อเยื่อบริเวณได้ผิวหนังตายได้

2) การอักเสบของหลอดเลือดดำ (phlebitis) เป็นการระคายเคืองที่เกิดขึ้นจากความเข้มข้นของสารน้ำ และการเสียดสีของปลายเข็มที่แทงเข้าเส้นเลือดบ่อยครั้ง ทำให้เกิดอาการปวด แดง ร้อน รอบบริเวณที่แทงเข็ม และผิวหนังตำแหน่งนั้นจะมีลักษณะอุ่นขึ้น

3) เกิดอากาศเข้าไปในหลอดเลือดดำ (air embolism) เกิดจากการไล่ฟองอากาศออกจากสายไม่หมด หรือการปล่อยให้สารน้ำหมดขวดจนเป็นสาเหตุให้เกิดฟองอากาศเข้าไป ซึ่งหากพบการหลุดเข้าไปกั้นในระบบหลอดเลือดที่ไปเลี้ยง สมอง หัวใจ หรือไต อาจจะเป็นเหตุทำให้เกิดอาการเสียชีวิตตามมาได้

4) ปริมาณสารน้ำภายในหลอดเลือดที่มากเกินไป (circulation overload) เกิดจากการให้

สารน้ำที่เร็วเกินไป โดยเฉพาะการปรับหยดสารน้ำที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินเกิดขึ้นตามมาได้

5) การติดเชื้อในกระแสโลหิต (septicemia) เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งพบได้ตั้งแต่กระบวนการเตรียมสารน้ำ การเปิดเส้นเลือด เป็นต้น¹ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย และอาจจะเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่นานขึ้นตามมาได้

การทบทวนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ผ่านมา พบการตรวจดูการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2554² พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทุกรายจำเป็นต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำก็เป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยตรงในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

นอกจากนี้ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นยังหมายถึงคุณภาพทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของธีรเดช ภัทรโรดม³ ศึกษาเกี่ยวกับการให้สารอาหาร และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจำนวนที่เหมาะสมตามแผนการรักษาจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลต้องทำการควบคุมให้มีความเที่ยงตรงตามแผนการรักษา³ แต่เนื่องจากบริบทของหอผู้ป่วยสามัญทั่วไป เครื่องควบคุมสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (infusion pump) นั้นจำนวนเครื่องที่สามารถนำมาใช้งานกับผู้ป่วยทุกรายนั้นสามารถทำได้ยาก เนื่องจากมีข้อจำกัดในหลาย ๆ ด้าน ทั้งความเหมาะสมในการใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกฤตที่จำเป็นต้องได้รับยา

และสารน้ำอย่างแม่นยำ สอดคล้องกับการศึกษาของกองวิศวกรรมการแพทย์ ของกรมสนับสนุนสุขภาพ ปี พ.ศ. 2555 ได้กล่าวว่า การควบคุมการให้สารน้ำโดยวิธีการปรับอัตราการไหลด้วยแรงโน้มถ่วงของโลก ซึ่งสามารถทำการให้สารน้ำตรวจสอบด้วยความแม่นยำของอัตราการไหลสามารถทำได้ ³ แต่หากการพัฒนาแบบการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ใช้งานได้รับประโยชน์ต่องานทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ดังการศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมวงล้อช่วยในการปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จำนวน 38 ราย ⁴ พบว่า นวัตกรรม IV scale วงล้อช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และตาราง สารน้ำทางหลอดเลือดดำสามารถนำมาทดแทนเครื่อง infusion pump ที่มีราคาแพงกว่าได้ โดยผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยนั้นเป็นการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีได้

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวก การปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากเป็นการพัฒนากระบวนการ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้มีการสร้างใหม่ พร้อมทั้งช่วยให้เกิดการปรับปรุง พัฒนา ปรับใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพ ⁵ การพัฒนาแนวทาง หรือเครื่องมือเพื่อใช้ในการควบคุมการหยดของสารน้ำจึงเป็นประเด็นนวัตกรรมที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง โดยพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสามารถกระทำได้ง่าย เกิดความคุ้มค่า และคุ้มค่าสำหรับการให้การพยาบาล นอกจากนี้ยังเกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแถบสติ๊กเกอร์สำหรับการควบคุมปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้เกิดความแม่นยำ รวดเร็ว และเพิ่มระยะเวลาในการให้กิจกรรมการพยาบาล

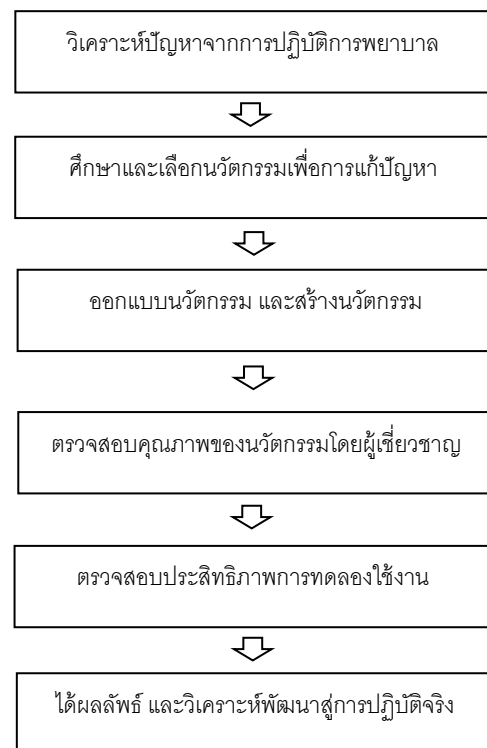
อื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตรงตามแผนการรักษาของแพทย์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อการประยุกต์ใช้สติ๊กเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษาประสิทธิผล และความพึงพอใจต่อการประยุกต์ใช้สติ๊กเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำใช้ขั้นตอนของการพัฒนานวัตกรรมและการจัดการเรียนรู้ ⁵ รายละเอียดและขั้นตอน แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1

ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมและการจัดการเรียนรู้

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งขั้นตอนของการศึกษาออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การประดิษฐ์สติ๊กเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการนำไปใช้ วัสดุที่ใช้ในการศึกษาเป็นสติ๊กเกอร์ และพิมพ์ระดับการปรับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ การใช้งานใช้หลักการคำนวณสารน้ำ และทำการระบุตำแหน่ง drop บนชุดปรับการไหลของสารน้ำโดยการใช้แผ่นสติ

เกอร์ระบุตำแหน่งการไหลของสารเหลว เพื่อให้เกิดความแม่นยำ รวดเร็ว และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ซึ่งวัสดุที่ใช้ในการประดิษฐ์เป็นกระดาษสติ๊กเกอร์พีวีซีป้องกันการเปียกชื้น โดยงบประมาณต่อชิ้นราคาประมาณ 0.33 บาท ลักษณะของสติ๊กเกอร์เป็น drop/min เพื่อความสะดวกในการปรับหยดสารน้ำตาม scale เดิมที่มีความแม่นยำ ลดระยะเวลาในการนับจำนวนหยดน้ำใน 1 นาที (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แสดงลักษณะสติ๊กเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำหน่วยเป็น drop/min

หลังจากได้สิ่งประดิษฐ์เกี่ยวกับนวัตกรรมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของการใช้กับผู้ที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำจำนวน 6 รายได้ค่าความเชื่อมั่น .83 พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำนวัตกรรมตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรมได้ค่าเท่ากับ .78 เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการใช้งานต่อไป

ระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมสติ๊กเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากประดิษฐ์และทดสอบความเที่ยงแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคเหนือแห่งหนึ่ง เป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ.

2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 โดยการประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการใช้งาน

กลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (simple size) จากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan ⁶ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5 เปอร์เซ็นต์ ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ได้จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 19 ราย โดยเลือกสถานที่ทำการศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงคือ บุคลากรหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ 2 บนหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือวิจัย คือ สถิติเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความเหมาะสมในการใช้ประเมินนวัตกรรมอย่างง่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองประกอบด้วย 8 ประเด็นคือ 1) อุปกรณ์มีความแข็งแรงคงทน 2) ขนาดและความเหมาะสมของนวัตกรรม 3) ง่ายต่อการใช้งานไม่มีความซับซ้อน 4) ความสะดวกสบายต่อการใช้งาน 5) ความปลอดภัยในการใช้งาน 6) ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า 7) มีประโยชน์ทางการพยาบาล และ 8) สามารถนำไปใช้งานได้จริง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบระดับการประเมินค่า (rating scale) โดยแบ่งการให้คะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 4 = ดีมาก, 3 = มาก, 2 = พอใช้, และ 1 = ควรปรับปรุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทบทวนวรรณกรรม และปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมสารน้ำทางหลอดเลือดดำจึงพัฒนาประดิษฐ์สถิติเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อพัฒนากระบวนการทางการพยาบาลให้สะดวก และคงประสิทธิภาพทางการพยาบาล โดยการติดสถิติเกอร์ กำหนดจำนวนหยด ทดสอบการหยดพร้อมทั้งคำนวณการหยดของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่พบได้บ่อยตามแผนการรักษาโดยกำหนดหน่วยการหยดให้เป็น macro drop/min และทำการทดสอบการหยดโดยการวัดเต็ม 1 นาทีพร้อมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการสร้างนวัตกรรมตรวจสอบขั้นตอน และความเหมาะสมในการใช้งาน ก่อนที่จะนำไปให้ผู้ปฏิบัติการทางการพยาบาลได้ทดลองใช้ และประเมินผลการใช้งานในแง่ของผลลัพธ์ และความพึงพอใจภายหลังจากการใช้งานจากนวัตกรรม เป็นต้น ข้อมูลที่ได้รับได้

นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงรายละเอียดการปฏิบัติการและใช้นวัตกรรมสถิติเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครอบคลุมวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบแบบสอบถาม การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และจะเผยแพร่เฉพาะข้อมูลที่เป็นภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานประจำ หรืองานอื่น ๆ ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมผู้วิจัยได้ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม ก่อนที่จะดำเนินกิจกรรม

ผลการศึกษา

การประเมินผล ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของการใช้สถิติเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำจากทดลองใช้สถิติเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 3 เดือน โดยตอบแบบสอบถามผ่าน google platform ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.5 เพศชายร้อยละ 10.5 และมีประสบการณ์ทำงานทางการพยาบาลไม่เกิน 2 ปีร้อยละ 52.6, ประสบการณ์ทำงานทางการพยาบาลระหว่าง 3-5 ปีร้อยละ 21.1, ประสบการณ์ทำงานทางการพยาบาลระหว่าง 6-8 ปี ร้อยละ 15.8, ประสบการณ์ทำงานทางการพยาบาลระหว่าง 9-11 ปีร้อยละ 5.3, และประสบการณ์ทำงานทางการพยาบาลมากกว่า 12 ปีร้อยละ 5.3 ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสถิติเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 98 ด้านความ

วารสารกองการพยาบาล

แข็งแรงคงทนของอุปกรณ์ร้อยละ 94.73, ขนาดและความเหมาะสมของนวัตกรรมร้อยละ 100, ใช้งานง่ายและไม่ซับซ้อนร้อยละ 89.47, ความสะดวกในการใช้งานร้อยละ 94.73, ความปลอดภัยในการใช้งานร้อยละ

100, ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่าร้อยละ 84.21, มีประโยชน์ทางการพยาบาลร้อยละ 89.47, และสามารถนำไปใช้งานได้จริงร้อยละ 94.73 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพ และความพึงพอใจของการใช้สติกเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (n 19 คน)

รายการ	ดีมาก (%)	มาก (%)	พอใช้ (%)	ควรปรับปรุง (%)	Mean (%)	SD (%)
อุปกรณ์มีความแข็งแรงคงทน	18 (94.73)	1 (5.26)	0	0	3.97	0.22
ขนาดและความเหมาะสมของนวัตกรรม	19 (100)	0	0	0	4.00	0
ง่ายต่อการใช้งานไม่มีความซับซ้อน	17 (89.47)	1 (5.26)	1 (5.26)	0	3.84	0.50
ความสะดวกสบายต่อการใช้งาน	18 (94.73)	1 (5.26)	0	0	3.94	0.22
ความปลอดภัยในการใช้งาน	19 (100)	0	0	0	4	0
ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า	16 (84.21)	2 (10.52)	1 (5.26)	0	3.78	0.53
มีประโยชน์ทางการพยาบาล	17 (89.47)	1 (5.26)	1 (5.26)	0	3.84	0.50
สามารถนำไปใช้งานได้จริง	18 (94.73)	1 (5.26)	0	0	3.94	0.22

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้ประดิษฐ์แถบสติกเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเป็นการกำหนดความแม่นยำของอัตราการไหลของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา เพื่อลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับสารน้ำที่ไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และสามารถลดระยะเวลาในการให้สารน้ำ เพิ่มระยะเวลาสำหรับการให้กิจกรรมการพยาบาลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการประเมินพบว่า

1. ข้อดีของนวัตกรรมการวิจัยเมื่อนำสิ่งประดิษฐ์แถบสติกเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำมาใช้ในการใช้ควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำด้วย set macro drip สามารถช่วยให้เกิดความแม่นยำในอัตราของการไหลร้อยละ 100 จึงสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของชูวงศ์ ศษสว ประสิทธิภาพของนวัตกรรมวงล้อช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยใช้เลือดออกเพื่อลดภาวะน้ำเกินพบว่านวัตกรรมให้ผลลัพธ์ที่เที่ยงตรง และผู้ใช้

มีความพึงพอใจต่อการใช้งาน และสามารถนำมาใช้แทนเครื่อง infusion pump ที่มีราคาแพงได้⁴

แม้ว่าประเด็นการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่า เป็นประเด็นที่ได้คะแนนต่ำเนื่องจากวัสดุที่ใช้ในการประดิษฐ์ต้องสั่งทำ และทำให้เกิดมีค่าใช้จ่ายขึ้นสำหรับโอกาสต่อไปอาจจะมีพัฒนาอุปกรณ์ที่เป็นอุปกรณ์ที่เหลือใช้ภายในหอผู้ป่วยสำหรับการประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์และลดประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น แม้ว่าราคาต่อชิ้นของสติ๊กเกอร์จะอยู่ที่ขึ้นละ 0.33 บาท แต่ผลลัพธ์และความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมทางการแพทย์ต้องเป็นการสรรหาวิธีการ และลดต้นทุนของการใช้ประโยชน์ในราคาต่ำ หรือไม่มีค่าใช้จ่ายเลยจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการให้การพยาบาลสอดคล้องกับความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม

2. ข้อจำกัดของการทำวิจัยภายหลังจากการประดิษฐ์สติ๊กเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ความหลากหลายของ set IV drip ต้องเป็น set ที่มาจากบริษัทเดียวกัน เนื่องจากทิศทางของหัวปรับจำนวนหยดของสารน้ำอาจจะกลับด้านกัน และอาจจะทำให้เกิดไม่มีความเที่ยงตรงตามมาได้ และการใช้งานเป็นการคำนวณการปรับหยดสารน้ำที่เหมาะสมกับ set macro drop หากผู้ใช้ต้องการใช้กับ set micro drip อาจจะจำเป็นต้องทำการคำนวณ และปรับใช้ใหม่อีกครั้ง

3. ระหว่างที่ทำการปรับหยดตาม scale ตามที่ได้ติดในแถบแล้วเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่าง

เที่ยงตรงผู้ให้การพยาบาลอาจจะทำการเดินตรวจสอบอัตราการไหลทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการควบคุมสารน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควบคุมอัตราการไหลให้มีความแม่นยำ

4. ข้อจำกัดของการใช้นวัตกรรมสติ๊กเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำ มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และในกรณีต้องการควบคุมการไหลเพื่อให้เกิดความแม่นยำมากขึ้น หรือจำเป็นต้องการปรับหยดการให้ยาทางหลอดเลือดดำตามเวลาที่กำหนดอย่างเที่ยงตรง ในกรณีที่ภายในหอผู้ป่วยไม่มีเครื่อง infusion pump เพียงพอต่อการใช้งาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวของการใช้สติ๊กเกอร์ช่วยปรับหยดสารน้ำทางหลอดเลือดดำในทางคลินิก สามารถใช้งานกับผู้ป่วยที่มีความต้องการในการควบคุมปริมาณสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องแม่นยำ เช่น ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการที่จำเป็นต้องการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมินอาจจะวัดเกี่ยวกับภาวะน้ำเกินตามมาได้ นอกจากนี้ยังสามารถปรับเปลี่ยนการคำนวณจำนวนหยดของสารน้ำให้เป็น micro drip สำหรับการศึกษาลงต่อไปได้ เป็นต้น

References

1. Sunsanee Chiyabutra. Effect of evidence-based practice promotion to prevention infusion-related phlebitis from peripheral intravenous catheters In Chaiyaphum Hospital. Chaiyaphum Medical Journal. 2014;34(3):18-25. Thai.
2. Inpatient department Ranot Hospital. The study report for the intravenous fluid inspection. [Internet]. Songkhla: Ranot Hospital; 2011. [cited 2019 July 5]; Available from: www.ranodhospital.go.th>paper. Thai.
3. Teeradat Phattharawarodom. Controller for intravenous solution administration. [Internet]. Surat Thani: Medical Engineering Division. [cited 2019 July 5]; Available from: <http://site.google.com>site.teradat24>. Thai.
4. Shuwong Kodchasarn. The effective with a wheel for administering intravenous fluids. Mahasarakham Hospital Journal. 2018;14(2):11-21. Thai.
5. Pichit Iitjaroon. Research techniques for learning development. Banhkok: Printing Press of Chulalongkorn University; 2017:96-100. Thai.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970;30(3):607-10.

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชุลินดา ทิพย์เกษร*

พย.ม (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)

จันจิรา กิจแก้ว*

พย.ม (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)

วรรัตน์ ศรีสุข*

พย.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้านการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.7 มีประสบการณ์ทำงานอยู่ระหว่าง 1-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 63.3 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อยู่ระหว่าง 1-5 ปี และร้อยละ 73.30 ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พบว่าความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50 ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.70 และประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.70 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.06, SD 0.53)

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ มะเร็งเม็ดเลือดขาว

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี

Corresponding e-mail: chulinda.cbh@gmail.com

Results of the development of a clinical nursing practice guideline for assessment of neutropenia risks in leukemia and lymphoma patients treated with chemotherapy

Chulinda Tipkasorn *

M.N.S. (Adult Nursing)

Chanjira Kitkaew *

M.N.S. (Gerontological Nursing)

Wararat Srisuk *

N.S.

Abstract

The objective of this research was to study the results of development the clinical nursing practice guidelines on assessing neutropenia risks of leukemia and lymphoma patients received chemotherapy regarding its application and satisfaction. A purposive sampling technique was employed to recruits 30 registered nurses who directly take care of the patients received chemotherapy. The research instruments consisted of the nursing practice guidelines of the patients received chemotherapy acquiring febrile neutropenia and questionnaires on general information, the application of the nursing guideline, and satisfaction of using the nursing guideline. Data were analyzed using percentage, mean and standard deviation.

The results showed that the majority of registered nurses 76.70 per cent, had working experience between 1-10 years, 63.30 percent had experience in caring of cancer patients received chemotherapy between 1-5 years and 73.30 per cent had not yet participated in training on caring of cancer patients treated with chemotherapy. The assessment regarding implementation of the nursing practice guideline revealed that the practical feasibility of applying this guideline in the organization was at a high level (50 per cent), easy and convenient of using this guideline was at the moderate level (76.70 per cent) and the effectiveness of this guideline application was at a high level (46.70 per cent). The overall satisfaction score of registered nurses on the application of this guideline was at a high level (Mean 4.06, SD 0.53).

key words: nursing practice guideline, neutropenia, leukemia

* Registered Nurse, Professional Level, Chon Buri Hospital

Corresponding e-mail: chulinda.cbh@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย การมีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด¹⁻² ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาและการรับยาเคมีบำบัดที่ล่าช้าออกไป นอกจากนี้ การเกิดไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำยังนำไปสู่การดำเนินโรคที่รุนแรง เพิ่มอัตราการนอนในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น การทบทวนผลศึกษาที่ผ่านมา พบอัตราการมีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้สูงอายุโรค Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) ที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 7-32³ และอัตราการมีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว สูงถึงร้อยละ 59⁴

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมีหลายปัจจัย เช่น เพศ⁵⁻⁷ อายุ⁸⁻⁹ ชนิดของโรคมะเร็ง¹⁰⁻¹¹ ชนิดของยาเคมีบำบัด⁹ ขนาดของเคมีบำบัด^{10,11} มีประวัติการได้รับยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีรักษามาก่อน⁸ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่นี้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีนั้น จะมีความถี่ของการมีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia: FN) น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่ดี¹² ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลควรให้ความสนใจและไม่ควรมองข้าม

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเฉลิมสิริบุญการ 6 โรงพยาบาลชลบุรี ให้บริการรักษาผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงทั่วไป ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยมะเร็งในระบบโลหิตวิทยามารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 558 ราย

และพบว่าผู้ป่วย จำนวน 48 รายมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังจากให้ยาเคมีบำบัดครบ 7-14 วัน ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อ นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 48 ราย ต้องรับเข้ามาโรงพยาบาลเพื่อรักษาซ้ำ ด้วยสาเหตุจากมีไข้และภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ ซึ่งหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ชัดเจนเพื่อประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ ถ้ามีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอาจทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปได้ตามแผนการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ พบว่า มีแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวที่พัฒนาโดยธิดา หอมจีน¹ โดยนำไปใช้ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์กลางรับผู้ป่วยเพื่อรักษาโรคที่เฉพาะทางรวมทั้งโรคทางโลหิตวิทยา โดยมีหลักการรักษาที่คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลชลบุรี จึงได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับในระดับหนึ่ง มาทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความเหมาะสม ความชัดเจน และความยากง่ายในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน ซึ่งหากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนานี้มีความชัดเจน เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมี

บำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้ จะช่วยสนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน ลดความหลากหลายในการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เป็นการลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำไปใช้
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ เป็นการศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ พัฒนาโดยธิดา หอมจีน¹ ไปใช้โดยการประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเพรนนอย สิงห์ช่างชัย¹³ ที่มีจำนวนประชากรไม่เกิน 100 คน ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่ม

ตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับประชากร จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ พัฒนาโดยธิดา หอมจีน¹ ที่จัดทำอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินและการตรวจวัดสัญญาณการติดเชื้อ 2) ผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาล และ 4) สิ่งแวดล้อม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์แพทย์ด้านอายุรกรรมเชี่ยวชาญระบบโลหิต อาจารย์พยาบาลด้านอายุรกรรมที่มีเชี่ยวชาญระบบโลหิต และผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านอายุรกรรมที่มีเชี่ยวชาญระบบโลหิต โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ .9

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และการเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2) แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ของพยาบาลวิชาชีพ มี 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ดัดแปลงจากแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินของณัฐธิดา ฉัตรประพันธ์¹⁴ เป็นข้อคำถามในภาพรวม จำนวน 6 ข้อ 1) ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ 2) ความชัดเจนของข้อ เสนอแนะในแนวปฏิบัติ 3) ความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงาน 4) ความประหยัด 5)

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ 6) ความเป็นไปได้ทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI 0.9 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .88

2.2 แบบสอบถามการนำแนวปฏิบัติไปใช้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับภาวะไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ของดวงเพ็ญ แววันจิตร¹⁵ มี 2 ส่วน คือ (1) การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ เป็นข้อคำถามปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ 1) การประเมินและการตรวจวัดสัญญาณการติดเชื้อ จำนวน 3 ข้อ 2) ผู้ป่วยจำนวน 3 ข้อ 3) การปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 2 ข้อ 4) สิ่งแวดล้อมจำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบง่ายให้ 1 คะแนน ตอบยากให้ 0 คะแนน และ(2) ความสามารถในการนำไปใช้ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบได้ให้ 1 คะแนน ตอบยากให้ 0 คะแนน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI 0.87 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .82

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจและทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องของธมลวรรณ ยอดกลกิจ และคณะ¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ให้เลือกตอบแบบ Likert Scale 5 ระดับ โดย ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อย จนถึงระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ CVI 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรีเลขที่โครงการ 074/59 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และสิทธิในการเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วม รวมถึงการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการได้ลงนามในใบยินยอม การรายงาน และนำเสนอผลการวิจัย ทำในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 26 ปี (Mean 12.65, SD 6.35) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.30 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่าง 1-5 ปี รองลงมา คือ ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 26.70 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.30 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำไปใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานนั้น มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50 สำหรับความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.70 และประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 46.70 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้	ระดับความคิดเห็น (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ/ ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	23.30	76.70	0
2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	40.00	60.00	0
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	30.00	70.00	0
4. ความประหยัด	30.00	70.00	0
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ	46.70	53.30	0
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	50.00	50.00	0

ผลการศึกษานำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ประเด็นความยาก-ง่ายในการจัดการปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่า การประเมินและการตรวจวัดสัญญาณการติดเชื้อ มีความง่ายต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 100 และด้านที่มีความยากในการปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม เรื่องการแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ CDC ร้อยละ 23.30 สำหรับความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พบว่า ความสามารถในการนำแนว

ปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ด้านที่ปฏิบัติได้มากที่สุด ร้อยละ 100 เท่ากัน คือการปฏิบัติการพยาบาล และการวัดสัญญาณชีพ ส่วนความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติได้น้อย คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 16.70 ในเรื่องของการแยกอุปกรณ์สำหรับวัดสัญญาณชีพ เช่น ปรอท คัพสำหรับวัดความดัน ร้อยละ 20 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ด้านความยาก-ง่าย และความสามารถในการนำไปใช้จัดการปัจจัยด้านผู้ป่วย

หัวข้อการประเมิน	ความยาก-ง่าย (ร้อยละ)		ความสามารถในการนำไปใช้ (ร้อยละ)	
	ยาก	ง่าย	ไม่ได้	ได้
1. การประเมินและการตรวจวัดสัญญาณการติดเชื้อ				
1.1 การวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง	0	100	0	100
1.2 ระดับเม็ดเลือดขาว ตามเกณฑ์แบ่งระดับภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำของ WHO	0	100	3.30	96.70
1.3 สัญญาณแสดงของการติดเชื้อ	0	100	0	100
2. การให้คำแนะนำผู้ป่วย				
2.1 การจัดการด้านอาหารและน้ำดื่มให้ผู้ป่วย	2.20	97.80	2.23	97.76
2.2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	2.48	97.52	4.15	95.85
2.3 การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแล	0	100	3.30	96.70
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล				
3.1 เทคนิคการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ และการเจาะเลือด	3.30	96.70	0	100
3.2 การดูแลให้ได้รับยาเคมีบำบัดยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว ยาปฏิชีวนะ	0	100	0	100

ตารางที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ด้านความยาก-ง่าย และความสามารถในการนำไปใช้จัดการปัจจัยด้านผู้ป่วย (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	ความยาก-ง่าย (ร้อยละ)		ความสามารถในการ นำไปใช้ (ร้อยละ)	
	ยาก	ง่าย	ไม่ได้	ได้
4. ด้านสิ่งแวดล้อม				
4.1 การล้างมือของบุคลากร ก่อน-หลังให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ	0	100	3.30	96.70
4.2 การแยกผู้ป่วย ตามเกณฑ์ของ CDC	23.30	76.70	16.70	83.30
4.3 การแยกอุปกรณ์สำหรับวัดสัญญาณ	10.00	90.00	20.00	80.00
4.4 การแจ้งแม่บ้านให้ถอดผ้าปูเตียงทุกสัปดาห์	13.30	86.70	13.30	86.70
4.5 การเข้าเยี่ยม/ ให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยใส่หน้ากากอนามัยและถุงมือ	0	100	3.30	96.70
สะอาดปราศจากเชื้อทุกครั้งให้การพยาบาล				

ผลการศึกษาด้านความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาล พบว่า ในภาพรวมของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ อยู่ในระดับมาก (Mean 4.06, SD 0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดข้อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาล

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	Mean	SD	ระดับความ พึงพอใจ
1. ด้านการประเมินและการตรวจวัดสัญญาณการติดเชื้อ	4.06	0.52	มาก
2. ด้านผู้ป่วย	3.97	0.61	มาก
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	4.06	0.58	มาก
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.00	0.58	มาก
5. มีความครอบคลุมด้านการพยาบาลและการป้องกัน	4.03	0.55	มาก
6. ช่วยให้งานแผนปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการผู้ป่วย ได้ครอบคลุม	4.13	0.57	มาก
7. เข้าใจง่าย	4.1	0.57	มาก
8. มีความสะดวกในการนำไปใช้ปฏิบัติ	4.03	0.61	มาก
9. ใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้การ พยาบาลได้ครอบคลุม	4.10	0.54	มาก
10. ช่วยรวบรวมข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน	4.07	0.58	มาก
รวม	4.06	0.53	มาก

อภิปรายผล

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นทีมผู้ดูแลให้ความคิดเห็น แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ ในระดับมาก ร้อยละ 50 อภิปรายได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญของหอผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความสำคัญและตรงกับความต้องการของหน่วยงาน รวมทั้งนโยบายของงานบริการพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เน้นผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยซึ่งมีความน่าเชื่อถือจากหลักฐานเชิงประจักษ์และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะนำมาใช้ปฏิบัติ จึงทำให้นักปฏิบัติการพยาบาลชุดนี้ สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้ ด้านความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือปฏิบัติตามข้อเสนอแนะและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมีความคิดเห็นด้วยในระดับปานกลางถึงร้อยละ 70 ซึ่งเกิดจากการที่แนวปฏิบัติการพยาบาลได้ช่วยให้ทีมพยาบาลผู้ดูแลมีแนวทางที่ชัดเจนในการให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ประกอบกับมีคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีการอธิบายรายละเอียดการปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจึงมีความสะดวกยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับการพัฒนามาเป็นเครื่องมือ ที่ช่วยในการตัดสินใจแก่บุคลากรพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐริดา วัชรประพันธ์¹⁴ ที่พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นสิ่งที่

จะช่วยให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเดียวกัน เพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วยให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดี สะท้อนถึงการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม ซึ่งในปัจจุบันการปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยหลักฐานนั้นต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีเครื่องมือสำคัญ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice guideline) เป็นหนึ่งในลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline: CPG) ที่สามารถใช้เป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัยกับการปฏิบัติได้

ด้านการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พบว่ามีความง่าย ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.70 และสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานได้ในทางปฏิบัติ ในระดับมาก ร้อยละ 50 เนื่องจากรายละเอียดของแต่ละด้านของแนวปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติบนพื้นฐานของงานประจำที่ใช้หลักกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติมาก่อน นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลผ่านการพัฒนาจากประสบการณ์ของผู้พัฒนาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิ¹ แต่อย่างไรก็ตามมีบางข้อปฏิบัติที่มีความยากในการปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ในเรื่องการแยกผู้ป่วยซึ่งใช้เกณฑ์ของ CDC¹⁷ ร้อยละ 23.3 ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติได้ระบุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมากกว่าจำนวนเตียงในหอผู้ป่วย จึงเกิดการแออัด ไม่สามารถแยกเตียงห่างจากกันได้มาแนวปฏิบัติ และอุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

และผู้ป่วย สอดคล้องกับ Pharm PS และคณะ¹⁸ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันและลดอัตราการติดเชื้อ ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและได้รับการจัดการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมด้านการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การอยู่ในห้องแยก ระบบปรับอากาศในห้องเป็นแบบ laminar air flow ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ดีจะลดอัตราการเกิดไข้ในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมาก (Mean 4.06, SD 0.53) ผลการประเมินของทีมพยาบาลผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อการใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ เนื่องจากพยาบาลเข้าใจระบบการจัดการอย่างง่าย สามารถปฏิบัติได้ง่ายเพราะมีคู่มือ รวมถึงมีการปฏิบัติงานร่วมกันในรูปแบบทีม แต่จากข้อมูลพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ผ่านการอบรมนั้น มีจำนวนน้อย จึงส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ อาจไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนเท่าที่ควร ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ปฏิบัติครั้งต่อไปจำเป็นต้องมีการเตรียมนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ภายใต้วงจรพัฒนาคุณภาพของ Deming¹⁹ ที่ประกอบด้วย plan, do, study, act โดยทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นผู้มีประสบการณ์และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีส่วนร่วมในการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา (problem solving process) เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางปฏิบัติต่อไป

นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัด การสร้างทัศนคติความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทุกฝ่าย และทุกระดับที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนา การสนับสนุนของผู้บริหารในด้านนโยบาย การสนับสนุนด้านเวลาที่ส่งเสริมให้บุคลากรได้มีการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อการระดมสมองในการแสวงหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกัน และการสนับสนุนด้านทรัพยากรเพื่อนำมาใช้ในการจัดทำเอกสารคู่มือ การสร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบ และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น¹⁴ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ที่จะต้องประกอบไปด้วยผลลัพธ์ที่ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงกับผู้รับบริการในทางที่ดีขึ้น รวมทั้ง กลุ่มผู้ใช้และผู้รับบริการจะต้องเกิดความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติด้วย จนเกิดความเข้าใจในแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย และมีการปรับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยใช้กระบวนการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือทำให้ทีมผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้บริการ และทำให้เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติการพยาบาล

กล่าวโดยสรุป การศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ไปใช้ ควรมีการประเมินผลด้านการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบก่อนนำไปใช้จริง ร่วมกับพิจารณาใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับหน่วยงาน เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง นำไปสู่การพัฒนา

คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การแยกอุปกรณ์สำหรับวัดสัญญาณชีพ เช่น ปรอท คัพสำหรับวัดความดันโลหิต ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจาก มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ควรวางแผนเสนอผู้บริหาร เพื่อการจัดสรรงบประมาณซื้ออุปกรณ์เพิ่มเติม
2. ทบทวนนโยบายแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีใช้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้บุคลากรพยาบาล ด้านการประเมิน

ภาวะไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนารูปแบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ของพยาบาลผู้ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หรือติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทั้งกลุ่มผู้ป่วย และพยาบาล โดยใช้วิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง หรือ แบบทดลอง (randomized controlled trial: RCT) เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความชัดเจน และน่าเชื่อถือต่อการนำสู่การปฏิบัติต่อไป

References

1. Thanida Homchin. Effects of nursing care protocol on absolute neutrophil count, nosocomial infections and length of stay in patients with acute myeloid leukemia. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division. 2012;30(2):114-20. Thai.
2. Puga B, Puga I, Cabrera EM, et al. High risk febrile neutropenia in acute leukemia the experience of a public hospital national program of antineoplastic drugs in adult hospital del salvador 1991-2001. Revista Medica de Chile. 2003;131(9):1023-30.
3. Balducci L, Lyman GH. Patients aged ≥ 70 are at high risk for neutropenic infection and should receive hemopoietic growth factors when treated with moderately toxic chemotherapy J Clin Oncol. 2001;19:1583-85.
4. Kanitsap N, Auewarakul C. Outcome of febrile neutropenia in patients with leukemia and lymphoma in siriraj hospital. Siriraj Hospital Gaz. 1991;51(11):857-65. Thai.
5. Lalami Y, Paesmans M, Muanza F, et al. Can we predict the duration of chemotherapy-induced neutropenia in febrile neutropenic patients, focusing on regimen-specific risk factor?: A retrospective analysis. European Society for Medical Oncology. 2005;1:1-8.
6. Al-Ahwal SM. Pattern of febrile neutropenia in solid tumors-a hospital based study. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2005;21(3):249-52.
7. Lyman GH, Delgado DJ. Risk and timing of hospitalization for febrile neutropenia in patients receiving CHOP, CHOP-R, or CNOP chemotherapy for intermediate-grade non-hodgkin lymphoma. American Cancer Society. 2003;98(11):2402-09.
8. Scott S. Identification of cancer patients at high risk of febrile neutropenia. American Society of Health-System Pharmacists. 2002;59(4):S16-19.
9. Morrison VA, Picozzi V, Scott S, et al. The impact of age on delivered dose intensity and hospitalizations for febrile neutropenia in patients with intermediated grade nonhodgkin' s lymphoma receiving initial CHOP chemotherapy: A risk factor analysis. Clinical Lymphoma & Myeloma. 2001;2(1):47-56.
10. Blay J, Chauvin F, Cesne AL, et al. Early lymphopenia after cytotoxic chemotherapy as a risk factor for febrile neutropenia. J Clin Oncol. 1996;14(2):636-43.

11. Voog E, Bienvenu, J, Warzocha, K, et al. Factors that predict chemotherapy-induced myelosuppression in lymphoma patients: Role of the tumor necrosis factor ligand-receptor system. J Clin Oncol. 2000;18(2):325-31.
12. Pichitra L, Kanaungnit P, Chuchuen C, Noppadol S, Factors associated with febrile neutropenia in acute leukemic patients receiving chemotherapy. J Nurs Sci. 2009;27(2):58-68. Thai.
13. Petchnoi S. Nursing research: Principles and processes. Songkhla: All-Blind Press.1992 .Thai.
14. Nattida C. Development of nursing practice guidelines for self-management support among older persons with heart failure, Somdejphajaoaksinmaharaj Hospital, Tak Province. [dissertation] Chiang Mai: Graduate School Chiang Mai University, 2011. Thai.
15. Duangpen W. The development and evaluation of clinical nursing practice guideline for fever management in patients with traumatic brain injury. Songklanakarind Hospital. Songkla: Prince of Songkla University. 2012. Thai.
16. Thamonwan Y, Nirobol K. Clinical practice guideline implementation in colorectal disease patients undergoing abdominal surgery. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2018; 5(1):94-111. Thai.
17. Pharm PS, Silla LMR, Cola CMM, Splitt BI, Moreira LB. Effectiveness of a protective environment implementation for cancer patients with chemotherapy-induced neutropenia on fever and mortality incidence. AJIC. 2013;41:357-9.
18. CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR 2003;52(RR10);1-42.
19. Supashutigul, A. HA Update 2014. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). 2014. Thai

การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

นพมาศ สุทธิวิรัช* กศ.ม. (บริหารการศึกษาศึกษา)
 อุบล แจ่มนาม* พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)
 เยาวลักษณ์ มีบุญมาก** พย.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจและศึกษาผลลัพธ์ของการนำระบบมาใช้ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม การวิจัยดำเนินการระหว่าง กุมภาพันธ์ 2562 ถึง ธันวาคม 2563 กลุ่มประชากรที่ศึกษาคัดเลือกแบบเจาะจงซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี 1,085 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ 98 คน การวิเคราะห์ระบบเดิมโดยการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การพัฒนาและทดลองระบบใช้วงจรเดิม การประเมินผลอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความสามารถ และแรงจูงใจการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่าระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจประกอบด้วย 3 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) การบริหารอัตราค่าล้าง 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP (VAP Bundle Care) และ 3) การนิเทศการปฏิบัติ ผลการนำไปใช้พบว่าระบบเหมาะสม ผู้ป่วย 1,085 คน เกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2.38 ครั้งต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน พยาบาลวิชาชีพ 98 คน มีค่าเฉลี่ยความสามารถ และแรงจูงใจในการการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.61 ± 0.38 และ 4.03 ± 0.59)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประยุกต์ใช้ระบบนี้ในหอผู้ป่วยสามัญอื่นที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการพยาบาล ปอดอักเสบ เครื่องช่วยหายใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

The development of a nursing system for preventing of ventilator associated pneumonia

Noppamat Soottiwirush*	Ed. A. (Educational Administration)
Ubol Jamnam*	M.N.S. (Maternal & Newborn nursing)
Yaowaluck Meebunmak**	D.N.S. (Doctor of Philosophy in Nursing Science)

Abstract

This research and development aimed to develop the nursing system for prevention of ventilator associated pneumonia and identify outcomes of utilizing this system in the General Medical Ward. The research was conducted between February 2018 and December 2019. The population of this study was purposive sampling. The population was 1,085 patients using ventilators who admitted in general medical wards, Ratchaburi Hospital and 98 nurses caring these patients. The research comprised of the analysis of the existing situations using the root cause analysis and the system development and trials using the Deming's cycle. The outcomes evaluated for the rate of ventilator associated pneumonia, the competencies and motivation of practicing, Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation

The results showed that the nursing system for prevention of ventilator associated pneumonia comprised of three guidelines; 1) the nursing workforce administration, 2) the nursing care for prevention of ventilator associated pneumonia (VAP Bundle Care), and 3) the supervision of nursing care. The outcomes after the system utilization showed that the system was appropriate. One hundred and eighty-five patients became ventilator associated pneumonia 2.38 times per 1,000 ventilator days. Ninety-five registered nurses had the average scores of competencies and motivation in practicing for prevention of ventilator associated pneumonia being at the high levels (mean and standard deviation 3.61 ± 0.38 and 4.03 ± 0.59). Recommendation: The system should be applied to other general wards which have the patients using ventilators.

key words: nursing system development, pneumonia, ventilator

* registered nurse, senior professional level, Ratchaburi Hospital

** registered nurse, senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

บทนำ

ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia :VAP) หมายถึงภาวะปอดอักเสบที่เกิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 2 วันโดยนับจากวันแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และภายใน 2 วันแรกหลังจากท่อช่วยหายใจออก¹ อุบัติการณ์แตกต่างกันไปในแต่ละสถาบัน ในประเทศพัฒนาแล้วมีอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 2.9-8 ครั้งต่อ 1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาอยู่ระหว่าง 10-41.7 ครั้งต่อ 1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ² สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์เฉลี่ยเท่ากับ 8.8 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ³ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบมากที่สุดในห้องผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม⁴ ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้านเช่นทำให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลนาน ค่ารักษาเพิ่มขึ้น⁵ มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁶ การที่ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เสียรายได้จากการขาดงาน ญาติหรือผู้ใกล้ชิดต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและจากขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียด มีความวิตกกังวลสูงและจะรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถนำมาคำนวณเป็นตัวเงินอย่างชัดเจนได้

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด VAP แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวบกพร่อง การได้รับยาที่ยับยั้งการหลั่งกรด การได้รับยาปฏิชีวนะที่ล่าช้า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการใส่ท่อช่วยหายใจ⁷ 2) ปัจจัยด้านอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ได้แก่ ระดับความสูงของหัวเตียง⁸ แรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจ⁹ และ 3) ปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคร่งครัดในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในการดูแลทำความสะอาดปาก

และฟัน การดูดเสมหะ การใส่สายให้อาหารและได้รับอาหารทางสายยาง ทั้งนี้เนื่องจากขาดความรู้เครื่องมือไม่เพียงพอ สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสมและขาดการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ¹⁰ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา¹¹ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP จากหลักฐานเชิงประจักษ์ขึ้นประกอบด้วยข้อแนะนำ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการให้ความรู้แก่บุคลากร 2) ด้านการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 3) ด้านการตรวจการแพร่กระจายเชื้อ 4) ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ และ 5) ด้านการจัดปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ หลายหน่วยงานได้นำไปประยุกต์พบว่าได้ผลดี

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ มีภารกิจสำคัญในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและวิกฤต มีศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง จึงเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิในเขตสุขภาพที่ 5 มีหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ทั้งหมด 8 หอ โดยเป็น ICU อายุรกรรม 2 หอ แต่ไม่เพียงพอกับความต้องการ ยังมีผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจล้นอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม 30-40 ราย/วัน ปีนงบประมาณ 2558-2560 อัตราการเกิด VAP มีแนวโน้มสูงขึ้นคือ 5.11, 5.92, 7.99 ครั้งต่อ 1000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ¹² จากรายงานการนิเทศพบว่าการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบต่ำเพียงร้อยละ 65 เรื่องที่พบว่ามี การปฏิบัติ น้อย ได้แก่ การทำความสะอาดมือที่มีประสิทธิภาพ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย การรักษาความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจให้อยู่ระหว่าง 20-30 cmH₂O และการเช็ดทำความสะอาดช่องปาก และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย

อายุรกรรม พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากการฝึกฝนหน้างาน โดยมีพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยเครื่องช่วยหายใจช่วยสอนและเป็นที่ปรึกษา 2) ปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลที่มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วยเท่ากับ 1 : 10 – 15 ภาระงานที่สูงมากส่งผลให้อัตราการโอนย้าย/ลาออกสูง การขาดแคลนทำให้ผู้ยังคงอยู่ในงานต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการอยู่เวรป่วย-ดึกและวันหยุดราชการ นอกจากนี้พยาบาลจบใหม่แม้จะมีความรู้แต่ขาดประสบการณ์กว่าจะเป็นหัวหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยตามลำพังได้ ต้องใช้เวลามากกว่า 3 ปี จึงเป็นภาระหนักกับพยาบาลที่อาวุโสกว่าที่ปฏิบัติงานอยู่ต้องฝึกทักษะให้กับพยาบาลจบใหม่ไปพร้อมๆกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีจำนวนมาก 3) วิวัฒนาการของเทคโนโลยีของเครื่องช่วยหายใจที่มีการใช้งานแตกต่างกันไป และ 4) ความซับซ้อนของโรคที่เพิ่มขึ้นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP จากการศึกษาของนพกมล ประจักษ์ตน์ และอุบลแจ่มนาม¹³ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพเกี่ยวกับการใช้และการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร โรงพยาบาลราชบุรีพบว่าพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมมีคะแนนความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างน้อยที่สุด ส่วนคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยมีประเด็นด้านภาระงานที่เหมาะสมและหน้าที่ความรับผิดชอบมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ด้วยพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมรับรู้ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจควรได้รับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีบุคลากรและเครื่องมือที่พร้อม

มากกว่าหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งให้เห็นว่าอุบัติการณ์ VAP ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ควรได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน และควรมีการจัดกระทำอย่างเป็นระบบมิใช่แก้ไขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

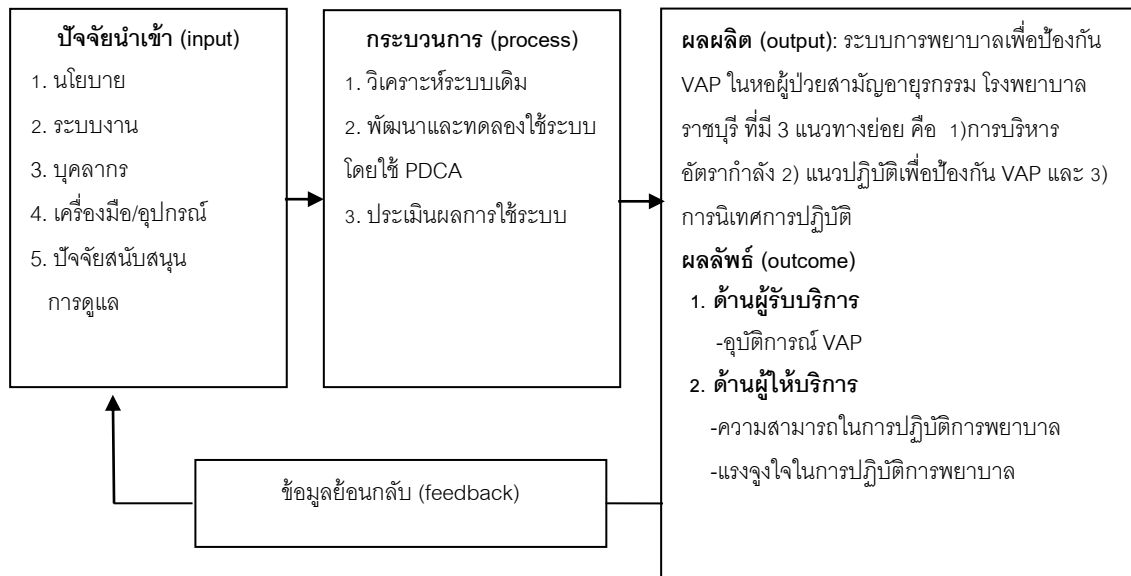
ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน จึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐานใกล้เคียงกับห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม อันจะนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรทางการพยาบาลมีความสุข และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลราชบุรีที่จะก้าวไปเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำของประเทศที่มีคุณภาพมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมโรงพยาบาลราชบุรี
2. ประเมินผลลัพธ์ของการนำระบบที่ได้พัฒนาแล้ว มาใช้ในการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ Ludwig Von Bertalanffy¹⁴ มาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเริ่มจากนำสภาพปัญหา และปัจจัยนำเข้ามาวิเคราะห์ระบบเดิม จากนั้นออกแบบพัฒนาและทดลองใช้แล้วจึงประเมินผลการใช้ระบบ ขณะเดียวกันมีการนำข้อมูลป้อนกลับแจ้งให้ทีมและบุคลากรรับทราบเป็นระยะและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สุดท้ายได้ผลผลิตและผลลัพธ์ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 6 แห่ง ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2563 เป็นการศึกษาจากประชากร ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ประชากร มี 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้รับบริการ: ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 จำนวน 1,106 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเป็นครั้งแรกในการรักษาครั้งนี้ 2) ใช้เครื่องช่วยหายใจจากภาวะระบบหายใจล้มเหลว 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษา VAP เมื่อเริ่มรับเข้าโครงการวิจัย 4) ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยติดเชื้อ

ทางเดินหายใจ ก่อน 2 วันแรก หลังใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute respiratory distress syndrome ก่อน 2 วันแรก หลังใส่เครื่องช่วยหายใจ 3) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอยุติการเข้าร่วมการศึกษา 4) ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยด้วยกรณีต่างๆ เช่น ไม่สมัครใจอยู่รักษา หรือส่งไปรักษาที่หอผู้ป่วยอื่น รวมมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 1,085 คน

2. กลุ่มผู้ให้บริการ: เลือกตามคุณสมบัติ คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรม ≥ 1 ปีขึ้นไป และ 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ได้ประชากรทั้งหมด 98 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ คู่มือการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP ประกอบด้วย 3 แนวทาง คือ 1) การบริหารจัดการอัตราค่าลงพยาบาล 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP (VAP Bundle Care) และ 3) การนิเทศการปฏิบัติการ

วารสารกองการพยาบาล

พยาบาลเพื่อป้องกัน VAP คู่มือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวัง VAP (VAP Surveillance) I

2.2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

2.3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ได้ค่าแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

ขั้นตอนการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ระบบ (1 ก.พ.61-31 มี.ค.62) ศึกษาสถานการณ์จากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย VAP ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 48 แฟ้ม ทีมวิเคราะห์ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด 10 ท่าน ร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าและค้นหารากเหง้าของปัญหา ตามแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อใช้ออกแบบระบบใหม่ ผลการวิเคราะห์พบพยาบาลวิชาชีพไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) การล้างมือ 2) การทำความสะอาดช่องปาก 3) การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 4) การประเมินอาหารที่ค้างค้ำและการปรับ

อัตราการไหลที่เหมาะสม 5) ดูดเสมหะด้วยแรงดันไม่ถูกต้อง ขาดการประเมินผู้ป่วยหลังดูดเสมหะและไม่เช็ดข้อต่อต่าง ๆ ด้วยสำลีแอลกอฮอล์ 70% 6) ขาดการดูแล cuff pressure ให้มีค่าอยู่ระหว่าง 20-30 cmH₂O ทุกเวอร์ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ 1) ด้านนโยบาย การเป็นศูนย์รับการส่งต่อในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ขณะที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 2 หอ มีเพียง 16 เตียง ผู้ป่วยวิกฤตจึงล้นไปที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม 2) ด้านบุคลากร อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอ ชั่วโมงปฏิบัติงานเฉลี่ย 64 ชั่วโมง/สัปดาห์ ให้การดูแลตามประสบการณ์ที่มีการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับการนิเทศพยาบาลวิชาชีพใหม่ ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้ขาดความตระหนักและขาดขวัญกำลังใจ 3) ด้านระบบงาน ใช้การมอบหมายงานเป็นรายบุคคล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อย ขาดความมั่นใจในการดูแล ขาด weaning protocol ที่ใช้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ทำให้ขาดการสื่อสารที่ดีในทีม ขาดการกำกับติดตามในกระบวนการสำคัญ ขาดผู้รับผิดชอบในการติดตามผลงานภาพรวม 4) ด้านเครื่องมือ เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรไม่เพียงพอ ไม่มีเครื่องวัด cuff pressure ครบทุกหอ เครื่อง suction mobile เก่าแก่ยัดไม่สามารถปรับได้ อ่างล้างมืออยู่ไกลจากเตียงผู้ป่วย ผ้าเช็ดมือไม่พอ ในบางเวอร์ 5) ด้านปัจจัยสนับสนุน การ refer back โรงพยาบาลชุมชนยังทำได้น้อย

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้

ระบบ (1 เม.ย.62-มิ.ย.63) โดยใช้วงจรเดิมถึงขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และผลการสังเคราะห์ระบบเดิม ขั้นตอนที่ 2 นำผลจากขั้นตอนแรกมาออกแบบ (ร่าง) ระบบการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP (Plan) เพื่อกำหนดทิศทาง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การบริหารทรัพยากร

ตรวจสอบระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไข ขั้นตอนที่ 3 นำ(ร่าง) ระบบไปทดลองใช้โดยประเมินผลทุก 3 เดือน (Do-Check-Act 4 วงรอบ) ดังนี้

วงรอบที่ 1 1) ด้านนโยบาย ได้ดำเนินการเน้นย้ำพยาบาลด้านการปฏิบัติตามนโยบาย 2P safety โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเช่นผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) ด้านระบบงาน ได้จัดทำ weaning protocol ที่ใช้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ กำหนดแนวทางการนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน 3) ด้านเครื่องมือ ได้จัดซื้อเครื่องวัด cuff pressure ให้มีครบทุกหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มี alcohol hand rub ทุกเตียง และทำแผนจัดซื้อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรให้เพียงพอใช้ 4) ด้านปัจจัยสนับสนุน ได้จัดทำโครงการเชิงปฏิบัติการเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อ VAP ให้กับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรองรับการส่งผู้ป่วยกลับพร้อมทั้งปรับระบบการวางแผนจำหน่าย 5) ด้านบุคลากรได้จัดอบรม เชิงปฏิบัติการเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP 6 รุ่นๆ ละ 20 คน มีการทบทวนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยให้แก่พยาบาลวิชาชีพสามัญอายุรกรรม ขอสนับสนุนอัตรากำลังพยาบาลหน่วยงานอื่นมาช่วยและปรับระบบการมอบหมายงานเป็นแบบทีม ร่วมกับการดูแลเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งมอบหมายผู้รับผิดชอบในการประสานงาน และติดตามผลงานภาพรวมของทีม จากนั้นนำระบบไปทดลองใช้ระหว่าง 1 ก.ค.62 ถึง 31 ธ.ค.62 พบปัญหา 1) พยาบาล วิชาชีพไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ทุกข้อโดยเฉพาะด้านการล้างมือ การจัดท่านอนให้ศีรษะสูง และการพลิกตะแคงตัว 2) โรงพยาบาลชุมชนไม่มั่นใจในการดูแลเครื่องช่วยหายใจ 3) พยาบาลวิชาชีพที่มาช่วยปฏิบัติงานเป็นพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ทำให้เพิ่มภาระในการสอนงาน

และ 4) แพทย์บางคนไม่ใส่ film chest ทำให้อัตราการเกิด VAP น้อยกว่าความจริง

วงรอบที่ 2 นำปัญหาที่พบมาปรับระบบใหม่โดย 1) หน่วยเครื่องช่วยหายใจเพิ่มช่องทาง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทาง application line ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายร่วมกันกับโรงพยาบาลชุมชน 2) จัดระบบพยาบาลพี่เลี้ยงให้พยาบาลวิชาชีพที่มาช่วยปฏิบัติงาน จากนั้นนำระบบไปทดลองใช้ระหว่าง 1 ต.ค.62 ถึง 31 ธ.ค.62 พบปัญหาล้ำรอบที่ 1 ด้านการล้างมือ การจัดท่านอนศีรษะสูง การพลิกตะแคงตัว การวัด pressure cuff ไม่ครบถ้วนทุกราย และแพทย์เจ้าของไข้ไม่เชื่อมั่นโรงพยาบาลชุมชน จึงไม่ refer back

วงรอบที่ 3 นำปัญหาที่พบมาปรับระบบใหม่โดยปรับระบบการกำกับ นิเทศติดตามเพื่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ จากนั้นนำระบบไปทดลองใช้ระหว่าง 1 ม.ค.63 ถึง 31 มี.ค.63 แต่ด้วยมีสถานการณ์ COVID-19 ที่สร้างความตื่นตระหนกให้กับผู้คน รวมถึงพยาบาลวิชาชีพด้วย หลายคนกลัว ไม่เต็มใจไปช่วยปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วย COVID-19 ต้องใช้การจับสลากไป

วงรอบที่ 4 นำปัญหาที่พบมาปรับระบบใหม่โดยกำหนดแนวทางบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์โรคระบาด และการปรับค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงาน

ระยะที่ 3 ประเมินผล นำ(ร่าง) ระบบที่ผ่านการทดลองมาปรับปรุงอีกครั้งจนได้ระบบใหม่ที่มีความสมบูรณ์ จากนั้นประเมินผลการใช้ระบบใหม่ระหว่าง 1 ก.ค.63 ถึง 31 ธ.ค.63

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการจากแบบบันทึกข้อมูลนำมาวิเคราะห์ความถี่และ

ร้อยละ ข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการวิเคราะห์ด้วย
ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การศึกษานี้ งานวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี หนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC 016/2019 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562

ผลการวิจัย

1. ผลของการพัฒนาครั้งนี้คือได้ระบบการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรมโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวทางย่อย ได้แก่ 1) แนวทางการบริหารจัดการ อัตราการล้มเหลวของยา ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีโรคระบาด 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP (VAP Bundle Care) ที่มีความทันสมัยและสามารถใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย ด้านการทำความสะอาดมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย ด้านการดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน ด้านการดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว ด้านการดูแลให้อาหารทางสายยาง ด้าน

การดูแลเสมหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และด้านการดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจ 3) แนวทางการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP

2. การประเมินผลลัพธ์ของการนำระบบที่พัฒนาแล้วมาใช้กับผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้ผลดังนี้

2.1 ด้านผู้รับบริการ

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.86) อายุเฉลี่ย 62.45 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 16.74) APACHE II อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 53.27) ภาวะโภชนาการไม่ดี มีค่าอัลบูมินในเลือดต่ำ อยู่ระหว่าง 2.5 – 3 (ร้อยละ 32.90) จำนวนวันเฉลี่ยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 17.32 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.25) ทั้งหมดได้รับยาปฏิชีวนะ ยาลดกรด และยาสแตียรอยด์ (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยที่เฝ้าระวังทั้งหมด 1,085 ราย มีอุบัติการณ์ VAP 2.38 ครั้งต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วันพบที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 มากที่สุด รองลงไปคือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ตามลำดับแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของการเฝ้าระวัง VAP (N 1,085)

อุบัติการณ์ VAP	ผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง (VAP Surveillance)	จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ	จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	ครั้งต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน
อุบัติการณ์ VAP โดยรวม	1,085	14	5,890	2.38
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1	295	3	1,492	2.01
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2	284	7	1,137	6.16
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1	56	1	362	2.76
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2	402	3	2,239	1.34
หอผู้ป่วยจิตติ-บุญศรี	26	0	356	0
หอผู้ป่วยประชาชน	22	0	304	0

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.90) มีอายุต่ำกว่า 25 ปี (ร้อยละ 39.80) เฉลี่ย 35.41 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.76 ปี) เกือบทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 97.96) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 44.90) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรนาน 1 – 2 ปี (ร้อยละ

58.12) และได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 58.16) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.61 และ 4.03, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 และ 0.59 ตามลำดับ) แสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (N 98)

ลำดับ	กิจกรรมการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล		
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1	ด้านการทำความสะอาดมือที่มีประสิทธิภาพก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย	3.67	0.31	มาก
2	ด้านการดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน	3.47	0.53	มาก
3	ด้านการดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว	3.54	0.49	มาก
4	ด้านการดูแลให้อาหารทางสายยาง	3.69	0.41	มาก
5	ด้านการดูแลเสมหะในผู้ป่วยที่ใช้ท่อช่วยหายใจ	3.64	0.46	มาก
6	ด้านการดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจ	3.58	0.62	มาก
ความสามารถโดยรวม		3.61	0.38	มาก

ตารางที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP (n = 98)

ลำดับ	ปัจจัย	แรงจูงใจในการปฏิบัติการพยาบาล		
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	ปัจจัยจูงใจ	4.04	0.61	มาก
1.	ความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ	4.12	0.65	มาก
2.	การได้รับความยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร	4.07	0.71	มาก
3.	ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน	3.94	0.69	มาก
4.	หน้าที่ความรับผิดชอบ	4.03	0.68	มาก
5.	ภาระงานที่เหมาะสม	4.03	0.69	มาก
	ปัจจัยค้ำจุน	4.01	0.62	มาก
6.	นโยบายการพัฒนาบุคลากร	4.03	0.68	มาก
7.	การบริหารงานที่เป็นธรรม	4.07	0.68	มาก
8.	การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน/ผู้บริหาร	4.12	0.72	มาก
9.	รายได้/ค่าตอบแทนต่าง ๆ	4.00	0.77	มาก
10.	สวัสดิการที่นอกเหนือจากรายได้/ค่าตอบแทน	3.98	0.77	มาก
11.	ความมั่นคงของหน้าที่การงาน	4.03	0.68	มาก
12.	โอกาสความก้าวหน้าในงาน	3.94	0.78	มาก
13.	สภาพแวดล้อมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอ	3.98	0.73	มาก
14.	ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว	4.00	0.73	มาก
	แรงจูงใจโดยรวม	4.03	0.59	มาก

อภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน VAP

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน VAP เริ่มจากการวิเคราะห์ระบบเดิมด้วยการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าปัจจัยนำเข้า โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยแผนภูมิแกงปลาครอบคลุมทั้งระบบบริการ ตั้งแต่ นโยบายของโรงพยาบาล ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ เครื่องมือ/อุปกรณ์ และปัจจัยสนับสนุนอื่น ดังคำกล่าวของจันทรานี สงวนนาม¹⁶ ที่ว่าการวิเคราะห์ระบบจะช่วยให้ทราบปัญหาที่เกิดจากองค์ประกอบใดของระบบมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับหรือไม่อย่างไร การแก้ไขปรับปรุงจะต้อง

กระทำอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ระบบเป็นขั้นแรกที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย

สำหรับกระบวนการพัฒนาระบบใหม่ในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน VAP นั้น ได้มีการนำทรัพยากรทางการบริหารทุกประเภททั้ง บุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการและที่สำคัญแรงจูงใจมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบโดยใช้วงจรเดมมิง เพื่อให้ปัจจัยทั้งหลายเข้าไปสู่กระบวนการทุกกระบวนการได้อย่างมีประสิทธิภาพผลผลิตที่ได้ คือ คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน VAP ที่สามารถใช้เพื่อศึกษาอ้างอิงในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้จริง ช่วยในการตัดสินใจ ทำให้ปฏิบัติงานได้ราบรื่น สอดคล้องกับการศึกษาของสุนัน

ทำ จำเนียรสุขและคณะ¹⁷ ที่ได้พัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจไปใช้ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในระดับมาก ผู้ป่วยเกิด VAP 12 ราย คิดเป็น 7.75 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. การประเมินผลลัพท์ของการนำระบบที่ได้พัฒนาแล้ว มาใช้ในการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP

2.1 ด้านผู้รับบริการ พบว่าระบบการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน VAP เป็นระบบที่ดีมีประสิทธิภาพ อุบัติการณ์ VAP ลดลงเหลือ 2.38 ครั้งต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้เองไม่ต้องรอแผนการรักษาจากแพทย์ ช่วยลดความหลากหลายในการปฏิบัติงานภายใต้ความรู้และประสบการณ์ที่ต่างกัน เกิดการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวลีย์ ฤทธิกล้าและณรงค์กร ช้ายโพธิ์กลาง¹⁸ ที่ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าอุบัติการณ์ปอดอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้อัตราการกำเริบพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมกับภาระงานยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยของความสำเร็จเพราะหากมีแนวปฏิบัติที่ดี แต่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติตามได้ แนวปฏิบัตินั้นย่อมไม่มีประโยชน์ อัตราการกำเริบพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมจะนำมาซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการพัฒนาครั้งนี้ได้ปรับระบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สามารถส่งผู้ป่วยกลับได้มากขึ้น ร่วมกับการปรับระบบการ

มอบหมายงาน จาก 2 ทีม เพิ่มเป็น 4 ทีม เพื่อกระจายภาระงานและความรับผิดชอบของหัวหน้าเวรผสมผสานกับระบบการดูแลเป็นรายบุคคล ช่วยให้หัวหน้าทีมมีเวลาสำหรับการนิเทศสมาชิกทีมซึ่งร้อยละ 36.70 มีประสบการณ์การทำงานเพียง 1-2 ปียังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคลได้โดยลำพัง การมอบหมายงานนี้ช่วยเกื้อหนุนให้อัตราการกำเริบพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน ส่งผลให้ VAP ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยศรี ดวงอาทิตย์¹⁹ ที่ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบทีมพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โดยได้แบ่งทีมรับผิดชอบ 3 ทีม อัตราการ Delay treatment ในผู้ป่วย unplan ICU และความคลาดเคลื่อนของการบริหารยาลดลง

2.2 ด้านผู้ให้บริการ พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.61, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38) โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลให้อาหารทางสายยางมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.69, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41) ด้านที่พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุดคือด้านการดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน (ค่าเฉลี่ย 3.47, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การพัฒนาระบบใหม่ครั้งนี้ได้ มีการเตรียมความพร้อมของทีมทั้งด้านความรู้และทักษะเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความสามารถที่เพียงพอ ร่วมกับการนิเทศทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการให้การช่วยเหลือแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติเมื่อมีปัญหาหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีเกิดการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ช่วยหล่อหลอมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี รูปแก้ว²⁰ ที่ได้ศึกษาผลของการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP และความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าภายหลังการนิเทศทางคลินิกกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP และความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกสูงกว่าก่อนการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการล้างมือก่อนให้การพยาบาลยังมีไม่มาก ถือเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป

นอกจากนี้ผลวิจัยยังพบว่าค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.03, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 4.12, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานและผู้บริหาร (ค่าเฉลี่ย 4.12, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72) อธิบายได้ว่างานการพยาบาลนอกจากจะเป็นงานหนักที่ต้องมีการทำงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมงแล้วยังเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูงต้องเผชิญกับความเร่งรีบและความเครียดเกือบตลอดเวลา รวมทั้งยังต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงมากมายที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งการบาดเจ็บจากการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการติดเชื้อโรค โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกกับผู้คน แม้แต่ตัวพยาบาลวิชาชีพเองก็ "กลัว" แต่ด้วยหน้าที่ ทุกคนต้องเก็บความกลัวนั้นไว้และทำงานตามแผนรับมือโรคอุบัติใหม่ ขวัญกำลังใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างแรงจูงใจต้องมีทั้งปัจจัยจูงใจเป็น

นำและมีปัจจัยค้ำจุนเป็นสิ่งเสริมจะขาดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งไม่ได้ บุคคลที่สามารถสร้างแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจให้กับพยาบาลวิชาชีพได้ดีที่สุดคือหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่อยู่ใกล้ชิดพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาวะผู้นำโดยเฉพาะผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงจะมีการสื่อสารที่ดี สามารถโน้มน้าวใจให้เกิดผลในด้านการรับรู้หรือทำให้เปลี่ยนทัศนคติหรือเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภา อำไพวรรณ และคณะ²¹ ที่พบว่าพฤติกรรมผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการสร้างแรงจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และการศึกษาของเบญจวรรณ กันยานะ และคณะ²² ที่ได้ศึกษาการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐพบว่าการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ดังนั้นควรประยุกต์ใช้ระบบนี้ในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ศัลยกรรม เป็นต้น การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษา 1) ระบบการมอบหมายงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมผู้ป่วยวิกฤตที่ขาดแคลนพยาบาล 2) ศึกษาวิธีการทำความสะอาดช่องปากและฟันที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการทำความสะอาดช่องปากและฟันเป็นปัจจัยสำคัญแต่พยาบาลยังปฏิบัติได้น้อยที่สุด และ weaning protocol ที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม

References

1. Center of Disease Control. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event [Internet]. 2017. [cited 2019 Jan 3]. Device-associated Module PNEU/VAP,1-17. Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/6pscvapcurrent.pdf>
2. Lim KP, Kuo SW, Ko W J, Sheng WH, Chang YY, Hong, et al. Efficacy of ventilator-associated pneumonia care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia in the surgical intensive care units of a medical center. Clin Microbiol Rev 2015; 48(3):316-21.
3. Bonell A, Azarrafiy R, Huong VTL, Viet L, Phu VD, Dat VQ, et al. A systematic review and meta-analysis of ventilator associated pneumonia in adults in asia: An analysis of national income level on incidence and etiology. Clin Infect Dis 2019;68(1):5141-518.
4. Leethong, P. Hospital acquired pneumonia and ventilator associated pneumonia in adults at Samutprakarn Hospital: Etiology clinical outcomes and impact factors of antimicrobial resistance. Reg 11 Med J;33(2):181-196.
5. Ladbrook E, Khaw D, Bouchoucha S, Hutchinson A. A systematic scoping review of the cost-impact of ventilator-associated pneumonia (VAP) intervention bundles in intensive care. Am J Infect Control 2020;1-9. doi.org/10.1016/j.ajic.2020.11.027
6. Li L, Wang Q, Wang J, Liu K, Wang P, Li X. et al. Development, validation and application of a ventilator- associated pneumonia prevention checklist in a single cardiac surgery centre. Intensive Crit Care Nurs 2018;8(2):1645-7.
7. Li J, Xie D, Li A, Yue J. Oral topical decontamination for preventing ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled. J Hosp Infect 2013; 84(4):283-93.
8. Wang L, Li X, Yang Z, Tang X, Yuan Q, Deng L, et al. Semi-recumbent position versus supine position for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults requiring mechanical ventilation. Cochrane Database Syst Rev 2016, Issue 1. Art. No.: CD009946. DOI: 10.1002/14651858.CD009946.pub2.
9. Qahtani A.A. Inappropriate Endotracheal Tube (ETT) cuff pressure and its relation to ventilator-associated pneumonia (VAP) in Intensive care unit (ICU). Eur Respir J 2020;56:2026
10. Atashi V, Yousefi H, Mahjobipoor H, Yazdannik A. The barriers to the prevention of ventilator – associated pneumonia from the perspective of critical care nurses: A qualitative descriptive study. J Clin Nurs 2018;27(Issue 5-6):e1161-e1170
11. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for preventing health-care-associated pneumonia. [Internet]. 2003. [cited 2019 Jan 3]. Available from: http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/HApneu2003_guidelines.pdf

12. Medical nursing group, Ratchaburi Hospital. Annual report 2018. Ratchaburi: Ratchaburi hospital; 2018.
13. Prajongtas N, Jamnam U. Efficiency on the use and care of patients using volume-controlled ventilators of professional nurses, general medicine ward. Research Report 2015.
14. Bertalanffy LV. General systems theory. In: Hammond D, editor. The science of synthesis exploring the social implication of general systems theory. [Internet]. 2010. USA: The university press of Colorado. p.103-42. [Internet]. 2010. [cited 2019 Mar 3]. Available from: <https://scholar.google.co.th/>
15. Ministry of Public Health. Motivation moral and satisfaction in working of health personnel questionnaire. [Internet]. 2015. [cited 2019 Jan 25]. Available from: [kpo.moph.go.th/ webkpo/dl_meeting/F20120601084129.doc](http://kpo.moph.go.th/webkpo/dl_meeting/F20120601084129.doc)
16. Sanguannam J. Theory and practice in educational institution. 3rd ed. Bangkok: Book point; 2010.
17. Jumnearsuk S, Binhosen V, Pakdevong N. Development of nursing practice system implementation protocol for prevention of ventilator associated pneumonia among patients in surgical ward. RSU National Research Conference 2015 [Internet]. 2015. [cited 2021 Jan 3]. Available from: <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2015/G1-28.pdf>
18. Ritklar L, Saiphoklang N. Results of promoting the clinical nurse practice guidelines for mechanically ventilated patients and incidence of ventilator-associated pneumonia in a medical ward at Thammasat University Hospital. Nursing Journal 2015;42:95-104.
19. Doungartid N. The development of a patient care system using the assignment model of a team of nurses who are owned by fever in the male ward, Damnoen Saduak Hospital. [Internet]. 2015. [cited 2021 Jan 3]. Available from: <http://www.dnhospital.go.th/dnweb/phocadownload/med.pdf>.
20. Thoopkaew K. The effect of clinical supervision on knowledge Competence in nursing practice to prevent ventilator associated pneumonia and satisfaction with supervision clinic of professional nurses [Thesis]. Bangkok: Rangsit University; 2010.
21. Amphiwan N, Hingkanont P, Prajanban P. The relationship between leadership behaviors and contribute motivation by perception of staff nurses in Buddachinaraj Phitsanulok Hospital Journal of Nursing and Health Sciences 2011;5(3):65-79.
22. Kanyana B, Abhicharttibutra K, Chitpakdee B. Nurses' motivating language and registered nurses' job performance, government university. Nursing Journal 2020;47(2):320-32.

พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ*	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ธีรพร สติธอังกูร**	ส.ด. (บริหารสาธารณสุข)
ศิริมา ลีละวงศ์*	วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข)
กนกพร แจ่มสมบุญ* [*]	ปร.ด. (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์)
พัชรีย์ กัดจ่อมพงษ์*	พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาล 56 คน ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีผู้ดูแลหลัก 58 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง เก็บข้อมูลด้วย 1) แบบสอบถามสถานการณ์ 2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์การพยาบาล 3) แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) แบบวัดความรู้และทักษะการพยาบาล และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจและการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ 6) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง 7) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามลำดับที่ 1, 3, 5, 6 และ 7 มีค่า .80, 1, .88, .81 และ .84 ตามลำดับ ค่า KR-20 ของแบบสอบถามลำดับที่ 4 มีค่า .88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ McNemar test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) โปรแกรมการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง 2) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง 3) คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การดูแลต่อเนื่อง หลังใช้รูปแบบ พยาบาลมีความรู้และทักษะการพยาบาล มีความพึงพอใจและนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.64, SD.50) ผู้ป่วยมีผลกดทับลดลง ร้อยละ 71.41 และติดเชืทางเดินปัสสาวะลดลง ร้อยละ 69.23

คำสำคัญ : การดูแลระยะกลาง, รูปแบบบริการพยาบาล, การบาดเจ็บสมอง

* กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

** สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Model development of Nursing for Intermediate Care

Somchit Wongsuvansiri*	M.N.S. (Nursing Administration)
Teeraporn Sathira-angkura**	Dr.P.H. (Public Health Administration)
Sirima Leelawong*	M.S. (Master of Public Health)
Kanokpon Jamsomboon*	Ph.D. (Human Resource Development)
Patcharee Kladjompong*	M.N.S. (Pediatric Nursing)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the results of using the nursing care model in intermediate patient. The sample were selected using purposive sampling and consisted of 1) 56 head nurses and staff nurses and 2) 58 traumatic brain injury patients and their caregivers. The research instrument was the intermediate nursing care model. Data were collected using 1) a questionnaire on intermediate nursing care situation, 2) the patient data and their nursing outcomes recording form, 3) Daily Activities Assessment Form 4) nursing knowledge and skills measurement form 5) satisfaction questionnaire of nurses and implementation of the model, 6) knowledge and self-care behavior questionnaire and 7) patients and their care givers satisfaction questionnaire. The reliability of the questionnaire no. 1, 3, 5, 6 and 7 were .80, 1, .88, .81 and .84 respectively. The KR-20 of the questionnaire no. 4 was .88. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Paired t-test and McNemar test.

The results revealed that the intermediate nursing care model consisted of 5 components: 1) the intermediate patient nursing care teaching program, 2) nursing practice guidelines, 3) self-care manual for the patients and their caregivers, 4) nursing practice and 5) continuing care. After using the model, knowledge and skills of the nurses and their satisfaction and implementation of the model increased statistically significant at .05 level. Knowledge and self-care behavior, and the ability to perform daily routine of the patients and their caregivers also increased statistically significant at .05 level. Satisfaction of the patients and their care givers was at the highest level (Mean 4.64, SD .50). The patients' pressure ulcer decreased at 71.41% and urinary tract infection also declined at 69.23%.

key words: Intermediate Care, Nursing care model, Trauma brain injury

* Nursing Division, Ministry of Public Health, Thailand

** Health Technical Office, Ministry of Public Health, Thailand

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายที่สำคัญเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลางขึ้น เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีเป้าหมายให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งทั่วประเทศสามารถดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้ โดยมีเตียงอย่างน้อยแห่งละ 2 เตียงสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยผู้ป่วยระยะกลางนี้กำหนดเป็นผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤต มีอาการคงที่ ได้รับการดูแลภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรค หรือภาวะเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง “เน้น 3 โรค คือ การบาดเจ็บสมอง หลอดเลือดสมอง และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง”¹

การบาดเจ็บสมองเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายของนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยปัจจุบันสถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในประเทศไทยนั้น พบว่าเสียชีวิตในอุบัติเหตุทางถนน ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนน คิดเป็นร้อยละ 0.35, 0.34 และ 0.37 ตามลำดับ ซึ่งอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศไทยสำหรับเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนถนน เป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 0.33, 0.30 และ 1.32 ตามลำดับ และเสียชีวิตจากการบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะจำนวน 322, 226 และ 202 คน ตามลำดับ² ในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุนี้ การบาดเจ็บสมองจัดเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดร้อยละ 30 - 40³ การบาดเจ็บสมองที่รุนแรงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่สมอง ทำให้เกิดความรู้สึกหรือพฤติกรรมด้านร่างกาย ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด หากเกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อย ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าในอนาคต เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง ก่อให้เกิดความ

เสียหายทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้สูญเสียแรงงานที่มีคุณภาพและงบประมาณจำนวนมาก ดังนั้น การได้รับการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ทันเวลา การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีอาการคงที่ที่ได้รับการดูแลภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรค หรือภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะกลางนั้น เป็นเรื่องที่สำคัญต่อชีวิต ความพิการ และการฟื้นฟูของผู้ป่วย ในประเทศอังกฤษได้กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยให้ความสำคัญกับ โปรแกรมการสอนบุคลากร และผู้ดูแล การดูแลแบบองค์รวม การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของบุคลากรต่าง ๆ⁴⁻⁶ ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ที่ให้การพยาบาลแบบองค์รวม แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลหลัก ร่วมกับการดูแลต่อเนื่อง⁷

การสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการประยุกต์รูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ของ Social Care Institute for Excellence: SCIE, National Institute for Health and Care Excellence: NICE, Scottish government แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมและการดูแลต่อเนื่อง^{4-6,8-9} จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการบริการพยาบาลที่ดี คลอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถสรุปลักษณะเน้นของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่สำคัญ ได้ว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค สามารถประเมินภาวะสุขภาพได้ทุกมิติ ซึ่งอาจมีคู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติการทางคลินิกเพื่อช่วยทบทวนขั้นตอนการดูแล และการปฏิบัติการพยาบาล ต้องมีความต่อเนื่องในทุกระดับของสถานบริการพยาบาลจนถึงที่บ้านของผู้ป่วย เน้นการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยผู้ดูแลประจำต้องมีทักษะและความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มโรค

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งทั่วประเทศดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในขณะที่ไม่เคยให้บริการผู้ป่วยระยะกลางมาก่อน ประกอบกับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะกลางแล้วก็ไม่เคยส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนมาก่อน ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาลรับผิดชอบการนิเทศงาน การพยาบาลเขตสุขภาพที่ 10 ได้นิเทศงานในพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดแม่ข่ายใน 5 จังหวัดของเขตสุขภาพ และเป็นจังหวัดที่มี โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากที่สุดในเขตสุขภาพ จำนวนถึง 26 แห่ง รวมทั้งเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวนมาก จากการนิเทศและสนทนากลุ่ม พบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีมีความหลากหลายในการจัดบริการพยาบาล มีแนวปฏิบัติเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แต่ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนที่ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน จึงมีความรู้ไม่เพียงพอในการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง รวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง⁸ ผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ของโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำรูปแบบดังกล่าวขยายผลไปยังจังหวัดอื่นของเขตสุขภาพที่ 10 และในเขตสุขภาพอื่น ๆ เป็นการขับเคลื่อนนโยบายตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และการกำหนดนโยบายบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางของกองการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมในทุกระยะอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มสมรรถนะของ

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ สามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขและกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง
2. ศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

กรอบแนวคิด

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ของ Social Care Institute for Excellence: SCIE, National Institute for Health and Care Excellence: NICE, Scottish government⁴⁻⁶ บูรณาการกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Dossey และ Keegan⁹ และการดูแลต่อเนื่องของ Reid, Haggerty และ McKendry¹⁰

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2561 - เดือนธันวาคม 2562 พื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 26 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจพยาบาล/กลุ่มงานการพยาบาลในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 26 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่น้อยกว่า 2 ปี และผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่มีผู้ดูแลหลักและที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาสถานการณ์ คือ หัวหน้าพยาบาลและพยาบาล 56 คน 2) กลุ่มตัวอย่างในระยะทดลอง ได้แก่ (1) หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 56 คน และ (2) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีผู้ดูแลหลัก 58 คน โดยผู้ป่วยมีอายุ ≥ 15 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีอาการคงที่พ้นภาวะวิกฤต มีค่า Barthel ADL Index < 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนน ร่วมกับ ภาวะบกพร่องอย่างน้อย 2 ใน 5 ด้าน คือ ด้านการกลืน ด้านการสื่อสาร ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านความคิดและการรับรู้ และด้านการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระ มีอาการไม่เกิน 6 เดือน และค่าคะแนนของระดับความรู้สึกตัว 9 คะแนน ขึ้นไปตามเกณฑ์ของ Glasgow Coma Score

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดจากทฤษฎีหลักฐานเชิงประจักษ์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โปรแกรมการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง 2) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง 3) คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลัก 4) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง และ 5) การดูแลต่อเนื่อง ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า .87

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามสถานการณ์การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางตามแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์¹¹ จำนวน 16 ข้อ โดยเลือกตอบ มี กับ ไม่มี ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า .90 นำไปทดสอบกับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ค่าความเชื่อมั่นของ

ครอนบาค .80

2.2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางและผลลัพธ์การพยาบาล มี 3 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย 2) แบบประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเข้าสู่ระยะกลาง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 3) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของสถาบันประสาท กรมการแพทย์¹² จำนวน 10 ข้อ 20 คะแนน แปลผล เป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนตั้งแต่ 12 - 20 ไม่มีการพึ่งพา คะแนนตั้งแต่ 9 - 11 ภาวะพึ่งพานกลาง คะแนนตั้งแต่ 5 - 8 ภาวะพึ่งพารุนแรง และคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่น 1.0

2.4 แบบวัดความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง มี 2 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการอบรม 2) แบบวัดความรู้ ที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ โดยเลือกตอบถูกหรือ ผิด เพียงคำตอบเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า .90 และ KR-20 มีค่า .88

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ แบบ Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 1 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 มีความพึงพอใจมากที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า .95 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค มีค่า .88

2.6 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก D-METHOD มี 6 ด้านจำนวน 32 ข้อ แบบ Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 มีพฤติกรรมการความสามารถการดูแลสุขภาพระดับบ่อยมากที่สุด ถึง 1 มีพฤติกรรมการความสามารถการดูแลสุขภาพระดับน้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า .94 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค มีค่า .81

2.7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ แบบ Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 1 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 มีความพึงพอใจมากที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า .93 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค มีค่า .84

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 090/2561 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในทุกขั้นตอน มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยโดยอิสระไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ได้รับ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ นำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยและประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาล 26 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์¹¹ กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้า

พยาบาลและพยาบาล 56 คน ซึ่งพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางและทักษะการดูแล (ร้อยละ 80.77) ขาดการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (ร้อยละ 53.85) หน่วยงานไม่มีการออกแบบกำกับการณ์ติดตามการดูแล (ร้อยละ 57.70) โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แต่ไม่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลแบบต่อเนื่องถึงโรงพยาบาลชุมชน และไม่มีคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม รวมถึงโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งไม่มีแนวทางการพยาบาลเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนไม่มีบริการผู้ป่วยระยะกลางมาก่อน นำข้อมูลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนรูปแบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ออกแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาดังกล่าวในระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม และการดูแลต่อเนื่อง

2.2 ยกร่างรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โปรแกรมการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม กรณีบาดเจ็บสมอง 2) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง 3) คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลัก กรณีบาดเจ็บสมอง 4) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง และ 5) การดูแลต่อเนื่อง

2.3 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม และความเป็นไปได้

2.4 ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ
บริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทดลองใช้รูปแบบและเครื่องมือกับกลุ่ม
ประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อ
ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเก็บข้อมูล ความ
เหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
ปรับปรุงรูปแบบและเครื่องมือเก็บข้อมูลก่อนนำไปใช้
กับกลุ่มตัวอย่าง โดยเตรียมความพร้อม ดังนี้

3.2 อบรมให้ความรู้ตามโปรแกรมการสอน
การพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง
ระยะเวลาอบรม 16 ชั่วโมง มีการวัดความรู้และทักษะ
การพยาบาล ก่อนและหลังการอบรม

3.3 อธิบายรูปแบบ แนวทางการพยาบาล
ผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง และ วิธีการใช้
คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลัก
จนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจตรงกัน สามารถนำไปใช้
ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางได้

3.4 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง
แบบองค์รวม และดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

(1) ให้การพยาบาลแบบองค์รวม 5
ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินอาการ ความรู้และพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และความ
พร้อมก่อนการเข้าร่วมวิจัยภายในวันที่ 1 - 2 วันแรก
หลังจากมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2) นำข้อมูลที่ได้นำมา
วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม ตาม
แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บ
สมอง 3) สอนผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยให้ความรู้ และ
ฝึกทักษะตามแผนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การ
บาดเจ็บสมอง การดูแลรักษา การดูแลแบบองค์รวม
และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน คำแนะนำก่อนกลับบ้าน คำแนะนำ
ที่ควรรู้ และแจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ
ผู้ดูแลหลัก รวมถึงสอบถามความรู้และพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการ

สอน 4) หลังการสอนให้ความรู้และฝึกทักษะ พยาบาล
ผู้ดูแลทวนสอบความเข้าใจและฝึกปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล โดยตั้งเป้าหมาย
การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และสร้างบรรยากาศในการ
พูดคุยพร้อมกับชมเชยสร้างคุณค่าในตัวผู้ป่วยและ
ผู้ดูแลหลัก พร้อมกับบันทึกข้อมูล ตลอดระยะเวลา
ของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5) ก่อนจำหน่าย
ผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลดำเนินการทบทวนความรู้
การดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก พูดคุย
วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยและวิธีการดูแลของผู้ดูแล
หลัก พยาบาลให้คำปรึกษา ชี้แนะ และทบทวนการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอีกครั้ง เพื่อสร้าง
ความเชื่อมั่นผู้ดูแลหลักให้มีความมั่นใจในการดูแล
ผู้ป่วย และร่วมมือกับพยาบาลชุมชน เพื่อวางแผนการ
ดูแลต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และประสานส่งต่อ
ศูนย์ข้อมูลการจำหน่ายด้วยโปรแกรม (Thai
Continuing of Care: Thai COC)

(2) ให้การดูแลต่อเนื่อง โดยดูแลติดตาม
เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรกหลังจำหน่าย และ
ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 และ 3 ภายในเดือน
ที่ 1 และเดือนที่ 3 เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม
สุขภาพที่ถูกต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่าง
ต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้ดูแลสอบถามและทวนสอบ
ผู้ดูแลหลัก เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้ป่วยแบบ
องค์รวม การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทบทวน
ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติตัวของ
ผู้ป่วยที่ผ่านมาพร้อมทั้งให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ
ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก รวมทั้งสะท้อนข้อมูลการปฏิบัติ
ตัวของผู้ป่วย บันทึกข้อมูล ตามแนวทางการพยาบาล
ผู้ป่วยระยะกลาง: กรณีบาดเจ็บสมอง และคู่มือการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กรณีบาดเจ็บสมอง

3.5 พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลัง
จำหน่ายครบ 6 เดือน เพื่อประเมินผลความสามารถ

วารสารกองการพยาบาล

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

3.6 ผู้วิจัยนิเทศ ติดตามพยาบาลในพื้นที่ และให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์และทางไลน์กลุ่ม ตลอดระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบ

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบบริการ พยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง โดยประชุมประเมินผลการ ใช้รูปแบบ และ ประเมินความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของพยาบาลและการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ McNemar test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะ กลาง กรณีบาดเจ็บสมอง มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 โปรแกรมการสอนการพยาบาล ผู้ป่วยระยะกลางตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นโปรแกรมเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาล ใช้ ระยะเวลา 16 ชั่วโมง เนื้อหา ประกอบด้วย การบาดเจ็บ ที่ศีรษะและสมอง อาการ พยาธิสภาพและการรักษา การ พยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแบบองค์รวม การวางแผน จำหน่ายและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับพยาบาลใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงไปยังในชุมชน ให้การ พยาบาลตามปัญหา อาการ และความต้องการของผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม

1.3 คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลัก เป็นคู่มือประกอบการสอนของพยาบาลให้ผู้ป่วย

และผู้ดูแลหลักสามารถนำไปปฏิบัติเองได้เมื่ออยู่ที่บ้าน เน้นการดูแลในทุกมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

1.4 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะ กลาง พยาบาลนำความรู้ที่ได้จากแนวทางการพยาบาล สู่การปฏิบัติ เริ่มจากการประเมินปัญหา ความต้องการ วินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การวางแผนจำหน่าย และประเมินผลการพยาบาล

1.5 การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน หรือ ที่บ้าน โดยใช้ข้อมูลการ ดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน การ ส่งต่อผู้ป่วยและรับผู้ป่วยกลับระหว่างโรงพยาบาลและ ชุมชน รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่าง ต่อเนื่องภายในระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังจำหน่าย

2. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยระยะกลาง มี 3 ด้าน ดังนี้

2.1. ด้านพยาบาล พบว่า

พยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็น เพศหญิง ร้อยละ 91.07 เพศชาย ร้อยละ 8.93 ส่วน ใหญ่ มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 46.43 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 32.14 อายุระหว่าง 41- 50 ปี ร้อยละ 17.86 และมีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อย ละ 3.57 มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมอง 1 - 5 ปี ร้อยละ 44.64 ผ่านการอบรมเฉพาะ ทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ร้อยละ 16.07 ไม่เคยอบรม ร้อยละ 83.93

คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการ พยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง ของ พยาบาลหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจของ พยาบาล และการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติหลังใช้ รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการพยาบาล คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลและการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (N 56)

รายการ	Mean	SD	df	t	p-value
ความรู้และทักษะการพยาบาล					
ก่อนใช้รูปแบบ	8.36	1.34	55	16.25	.000*
หลังใช้รูปแบบ	15.30	1.02			
ความพึงพอใจของพยาบาล					
ก่อนใช้รูปแบบ	3.37	1.08	55	16.97	.000*
หลังใช้รูปแบบ	4.61	.63			

*p < .05

2. 2 ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก พบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.79 เพศหญิง ร้อยละ 63.21 มีอายุระหว่าง 15 - 40 ปี ร้อยละ 51.72 จบระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 51.72 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.59 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.34 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.62 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 3.45 ระดับความรู้สึกร่างกาย (GCS 13-15 คะแนน) ร้อยละ 39.66 ระดับความรู้สึกร่างกาย (GCS 9-12 คะแนน) ร้อยละ 60.34 ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี จบการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 55.17 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

ร้อยละ 37.93 เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย ร้อยละ 36.21 รองลงมาเป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 32.76 เป็นบุตร ร้อยละ 20.69 และเป็นญาติ ร้อยละ 10.34

คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก หลังใช้รูปแบบสูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลาง หลังการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลาง หลังการใช้รูปแบบ ดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (N 58)

รายการ	Mean	SD	df	t	p-value
ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก					
ก่อนใช้รูปแบบ	3.56	1.03	57	15.68	.000*
หลังใช้รูปแบบ	4.52	.61			
ความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลาง					
ก่อนใช้รูปแบบ	9.36	4.46	57	-15.56	.000*
หลังใช้รูปแบบ	12.07	4.13			

*p < .05

ตารางที่ 3 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (N 58)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย		ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ	
ระยะกลาง		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	0 - 4 คะแนน	12	20.69	5	8.62
ภาวะพึ่งพารุนแรง	5 - 8 คะแนน	9	15.52	6	10.35
ภาวะพึ่งพาปานกลาง	9 - 11 คะแนน	23	39.65	12	20.69
ไม่มีการพึ่งพา	12 -20 คะแนน	14	24.14	35	60.34

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย และ ผู้ดูแลหลัก พบว่า มีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ใน ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.64, SD .50 และคะแนน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก หลังใช้ต่อรูปแบบ (n=58)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	Mean	SD	แปลผล
ภาพรวม	4.64	.50	มากที่สุด
ด้านพยาบาลผู้ดูแล	4.67	.48	มากที่สุด
ด้านคู่มือการดูแลผู้ป่วย	4.63	.50	มากที่สุด
ด้านการดูแลต่อเนื่อง	4.61	.53	มากที่สุด

3. ด้านคุณภาพการพยาบาล พบว่า หลัง ใช้รูปแบบภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลกดทับ ลดลง ร้อยละ 71.41 และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ลดลงร้อยละ 69.23 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	ภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง	p-value
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)	
แผลกดทับ	7	2	71.41	.063
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	13	4	69.23	.004*

*p < .05

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โปรแกรมการสอนการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ตาม

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม 2) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง 3) คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลัก 4) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางแบบองค์รวม และ 5) การดูแลต่อเนื่อง โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเพื่อให้

ได้รับความรู้ ทักษะการพยาบาล จากโปรแกรมการ
สอนการพยาบาล ใช้ระยะเวลา 16 ชั่วโมง เนื้อหา
ประกอบด้วย การบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง อาการ
พยาธิสภาพ และการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ
สมองแบบองค์รวม การวางแผนจำหน่ายฟื้นฟูสภาพ
ผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง และมีแนวทางการพยาบาล
ผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง สำหรับพยาบาล
ใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่รับการรักษาใน
โรงพยาบาลและเชื่อมโยงไปยังในชุมชน ให้การพยาบาล
ตามปัญหา อาการ และความต้องการของผู้ป่วยตาม
กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้ง
มีคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กรณี
บาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นคู่มือประกอบการสอนของ
พยาบาลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถนำไปปฏิบัติได้
เมื่ออยู่ที่บ้านเน้นการดูแลในทุกมิติด้านร่างกาย จิตใจ
อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลได้นำความรู้
ที่ได้จากแนวทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติโดยเริ่มจาก
การประเมินปัญหา ความต้องการ วินิจฉัย วางแผน และ
ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การวางแผนจำหน่าย
ประเมินผลการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง พยาบาล
ให้การดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนหรือที่บ้าน โดย
ใช้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล
และชุมชน การส่งต่อผู้ป่วยและรับผู้ป่วยกลับระหว่าง
โรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งการเยี่ยมผู้ป่วยและ
ผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 6 เดือนแรก
หลังจำหน่าย สอดคล้องกับ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยของ
SCIE, NICE⁴⁻⁵ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะ
กลางควรจะเน้นการมีโปรแกรมการสอนให้กับ
บุคลากรและผู้ดูแล มีกระบวนการส่งต่อไปยังชุมชนและ
กำหนดให้มีช่องทางเข้าถึงบริการได้ 24 ชั่วโมง
และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rorden and Taff¹³
ที่พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาความต้องการ
ของผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวในทีม
การพยาบาล ตลอดจนการสื่อสารส่งต่อข้อมูลทีมสห

สาขาวิชาชีพ และการศึกษาที่พบว่าการใช้รูปแบบการ
ดูแลแบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพจะช่วยลดการ
เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิด
ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
เน้นให้เห็นความต่อเนื่องของการดูแล และการส่งต่อ
ข้อมูล ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป
ต่อเนื่องไปยังโรงพยาบาลชุมชน และเมื่อผู้ป่วย
กลับไปอยู่บ้าน ในทุกมิติสุขภาพแบบองค์รวม¹⁴⁻¹⁵
รูปแบบนี้ยังสอดคล้องกับรูปแบบของการดูแลผู้ป่วย
ระยะกลางของประเทศสกอตแลนด์⁶ ที่ว่าการป้องกัน
ฟื้นฟูสภาพ การประเมินแบบองค์รวม และการมี
ช่วงเวลาที่จำกัดในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางควรมี
ระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยให้ข้อมูลกับครอบครัว
และผู้ดูแลเพื่อตั้งเป้าหมายร่วมกันสามารถลดภาวะ
พิการหรือเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

2. ผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วย
ระยะกลาง มี 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความรู้
และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะ
กลาง การดูแลต่อเนื่อง และความพึงพอใจของ
พยาบาลต่อการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่า
ก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้รูปแบบ
บริการพยาบาล ที่พัฒนามีสาระสำคัญ เข้าใจง่าย
และองค์ประกอบที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพพยาบาล
ให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง โดยมีโปรแกรมการ
สอนพยาบาล การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย
และคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล
หลัก เน้นการปฏิบัติ ทักษะการแก้ปัญหาและความรู้
ทางพยาธิสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บสมอง การ
พยาบาลแบบองค์รวม และการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็น
ช่วยให้พยาบาลมีความรู้เฉพาะกลุ่มโรค ความมั่นใจ
ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ
และรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย
และแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังทำให้

พยาบาลได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่งผลให้พยาบาลมีความรู้สึกพึงพอใจในงานสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ภูวนกุล, นพรัตน์ เรืองศรี, อรพรรณ มั่นตระกูล และจรรุภา คงรส¹⁶ พบว่าการให้ความรู้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ และทักษะเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย

2.2 ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก พบว่าความรู้และพฤติกรรมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กรณีบาดเจ็บสมอง หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้รับการเตรียมความพร้อมจากการสอน และฝึกทักษะตามคู่มือฯ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยฟื้นหาย และลดความพิการสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับพินิตนาฏ ด้ม, อธิษฐ ห่านวิศิษฐ์ และดิลกตันทองทิพย์¹⁷ ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนกลับบ้านโดยพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ ทักษะเพิ่มขึ้นสามารถป้องกันและลดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับเสาวนุช สมศรี, อัจฉรา สุนทรสรรพ และสุภารัตน์ วังศรีคุณ¹⁸ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยการให้ความรู้ที่จำเป็นต่อผู้ดูแลหลักจะส่งผลเชิงบวกต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญ และเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน สังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากภาวะของโรค

ภายใน 6 เดือน ซึ่งเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง หลังการใช้รูปแบบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์เพียง 5 คน (ร้อยละ 8.62) ภาวะพึ่งพารุนแรง 6 คน (ร้อยละ 10.35) ภาวะพึ่งพาปานกลาง 12 คน (ร้อยละ 20.69) และไม่มีภาวะพึ่งพาสูงถึง 35 คน (ร้อยละ 60.34)

2.3 คุณภาพการพยาบาล จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า หลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับลดลง ร้อยละ 71.41 และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ลดลง ร้อยละ 69.23 แสดงว่ารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้น เริ่มจากการเตรียมพยาบาล โดยใช้โปรแกรมการสอนพยาบาลให้ได้รับความรู้ ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กรณีบาดเจ็บสมอง จะช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโดยมีการองค์ประกอบของระบบการปฏิบัติการพยาบาลที่นำแนวคิด หลักฐานเชิงประจักษ์การพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางจากต่างประเทศ การพยาบาลแบบองค์รวม และการดูแลต่อเนื่องมาประยุกต์ให้การพยาบาลโดย

- 1) ประเมินสภาพปัญหาทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
- 2) วินิจฉัยปัญหาให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคและแจ้งปัญหาที่พบให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตั้งเป้าหมายร่วมกันเนื่องจากการบาดเจ็บสมองเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความกดดันด้านจิตใจ จึงต้องออกแบบวินิจฉัยและแก้ปัญหาร่วมกัน
- 3) การวางแผนการพยาบาล ระบบการวางแผนตั้งแต่ในโรงพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยม และเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
- 4) พยาบาลเริ่มต้นการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่การสอนและอธิบายการใช้คู่มือวิธีการปฏิบัติตัวการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนสำคัญ

ที่ช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจและมีความรู้การดูแลที่ถูกต้อง และหลังจำหน่าย พยาบาลติดตามเยี่ยมและดูแลอย่างต่อเนื่องโดยสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประสานความร่วมมือการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพและนักบริบาลสุขภาพในพื้นที่ชุมชนของผู้ป่วย ให้คำปรึกษา แนะนำผ่านโทรศัพท์ และ 5) พยาบาลติดตามประเมินผลพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นลดลงจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์เทพ โกฉัยพัฒน์ และ ลัดดา อินทฤทธิ์¹⁹ พบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มีรูปแบบ วิธีการและขั้นตอนที่ชัดเจน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บทางสมอง

ผลการศึกษาที่พบว่ารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางต่อกองการพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กองการพยาบาลประกาศให้กองการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางตามผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในภาพรวมของประเทศดีขึ้น และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างมีคุณภาพ⁷

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านนโยบาย

- กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายร่วมกับสภาการพยาบาลเพื่อกำหนดหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้

พยาบาลได้รับความรู้ ความเข้าใจการดูแลเฉพาะทาง สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

- กองการพยาบาลควรติดตามนโยบาย และการขยายผลการพัฒนาบริการผู้ป่วยระยะกลางขององค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กองการพยาบาลได้ประกาศไปแล้ว เพื่อความยั่งยืนของพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

1.2 ด้านการพยาบาล

- องค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการนำรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่ค้นพบ ไปกำหนดเป็นนโยบาย และแผนปฏิบัติการในการ ขับเคลื่อนการดูแลและสนับสนุนให้เกิดระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภัยจากภาวะของโรคหรืออาการได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีทักษะทางคลินิก และมีความมั่นใจในการให้บริการ ตลอดจนการเผยแพร่ผลงานเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

- พยาบาล ผู้ปฏิบัติการ ควรมีการศึกษารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางนี้ เพื่อให้มีความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มนี้ได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนบริการทางการแพทย์ก่อนและหลังการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในกลุ่มต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

References

1. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The 20 years National Strategic Plan on Public Health (2017-2031). Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2017. Thai.
2. Health Data Center (HDC) Ministry of Public Health. Ministry of Public Health indicators report for the year 2020. [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 9]; Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2020. Thai.
3. Department of Medical Services. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. [internet]. 2008 [cited 2018 May 20]; Available from: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/surgery/neurosurgery/neurosurgerycu/2011/images/Documents/clinical-practice-guidelines-for-traumatic-brain-injury.pdf>. Thai.
4. Social Care Institute for Excellence (SCIE). Key lessons and challenges of Intermediate care. [internet]. 2017 [cited 2019 Feb 20]; Available from: <https://www.scie.org.uk/prevention/independence/intermediate-care/highlights>
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intermediate care including reablement [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 20]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng74>.
6. Scottish government. An Intermediate care framework for Scotland. [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 20]; Available from: <https://www.gov.scot/publications/maximising-recovery-promoting-independence-intermediate-care-framework-scotland/>
7. Nursing Division, Ministry of Public Health. Nursing services guidelines for Intermediate care patients. Nonthaburi: Publishing of Suetawan Company Limited. 2019. Thai.
8. Nursing Division. Annual nursing supervision report 2017. (Unpublished manuscript). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. Thai.
9. Dossey BM, Keegan L. Holistic nursing: a handbook for practice. 6th ed. Massachusetts: Jones & Bartlett; 2013.
10. Reid RJ, Haggerty J L, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
11. World Health Organization. Monitoring The Building Block of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: The WHO Document Production Services. 2010.
12. Institute of Neurology. Dementia Medical Practice Guideline. 1st ed. Bangkok: Thanapress Co., Ltd. 2014.
13. Rorden JW, Taff E. Discharge planning guide for nurses. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.
14. Sukumanpitak J, Nantsupawat W, Hornboonherm P. Development of a Care Model for Male Stroke Patients in the Secondary Hospital Using a Participatory Action Research. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division. 2012; 30(1):32-8. Thai.

15. Somsri S, Sukontasan A, Wangsrikoon S. Development of a care model for surgical head injury patients in Kamphaeng Phet Hospital. Journal of Nursing Council. 2020;35(3):51-68. Thai.
16. Phunawakul S, Reungsri N, Montarak O, Kongros J. The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Surgery from Traumatic Brain Injury in Phichit Hospital. Journal of the Department of Medical Services 2017; 42(6): 102-107. Thai.
17. Lum P, Teeranut Harnirattisai T, Tantongtip D. The Effects of a Continuing Care Program on the Perceived Self-Efficacy of Caregivers and Post-Concussion Syndrome in Persons with Mild Traumatic Brain Injury. Rama Nurs J 2019; 25(1); 58-73. Thai.
18. Somsri S, Sukonthasarn A, Wangsrikhun S. Effects of Emergency Department Discharge Planning for Persons with Mild Traumatic Brain Injury on Caregivers' Knowledge and Practices. Nursing Journal 2017; 44(1): 87-98. Thai.
19. Kochaiphath P, Intarit L. The development of nursing care model for traumatic brain injury patients in community hospital. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2019; 30(2):203-18. Thai.

รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

ธีรพร สติธัญญ์*	ส.ด. (การบริหารสาธารณสุข)
ศิริมา ลีละวงศ์**	วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข
ไศภิชญ์ สุวรรณเกษวงษ์***	พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)
ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ วณิชโยบล***	พย.ม.(การพยาบาลอาชีวอนามัย)
ขวัญณา ขวัญสถาพรกุล***	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ

โครงการรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน 2) ให้พยาบาลมีความรู้และทักษะการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน 3) ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 – เมษายน 2564 มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) สังเคราะห์การบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2) พัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน และ 4) ขับเคลื่อนนโยบายและขยายผลลงสู่การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

สรุปผลโครงการ ดังนี้ 1) มีรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย 5 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบ (1) เรื้อรัง (2) ระยะกลาง (3) ระยะยาว (4) ประคับประคอง (5) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง และผู้ดูแล 2) พยาบาล 380 คน มีความรู้-ทักษะสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.83 3) ประชาชน 175 คน สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 92.75 มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ร้อยละ 85.74

ผลกระทบของโครงการ พบว่า 1) มีนโยบายให้องค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศจัดการบริการพยาบาลสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน 2) ขยายบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลโดยจัดการบริการพยาบาลที่ส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชน 3) ผู้รับบริการ และประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น 4) มีเอกสารรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย 5 กลุ่ม และหลักสูตร E-Learning เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพทรงคุณวุฒิ ที่ปรีชาระดับกระทรวง สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

*** นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

Nursing Care Model to Promote Self-Management of People

Teeraporn Sathira – Angkura *	Doctor of Public Health
Sirima Leelawong**	Master of Science (Public Health)
Sophis Suwonkesawong***	Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Pol.Capt.Yureephan Vanichayobol***	Master of Nursing Science (Occupational Health Nursing)
Khwannapha Khwansatapornkoon***	Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Abstract

The project “Nursing Care Model to Promote Self-Management of People” aimed to 1) develop nursing care model to promote self-management of people, 2) the nurses having knowledge and skill in self-management support, and 3) the people having ability to manage their health. The project was conducted between October 2018 to April 2021 and consisted of 4 phases: 1) situation analysis, 2) develop nursing curriculum to promote the people's self-management, 3) develop nursing care model to promote the people's self-management, and 4) driving the policy and scale up the model to nursing practice.

The results revealed that 1) 5 models and 5 handbooks to enhance self-management of the patients 5 groups who need: (1) chronic care, (2) intermediate care, (3) long term care, (4) palliative care, and (5) people at risk of chronic disease, 2) 380 nurses having knowledge and skill pass the criteria at 95.83%, and 3) 175 people can manage their health themselves at 92.75 including having better health status at 85.74%.

The impacts of the project consisted of 1) having the nursing policy to promote self-management of people, 2) expand the nurses' roles on self-management support and implementing the Nursing Care Model to Promote Self-Management of People to practice in the hospitals under Ministry of Public Health, 3) the clients and people could manage their health effectively, and 4) having 5 handbooks on “Nursing Care Model to Promote Self-Management of People” and E-learning curriculum to enhance the nurses' competency in self-management support.

key words: nursing care model, promotion, self-management

* Register Nurse, Advisory Level. Advisor to the Minister, Health Technical Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

** Director of Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

*** Technical Nurse, Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ

การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมุ่งหวังให้ประชาชนสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในขณะที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ หากดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องจะช่วยลดการเกิดโรคได้ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เร่งรัดให้หน่วยงานต่าง ๆ นำแนวคิดและทฤษฎีมาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน¹ ทั้งนี้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่ประชาชน ผู้ป่วย และครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย ให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และจัดการสุขภาพตนเอง²⁻⁴ ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง⁵ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลาง⁶ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาว⁷ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง⁸ และพบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยจะได้ผลดียิ่งขึ้น ถ้าได้รับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรค เป็นการสนับสนุนที่เป็นระบบจากบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM)⁹ การที่บุคลากรจะสนับสนุนให้ประชาชน ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้นั้น บุคลากรต้องเพิ่มความรู้และทักษะเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง⁵ ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน ครอบครัว 4 มิติรวมถึงมิติการสร้างเสริมสุขภาพ มีหน้าที่สอน ให้คำแนะนำ ปกป้องและ

แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ¹⁰ มีบทบาทในการสนับสนุนให้ประชาชน ผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเอง² อย่างไรก็ตามยังพบว่าพยาบาลต้องเพิ่มบทบาทในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ¹¹

กองการพยาบาล เป็นหน่วยงานภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ก่อตั้งมานานเกือบครบรอบเจ็ดสิบปี มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย พัฒนารูปแบบ/แนวทางการพยาบาล และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน¹² เห็นความสำคัญในการเพิ่มบทบาทของพยาบาลในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ริเริ่มพัฒนางานการพยาบาลโดยนำแนวคิดการจัดการตนเอง มาใช้ในการบริการพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง การดูแลแบบระยะกลาง การดูแลแบบระยะยาว การดูแลแบบประคับประคอง และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง จึงได้พัฒนาโครงการรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ขึ้น

โครงการนี้ ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management)^{2,4} และแนวคิดการบริการพยาบาล (nursing service)¹³⁻¹⁴ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน 2) ให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน 3) ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้

วิธีดำเนินการ

โครงการนี้ เริ่มดำเนินในเดือนตุลาคม 2561 – เมษายน 2564 แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สังเคราะห์การบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

ระยะที่ 4 ขับเคลื่อนนโยบายและการขยายผลสู่การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

โดยแต่ละระยะ มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การสังเคราะห์การบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ดำเนินการวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2561 รวมระยะเวลา 3 เดือน) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1.1 วิเคราะห์การจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษาสถานการณ์ ด้วยวิธีการ ดังนี้

- (1) ประชุมระดมสมองนักวิชาการพยาบาลกองการพยาบาล 12 คน จำนวน 3 ครั้ง
- (2) สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ จำนวน 15 คน
- (3) วิเคราะห์จากรายงานผลการนิเทศการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของกองการพยาบาล

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1.1

สถานการณ์การจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการสามารถแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลาง 3) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง 4) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว และ 5) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง การจัดการบริการพยาบาล มีขั้นตอนการให้บริการพยาบาลทั้งในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และในชุมชน มุ่งเน้นมิติด้านการรักษาพยาบาล ส่วนในมิติการสร้างเสริมสุขภาพนั้น พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะในด้าน

การสอน ให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำ แต่พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้นำแนวคิด ทฤษฎีมาอ้างอิงและไม่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะโรคได้ ทำให้ผลการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ดังนั้น ควรขยายบทบาทหน้าที่ของพยาบาล โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลใช้ศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้

ขั้นตอนที่ 1.2 ถอดบทเรียนและสังเคราะห์การบริการพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- (1) กำหนดพื้นที่ถอดบทเรียน 5 พื้นที่ครอบคลุมทุกภาคของประเทศ ได้แก่ จังหวัดน่าน จังหวัดสระบุรี จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสงขลา และกรุงเทพมหานคร-โรงพยาบาลตำรวจ
- (2) สัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าพยาบาล และ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

(3) สนทนากลุ่มทีมการพยาบาลในแต่ละพื้นที่ ๗ ละ 8 -10 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และงานการพยาบาลชุมชน ทีมงาน/ทีมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำในชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มผู้ป่วย 5 กลุ่ม ดังกล่าวในขั้นที่ 1.1

4) สังเกตการจัดบริการพยาบาลในสถานการณ์จริงของพื้นที่ถอดบทเรียน 5 แห่ง

5) ศึกษาเอกสารของหน่วยบริการสาธารณสุขของพื้นที่ถอดบทเรียน 5 แห่ง

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1.2

พบว่าพื้นที่ถอดบทเรียน ทั้ง 5 แห่ง มีการจัดบริการพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วย 5 กลุ่ม ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ขาดการสนับสนุนให้กลุ่มผู้ป่วย มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และยังไม่มีความปฏิบัติหรือรูปแบบการสร้างเสริม การจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และพบว่า พยาบาลในทุกพื้นที่ควรเพิ่มศักยภาพการสอน สาธิต และเสริมพลังผู้ป่วย และผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในแผนการดูแล เพื่อให้การจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแลมีคุณภาพยิ่งขึ้น สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่าขึ้นอยู่กับสมรรถนะของพยาบาลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการสุขภาพตนเอง

ขั้นตอนที่ 1.3 วิเคราะห์บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน โดย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 1.3

พบว่า ควรขยายบทบาทของพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย 5 กลุ่ม ดังกล่าว โดยพัฒนาหลักสูตรสำหรับพยาบาลในการจัดบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้ และทักษะเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง

ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน (วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2562 รวมระยะเวลา 6 เดือน) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2.1 ศึกษาสถานการณ์และสมรรถนะของพยาบาลด้านการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศไทยมีการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลสาขา/วิชาต่าง ๆ ที่หลากหลาย แต่ยังไม่พบหลักสูตรการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ดังนั้น ผู้ดำเนินโครงการจึงพัฒนาหลักสูตรนี้ขึ้น โดยประชุมระดมสมองคณะทำงาน เพื่อวิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาล และผลจากการถอดบทเรียนในระยะที่ 1

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2.1

ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถจัดการตนเอง สังคมปกรณ์ ทักษะทางสังคม การสร้างแรงจูงใจ และการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อจัดการสุขภาพตนเอง

ขั้นตอนที่ 2.2 พัฒนาหลักสูตรหรือการออกแบบหลักสูตร (Curriculum Design)

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ กำหนดเป้าหมาย จุดมุ่งหมาย และขอบเขตเนื้อหาของหลักสูตร ออกแบบหลักสูตร โดยจัดทำร่างเอกสารหลักสูตร โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของ Knowles¹⁵ ที่ผู้สอนเรียนรู้ร่วมกับผู้เรียน และส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2.2

หลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน เป็นหลักสูตรระยะสั้น ใช้ระยะเวลาอบรม 4 วัน ประกอบด้วย หน่วยการเรียนรู้ 8 หน่วย คือ 1) การพยาบาลในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ 2) สังคมปกรณ์: Socialization 3) ทักษะทางสังคม: Soft Skill 4) ทักษะการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจ 5) การเสริมพลังอำนาจ: Empowerment 6) ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศ: IT Literacy 7) การจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 8) การจัดบริการ

พยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2.3 ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร (Quality examination) และปรับปรุงแก้ไข (Improvement)

ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินความสอดคล้องและความเหมาะสมของหลักสูตร พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 จากนั้นนำหลักสูตรไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยจัดการอบรมระยะเวลา 4 วัน ระหว่างวันที่ 25 - 28 มีนาคม พ.ศ.2562 ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพมหานคร

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2.3

ปรับปรุงหลักสูตรโดยรวมหน่วยการเรียนรู้เหลือ 6 หน่วย คือ การพยาบาลในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ รวมกับการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล และบูรณาการหน่วยการเรียนรู้สังคมปริทัศน์ร่วมกับทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อสารและความรอบรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศบูรณาการกับทักษะทางสังคม ใช้ระยะเวลาอบรมหน่วยการเรียนรู้ละ 3.5 ชั่วโมง และปรับระยะเวลาการอบรมจาก 4 วันเหลือ 3 วัน

ขั้นตอนที่ 2.4 ระยะทดลองใช้หลักสูตร (Curriculum Implementation)

นำหลักสูตรที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปจัดการอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 80 คนเป็นเวลา 3 วัน ระหว่างวันที่ 25 - 28 มีนาคม พ.ศ. 2562 ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ นนทบุรี และประเมินผลหลักสูตรจากการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการเข้ารับการอบรม

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 2.4

ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 28.49 พยาบาลมีความพึงพอใจในหลักสูตร อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการนำความรู้ไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 4.30 รองลงมา คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีคะแนนเฉลี่ย 4.29

ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน (ดำเนินการ วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2563 รวมระยะเวลา 12 เดือน) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3.1 ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล 5 กลุ่ม

ศึกษาในพื้นที่ดำเนินการ 5 พื้นที่ เป็นเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับจังหวัด 4 ภาค 4 พื้นที่ ได้แก่ ภาคกลาง (จังหวัดสระบุรี) ภาคตะวันออก (จังหวัดระยอง) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดบุรีรัมย์) ภาคใต้ (จังหวัดสงขลา) และระดับโรงพยาบาล 1 พื้นที่ คือ โรงพยาบาลตำรวจ ศึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และสังเกต ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาลของเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 3.1

ประเด็นสำคัญของรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 3.2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1) กำหนดกรอบแนวคิด และยกย่องรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการ

วารสารกองการพยาบาล

สุขภาพตนเองของประชาชน สำหรับกลุ่มผู้ป่วย 5 กลุ่ม

2) ประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านต่าง ๆ จำนวน 95 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 19 คน ด้านการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลางจำนวน 19 คน ด้านการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง จำนวน 20 คน ด้านการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาวจำนวน 20 คน และด้านกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 17 คน ณ โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 15 – 16 ตุลาคม 2563 เพื่อพิจารณาความสมบูรณเหมาะสมในเนื้อหาของรูปแบบ

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 3.2

ฉบับร่างของ รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามแนวคิดของเครียร์³ และปัจจัยการสนับสนุนการจัดการตนเองมาบูรณาการเข้ากับกรอบทฤษฎีเชิงระบบ มีลักษณะดังนี้

- 1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย 4 S ได้แก่ 1) Staff 2) System 3) Service และ 4) Support
- 2) กระบวนการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
 - (1) สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ใช้ในการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ปัจจัยการสนับสนุนการจัดการตนเอง : 5 A ได้แก่ 1) Assess 2) Advice 3) Agree 4) Assist และ 5) Arrangement
 - (2) สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อสร้างความร่วมมือร่วมในการตั้งเป้าหมายร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดของเครียร์³ : 6 Steps ได้แก่ 1) Goal Selection 2) Information Collection 3)

Information Processing and Evaluation 4) Decision Making 5) Action และ 6) Self-Reaction

(3) ผลลัพธ์ โดยวัดผลผลิตจาก 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่นำรูปแบบสู่การปฏิบัติ ประเมินผลจากการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบ และสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ 2) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินผลจากความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3.3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

1) เตรียมความพร้อมของทีมแกนนำจำนวน 50 คน ซึ่งเป็นผู้บริหารและผู้บริหารการพยาบาลระดับจังหวัด ของ 5 พื้นที่ดำเนินการตามทีละขั้นในขั้นตอนที่ 3 โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรเสริมสร้างบทบาทของผู้บริหารและผู้บริหารการพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยทำความเข้าใจรูปแบบและบทบาทในการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่ ใช้ระยะเวลาประชุม 3 วัน ณ โรงแรมบัดดี้ โอเรียนทอล ริเวอร์ไซด์ นนทบุรี

2) อบรมพัฒนาศักยภาพคณะทำงานทดลองใช้รูปแบบของเครือข่ายจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ จำนวนเครือข่ายละ 25 คน โดยใช้หลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยภาคทฤษฎี และฝึกปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 3 วัน

3) ทดลองจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล 5 กลุ่ม และพื้นที่ดำเนินการ 5 แห่ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ ในการทดลองจัดบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

พื้นที่ดำเนินการ	กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย คน)
โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง	22
เครือข่ายจังหวัดสระบุรี	กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลาง	48
เครือข่ายจังหวัดระยอง	กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเรื้อรัง	30
เครือข่ายจังหวัดบุรีรัมย์	กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว	43
เครือข่ายจังหวัดสงขลา	กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	32
รวม		175

4) นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ดำเนินงานใน 5 แห่งอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทดลอง

5) ถอดบทเรียนภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ โดยคณะทำงานพัฒนารูปแบบ และคณะทำงานทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ดำเนินการ จำนวน 148 คน ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การประเมินผลต้นแบบการจัดการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน” วันที่ 16 - 18 กันยายน 2563 ณ โรงแรมที่เคพาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

6) ปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน จากผลการถอดบทเรียนการทดลองใช้รูปแบบฯ เพื่อให้เนื้อหามีความถูกต้องสมบูรณ์มากที่สุด

7) ประชาพิจารณ์รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 92 คน ประกอบด้วยผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และอาจารย์พยาบาล

8) ปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนจากผลการประชาพิจารณ์

9) สรุปผลรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนรวม 5 กลุ่มเป้าหมายจัดทำเป็นรูปเล่ม เพื่อเผยแพร่

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 3.3

รูปแบบ มี 3 องค์ประกอบ (ภาพที่ 1) ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ระบบการสนับสนุนการจัดการบริการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย นโยบายการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง บุคลากรสุขภาพ สนับสนุนและภาคีเครือข่าย

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 1) กระบวนการพยาบาลที่สนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นการจัดทำแผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ในการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 2) กระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นการจัดทำแผนการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงาน ประเมินผลใน 3 ประเด็น ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และด้านการพัฒนาองค์กร



ภาพที่ 1 รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

ระยะที่ 4 ระยะการขับเคลื่อนนโยบายและขยายผลสู่การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (ดำเนินการวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2563 รวมระยะเวลา 3 เดือน) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4.1 การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ กำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาบทบาทพยาบาลมิติการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยกองการพยาบาลประชุมมอบนโยบายให้กับคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเขตสุขภาพ 13 เขตทั่วประเทศ จำนวน 650 คน ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ “เครือข่ายผู้บริหารการพยาบาล: นวัตกรรม และระบบบริการพยาบาลที่เป็นเลิศสู่ระบบสุขภาพที่ยั่งยืนในฐานวิถีชีวิตใหม่” ระหว่างวันที่ 25 – 26 พฤศจิกายน 2563 ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ กรุงเทพมหานคร โดยมีการติดตามจากผู้นิเทศเขตสุขภาพ กองการพยาบาล ทุก 3 เดือน

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 4.1

การประกาศนโยบายการพัฒนาบทบาทของพยาบาลมิติการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน โดยกองการพยาบาล และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ จำนวน 899 แห่ง มีการดำเนินงานสร้างเสริมความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ คือ “ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (ที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ) มีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน” เพื่อการพัฒนางานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4.2 การขยายผลสู่การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ โครงการนี้ได้ขยายผลให้พยาบาลทั่วประเทศนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการจัดบริการพยาบาลโดย ดำเนินการ ดังนี้

1) เผยแพร่ความรู้รูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยให้กับพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 484 คน ในการประชุมเชิงปฏิบัติการมหกรรมสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 “พลิกโฉมการพยาบาลมิติสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน” ระหว่าง วันที่ 21 - 23 ธันวาคม 2563 ณ โรงแรมเดอะเบียร์เคลีย์ ประตูน้ำ กรุงเทพมหานคร

2) จัดการอบรมพยาบาล จำนวน 70 คน ในหลักสูตรการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3) เผยแพร่เอกสารให้กับองค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของประชาชน ได้แก่ ชุดเอกสารความรู้ รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย 5 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเร่งด่วน และผู้ดูแล 2) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลาง 3) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาว 4) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง 5) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและผู้ดูแล และเอกสารหลักสูตรการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

4) จัดประชุมเผยแพร่รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองผ่านทางภาพและเสียงให้กับพยาบาล จำนวน 148 คน ระหว่างวันที่ 29 - 31 มีนาคม 2564

5) จัดทำหลักสูตร E-Learning เรื่องการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้พยาบาลที่สนใจสามารถเข้าถึงหลักสูตร เป็นการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

ผลการดำเนินงานขั้นตอนที่ 4.2

เกิดการขยายผลการจัดบริการพยาบาล

เพื่อการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ในโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลสระบุรี มีการเปิดศูนย์สร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล โรงพยาบาลระยอง มีการขยายผลในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการที่ทุพพลภาพให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการดำเนินโครงการ สรุปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ผลการดำเนินโครงการ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ คือ 1) มีรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเร่งด่วน กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลาง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาว กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ที่ผ่านการพัฒนาและทดลองใช้ด้วยหลักการวิจัย จัดทำเป็นเอกสารเผยแพร่ให้กับหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ และเผยแพร่ลงใน website กองการพยาบาลสำหรับพยาบาลผู้สนใจทั่วไป

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ดำเนินการโดยจัดอบรมให้กับพยาบาล จำนวน 380 คน พบว่าพยาบาลมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนตามวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95.83 ซึ่งเป็นผลผลิตที่เกิดจากการพัฒนาขึ้นใหม่ที่ได้จากการดำเนินโครงการนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ พบว่าประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม จำนวน 175 คน สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 92.75 และมีภาวะสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 85.74

ผลกระทบของโครงการ เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและวิชาชีพพยาบาล ดังนี้

1. มีนโยบายให้องค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จัดบริการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน
2. ขยายบทบาทของพยาบาลในมิติการสร้างเสริมสุขภาพโดยจัดบริการพยาบาลที่ส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชน ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ
3. ประชาชน ผู้รับบริการพยาบาลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และมีภาวะสุขภาพดีขึ้น
4. มีเอกสารรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ 5 กลุ่ม และเอกสารหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงมีหลักสูตร E-Learning เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

ผลกระทบดังกล่าว เป็นความต่อเนื่องของโครงการอื่นที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน และยกระดับวิชาชีพการพยาบาล

อภิปราย

โครงการนี้ ดำเนินการโดยใช้หลักการวิจัยและพัฒนา มีการศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและ

ทดลองใช้ รวมทั้งประเมินผล การดำเนินโครงการทั้ง 4 ระยะ มีการวางแผนดำเนินการที่เป็นระบบ มีการดำเนินงานตามกลวิธีที่ถูกต้อง¹⁶ มีการกำกับ ติดตาม และประเมินโครงการจากคณะทำงาน อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะตามหลักการกำกับ ติดตาม (monitoring & evaluation) และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลที่ร่วมดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ 5 แห่ง ส่งผลให้การดำเนินโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ข้อ

ผลที่เกิดจากโครงการคือรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน 5 กลุ่ม เป็นรูปแบบที่ผ่านการพัฒนา และทดลองใช้ด้วยหลักการวิจัยและพัฒนา¹⁶ อีกทั้งมีการศึกษาว่าแนวคิดการจัดการตนเองนี้สามารถนำไปใช้สนับสนุนผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ดังกล่าวได้⁵⁻⁸ จึงสามารถนำรูปแบบไปใช้ และขยายผลได้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทหน้าที่กำหนดนโยบาย พัฒนาองค์ความรู้ สนับสนุนงานการพยาบาลของประเทศ ได้เห็นถึงความสำคัญของการขยายบทบาทของพยาบาลมิติการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน จึงกำหนดเป็นนโยบายและเผยแพร่เอกสารที่เป็นผลผลิตของโครงการนี้ไปโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

การที่พยาบาลมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.83 เป็นได้ที่การอบรมหลักสูตรดังกล่าว เป็นผลผลิตจากการพัฒนาขึ้นใหม่ที่ได้จากการดำเนินโครงการนั้น เป็นหลักสูตรที่พัฒนามาจากหลักการวิจัยและพัฒนา นอกจากนี้ แนวคิดการจัดการตนเอง²⁻⁴ เป็นเรื่องที่ท้าทายพยาบาล จึงได้รับความสนใจ ทำให้ส่งผลต่อความรู้ และทักษะของพยาบาลโดยตรง พยาบาลจึงผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นจำนวนมาก

สำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม จำนวน 175 คน สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ จำนวนมากถึงร้อยละ 92.75 อีกทั้งมีภาวะสุขภาพดีขึ้นร้อยละ 85.74 นั้น เกิดจากการสนับสนุนจากพยาบาลให้มีเป้าหมาย และมีความมุ่งมั่นในการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของการจัดการตนเอง²⁻⁴ และการศึกษาต่างๆ⁵⁻⁸ ที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ และส่งผลดีต่อสุขภาพ

บทสรุป

โครงการ รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ดำเนินโครงการโดยกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาดำเนินการในเดือนตุลาคม 2561 - เดือนเมษายน 2564 ดำเนินการ 4 ระยะ คือ 1) สังเคราะห์การบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2) พัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน และ 4) ขับเคลื่อนนโยบายและการขยายผลลงสู่การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

ผลการดำเนินโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ ทั้ง 3 ข้อ คือ 1) รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเร่งรัด กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะกลาง กลุ่ม

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาว และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง 2) พยาบาล จำนวน 380 คน มีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95.83 และ 3) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม จำนวน 175 คน สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 92.75 และมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ร้อยละ 85.74

ผลสำเร็จของโครงการนี้ ทำให้กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป็นนโยบายให้องค์กรพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จัดบริการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน พยาบาลมีการขยายบทบาทในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ โดยจัดบริการพยาบาลที่ส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชน ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ทำให้การดำเนินการมีความต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ผลผลิตของโครงการ ได้แก่ เอกสารรูปแบบการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ 5 กลุ่ม และหลักสูตร E-Learning เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน จัดเป็นความต่อเนื่องของโครงการที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน และผู้รับบริการ รวมถึงยกระดับวิชาชีพการพยาบาล

References

1. Ministry of Public Health. Twenty-year National Strategic Plan for Public Health. Nonthaburi: Strategic and Planning Division, Office of the Permanent Secretary; 2012. Thai.

2. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2003; 26(1):1-7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01.
3. Creer LT. Self-management. *Handbook of self-regulation*. In: M Bockaert PRP, M. Zeidner, ed. San Diego; California: Academic Press; 2000.
4. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*. 2009; 57(4):217-25. e6.
5. Patricia AG, Lisa LG. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal of Public Health*. 2004;104(8): e25-31.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Intermediate care including reablement. NICE guideline. Published: 22 September 2017.
7. Andrew T, Joanna KA, Louise M, Wallace CBourne. Self Management: An evaluation of a self-management program for patients with long-term conditions. *Patient Education and Counseling*. 2015; 98:213–19.
8. Bridget J, Michael C, Melanie N, Sonja M. Dignity conserving care in palliative care settings: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(13-14):1741-2054.
9. Wagner EH, et al. Improving chronic illness: translating evidence into action. *Health Affairs*. 2001;20(6):64-78.
10. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional Nursing and Midwifery Act. Vol.2 (1985) and Amended by Professional Nursing and Midwifery Act Professional Nursing and Midwifery Act. Vol.2 (1997). 2nd Ed. Bangkok: Golden Point Co.Ltd. Thai.
11. Wichit Srisuphan, et al. Project on Nursing Profession Movement Towards Health Promotion. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2017;4(2). Thai.
12. Ministry of Public Health. Notifications of MOPH. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2017. Thai.
13. Nursing Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nursing Standard in Hospitals. wvotai printing. Bangkok; 2007. Thai.
14. Nursing Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nursing Standard in Community. wvotai printing. Bangkok; 2007. Thai.
15. Knowles MS. The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy. New York: Cambridge the Adult Education Company; 1980.
16. Waro Pheangsawat. Research and Development. *Sakon Nakhon Rajabhat University Journal*. 2009;1(2):e1-12. Thai.