

ISSN 0125-7242 (print)

ISSN 2673-0326 (online)

NDJ วารสารกองการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564 Vol 48 No.3 September-December 2021



วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2564 Vol. 48 No. 3 September – December 2021 ISSN 0125-7242

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร ภาษาไทย

: วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ

: Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

1. บทความวิจัยทุกประเภท ทั้งจากส่วนบริการ ส่วนการศึกษา และส่วนสนับสนุน
2. บทความวิชาการ ได้แก่ บทความด้านการศึกษา การบริหาร และบริการพยาบาล (ผลงานการพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม 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 อย่างไรก็ตามสำนักการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2564 Vol. 48 No. 3 September – December 2021 ISSN 0125-7242

รายนามผู้พิจารณาถ้อยแถลงบทความ (Peer review)

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. รศ.ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 4. รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 5. รศ.ดร.สุปรียา มั่นคง | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ.พัชรมนต์ คุ่มทวีพร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 8. ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 9. ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 10. ดร.ศุภาพิชญ์ โฟน โบร์แมน | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 11. ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 12. ดร.เมทนี ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 13. ดร.มาสนิ์ สกุลปักษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 14. ดร.สุนทรีภรณ์ ทองไสย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 15. ดร.บริมาลย์ นิลไพจิตร | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 16. ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 17. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.กนกพร แจ่มสมบูรณ์ | กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 19. ดร.ศตมณ ศรีสุทธิศักดิ์ | กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 20. นางอัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ | กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 21. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ | กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 22. นางสาวไศภิชญ์ สุวรรณเกษางษ์ | กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 23. นางสาวอุไรพร จันทะอุมเม้า | กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 48 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2564 Vol. 48 No. 3 September – December 2021 ISSN 0125-7242

ที่ปรึกษา

ดร.กาญจนา จันทร์ไทย
ดร.ธีรพร สกิริอังกูร

ADVISORS

Dr. Kanjana Chunthai
Dr. Teeraporn Sathira-Angkura

กองการพยาบาล
สำนักวิชาการสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศิริมา ลีละวงศ์

EDITOR

Sirima Leelawong

กองการพยาบาล

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.แสงทอง ธีระทองคำ

Assoc.Prof.Dr. Sangthong Terathongkum

พศ.ดร.สุนทราวดี เอี่ยมพิเชษฐ์

Assist.Prof.Dr. Suntharawadee Theinpichet

พศ.ดร.ดนุดา จามจุรี
ดร.ศตมณ ศรีสุทธิศักดิ์
อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์

Assist.Prof.Dr. Danulada Jamjuree
Sasamon Srisuthisak
Armarapas Attachaiwat

EDITORIAL BOARD

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์
สภากาการพยาบาล
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
กองการพยาบาล
กองการพยาบาล

ผู้จัดการ

นายนิชฌาน เทือกบุญญ์

Manager

Nichan Thueakpanyo

กองการพยาบาล

ผู้จัดการอิเล็กทรอนิกส์

นายชัชชน เทพวงศ์

Manager

Chatchanon Thepphawong

กองการพยาบาล

เจ้าของ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6294 โทรสาร 0-2590-6295

Copyright

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

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

สารจากบรรณาธิการ

วารสารกองการพยาบาล ฉบับที่ 3 ปี 2564 มีบทความวิจัย และบทความวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นบทความวิจัยจำนวน 15 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง โดยอัตราค่าสมาชิกวารสารกองการพยาบาลประเภทบุคคล 450 บาท/ปี และ ค่าสมาชิกประเภทหน่วยงาน 1,350 บาท/ปี ขอชวนเชิญให้สมาชิกทุกท่าน และหน่วยงานช่วยสมัครเป็นสมาชิกอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งขอเชิญหน่วยงาน และบุคลากรสมัครเป็นสมาชิกใหม่ของวารสาร

ทำนนี้ ขอประชาสัมพันธ์การเปลี่ยนแปลงการเข้าใช้งานระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของกองการพยาบาล จากระบบเดิมมาเป็นระบบ THAIJO อีกครั้งหนึ่ง เป็นการเริ่มต้นก้าวสู่ฐานวิถีชีวิตใหม่ ทั้งนี้ สมาชิกสามารถเข้าใช้งานระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบใหม่ ได้แล้ว หวังว่าสมาชิกทุกท่าน และหน่วยงานยังคงเป็นแฟนคลับพันธ์แท้ของวารสารกองการพยาบาล และส่งผลงานวิจัย หรือบทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ด้วยคะ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ

วารสารกองการพยาบาล ฉบับที่ 3 ปีที่ 48 มีบทความวิจัยและบทความวิชาการที่มีเนื้อหาหลากหลายสาขาทางการพยาบาล จำนวน 15 เรื่อง ได้แก่ การใช้ศาสตร์มีนเวชในการส่งเสริมการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

บทความวิจัยที่เสนอประเด็นการจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อสนับสนุนนโยบายเครือข่ายบริการไร้รอยต่อ คือ การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน และ การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี ในการพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองในผู้ป่วยเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่กลับมารักษาซ้ำ

บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

บทความเกี่ยวกับการจัดการอาปวต และการลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดเรื้อรัง และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยา

บทความวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ระบาดมาตั้งแต่ปลายปีพ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบันที่ยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการบริหารการพยาบาลในยุควิถีชีวิต

บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสนเทศ คือ โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้พิมพ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ด้วยดีเสมอมา

ศิริมา ลีละวงศ์

บรรณาธิการ

สารบัญ

	สารจากบรรณาธิการ	
กองบรรณาธิการ		
	บทบรรณาธิการ	
ศิริมา ลีละวงศ์		
	รายงานการศึกษาวิจัย	
การพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร กิตติมา ลัมประเสริฐ.....		1
ผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอด ครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร นฤมล ตั้งเจริญธรรม, จิรภัค สุวรรณเจริญ, นันทน์ภัส กาลปักษ์.....		13
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสุราษฎร์ธานี สุวดี แสงคำ, รุติดาพร วรณทวิศิษฐ์, ลาวัลย์ เวทยาวงศ์.....		27
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี สุนันท์ เกียรติพิพัฒน์, สมจิต จันทร์บาง, ชาลี คงสุวรรณ, ปฐมาพร ช่วยพิทักษ์		39
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสระบุรี วิไลวรรณ แสงธรรม, ธนันณัฐ มณีศิลป์, ไสยา เกิดพิทักษ์, สุรีย์ จินเรือง.....		52
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย กฤษมา พรหมวิเศษ, อนันตพร นิธิเดชวิศิษฐ์, สุทธิชัย นักผูก, เกียรติไกร ประเสริฐ.....		69
การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก สุกิดา สุวรรณพันธ์, เครือวัลย์ กุมพล, อาริยา สอนบุญ		85
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ สมบัติ วงศ์เตจา		103
การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดเรื้อรัง และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ, จันจิรา กิจแก้ว.....		114
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ วลัยพร ภูวัฒนวิโรจน์, วรุณี ชาวทอง, สมศรี เขียวอ่อน.....		131
โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน : การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่สูง เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล, สำเนา นิลบรรพสุกมา แสงเดือนฉาย.....		146
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการให้ยาในโรงพยาบาลชลบุรี มารยาท สุจริตรกุล, ประนอม โฉมกาย, พรพรรณพัชร สกลทรงเดช, วิลาวรรณ โคกยะสุธรรม		161
การพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลหนองคาย ณฤดี ทิพย์สุทธิ, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท, นางวิศรา เบ้าน.....		172
การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลยโสธร จิตพร อัครวิศุทธิ์, ลัดดา คำแดง, มุกิตา คำสุข.....		186



บทความวิชาการ

การบริหารการพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่

นวลใย พิศชาติ, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ณิชามา ยนจอหอ.....202

การพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

กิติมา ลิ้มประเสริฐ* ปร.ด

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ และแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว การวิจัยเพื่อพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (2) ศึกษาความคิดเห็น และความพึงพอใจของทีมบริหารองค์การพยาบาลในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลไปใช้ (3) ประเมินการติดเชื้อของบุคลากรพยาบาล ประชากรเป็นทีมบริหารองค์การพยาบาลทั้งหมด จำนวน 126 คน ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนารูปแบบ การนำไปใช้ และการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วย One Way ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) การเตรียมความพร้อม (2) การดำเนินการ (3) หลังดำเนินการ สำหรับความคิดเห็น และความพึงพอใจโดยรวมของทีมบริหารองค์การพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ความแตกต่าง พบว่า ตำแหน่งการบริการ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง และแผนกที่ปฏิบัติงาน มีคะแนนความคิดเห็น และความพึงพอใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบบุคลากรพยาบาลติดเชื้อร้อยละ 8.64 ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีข้อเสนอแนะควรประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในมิติผู้รับบริการ และองค์กรในการวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการบริหาร, องค์การพยาบาล, สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Correspondence author E-mail: kitima.limprasert@gmail.com

The Development of Nursing Organization Management model in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation in Samutsakhon Hospital

Kitima Limprasert *

Ph.D

Absract

The novel coronavirus disease 2019 is an infectious disease that spreads rapidly. This research aimed to (1) develop the nursing organization management model in Coronavirus Disease 2019 outbreak situation (2) study the opinions and satisfaction of the nursing organization management team on implementation of the developed nursing organization management model (3) assessment of COVID-19 infection among the nursing personnel. The population consisted of a total 126 nursing staff of the nursing management team. This study was divided into 3 phases: model development, implementation, and evaluation. Data were analyzed using frequencies, percentage, mean, standard deviation and One Way ANOVA for comparing differences.

The results revealed that the nursing organization management model in Coronavirus Disease 2019 outbreak situation consisted of 3 periods (1) preparation (2) implementation (3) post implementation. The overall opinions and satisfaction scores of the nursing management team were at the moderate level and were statistically different on position, duration of the position, and unit of working at $p < .05$. The percentage of nursing personnel infected was 8.64%. These findings can be used to develop a nursing organization management model in the outbreak of the Coronavirus Disease 2019. Suggestions of the next studies include exploring the nursing outcomes in parts of the service recipients and organizations. Dimension.

Key words: management model development, nursing organization, coronavirus disease 2019 outbreak situation

Registered Nurse, Samutsakorn Hospital *

Correspondence author E-mail: kitima.limprasert@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จัดเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ในกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงไวรัสโคโรนา 2 (SARS-CoV-2) มีการระบาดที่รวดเร็วจากแหล่งที่พบครั้งแรก โดยในระยะเวลาเพียง 25 วัน พบการแพร่ระบาดกระจายไปทั่วโลก จนเกิดเป็นวิกฤตระดับโลก ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ทั้งนี้ ด้วยลักษณะของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการกลายพันธุ์ ทำให้การระบาดของโรคแพร่กระจายเป็นระลอกเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาด มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกแล้ว 224,511,226 ราย เสียชีวิตแล้ว 4,627,540 ราย ¹

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกับสถานการณ์ของโลก โดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งการระบาดระลอกแรกช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2563 นั้นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ทำให้การรับมือต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโดยรวมไม่มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ป้องกันสำหรับบุคลากร ตลอดจนขีดจำกัดด้านอัตรากำลังของบุคลากรสุขภาพ จึงทำให้ในช่วงแรกของการระบาดเกิดความไม่สมดุลในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพในระบบทั้งหมดต้องรับภาระหนักที่สุด นอกจากนี้ องค์การพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลและมีบุคลากรมากถึงร้อยละ 70 ในสถานบริการสุขภาพทั้งหมด จากการสำรวจอัตรากำลังพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อวางแผนเตรียมความ

พร้อมในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 โดยศูนย์ประสานความร่วมมือของพยาบาลในภาวะการติดเชื้อ COVID-19 ⁴ พบว่า อัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้สูงสุดไม่เกิน 6,200 คน ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางได้ไม่เกิน 88,000 คน ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงน้อยไม่เกิน 391,000 คน และดูแลคัดกรองได้ไม่เกิน 975,000 คน ซึ่งภายหลังการระบาดระลอกแรกผ่อนคลายลง พบว่า อัตรากำลังพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังสามารถดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เพียงพอ ²

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกสอง เกิดขึ้นในจังหวัดสมุทรสาคร จากกลุ่มก้อน (Cluster) ของตลาดอาหารทะเล ช่วงปลายเดือนธันวาคม 2563 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดดเป็นหลายเท่า เนื่องจากจังหวัดสมุทรสาครมีสถานประกอบการโรงงานจำนวนมากซึ่งเป็นแหล่งชุมนุมแออัด ทำให้การติดเชื้อแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ครั้งนี้ทำให้จังหวัดสมุทรสาครประกาศเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด และด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่พบในช่วงระลอกสูงสุดประมาณ 500-800 คนต่อวัน รวมทั้งผู้ป่วยสะสมที่กำลังรักษา ทำให้เปิดโรงพยาบาลสนาม 10 แห่ง โดยมีทีมอาสาสมัครแพทย์และพยาบาลจากทั่วประเทศหมุนเวียนเข้ามาดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนามเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเกินขีดอัตรากำลังของบุคลากรสุขภาพในจังหวัดสมุทรสาคร โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลซึ่งต้องทำงานด้านหน้าในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ และผู้ป่วยทั่วไป แม้ว่าภายหลังการระบาดหนักอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน สถานการณ์ในจังหวัดสมุทรสาครเริ่มผ่อนคลายลง แต่การเฝ้าระวังและควบคุมโรคยังต้องดำเนินการอย่างเข้มงวด เพราะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการกลายพันธุ์ ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคขึ้นเป็นระลอก ทั้งนี้

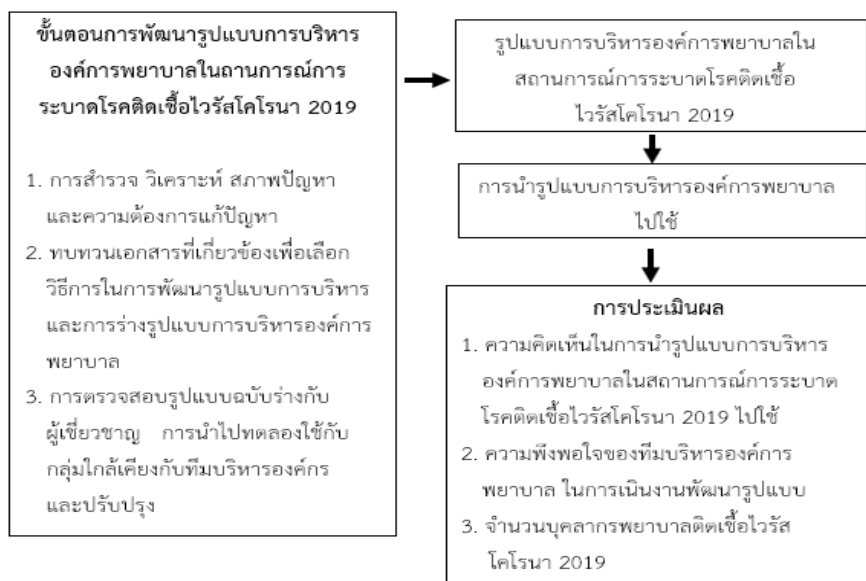
วารสารกองการพยาบาล

องค์กรพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีขนาดใหญ่ในทีมดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการทบทวนการดำเนินงานในช่วงการระบาดของโรคที่ผ่านมา โดยการประเมินผลในเบื้องต้นของทีมบริหารองค์กรพยาบาลจำนวน 51 คน สรุปได้ว่า การปฏิบัติงานทั้งหมดยังเป็นแบบตั้งรับเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ทำให้การดำเนินงานพบปัญหาหลายด้านคือ ด้านการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย ร้อยละ 100 การจัดเตรียมสถานที่รองรับผู้ป่วยสังเกตอาการและผู้ป่วยติดเชื้อ ยังไม่เพียงพอและล่าช้า ร้อยละ 96.08 ขาดการบริหารและจัดสรรอุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 91.16 รูปแบบการนำองค์ความรู้ไปสู่อุปกรณ์ปฏิบัติยังไม่เป็นรูปธรรมไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 82.35 ขาดการประสานงานในทีมและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการประเมินผลที่เป็นระบบทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลไปพัฒนาการดำเนินงานที่ผ่านมา ร้อยละ 96.08 จากการประเมินปัญหาในเบื้องต้น ทีมบริหารองค์กรพยาบาล

โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีความเห็นร่วมกันในการแก้ปัญหาโดย การพัฒนารูปแบบการบริหารองค์กรพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้น เพื่อให้มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีลายลักษณ์อักษร นำไปสู่การยึดปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งสามารถประเมินผลการดำเนินงาน และนำไปปรับปรุงแก้ไขได้อย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารองค์กรพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งรูปแบบการบริหารองค์กรพยาบาลประยุกต์จากแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข³ โดยบูรณาการให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลสมุทรสาคร (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ศึกษาความคิดเห็น และความพึงพอใจของทีมบริหารองค์การพยาบาลในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลไปใช้
3. ประเมินการติดเชื้อของบุคลากรพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Developmental research) รูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารทุกคน และปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้บริหารทุกระดับที่กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน 15 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 36 คน ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 34 คน และผู้ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่พิเศษ จำนวน 41 คน โดยศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมดจำนวน 126 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2564

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มี 4 ส่วน (1) ข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามความคิดเห็นในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลไปใช้ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมนิเทศองค์การพยาบาลในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ จำนวน 17 ข้อ และ (4)

แบบบันทึกผลลัพธ์จำนวนบุคลากรพยาบาลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้ค่า CVI (Content validity Index) ของแบบสอบถามความคิดเห็นในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของทีมนิเทศองค์การพยาบาล และแบบบันทึกผลลัพธ์ของจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ .89, .93 และ 1.00 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้บริหารองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลที่คล้ายกับโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's Alpha coefficient) ของแบบสอบถามความคิดเห็นในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลไปใช้ และ แบบประเมินความพึงพอใจของทีมนิเทศองค์การพยาบาล เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ และเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยเพื่อพัฒนาครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) สำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ดำเนินการโดยการจัดประชุมครั้งที่ 1 กับหัวหน้ากลุ่มงาน 15 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 36 คน ร่วมกันประเมินความพร้อมในการพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ส่วนขาดโดยใช้แบบประเมินของธีรพร สิริอังกูร และคณะ² ซึ่งมีประเด็นหลัก 5 ด้าน

วาระการสาธารณสุข

จำนวน 30 ข้อ รวมถึงการอภิปรายความต้องการในการแก้ปัญหา โดยการพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีลายลักษณ์อักษร นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน สามารถประเมินผลการดำเนินงาน และนำไปปรับปรุงแก้ไขได้ (2) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเลือกวิธีการในการพัฒนารูปแบบการบริหาร ด้วยการจัดประชุมครั้งที่ 2 กับหัวหน้ากลุ่มงาน 15 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 36 คน แต่เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในจังหวัดสมุทรสาคร และเอกสารวิชาการ/องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องนั้นมีจำนวนจำกัด ดังนั้น การพัฒนารูปแบบฯ ครั้งนี้ จึงประยุกต์จากแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล ของสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข³ โดยพิจารณาและบูรณาการให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลสมุทรสาคร (3) ตรวจสอบ “ร่าง” รูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นนายแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลสมุทรสาคร 2 คน และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ 3 คน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ในทีมบริหารองค์การของโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกัน และปรับปรุงครั้งสุดท้าย

2. นำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลไปใช้ ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเตรียมความพร้อม เป็นการประชุมในทีมผู้บริหารองค์การพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง เพื่อวางแผน และประเมินความเสี่ยงของการเกิดการระบาด COVID-19 (2) ระยะดำเนินการ เป็นการดำเนินการ 4 ด้านพร้อมกัน คือ การดำเนินงานตามบทบาท การดำเนินงานตามแผน การประสานงาน และการเฝ้าระวัง โดยมีการติดตามนิเทศตามลำดับการบริหารและรายงานทุก

สัปดาห์ (3) ระยะหลังดำเนินการ โดยดำเนินงาน 4 ด้านคือ การฟื้นฟู การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล การถอดบทเรียนสรุปเหตุการณ์ และการพัฒนาปรับปรุงงาน

3. การประเมินผลหลังการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลไปใช้

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 11/2564/V.1 พัททษสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย และไม่มี การระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นและความพึงพอใจของทีมบริหารองค์การพยาบาลในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นและความพึงพอใจของทีมบริหารองค์การพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย One Way ANOVA

ผลการวิจัย

รูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมความพร้อม ดำเนินการ 3 ด้าน ดังนี้ (1) การประเมินความเสี่ยงของการเกิดการระบาด COVID-19 (2) การวางแผน การจัดสรรอัตรากำลังพยาบาล การจัดสรรอุปกรณ์และอุปกรณ์ป้องกัน การเตรียมอาคารสถานที่ การเตรียมคู่มือ/แนวทางการพยาบาล การพัฒนาบุคลากรพยาบาล การจัดบริการพยาบาล และการนิเทศ (3) การซ่อมแผนเผชิญเหตุชนิดบนโต๊ะ

2. ระยะการดำเนินงานตามแผน ดำเนินการพร้อมกันทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ (1) การดำเนินงานตามบทบาท (2) การดำเนินงานตามแผน (3) การประสานงาน (4) การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของบุคลากรพยาบาล

3. ระยะหลังดำเนินการ ดำเนินการ 4 ด้าน ดังนี้ (1) การฟื้นฟูด้านต่าง ๆ ภายหลังเกิดเหตุ (2) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (3) การถอดบทเรียนสรุปเหตุการณ์ (4) การพัฒนาปรับปรุงระบบงาน

ข้อมูลทั่วไปของประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 99.21 อายุเฉลี่ย 47.38 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.56 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 80.16 ส่วนใหญ่ตำแหน่ง หน้าที่พิเศษ ร้อยละ 32.54 ระยะเวลาการบริหารเฉลี่ย 9.13 ปี ส่วนใหญ่ แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 68.25 แผนกดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แผนกอาการเล็กน้อย ร้อยละ 34.13 การดำเนินงานตามแผนในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นการบริหารอัตรากำลัง ร้อยละ 26.98

ความคิดเห็นในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาล จำแนกรายด้าน และโดยรวม

พบว่า ความคิดเห็นโดยรวมทั้ง 3 ระยะ อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีความเห็นสูงสุดในระยะเตรียมความพร้อม คือ การประเมินความเสี่ยงของการเกิดการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการวางแผนการจัดสรรอุปกรณ์ป้องกัน ข้อที่มีความเห็นสูงสุดในระยะดำเนินการ คือ การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่การบริหารองค์การพยาบาลที่ได้รับแต่งตั้ง และการประสานงานในทีม/ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ข้อที่มีความเห็นสูงสุดในระยะหลังดำเนินการ คือ การพัฒนาปรับปรุงงาน และการบริหารมีขั้นตอนการพัฒนาตามลำดับขั้นตอน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น และความพึงพอใจโดยรวม จำแนกตามลักษณะการบริหารองค์การพยาบาล ดังนี้

ตำแหน่งในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ผลการเปรียบเทียบด้านความคิดเห็น และด้านความพึงพอใจ พบว่า หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งบริหาร ผลการเปรียบเทียบด้านความคิดเห็น และด้านความพึงพอใจ พบว่า ระยะเวลาทำงานมากกว่า 15 ปี มีมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ระยะเวลาทำงาน 10-15 ปี ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

แผนกดำเนินงานในการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ การดำเนินงานตามแผนในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านความคิดเห็น และด้านความพึงพอใจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความคิดเห็น และความพึงพอใจ โดยรวม จำแนกตามจำแนกตามลักษณะการบริหารองค์การพยาบาล (N 126)

ลักษณะการบริหารองค์การ พยาบาล	ความคิดเห็น			ความพึงพอใจ		
	Mean	SD	F, p	Mean	SD	F, p
ตำแหน่งในหอผู้ป่วยปฏิบัติงาน						
หัวหน้ากลุ่มงาน (N 15)	3.89*	0.63		3.65*	0.78	
หัวหน้าหอผู้ป่วย (N 36)	3.71*	0.57		3.62*	0.65	
ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย (N 34)	3.66*	0.74	F 8.35	3.60*	0.84	F 7.60
หน้าที่พิเศษ (N 41)	3.04*	0.88	p.000*	2.92*	0.79	p.000*
ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งบริหาร (ปี)						
น้อยกว่า 5 (N 44)	3.44	0.74		3.37	0.82	
5-10 (N 33)	3.21*	0.86		3.06*	0.79	
11-15 (N 22)	3.74	0.71	F 3.20	3.60	0.82	F 3.39
มากกว่า 15 (N 27)	3.75*	0.79	p.026*	3.65*	0.77	p.020*
แผนกดำเนินงานในการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
คัดกรอง (N 39)	3.74	0.58		3.68	0.67	
อาการเล็กน้อย (N 43)	3.43	0.80		3.28	0.86	
อาการปานกลาง (20)	3.28	0.88	F 2.15	3.22	0.84	F 2.50
อาการรุนแรง (N 14)	3.53	1.02	p.098	3.27	0.93	p.063
การดำเนินงานตามแผนในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน						
การบริหารการพยาบาล (N 27)	3.51	0.68		3.42	0.76	
การบริหารอัตรากำลัง (N 34)	3.48	1.12		3.34	1.04	
การบริหารอุปกรณ์ป้องกัน (N 27)	3.45	0.75		3.30	0.78	
การบริหารอาคารสถานที่ (N 21)	3.51	0.65	F 0.08	3.43	0.70	F 0.261
การบริหารการเงิน (N 17)	3.51	0.52	p.988	3.54	0.74	p.903

ความพึงพอใจของทีมบริหารองค์การพยาบาลในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน และโดยรวมพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 3 ระยะ อยู่ในระดับปานกลาง โดยในระยะเตรียมความพร้อม ข้อที่มีความเห็นสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหาร และการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

รูปแบบตั้งแต่ระยะการเตรียมความพร้อม ในระยะดำเนินการ ข้อที่มีความเห็นสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริหาร และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบตั้งแต่ระยะการเตรียมความพร้อม สำหรับระยะหลังดำเนินการ ข้อที่มีความเห็นสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงงาน รองลงมาการมีส่วนร่วมในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นในการนำรูปแบบไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ความพึงพอใจ ในการดำเนินงานพัฒนา จำแนกรายด้าน และโดยรวม (N 126)

ระยะการดำเนินงาน	ความคิดเห็น			ความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ระยะเตรียมความพร้อม	3.48	0.83	ปานกลาง	3.38	0.84	ปานกลาง
ระยะดำเนินการ	3.52	0.85	ปานกลาง	3.42	0.84	ปานกลาง
ระยะหลังดำเนินการ	3.53	0.83	ปานกลาง	3.38	0.90	ปานกลาง
โดยรวม	3.51	0.84	ปานกลาง	3.39	0.86	ปานกลาง

จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานจำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่า ก่อนดำเนินการวิจัย พบการติดเชื้อ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 ส่วนในระยะดำเนินการวิจัย พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมด 47 คน คิดเป็นร้อยละ 8.64 การติดเชื้อสูงสุดเดือน กรกฎาคม จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 7.90 ส่วนใหญ่เป็นแผนกอาการเล็กน้อย

อภิปรายผล

อภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มจากการสำรวจ และวิเคราะห์ปัญหา จากการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี โดยการประชุมกับหัวหน้ากลุ่มงาน 15 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 36 คน พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นแบบตั้งรับตามสถานการณ์ ขาดการบริหารอุปกรณ์ป้องกันที่เป็นรูปธรรม สถานที่มีความล่าช้าไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย ขาดการวางแผนอัตรากำลังทำให้แผนกที่รับผู้ป่วยติดเชื้อมีภาระงานหนัก นอกจากนี้ การประเมินความพร้อมเพื่อวิเคราะห์ส่วนขาดพบว่า ยังไม่มีรูปแบบการ

ดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้น ทีมบริหารองค์การพยาบาลมีความเห็นเพื่อแก้ปัญหาพร้อมกันโดยพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งสามารถประเมินผลการดำเนินงาน และนำไปปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงานได้ ซึ่ง รูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลฯ ในบริบทของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมความพร้อม (2) ระยะการดำเนินงานตามแผน และ (3) ระยะหลังดำเนินการ

2. ความคิดเห็นของทีมนิเทศองค์การพยาบาลในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามลักษณะการบริหารองค์การพยาบาล พบว่า ความคิดเห็นโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็น จำแนกตามลักษณะการบริหาร พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งการบริหาร โดยตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย มี

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษ และ ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งบริหาร พบว่า ระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 15 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 5-10 ปี อภิปรายว่า เนื่องจากหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่หลักในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ช่วงแรกๆ ที่เริ่มการระบาด ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการอบรมแบบออนไลน์ และฝึกทักษะจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นรุ่นแรก และมีหน้าที่นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินทุกสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง จึงมีความคิดเห็นในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงกว่า ผู้ช่วยหัวหน้าหอ และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษ นอกจากนี้ ตำแหน่ง ผู้ช่วยหัวหน้าหอ และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษ ไม่ได้เป็นผู้บริหารที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการในกลุ่มภารกิจทางการพยาบาล และในทางปฏิบัติจะได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้ทำหน้าที่กำกับดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยติดภารกิจอื่น ทำให้ไม่มีประสบการณ์ด้านการบริหารพยาบาลมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁴ ที่พบว่า ผู้นำระดับล่างสุดมักขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องล่าช้าไม่ทันเวลา รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการรับรู้ ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในแนวทางการบริหารจัดการ และ การศึกษาประสบการณ์ด้านหน้าในสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 ของผู้นำพยาบาล พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีความรู้และทักษะทางการบริหาร จะมีความสามารถในการบริหารจัดการในสถานการณ์ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า⁵ จากผลการวิจัยในครั้งนี้ องค์การพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้ปรับเปลี่ยนการประชุมวางแผนโดยให้ผู้ช่วยหัวหน้า

หอผู้ป่วย และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษ เข้าร่วมประชุมเพื่อเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น เพิ่มการสื่อสารเพื่อการรับรู้ และประสานงานโดยตรง ร่วมกับการทบทวนบทบาทหน้าที่ตามสายงานในแต่ละแผนก การสลับบทบาทหน้าที่ในทีม และเพิ่มพูนทักษะการบริหารจากการอบรม

ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร พบว่า ระยะเวลาการทำงานมากกว่า 15 ปี มีคะแนนความคิดเห็นสูงกว่า 5-10 ปี แสดงว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งและทำหน้าที่บริหารทางการพยาบาลในเวลาที่ยาวนานกว่า มีความคิดเห็นในการนำรูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลฯ ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษา⁶ พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลสาขารักษายก มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลสาขารักษายกที่สูงกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ หรือการศึกษาความคิดเห็นต่อสมรรถนะการพยาบาลด้านกายพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ⁷⁻⁸ พบว่า สมรรถนะการพยาบาลด้านสาขารักษายก มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์การทำงาน และ หัวหน้าพยาบาลระดับอาวุโส จะมีความมุ่งมั่นในบทบาทพยาบาล และความเป็นวิชาชีพเมื่ออยู่ในสถานการณ์ระบาดของ COVID-19 มากกว่า หัวหน้าพยาบาลที่อ่อนอาวุโส

ความพึงพอใจของทีมบริหารองค์การพยาบาลในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจตามลักษณะการบริหาร พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ตำแหน่งการบริหาร โดยตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย และ ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษ และ ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งบริหาร พบว่า ระยะเวลาการทำงานมากกว่า 15 ปี

มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 5-10 ปี อภิปรายว่า ตำแหน่งในการบริการที่เป็นตำแหน่งหน้าที่พิเศษ มีการคัดเลือกผู้ที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลอาวุโส ซึ่งทำงานต่อจากผู้ช่วยหัวหน้าหอ และมีประสบการณ์เป็นหัวหน้าเวรตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เพื่อเข้าร่วมทีมในการพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น ดังนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่พิเศษ จึงไม่มีประสบการณ์ด้านการบริหารพยาบาลมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษา² ที่พบว่า กลุ่มหัวหน้าพยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการดำเนินงานของศูนย์ฯ มากกว่ากลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติ รวมทั้งการศึกษา⁹⁻¹⁰ พบว่า ความเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่สูง มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่สูงขึ้น และการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเต็มใจของพยาบาลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹¹ พบว่า พยาบาลที่มีการรับรู้ทักษะทางวิชาชีพสูงมีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมสูงตามไปด้วย

3. จำนวนบุคลากรพยาบาลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่ามีบุคลากรพยาบาลติดเชื้อ ร้อยละ 8.64 อภิปรายว่า ในระยะดำเนินการวิจัยเดือนกรกฎาคม 2564 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลายเท่า เฉลี่ยวันละ 1,000 ราย ซึ่งส่วนใหญ่นำส่งโรงพยาบาลสนามแต่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้มีผู้ป่วยตกค้างนอนรอเตียงที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร เฉลี่ยวันละ 100 ราย ด้วยข้อจำกัดด้านสถานที่ทำให้ต้องจัดสถานที่รองรับผู้ป่วยเป็นการชั่วคราว ซึ่งในระหว่างรอการเตรียมอาคาร มีการจัดห้องทำงานสำหรับพยาบาลในสถานที่ชั่วคราว ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐาน อีกทั้งอัตราค่าจ้างพยาบาลมีจำนวนลดลงจากการลาออกจากงาน การกักตัว หรือเจ็บป่วย ทำให้บุคลากรพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ติดเชื้อยาวนานขึ้น ดังนั้น การจัดเวรผลัดสำหรับ

พยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเป็นพยาบาลจากแผนกผู้ป่วยนอกที่มีหน้าที่เป็นแผนกคัดกรองและพยาบาลแผนกอาการเล็กน้อย โดยหลังจากการปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยชั่วคราวนี้ พบว่า มีพยาบาลติดเชื้อ จำนวน 8 ราย และเกิดการแพร่ระบาดต่อในทีมพยาบาลด้วยกันอย่างรวดเร็ว จึงยกเลิกสถานที่ชั่วคราวในการรับผู้ป่วย ซึ่งเหตุการณ์ครั้งนี้ ทำให้ทีมพยาบาล พบว่า สถานที่ชั่วคราวนั้น การกันห้องระหว่าง nurse station กับ แผนกผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรฐาน และการประเมินของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พบว่า การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นมาจากการรับประทานอาหารร่วมกันทั้งหมด เมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้มีการจัดเวทียออนไลน์ เพื่อสรุปประเมินผล รวมทั้งการสร้างเสริมพลังอำนาจสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรทุกระดับในองค์กร ให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และสร้างความตระหนักในทีมพยาบาลในการดูแลป้องกันตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย โดยผลการวิจัยนำไปพัฒนาปรับปรุงการพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ (1) การเพิ่มอัตราค่าจ้าง (2) ปรับเปลี่ยนการซ่อมแผนเผชิญเหตุ (3) พัฒนาด้านการเฝ้าระวังสุขภาพบุคลากร และ (4) เพิ่มระบบประเมินผลลัพธ์ครอบคลุมในมิติผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป พัฒนารูปแบบองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ครอบคลุมในมิติผู้รับบริการ

References

1. World Health Organization. COVID 19 Public Health Emergency of International Concern global research and innovation forum: towards a research roadmap. Geneva, Switzerland. 2020.
2. Teeraporn Sathira-Angkura, Silima Leelawong, Attaya Amonprompukdee, and Uraiporn Janta-Um-Mou. Driving the operation of the nurse collaboration center in COVID-19 outbreak. Journal of the Thai Army Nurse. 2564;22(1):83-91. Thai.
3. Teeraporn Sathira-Angkura, Silima Leelawong, editors. A guide to nursing management in the situation of the COVID-19 Outbreak. Nonthaburi, Souetawan Media Publishing Company Limited; 2021. Thai.
4. Hølge-Hazelton B, Kjerholt M, Rosted E, Hansen ST, Borre LZ, McCormack B. Improving person-Centred leadership: A qualitative study of ward managers' experiences during the COVID-19 crisis. Risk management and Healthcare Policy. 2021;14:1401–11.
5. Hølge-Hazelton B., Kjerholt M., Rosted E., Hansen ST., Borre LZ., & McCormack B. (2021b). Health professional frontline leaders' experiences during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Journal of Healthcare Leadership. 2021;13:7–18.
6. Saowaluk Thummak, Yupha Wongrostrai, Boontiva Soowit, et al. Disaster nursing competencies of nurses: Working, in a Hospital of Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing. 2018;25(2):168-84. Thai.
7. Atiya Sarakshetrin, Suthanan Kunlaka, Runghapa Chandra, Daravan Rongmuang. Opinion on disaster nursing competencies of registered nurse working in Health Service, Region 11. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33(2):101-10. Thai.
8. Goldfarb N, Grinstein-Cohen O, Shamian J, et al. Nurses' perceptions of the role of health organizations in building professional commitment: Insights from an Israeli cross-sectional study during the COVID-19 pandemic. J Nurs Manag. 2021;29: 1102–10.
9. Kannika Ruangdej, Paiboon Chaosuansreecharoen, Suchat Sungkeao. Job satisfaction of nurses from the southern nursing shortage problem solving project. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2014;24(1):13-29. Thai.
10. Al-Hussami M A. Study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. European Journal of Scientific Research. 2008; 22(2):286-95.
11. Wu B, Zhao Y, Xu D, Wang Y. Factors associated with nurses' willingness to participate in care of patients with COVID-19: A survey in China. J Nurs Manag. 2020;28:1704–12.

**ผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อความเจ็บปวด
ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอดครรภ์แรก
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร**

นฤมล ตั้งเจริญธรรม^{*} พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
จิรภัค สุวรรณเจริญ^{**} พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
นันทน์ภัส กาลปักษ์^{***} พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดสำหรับผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรม “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” (2) กิจกรรม “รู้วิธี หนีความปวด” และ (3) กิจกรรม “มีแนว เพื่อการคลอด” กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาใช้บริการในห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ประเมินผลลัพธ์โดยใช้ (1) แบบประเมินการเจ็บครรภ์คลอด (2) แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่พัฒนาขึ้นนี้ ส่งผลให้ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีผลการประเมินความเจ็บปวดในระยะที่ 1 น้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอดทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง รวมทั้งผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรกสูงกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ระยะเวลาในการคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์คลอด

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

^{***} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

Correspondence author E-mail: narumol789@hotmail.com

The effect of using a care model to promote labor pain coping, duration of giving birth and satisfaction towards the first childbirth experience of the laboring women,
Chumphon Khet Udomsak Hospital, Chumphon province

Narumol Tangcharoentham [*]	M.N.S. (Nursing Administration)
Jirapuk Suwanjaroen ^{**}	M.N.S. (Nursing Administration)
Nannapat Kalapak ^{***}	M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)

Abstract

The purpose of this quasi-experiment research was to study the effect of using a care model to promote labor pain coping of the primigravidarum, Chumphon Khet Udomsak Hospital. The proposed model consisted of 3 activities: (1) "Understanding Childbirth for safe the mother and her child, (2) "Know how to escape the pain" and (3) "Maneevej for childbirth". The sample was the primigravidarum, who received services in the delivery room, Chumphon Khet Udomsak Hospital. A sample of 60 primigravidarum was recruited via purposive sampling technique and was divided into either experimental or control groups. Both control and control comprised of 30 primigravidarum. The outcomes evaluation included (1) Labor Pain Assessment Form, (2) Birth Progress Recording Form and (3) Satisfaction Assessment Form. Alpha Cronbah Coefficient of the Satisfaction towards the first childbirth experience was 0.78. Data were analyzed using mean, standard deviation and t test.

The results revealed the proposed care model to promote labor pain coping indicated that the participants in the experimental group experienced lower pain in the stage 1, than those in the control group. Besides, the participant in the experiment group had shorter duration of the 1st and 2nd stages of labor, than those in the control group. In addition, the participants in the experimental group had significantly higher satisfaction towards the first childbirth experience than those in the control group ($p < .05$).

Key words: coping with childbirth, duration of giving birth, satisfaction with the childbirth experience

^{*} Registered Nurse, Senior Professional Level, Chumphon Khet Udomsak Hospital

^{**} Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Suratthani

^{***} Registered Nurse, Chumphon Khet Udomsak Hospital

Correspondence author E-mail: narumol789@hotmail.com

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกตามธรรมชาติที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ ซึ่งอาการปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด ความปวดในระดับที่รุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ ความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดความปวดได้นำมาสู่การพัฒนาวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ปัจจุบันมีวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดแบบไม่ใช้ยาหลากหลายวิธี เพื่อช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย และอยู่กับความปวดได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด เป็นบทบาทอิสระในการวางแผนดูแลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความปวดแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม¹ การเจ็บครรภ์คลอดในครรภ์แรก มีการเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดนานถึง 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมง และเจ็บครรภ์ในระยะที่สองของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง² ซึ่งมากกว่าครรภ์หลัง นอกจากนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอด การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ประสบการณ์เชิงลบ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องจากคำบอกเล่าของผู้อื่น เป็นสาเหตุของความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการคลอด โดยในช่วงไตรมาสที่ 3 ความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดจะเพิ่มมากขึ้น จนมีระดับสูงสุดในระยะคลอด โดยเฉพาะครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน

สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ การหดตัวของมดลูก แรงผลักดันภายในโพรงมดลูก การยืดของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่าง การเปิดขยายของปากมดลูก แรงดึงรั้งต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน การยืดขยายของช่องทางคลอดและฝีเย็บในช่วงที่ทารกเคลื่อนต่ำลง ทำให้เกิดการปริหรือฉีกขาดของเนื้อเยื่อ และเกิด

แรงกดบนขั้วประสาทระหว่างกระดูกเอวและกระเบนเหน็บ³ ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้นบริเวณต้นขา ช่องคลอด อวัยวะเพศ และก้น⁴ ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้มากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความพร้อมของปากมดลูก ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่น ความกลัว ความเครียด ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในครั้งก่อน การได้รับการเตรียมคลอด การมีผู้ดูแลอยู่ด้วยในระยะคลอด ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยผ่านการคลอด หรือมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จะมีความเครียดและวิตกกังวลในระยะคลอดมากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว ส่งผลให้มีระดับการเจ็บครรภ์คลอดสูงกว่าผู้คลอดในครรภ์หลัง โดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด จะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความหวาดกลัว และวิตกกังวล ทำให้เกิดความตึงเครียดภายในร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์มากขึ้น ดังวงจร กลัว-ตึงเครียด-เจ็บปวด (Fear-Tension-Pain)⁵ คือ เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดแล้วมีความกลัว จะทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงเครียด และอ่อนล้ามากขึ้น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น โดยความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ความกลัวในการคลอดทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดการต่อต้านการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูก เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บปวดและความเจ็บปวดที่มากขึ้นจะนำไปสู่ความตึงเครียดและความกลัวอย่างต่อเนื่องตามวงจรลูกโซ่ของความ

กลัว ความเครียด ความเจ็บปวด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมและมีการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ความเจ็บปวดและประสบการณ์การคลอดยังฝังแน่นอยู่ในความทรงจำของผู้คลอดก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการคลอด ส่งผลให้เกิดความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวว่าการผ่าตัดทำคลอดมีผลดีกว่าการให้คลอดทางช่องคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยขอให้แพทย์ผ่าตัดทำคลอดให้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ จากการศึกษา พบว่าร้อยละ 7.7 ของอัตราผ่าตัดคลอดเกิดจากความต้องการของมารดา⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ryding⁷ ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวที่รุนแรงเป็นความเสี่ยงที่ต้องการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ทำให้สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนามีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 10-15 ของการคลอด สำหรับโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบอัตราการผ่าตัดคลอดในปีงบประมาณ 2560-2563 เท่ากับร้อยละ 58, 62.69 และ 64.20 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 5.8-6.4 เท่า ผู้คลอดที่มาคลอดมักไม่ได้รับการเตรียมคลอดมาก่อน ผากครรภ์จากคลินิก สถานพยาบาลเอกชน ผู้คลอดเหล่านี้มักจะขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรก เมื่อเกิดความเจ็บปวดจะมีพฤติกรรมร้องเอะอะโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่าย นอนดิ้นไปมา ทนความเจ็บปวดไม่รู้สึกรอทนนานมาก และเรียกร้องให้ญาติเข้ามาอยู่ด้วย

สภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานห้องคลอด เล็งเห็นความสำคัญของการเตรียมคลอดเพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการคลอดได้อย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี จึงสนใจศึกษา

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อ้างอิงวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอด จากงานวิจัยของ Abushaikhah⁸ ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (cognitive coping) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (physiological coping) และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (psychological coping method) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สติ ปัญญา และงานวิจัยของ Dick-Read, Wessel, Ellis⁹ ประกอบด้วย (1) การให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด (2) การออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการคลอด (3) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการหายใจ (4) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลช่วยในเรื่องการผ่อนคลายและความสบายของหญิงตั้งครรภ์โดยการนวด ซึ่งรูปแบบที่พัฒนานี้ จะเป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพดี โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในขณะคลอดได้อย่างเหมาะสม มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี มีความมั่นใจในการคลอดธรรมชาติ สามารถลดระยะเวลาในการรอคลอดระยะที่ 1 ให้สั้นลง และสามารถคลอดได้เองตามธรรมชาติทางช่องคลอด ผลจากการวิจัยสามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ อีกทั้งยังสร้างความพึงพอใจความประทับใจในการบริการของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้คลอดอีกด้วย ถือเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการอีกทางหนึ่งด้วย ทั้งนี้ ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัย พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการและ

ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการคลอดอื่น ๆ ใน จังหวัดชุมพร และเขตบริการสุขภาพที่ 11 สามารถนำ รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ไปใช้ในหน่วยงานของตน และสร้างความพึงพอใจต่อการ เข้ารับบริการ และที่สำคัญคือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

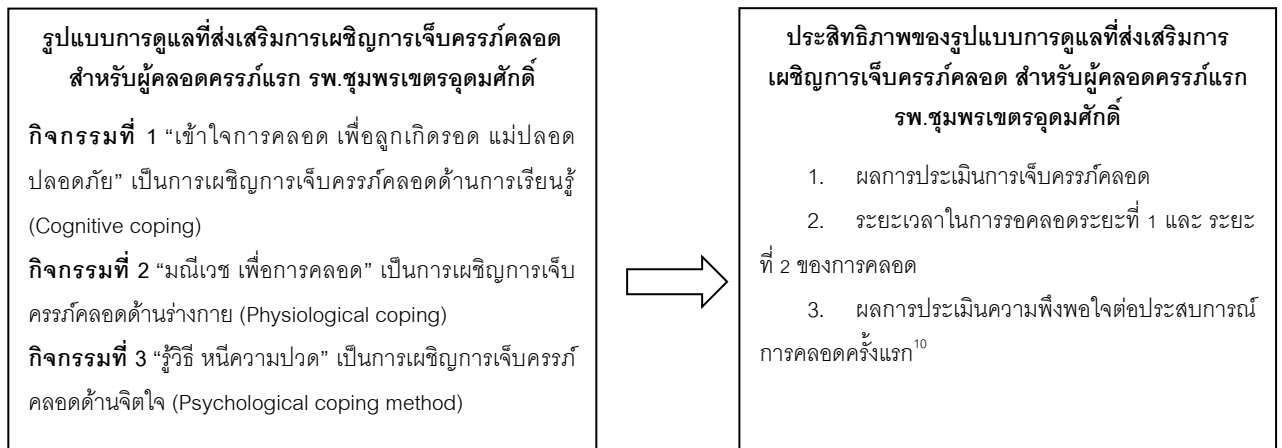
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด สำหรับผู้คลอด ครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยการ เปรียบเทียบ (1) ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเจ็บครรภ์

คลอด (2) ระยะเวลาในการรอคลอดระยะที่ 1 และ ระยะ ที่ 2 ของการคลอด และ (3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึง พพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่ม ทดลอง กับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาล ตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บ ครรภ์คลอด สำหรับผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพร เขตรอุดมศักดิ์ ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีของ Abushaikha⁸ ร่วมกับรูปแบบการดูแลผู้คลอดของ Dick- Read, Wessel, Ellis⁹ ที่กล่าวแล้วข้างต้น (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีแบบแผนการศึกษาเป็นสองกลุ่ม วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (pre-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การ

คลอดครั้งแรก ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ซึ่งการดูแลเริ่มตั้งแต่ระยะแรกรับในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ถึงระยะเวลาที่ย้ายไปหน่วยงานหลังคลอด รวมถึงการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลาในการทำวิจัย 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ และได้รับการประเมินว่ามีอาการเจ็บครรภ์จริง จากพยาบาลวิชาชีพและสูติแพทย์ โดยให้เข้ารับบริการเพื่อรอคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรก มีอายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ ได้รับการประเมินว่ามีอาการเจ็บครรภ์จริงจากพยาบาลวิชาชีพและสูติแพทย์ และเข้ารับบริการเพื่อรอคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และ (2) กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติ ศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดอำนาจการทดสอบ 80% ตาม Polit, DF, Beck CT¹⁰ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และขนาดอิทธิพล คำนวณจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ตามสูตรของ Glass อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนารู¹¹ และผลการวิจัยที่ผ่านมาของจิตตานันท์ ศรีสุวรรณ¹² ได้ค่าขนาดอิทธิพล .70 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ และเปิดตารางประมาณขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (1) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ (2) อายุระหว่าง 18-35 ปี (3) พัง พุด อ่าน และเขียนภาษาไทย

ได้ (4) มีอาการเจ็บครรภ์จริง ได้แก่ มีการหดตัวของมดลูก 4 ครั้งใน 20 นาที หรือตั้งแต่ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง หรือทุก 10 นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก (5) ปากมดลูกขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร (6) มีความบางของปากมดลูกมากกว่า 80% (7) มีอายุครรภ์แน่นอนจากการตรวจอัลตราซาวด์ หรือการตรวจครรภ์พบขนาดทารกใกล้เคียงอายุครรภ์ และ (8) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในครรภ์ปัจจุบัน

เกณฑ์คัดออก (1) ผู้คลอดประสงค์ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย (2) ผู้คลอดเลือกวิธีการคลอดอื่นที่ไม่ใช่การคลอดปกติทางช่องคลอด และ (3) ผู้คลอดมีการคลอดก่อนดำเนินการทดลองครบตามรูปแบบที่กำหนด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ประเมินการเจ็บครรภ์คลอด ด้วยแบบวัดระดับความเจ็บปวด (pain measurement scale) โดยใช้ประเมินการเจ็บครรภ์คลอดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ

2. ทดลองใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด สำหรับผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ดำเนินการ 3 กิจกรรม คือ

2.1 “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” เป็นการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (cognitive coping) สื่อการสอนเป็นภาพเคลื่อนไหว animation และคิวอาร์โค้ด (Quick Response Code: QR Code) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดปกติเบื้องต้น การเตรียมตัวมาคลอด อาการเจ็บครรภ์เตือน/เจ็บครรภ์จริง และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องคลอด สำหรับผู้คลอดและสามี/ ผู้ดูแล โดยให้ผู้คลอดสแกนคิวอาร์โค้ดในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในขณะนั้น เป็นผู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาดูแลระยะเวลาที่ผู้คลอดดูสื่อการสอน

2.2 “รู้วิธี หนีความปวด” เป็นการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (psychological coping method) สื่อการสอนเป็นภาพเคลื่อนไหว animation และคิวอาร์โค้ดให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้คลอด โดยสแกนคิวอาร์โค้ด เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด คือ มีอาการเจ็บครรภ์จริง และปากมดลูกเปิด และอาการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 2 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดถึงทารกคลอด และวิธีการเบ่งคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในขณะนั้น เป็นผู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา สอนสาธิต และฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการหายใจให้กับผู้คลอด ได้แก่ cleansing breath, slow deep chest breathing, shallow accelerant decelerated breathing และ shallow breathing with forced blowing out รวมถึงฝึกปฏิบัติการนวดด้วยตนเอง (self-massage) ให้กับผู้คลอด และการนวดโดยผู้ดูแล (massage by other) ตลอดระยะเวลาที่ผู้คลอดดูสื่อการสอน

2.3 “มณีเวช เพื่อการคลอด” เป็นการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (physiological coping) สื่อการสอนเป็นวีดิทัศน์สาธิตวิธีการฝึกปฏิบัติโดยใช้ท่ามณีเวช เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด บริหารร่างกายด้วยการจัดท่าและการเคลื่อนไหว (positions and maternal movement) เมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 เซนติเมตร โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น เป็นผู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ตลอดระยะเวลาที่ผู้คลอดดูสื่อการสอน และคลิปวิดีโอ

3. ประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บ

ครรภ์คลอด สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Abushaikh⁸ และ Dick-Read, Wessel, Ellis⁹ มี 3 กิจกรรม คือ (1) “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยตลอดภัย” (2) “รู้วิธี หนีความปวด” และ (3) “มณีเวช เพื่อการคลอด”

2. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ (1) แบบประเมินการเจ็บครรภ์คลอด เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวด (pain measurement scale) ดัดแปลงจาก Wong-Baker FACES Pain Rating Scale¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบบวัดนี้เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการปวด เริ่มจาก 0 คือไม่ปวด ถึง 10 คือ ปวดมากที่สุด โดยมีรูปหน้าคนที่แสดงความรู้สึกเจ็บปวด จำนวน 6 ภาพ เริ่มจากไม่ปวด แสดงหน้ายิ้มแย้มจนถึงปวดมากที่สุด แสดงหน้าร้องไห้ น้ำตาไหล (2) แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด (WHO Partogram) และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่สอนด้านการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC .80 และประเมินคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ 4 ด้าน คือ (1) ด้านความถูกต้องครอบคลุม-accuracy standards (2) ด้านความเหมาะสม propriety standards (3) ด้านความเป็นไปได้-feasibility standards และ (4) ด้านประโยชน์-utility standards โดยมีผลการประเมินอยู่ในระดับดีขึ้นไปทุกด้าน มากกว่า 3.51 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.86

วาระการพิจารณา

2. แบบประเมินการเจ็บครรภ์คลอด เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวด มีเกณฑ์แปลผลแบบ Numerical Pain Rating Scale (NRS) ดังนี้

0	=	ไม่ปวดเลย
1-3	=	ปวดน้อย
4-6	=	ปวดปานกลาง
7-9	=	ปวดมาก
10	=	ปวดมากที่สุด

3. แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด (WHO Partogram) แกนแนวนอน คือ เวลา แกนแนวตั้ง คือ การเปิดขยายของปากมดลูกมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ใช้แบบบันทึกนี้ เมื่อผู้คลอดมีการเจ็บครรภ์นานครั้งละไม่น้อยกว่า 20 นาที และเจ็บครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 10 นาที โดยบันทึก (1) ชีพจรทุก 30 นาที ความดันโลหิต และอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง (2) ผลการตรวจน้ำตาล และโปรตีนในปัสสาวะเมื่อแรกเริ่ม (3) อัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที (4) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง และ (5) ตรวจภายในแรกเริ่ม และทุก 4 ชั่วโมง

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดครั้งแรก ดัดแปลงจาก Hodnett¹⁴ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 6 ข้อ และคำถามด้านลบ 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 7 ระดับ โดยระดับที่ 1 หมายถึง เกือบตลอดเวลาจนถึงระดับ 7 หมายถึงไม่เคยเลย คำถามด้านบวก ให้คะแนนจาก 7 ถึง 1 คำถามด้านลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 มีคะแนนรวม 70 คะแนน นำไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 30 ราย ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient 0.78 เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ มีดังนี้

คะแนน 1-14 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 15-28 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับน้อย

คะแนน 29-42 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับปานกลาง

คะแนน 43-56 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับมาก

คะแนน 57-70 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับมากที่สุด

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2021/1 วันที่ 6 พฤษภาคม 2564 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กิจกรรม ข้อดีข้อเสีย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ลงนามในใบยินยอมเมื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุ/ พาดพิงถึงตัวบุคคล นำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่พัฒนานี้ มี 3 กิจกรรม คือ (1) “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” (2) “รู้วิธีหนีความปวด” และ (3) “มีนิเวศ เพื่อการคลอด” ผลการประเมินคุณค่าของรูปแบบ 4 ด้าน ในระดับดีขึ้นไปทุกด้าน และค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86

2. การประเมินการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการ

ดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้ง 3 ระยะ คือ (1) ระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม.

(2) ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และ (3) ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. น้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก (N 60)

ระยะการประเมินอาการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอด	Mean	SD	ระดับความปวด
ระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม.			
กลุ่มทดลอง	3.41	0.77	ปวดน้อย
กลุ่มควบคุม	4.57	0.86	ปวดปานกลาง
ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.			
กลุ่มทดลอง	4.77	0.97	ปวดปานกลาง
กลุ่มควบคุม	7.07	0.78	ปวดมาก
ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.			
กลุ่มทดลอง	7.10	0.80	ปวดมาก
กลุ่มควบคุม	8.20	0.96	ปวดมาก

3. การประเมินระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดจากแบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

มีระยะเวลาในการรอคลอดระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ของการคลอด สั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาลปกติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 (N 60)

ระยะการคลอด (นาที)	Mean	SD
ระยะที่ 1 ของการคลอด (เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง ถึงปากมดลูกเปิดหมด)		
กลุ่มทดลอง	536.17	87.70
กลุ่มควบคุม	773.83	79.99
ระยะที่ 2 ของการคลอด (เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด ถึงทารกคลอด)		
กลุ่มทดลอง	32.13	5.92
กลุ่มควบคุม	53.30	7.30

4. การประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีผลการ

ประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรกสูงกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก (N 60)

คะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก (70)	M	S.D.	t-test
กลุ่มทดลอง	64.57	4.55	2.513 [*]
กลุ่มควบคุม	49.97	6.64	

P < 0.05

อภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรม “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” (2) กิจกรรม “รู้วิธี หนีความปวด” และ (3) กิจกรรม “มีนิเวศ เพื่อการคลอด” จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีการประเมินความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 น้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม เนื่องจากในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ผู้คลอดกลุ่มทดลองจะได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด อาการเจ็บครรภ์จริง การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา เช่นวิธีการหายใจ วิธีการนวด วิธีการประคบ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญญรัตน์¹⁵ พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำแนะนำ สอนสาธิตเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอด สามารถบรรเทาอาการปวดลง และช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับผลการวิจัยของสร้อย

และปราณีสา¹⁶ พบว่าผลของการทดลองใช้โปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติ ส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความปวดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทัศนีย์, จวีวรรณ, นันทนา, และวรรณ¹⁷ พบว่าการนวดและการสัมผัสโดยการนวดลึกๆ ด้วยมือเป็นวงกลมที่บริเวณก้นกบขณะมดลูกหดตัว ให้น้ำหนักมือคงที่ สม่ำเสมอ จะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายและทำให้ระบบการควบคุมประจวบความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลังปิด

2. ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมเนื่องจากในกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 ผู้คลอดกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา เช่นวิธีการหายใจ วิธีการนวด วิธีการประคบ เป็นต้น และวิธีการหายใจเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด การเบ่งคลอดที่ถูกวิธี รวมไปถึงการฝึกปฏิบัติในการเตรียมร่างกายสำหรับการคลอดด้วยท่ามีนิเวศ ตามการเปิดขยายของปากมดลูกและความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดที่

เกิดขึ้น สามารถเลือกวิธีการบรรเทาปวดและปฏิบัติตามได้ เมื่อปากมดลูกเปิดหมดสามารถเบ่งคลอดได้ ถูกวิธี จึงทำให้ระยะเวลาในการคลอดทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของผู้คลอดสั้นลง สอดคล้องกับผลการวิจัยของพยุศรี และ อาลี¹⁸ พบว่า การใช้ท่ามถีนเวในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดกลุ่มทดลอง หลังเข้าโครงการ ในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยระยะเวลาคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลอง (M 194.60 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (M 261.17 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของธรรมบุญ และคณะ¹⁹ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนและหลังได้รับการฝึกท่ามถีนเวและการใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว ของหญิงเจ็บครรภ์คลอดหลังเข้าโครงการของกลุ่มทดลอง (mean 5.10) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (mean 7.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

3. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรม “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” (2) กิจกรรม “รู้วิธี หนีความปวด” และ (3) กิจกรรม “มถีนเว เพื่อการคลอด” จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ครบทั้ง 3 กิจกรรม ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีผลการประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรกสูงกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้คลอดกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด ได้รับคำแนะนำ และการช่วยเหลือจากพยาบาลผดุง

ครรภ์ในขณะที่ยู่ต่อการสอนของทั้ง 3 กิจกรรม พร้อมทั้งมีการสาธิตย้อนกลับการทำท่ามถีนเว เพื่อเตรียมร่างกายให้เหมาะสมกับการคลอดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในขณะมดลูกหดตัวทั้งในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดมีการฝึกการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี จึงส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรกได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิไลพร, วรางคณา, สุรีย์พร, วัชรวิ และกัลยาณี²⁰ พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการเตรียมตัวเพื่อคลอด มีคะแนนเฉลี่ยประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของวรางคณาและคณะ²¹ พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนเจ็บครรภ์คลอด โดยการเยี่ยมชมสถานที่คลอด การสอนอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และสร้างความมั่นใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ ผู้คลอดจึงเกิดความรู้สึกดีต่อประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของชาลินี, สุพิศ, ตติรัตน์ และชลธิชา²² พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ต้องคำนึงถึงการทดลองใช้ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อทั้งผู้คลอดและพยาบาลผดุงครรภ์ เนื่องจากผู้คลอดจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงในภาวะระบาดใหญ่ แม้ว่า

แพทย์จะยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดว่าไวรัสนี้ จะส่งผลกระทบต่อการจัดตั้งครรภ์มากน้อยเพียงใด ผู้คลอดที่ติดเชื้อจะแสดงอาการในระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงปานกลาง และสามารถหายได้ ไม่ต่างไปจากคนทั่วไป อาการเหล่านี้มีทั้งไอ มีไข้ หายใจติดขัด ปวดหัว และไม่รับรู้กลิ่น แต่ผู้คลอดที่ติดเชื้อนี้ย่อมมีความวิตกกังวลอย่างมาก ดังนั้น การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องคำนึงถึงหลักการ DMHTT อย่างเคร่งครัด

2. ควรพัฒนาระบบการกำกับติดตามหลังคลอด เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การตรวจหลังคลอดตามนัด และการวางแผน

ครอบครัว ในช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อความสะดวกในการติดตาม เช่น การจัดตั้งกลุ่มไลน์ หรือกลุ่มเฟสบุ๊กที่เป็นกลุ่มปิด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการคลอดปกติแบบบูรณาการตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ที่ออกแบบให้เป็นความร่วมมือระหว่างแผนกฝากครรภ์ งานห้องคลอด และแผนกหลังคลอด เพื่อสร้างความมั่นใจในการเลือกวิธีการคลอด ซึ่งสามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ต่อไป

References

1. Thanyarat Kunneejitmethee . Pain and pain management during labor. Journal of the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand under the patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn The Crown Prince. 2017;6(2):158-65. Thai.
2. Jiraporn Worawong. Basic knowledge of childbirth. In Maneeporn Somanusorn, Editor. Obstetric Nursing 2010;2(1-6). Nonthaburi: Yuttarin Publication. Thai.
3. Murray SM, McKinney, ES. Foundation of maternal newborn nursing. 4th ed. New York: Lippincott. 2005.
4. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology. 1995;59(Suppl):9-15.
5. Dick-Read G. The practice of natural childbirth 4th ed. New York: Harper & Row.1976.
6. Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton-Jones C, Cole S. Is a rising cesarean section rate inevitable? Br J Obstetric Gynaecol. 1998;105(1):45-52.
7. Ryding EL, Lukasse M, Parys AV, et al. Fear of childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. Birth. 2015;42(1):48-55.
8. Abushaikh LA. Methods of Coping with Labor Pain Used by Jordanian Women. Journal of Transcultural Nursing. 2007;18, 35-40.
9. Dick-Read G. Childbirth without Fear. 5th ed. New York: Harper & Row. 1984.
10. Polit, D.F. and Beck, C.T. Nursing Research: Principles and Methods. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2004.
11. Boonjai Srisathit Narakun . Research Methods in Nursing Science. Bangkok: You & I Intermedia Co., Ltd. 2010.
12. Chittanan Srisuwan. The effect of family-involved childbirth preparation on knowledge of anxiety. Pain level and pain coping behavior of first-born adolescent mothers. Nursing thesis. Master of Arts Family Nursing graduate school Khon Kaen University. 2007.
13. Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, ML., Ahmann, E., & DiVito-Thom- as, P.A. (1999). Whaley and Wong's Nursing Care of Infants and Children. 6th ed. St. Louis: Mosby.
14. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. Res Nurs Health. 1987;10(5):301-10.
15. Thanyarat Kunneechitmethee. Pain and pain management during labor. Journal of the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand under the patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn The Crown Prince. 2017;6(2): 158-165. Thai.

16. Soi Anusorntheerakul, Panisa Kittipritsada. Effects of Relative Education and Assistance Programs on Pain, Fear and Anxiety of First Pregnancy Participants in the First Stage of Childbirth. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2014;36(1): 23-30. Thai.
17. Tassanee Klaikham, Chaweewan Yosamran, Nantana Thananoworawan and Wanna Phahuwattanakon. Effects of massage combined with hot compress on pain and pain coping of preterm laborers. *Journal of Nursing Science*. 2013;31(2): 38-47. Thai.
18. Phayungsri Uthairat, Ali Saejeao. Effects of Tha Maniwet use on pain coping and delivery time in the first trimester. *Surat Thani Hospital. District Medical Journal* 11. 2018;32 (1):791-804. Thai.
19. Thammanoon Sukumanan, Ali Saejeao, Ta Pattaropong. Integration of health care and promotion for pregnant and postpartum women with Thai traditional medicine. *Surat Thani Hospital. Journal of Medicine District 6-7*. 2012;26 (2) (insert edition): 507-520. Thai.
20. Wilaiporn Samanaksikorn, Warangkana Chatchawet, Sureeporn Kritcharoen, Watcharee Jongpaiboonpatana Kalyanee Boonsin. First childbirth and helpers. *Songklanakarin Journal of Nursing*. 2016;36(1): 99-113. Thai.
21. Warangkana Chatchawet, Sasikan Kala, Sureeporn Kritcharoen, Watcharee Jongpaiboonpatana Kanlayanee Boonsin. Development of a model of childbirth preparation on childbirth experiences of first-term labourers. and helpers. *Songklanakarin Journal of Nursing*. 2012;30(3):143-151. Thai.
22. Chalinee Charoensuk, Supit Siriarunrat, Tatirat Techasaksak Chonthicha Osotprasor. Effects of maternity support by female relatives on suffering from labour. coping with childbirth and satisfaction with the delivery experience of the first-term caregivers. *Faculty of Nursing Journal Burapha University*. 2018;26(2):67-75. Thai.

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุวดี แสงซ้ำ* รปศ.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์)

จิตาพร วรภณทวีศิษฐ์** ปรด.(การส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา)

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการ 3 ระยะ (1) ศึกษาสภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) พัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพ และ (3) วิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน และทักษะการคัดกรองและส่งต่อ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบจับคู่ (Case matching) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Independent t-test

ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน ในระดับปานกลาง รูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) การฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน และ (3) การฝึกทักษะการคัดกรองและส่งต่อ การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบระบบบริการสุขภาพดังกล่าว พบว่า อสม.กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน และทักษะการคัดกรองและส่งต่อ สูงกว่าอสม.กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น รูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสุราษฎร์ธานี จัดเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรอดปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: รูปแบบระบบบริการสุขภาพ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หน่วยบริการปฐมภูมิ

*นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

**อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding E-mail jeabd_w@hotmail.com

Development of Health Service System Model of Acute Coronary Syndrome in Primary Healthcare Service, Suratthani Province

Suwadee Sangkam* M.P.A. (Public Administration)

Titaporn Worapanwisit** Ph.D (Health Promotion and Health Education)

Abstract

The development of health service system model of acute coronary syndrome based on research and development approach aimed at studying the situation developing the model and examining the effectiveness of the health service system model of acute coronary syndrome and consisted of 3 phases: (1) studied situation of caring acute coronary syndrome patients, (2) developed the health service system model of acute coronary syndrome, and (3) examined effectiveness of the developed health service system of acute coronary syndrome program using quasi-experimental design to compare knowledge, basic life support skills and screening and referral skills. The sample was randomly selected using case matching, in which the control and experimental groups comprised of 23 participants. Data were analyzed using frequency percentage and independent t-test.

The results on studying the situation of caring for acute coronary syndrome revealed the VHVs had knowledge and basic life support skills at the moderate level. The developed health service system model of acute coronary syndrome consisted of (1) education of acute coronary syndrome, (2) basic life support skills training and (3) screening and referral skills training. The effectiveness of the health service system model of acute coronary syndrome found that the VHVs in the control group had knowledge, basic life support skills and screening and referral skills significantly higher than those VHVs in the control group ($p < .05$). Thus, the developed health service system model of acute coronary syndrome was a good tool to capacity building the VHVs to have confidence in effectively taking care of the acute ischemic heart disease, thereby making the patient safe and have a good quality of life.

Key words: health service system, acute coronary syndrome, primary healthcare service

* Plan and Policy Analyst, Suratthani Provincial Public Health Office

** Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Prabporomrajchanok institute

Corresponding E-mail jeabd_w@hotmail.com

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานอัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 4.9¹ ในประเทศไทยพบอัตราการตายร้อยละ 12.6 และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในหนึ่งชั่วโมงแรก ซึ่งมีสาเหตุจากหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง¹ กรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิตแต่ยังไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น หลังจากมีอาการแล้วตั้งแต่ 20-30 นาที และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ภายในเวลา 4-6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ นอกจากนี้ อัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราป่วยในปี พ.ศ.2554 และ พ.ศ.2558 เท่ากับ 412.7 และ 501.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบอัตราการตาย ในปี พ.ศ.2554 และ พ.ศ.2558 เท่ากับ 22.5 และ 28.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ²

อัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยพบอัตราการตายในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ.2562 เท่ากับ 40.6 และ 65.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ³ และพบว่า โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ.2557 โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 199.7 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเป็นการเสียชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร่วมกับมีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 30 ปี และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁴

ปัจจัยสำคัญต่อการมีชีวิตรอดและปลอดภัยของผู้ป่วย คือ ระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 2-6.5 ชั่วโมง และพบว่า ร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วยใช้เวลาในการเดินทางถึงโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมง⁵

ปัจจัยภายในที่มีผลให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้า ได้แก่ ขาดความรู้ และไม่รู้ว่อาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายถึงชีวิต ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนซ้าย เหงื่อออก เหนื่อยมากขึ้น แต่ถ้าเป็นอาการ จุกเสียด ปวดเมื่อย จุกลิ้นปี่ ทำให้ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของโรคหัวใจหรือไม่ และไม่ตระหนักถึงอันตราย จึงมักรอดูอาการให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า⁴

ปัจจัยภายนอกที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้า ได้แก่ อุปสรรคในการเดินทาง ระยะทางที่ไกลจากสถานที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาล⁵ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล⁶ นอกจากนี้ ยังพบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการผิดปกติ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระยะเวลาการเข้ารับการรักษา⁷ การได้รับการรักษาที่รวดเร็วจะช่วยลดอัตราการตาย ลดระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล รวมทั้ง ลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ⁸ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการรักษาทางยาที่มีประสิทธิภาพ และการทำหัตถการที่ทันสมัย แต่ผู้ป่วยมักมารับการรักษาล่าช้าจากการรอดูอาการว่าเป็นอาการที่เกิดจากหัวใจชัดเจนหรือไม่ และไม่เรียก รถพยาบาลฉุกเฉิน⁹ ดังนั้น การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็ว เกิดประสิทธิผลของการรักษาสูงสุด เนื่องจากพยาธิสภาพของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อมีความรุนแรงจนกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือ Acute coronary syndrome (ACS) เป็นกลุ่มอาการที่มาด้วยการเจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการอุดตัน ทำให้เสียสมดุลในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดกระบวนการเมตาบอลิซึมที่เปลี่ยนจาก aerobic เป็น anaerobic เกิดการเผาผลาญที่ผิดปกติของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และพบการขาดเลือดเฉียบพลันจากการแตกของ

plaque ในผนังหลอดเลือด ทำให้เกล็ดเลือดเกาะจับกันเป็นกลุ่มที่บริเวณส่วนของคราบไขมันที่ปริแตก เกล็ดเลือดจะกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดผ่านกระบวนการ fibrinogen cross-links และ thrombin จนเกิดเป็น thrombus ที่ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้น¹⁰

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นพื้นที่สำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเป็นด่านหน้าในการเข้าถึงผู้ป่วยและมีการประสานการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิ และกำหนดเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยปฐมภูมิ
2. พัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยปฐมภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ อสม.ใน รพ.สต.อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 1,112 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการใช้สูตรของยามานะ¹¹ และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 294 คน และเพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อทดแทนการสูญเสียตัวอย่าง

ระหว่างการวิจัย เป็น จำนวน 410 คน และสุ่มแบบจับคู่ (Case matching) เข้ากลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพตามรูปแบบฯ ซึ่งเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) มีอายุระหว่าง 20-55 ปี (2) อ่าน พูด และฟังภาษาไทยได้ดี ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโครงการ กลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือและคำอธิบายเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม.มีจำนวน 32 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวม 32 คะแนน แปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักการเรียนรู้แบบรอบรู้ (Learning for mastery)¹² โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79

ระดับต่ำ ได้คะแนน ร้อยละ 59 ลงไป

ตอนที่ 2 แบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support: BLS) การใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน แปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ตามหลักการเรียนรู้แบบรอบรู้ (Learning for mastery)¹² โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79

ระดับต่ำ ได้คะแนน ร้อยละ 59 ลงไป

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 10 ข้อ วัดความสามารถของอสม.ในการประเมินคัดกรอง การ

ช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วย โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้

ดี/ ยอมรับได้ คือ ได้คะแนน 15-20 คะแนน

พอใช้ คือ ได้คะแนน 8-14 คะแนน

ควรปรับปรุง คือ ได้คะแนน 0-7 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยแบบวัดทั้งชุด แบ่งเป็น 3 ตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ

1. ศึกษาสภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.จำนวน 410 คน โดยทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำแบบวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน การใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เรื่องการคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วย

2. พัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเน้น การอบรมพัฒนาศักยภาพอสม.โดยใช้เครื่องมือสื่อการสอน ซึ่งประกอบด้วย (1) คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) แผนการสอนเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) คู่มือฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน (3) คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ (4) คู่มือการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยจัดประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน

10 คน เพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อรูปแบบฯ จากนั้นปรับปรุงรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

3. ศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบความรู้ทักษะการช่วยฟื้นคืนในในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยอสม.กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามรูปแบบฯ ด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นเวลา 3 วัน ส่วนอสม.กลุ่มควบคุม ให้ปฏิบัติงานตามปกติ โดยจะได้รับคู่มือและคำอธิบายเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโครงการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO 2020-034 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ถ้าตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ลงนามในหนังสือยินยอม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test

ผลการวิจัย

การศึกษาศถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดย อสม.พบว่า อสม.กลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.60 และเพศชาย ร้อยละ 34.40 ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 42-48 ปี ร้อยละ 24.10 รองลงมา คือ

อายุระหว่าง 28-34 ปี และ อายุระหว่าง 35-41 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 23.40 และร้อยละ 23.30 ตามลำดับ อายุระหว่าง 49-55 ปี ร้อยละ 21.0 และมีอายุระหว่าง 20-27 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 8.20 อสม.ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 รองลงมา คือ เป็นโสด ร้อยละ 19.8 และส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 27 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 23.90 การศึกษาระดับอนุปริญญา หรือ ปวส. และปริญญาตรี ร้อยละ 14.20 และ 15.40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ มีรายได้เดือนละ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 34.60 รองลงมาคือ เดือนละ 5,001-10,000 ร้อยละ 23.40 และมีรายได้มากกว่า 25,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 3.90

ผลการศึกษาความรู้ของ อสม.เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้ง 4 ประเด็น คือ (1) ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (3) การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ (4) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ส่วนใหญ่ อสม.กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) อาหารไขมันสูง ตอบถูก ร้อยละ 82.0 (2) ภาวะอ้วน ตอบถูก ร้อยละ 79.90 และ (3) ไขมันในเลือดสูง ตอบถูก ร้อยละ 79.30 ส่วนปัจจัยของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ขาดการออกกำลังกาย ตอบผิดร้อยละ 50.20 (2) ความเครียด ตอบผิดร้อยละ 45.90 และ (3) มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตอบผิดร้อยละ 43.40

ด้านอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ อสม.กลุ่มตัวอย่าง มี

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.70 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) หน้ามืดเป็นลม ตอบถูกร้อยละ 79.0 (2) เหนื่อย/นอนราบไม่ได้ ตอบถูกร้อยละ 69.50 และ (3) เจ็บแน่น ออซิเคาะปอดหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย ตอบถูกร้อยละ 66.80 ส่วนอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เหงื่อแตกตัวเย็น ตอบผิดร้อยละ 53.20 (2) เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่ ตอบผิดร้อยละ 37.10 และ (3) จุกแน่นลิ้นปี่ไม่สุขสบายท้อง ตอบผิดร้อยละ 37.10

ด้านการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อสม.กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เจ็บแน่น ออกซิเคาะปอดหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย ตอบถูกร้อยละ 51.20 (2) เหนื่อย/นอนราบไม่ได้ ตอบถูกร้อยละ 49.80 และ (3) เหงื่อแตกตัวเย็น ตอบถูกร้อยละ 49.50 ส่วนการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) เจ็บร้าวบริเวณแขน คอ กราม ไหล่ ตอบผิดร้อยละ 70.20 (2) จุกแน่นลิ้นปี่ไม่สุขสบายท้อง ตอบผิดร้อยละ 63.20 และ (3) หน้ามืดเป็นลม ตอบผิดร้อยละ 54.50

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อสม.กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ตอบถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ 79.50 เท่ากัน มี 2 ข้อ ได้แก่ (1) อาการแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก หรือเจ็บร้าว บริเวณที่แขน คอ กราม สะบักไปไหล่ เป็นอาการของหัวใจขาดเลือด และ (2) สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน รองลงมา คือ เวลาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รู้เร็ว ไปโรงพยาบาลไว ปลอดภัยต่อตัวท่านเอง ตอบถูกร้อยละ 71.20 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอจากหลอดเลือดตีบ แคบ หรือตัน มีคราบไขมันไปจับ ตอบผิด ร้อยละ 43.40 (2) หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ให้โทรศัพท์แจ้ง 1669 โดยด่วน ตอบผิดร้อยละ 42.40 และ (3) หากมีอาการดังกล่าว ท่านต้องรีบให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเพื่อให้การรักษาเบื้องต้น ไม่ควรอดทนกับอาการดังกล่าว ตอบผิดร้อยละ 42.20

ผลการศึกษาทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มี 2 ประเด็น (1) ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน และ (2) ทักษะการส่งต่อ พบว่า ส่วนใหญ่ อสม.กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) คลำหาส่วนล่างสุดของกระดูกอกที่ต่อกับกระดูกซี่โครง โดยใช้นิ้วสัมผัสชายโครงไล่ขึ้นมา ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 82.70 (2) หากไม่ตอบสนองตะโกนขอความช่วยเหลือ ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 82.20 และ (3) ผู้ปฐมพยาบาลคุกเข่าลงข้างขวาหรือข้างซ้ายบริเวณหน้าอกผู้บาดเจ็บ ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 79.00 ส่วนทักษะการดูแล

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติตามมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ตะโกนขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น โทร 1669 เมื่อพบผู้ป่วยหมดสติ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 38.30 (2) ปลุกเรียกเสียงดังพร้อมตบไหล่ทั้ง 2 ข้าง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 35.10 และ (3) ทักษะการวางมือ-กดหน้าอกผู้บาดเจ็บ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 29.30

ทักษะการส่งต่อ ส่วนใหญ่ อสม.กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการส่งต่อ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.90 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทักษะที่ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) การประสานงานมูลนิธิเพื่อขออนุเคราะห์รถเคลื่อนย้าย ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 (2) สัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงในความรับผิดชอบ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.20 และ (3) การรายงานการจัดการไปยังรพ.สต. ปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 92.70 ส่วนทักษะที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) การลงบันทึกผลการจัดการผู้ป่วย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 14.60 (2) การติดตามเยี่ยมหลังกลับจากรพ.ชุมชน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ 14.10 และ (3) การสื่อสารจัดหารถเคลื่อนย้าย ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่เคยปฏิบัติร้อยละ ร้อยละ 13.90

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิ เน้นที่การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม.มีจุดเน้น 3 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) การฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น และ (3) การฝึกทักษะการส่งต่อ โดยกำหนดระยะเวลาในการฝึกอบรมเป็นเวลา 3 วัน และใช้เครื่องมือสื่อการสอนในการฝึกอบรม ดังนี้ (1) คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เน้นประเด็นสำคัญใน

วารสารกองการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) แผนการสอนเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (3) คู่มือฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (4) คู่มือการคัดกรองโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ (5) คู่มือการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ

หน่วยปฐมภูมิ โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (3) การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ (4) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่า อสม.กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	t	p
	Mean	SD	Mean	SD			
1. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	8.86	1.05	8.44	1.56	0.42	3.19	0.002
2. อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	5.44	0.63	5.06	1.21	0.38	4.58	0.001
3. การจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	5.22	0.79	4.86	1.21	0.36	3.51	0.001
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	8.77	0.93	8.45	1.25	0.32	2.93	0.004

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นระหว่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้นสูงกว่า อสม.กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) และการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการ

คัดกรอง BLS และการส่งต่อระหว่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการคัดกรอง BLS และการส่งต่อสูงกว่า อสม.กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น พฤติกรรมการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ทักษะ/ พฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	t	p
	Mean	SD	Mean	SD			
1. การช่วยฟื้นคืนชีวิตเบื้องต้น	55.16	1.35	46.10	10.12	46.01	12.86	0.001
2. การคัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น	55.16	1.35	46.10	10.12	46.01	12.86	0.001
3. การส่งต่อ	9.84	0.36	8.96	1.57	0.99	7.93	0.001

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระดับปานกลาง และมีคะแนนด้านการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากอสม.ส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ/หรือไม่ทราบวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่อสม.เพื่อสร้างความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนให้กับ อสม. เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจทุกระดับตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงผู้รับบริการ และเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างจริงจังในชุมชน¹³ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันเวลา ช่วยลดการสูญเสียชีวิต และความพิการได้

ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อสม.มีคะแนนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทักษะด้านการส่งต่อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดย

ยอสม.กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติทักษะการส่งต่อได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกรายการของการประเมิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาฏยา นุชนารถศิริชัย เพชรรัตน์ และสุเทพ เชาวลิ¹⁴ ที่พบว่า การทำงานของ อสม.จะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากอสม.เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไทย จึงมุ่งเน้นให้มีความรอบรู้ มีทักษะด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม¹⁵ ประกอบกับในบางพื้นที่ของอำเภอไชยา เช่น รพ.สต.บ้านยางโพรง รพ.สต.ปากหมาก เป็นพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินมายังโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง มักมีทีมจิตอาสาที่มีความชำนาญในการขับรถหรือจิตอาสากู้ภัยในชุมชน ซึ่งทีมจิตอาสดังกล่าว มีอสม.รวมอยู่ด้วย ทำให้ อสม.มีทักษะการส่งต่อที่ดี

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ⁸ ที่พบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วม อสม. มีความรู้ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ นอกจากนี้ ยังพบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีวิตขั้นพื้นฐาน สูงกว่าอสม.กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.005$ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ รุจิวรรณ ยมศรีเคน แสงลุน¹⁶ ที่พบว่า คณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของอาสาสมัครชุมชนของอสม.อำเภอชาสูง จังหวัดขอนแก่น ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สำหรับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าอสม.กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.005$ และการสัมภาษณ์อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อสม.บอกว่า “เมื่อก่อนไม่กล้าเข้าไปช่วย กลัวจะทำให้เค้าช้ำโครงหัก กลัวเค้าเสียชีวิต” และ “แต่ตอนนี้ ได้มีความรู้ในการช่วยเหลือ คัดกรองอย่างถูกวิธี จึงมีความมั่นใจมากขึ้น” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Bandura¹⁷ ที่กล่าวว่าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการเลือกทำกิจกรรม และเลือกสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของบุคคลมักจะเพิ่มความมั่นใจให้มากยิ่งขึ้น

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถพัฒนาอสม. ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดระบบดูแลรักษากลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับชุมชน และโรงพยาบาล

อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การมีคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการจัดการเมื่อพบอาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คู่มือการคัดกรองโรค, คู่มือการช่วยเหลือเบื้องต้น, คู่มือการส่งต่อ ช่วยทำให้อสม.นำไปใช้ในประเมินอาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในเบื้องต้น เพื่อการคัดกรอง และส่งต่อไปโรงพยาบาล ก่อให้เกิดประโยชน์ที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และครอบครัว เป็นการลดอัตราการเสียชีวิต และลดความพิการของผู้ป่วยรวมถึงลดการสูญเสียภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของหน่วยงาน และครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้น ควรมีการผลักดันให้เกิดแนวทางเชิงนโยบายที่ส่งเสริมให้เกิดการทำงานในรูปแบบเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ ด้วยการพัฒนาบริหารจัดการ เครือข่ายบริการสุขภาพได้อย่างมีมาตรฐาน การให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ มุ่งหวังให้ได้ตามคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจได้สะดวก และเนื้อหาเข้าใจง่าย โดยการสร้างสื่อภาษาท้องถิ่น นอกจากนี้ ควรพัฒนาศักยภาพของอสม.ในการเป็นวิทยากร เพื่อช่วยให้มีการทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอสามารถขยายเครือข่ายการทำงานต่อไป และ รพ.สต. ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ อสม. เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 3 หรือ 6 เดือน เพื่อทบทวนความรู้ และทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยขยายผลต่อยอดการวิจัยครั้งนี้ เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการเตือน

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของอสม. การศึกษาผล
ของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของอสม.ในกสรจัดการ
อาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ
การพัฒนาสื่อให้ความรู้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

หรือสื่อความรู้อื่น ๆ ที่อสม.สามารถเข้าถึงได้ง่าย
เนื้อหาอ่านเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสามารถนำไปใช้
และสอนผู้อื่นได้

References

1. World Health Organization. World Health Statistics 2015. Luxembourg: WHO Press; 2015.
2. Strategy and planning division Public health ministry. Mortality rate of acute coronary syndrome 2007-2013[internet] 2019. [cited 2019 Jun 28] . Available from: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.ph>. Thai.
3. Regional Health 11 Office. Annual Report 2020. Suratthani. 2020. Thai.
4. Medical Records, Chaiya Hospital. Acute coronary syndrome statistics 2020: Suratthani. Thai.
5. Department of medical services. Annual Report 2020. Bangkok.2020. Thai.
6. Suweena Bohplian, Wanpen Pinyopasakul, Penchun Sareewiwatthana and Vishuda Charoenkitkam. The Relationship among Age, Health Insurance Coverage, Perceived Social Support and Time to Hospital Arrival in Patients with Coronary Artery Disease Journal of The Royal Thai Army Nurses, June 2011;12 (Special Volume): 84 - 90. Thai.
7. Pak mak Sub-District Health Promoting Hospital. Annual Report 2020. Suratthani. 2020. Thai.
8. Penchan Sanprasan, Duangkamol Wattradul, Knokporn Jamsomboon, Voranich Puapairoj, Laddawan Techangkul,Yupha Yuyuen. Effects of Health Volunteer's Capacity Building based on Participating Learning Program on Knowledge and Skill of Caring Patients with Cardiovascular Disease and a Risk Group of Cardiovascular Disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2015;26(1): 119-32. Thai.
9. Phudit Tejavivaddhana Nithra Kitreerawutiwong. Effectiveness of a Training Program for the Village Health Volunteers in Providing Community Care for Patients with Cerebrovascular Disease Using the Context-Based Learning (CBL) Approach. Journal of Nursing and Health Care. 2014;32(1): 87-96. Thai.
10. Napaporn Limhoklai, Yothaka Pakapong, Pregamol Ratchanagul. Effectiveness of a Capacity Building Program for Village Health Volunteers on Knowledge and Attitude Toward

- Emergency Medical Services of People In Nongsua District, Pathumthani Province. Nursing Journal. 2015;42(3): 106-18. Thai.
11. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
 12. Anderson, LW, Krathwohl, DR. A Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: a Revision of Bloom's Taxonomy. New York. Longman Publishing. 2001.
 13. Lawan Wetayawong, Daravan Rongmuang, Jeeraporn Tongdee, Chantana Nakchatree, and Arunsri Ratanaprom. The Effects of Advocacy Communication on Knowledge and Symptom Management of Acute Coronary Syndrome (ACS) among People Living in Community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1): 86-101. Thai.
 14. Nattaya Nuchanart, Sirichai Petcharak and Suthep Chaovalit. A Competencies Development of the Village Health Volunteers of Suphan Buri Province. Journal of MCU Peace Studies. 2018;6(2): 768-79. Thai.
 15. Nathanon Borisut. A study of the situation and development direction of Village Health Volunteers in the Thailand 4.0 . [internet] 2019.[cited 2021 Jan 28]; Available from:http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/the_study_of_situation_and_village_health_volunteer_development_2.pdf. Thai.
 16. Rujeewan Yomsrikan sanglon. Potentials of emergency community volunteers caring patients with acute myocardial infarction (AMI) in Sam Sung District, Khonkaen Province. 2016. Thai.
 17. Bandura A. Analysis of self-efficacy theory of behavior change. Cognitive therapy and research 1987;1:287- 310.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน เครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

สุนันท์ เกียรติชัยพัฒน์ *

สมจิต จันทรบาง**

ชาลี คงสุวรรณ ***

ปฐมาพร ช่วยพิทักษ์ ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาพยาบาลในเครือข่ายและเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันของเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (1) พยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 70 คน (2) เวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันระหว่างเดือน มกราคม ถึง สิงหาคม 2564 เป็นเวชระเบียนก่อนใช้รูปแบบจำนวน 447 ฉบับ และหลังใช้รูปแบบจำนวน 332 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันของเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี (2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (3) แบบวัดความรู้ และแบบวัดทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่า CVI เท่ากับ 1 แบบวัดความรู้และทักษะมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.43 และ 0.55 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้และคะแนนทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน เครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี มีคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่าหลังการใช้รูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน

คำสำคัญ : รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน, โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน, เครือข่ายการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี e-mail: sunan164@hotmail.com

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 และศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง

A Development of Nursing Model for Acute Stroke Patients in the Ischemic Group Nursing Network in Ratchaburi Province

Sunan Kiatchaipipat*

Somjit Chanbang**

Chalee kamsuwan***

Patthamaporn Chuypitak****

Abstract

This research was research and development aimed at studying the results of the development of nurses in the network and comparing outcomes before and after using the nursing model for acute stroke patients in the ischemic stroke group of the nursing network in Ratchaburi province. The sample was selected using purposive sampling: (1) 70 professional nurses of the stroke care network, and (2) medical records of acute stroke patients between January and August 2021: 447 medical records for pre-model implementation and 332 medical records for post-model implementation. The research instrument consisted of (1) nursing model for acute stroke patients in the ischemic stroke group the nursing network in Ratchaburi province, (2) general information questionnaire, and (3) knowledge and skill test of acute stroke nursing care in ischemic stroke group. The questionnaires were test for content validity, yielding CVI of 1, KR-20 of the knowledge and skill test was 0.43 and 0.55 respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests.

The results revealed that the level of knowledge and skill for nursing care acute stroke patients in ischemic stroke group. It was found that after using Nursing Model for Acute Stroke Patients in the Ischemic Group Nursing Network in Ratchaburi Province. Additionally, compared with pre- and post-usage of model, were significantly different ($p < .05$) and higher than the pre-test. Patient outcomes showed that after using the model, it was better than before.

Key words: nursing model for acute stroke patients, ischemic stroke, nursing network

* Expertist Nurse , Nurse Head of Accident and Emergency Nursing, Ratchaburi Hospital

e-mail: sunan164@hotmail.com

** Professional Nurse, Neurological surgery intensive care unit, Ratchaburi Hospital.

*** Professional Nurse, Accident and Emergency Patient department, Ratchaburi Hospital.

**** Professional Nurse, Medical intensive care unit 2 and Stroke Center, Ratchaburi Hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ ในปีค.ศ.2016 พบว่า ประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 1.7 ล้านคน มีความพิการถาวรกว่า 5 ล้านคนและเสียชีวิต 6.5 ล้านคน¹ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ และในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านรายต่อปี โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือมีความพิการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา

ประเทศไทย พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สูงกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด 1.5-20 เท่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2557-2559 พบร้อยละ 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ² และพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ.2556-2558 เท่ากับ 366.81, 352.30 และ 452.24 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิง แต่ในเพศชายพบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง³ รายงานของสหสถาบันทั่วประเทศ⁴ ในปี พ.ศ.2561 พบว่า ณ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 และพิการร้อยละ 70 เมื่อคำนวณด้วยดัชนีสุขภาพที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life years: DALYs) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มักจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และสัมพันธ์กับ

สถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ⁵

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด พบว่า จังหวัดราชบุรี มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมสูงเป็นอันดับที่ 3 ในเขตสุขภาพ คือ ร้อยละ 11.35 ซึ่งเป็นอัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ร้อยละ 25.63 (อันดับที่ 6 ในเขตสุขภาพ) และอัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (ischemic stroke) ร้อยละ 4.87 (อันดับที่ 2 ในเขตสุขภาพ)⁶ ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันในจังหวัดราชบุรีเป็นประเด็นสุขภาพที่ควรนำมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้เป็นอันดับแรก

โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5 สถิติของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีรวมทั้งเครือข่าย ปีพ.ศ.2560-2562 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จำนวน 12,626, 13,734 และ 12,138 รายตามลำดับ เมื่อจำแนกพบว่า เป็นผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบตันในระยะเฉียบพลันจำนวน 7,701, 8,001 และ 7,151 ราย โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.90, 5.24 และ 4.61 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตพบว่าได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือ Rt-PA ภายใน 60 นาทีตามข้อกำหนดที่เป็น gold standard ปี พ.ศ. 2560-2562 เพียงร้อยละ 46.93, 53.76 และ 42.57 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 การทบทวนข้อมูลสาเหตุของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดไม่ทันเวลา เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลเครือข่ายมาที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีล่าช้า คือ ใช้เวลาเกิน 4.5 ชั่วโมง ซึ่งอาจเกิดจากการประเมินที่ล่าช้า/ ไม่ถูกต้อง หรือการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ

เจ็บป่วยไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย CT Scan และไม่ได้รับยา Rt-PA ตามเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันในหน่วยงานฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ไม่ได้รับยา Rt-PA ภายใน 60 นาทีตามที่กำหนด เนื่องจากกระบวนการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางล่าช้า ทำให้การวินิจฉัย และเริ่มให้ยา Rt-PA ล่าช้า และพบความล่าช้าของกระบวนการเตรียมให้ยา Rt-PA กระบวนการเฝ้าระวังและเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปยังศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี เพื่อให้การดูแลรักษาแบบเฉพาะเจาะจง (Specific treatment) บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายที่กำหนดไว้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล⁷ ที่นำมาใช้ในการออกแบบรูปแบบการบริการพยาบาล เพื่อให้ได้เป้าหมายดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 3-4.5 ชั่วโมงแรก (thrombolytic treatment) 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ภายใน 72 ชม. 3) ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดแอสไพรินใน 48 ชั่วโมงแรก ซึ่งอาจครอบคลุมไปถึง 4) ได้รับการผ่าตัดเพื่อลดการกดทับสมองจากสมองบวม (craniectomy) จากข้อมูลสถิติ แสดงให้เห็นว่าถ้าโรงพยาบาลเครือข่ายมีการพัฒนาศักยภาพทีมงาน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย

ผู้วิจัยซึ่งในฐานะเป็นผู้บริหารระดับสูงของกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี มีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในหน่วยงานห้องฉุกเฉินและเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดราชบุรี ได้ตระหนักถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยของ

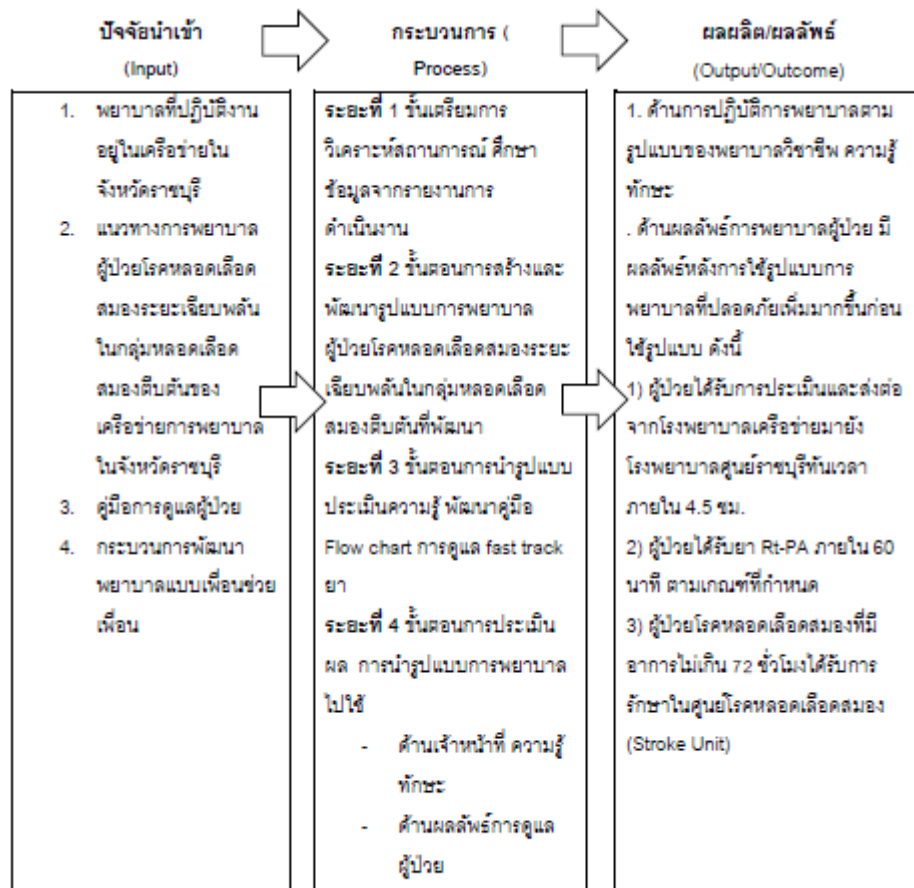
พยาบาลในเครือข่ายและห้องฉุกเฉิน จึงต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันในเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรีให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตั้งแต่การประเมิน การส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลในศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โดยอาศัยการพัฒนาพยาบาลแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ทันทั่วถึง มีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน เครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน เครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาพยาบาลในเครือข่ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน
4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินและส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย และระยะเวลาได้รับยา Rt-PA ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันของเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้ทฤษฎีเชิงระบบของ Ludwig von Bertalanffy⁸ ที่ให้ความสำคัญกับ 3 องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพบริการ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการวิเคราะห์สถานการณ์

ศึกษาข้อมูลจากรายงานการดำเนินงาน และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน วันที่ 1-31 มกราคม 2564)

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันที่มารับบริการของเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี ปี 2563-2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันกลุ่มหลอดเลือดสมอง

ตีบทต้น และแบบเก็บข้อมูลจากรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันที่มารับบริการของเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2563-2564 โดยการทบทวนหลักฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันโดยการสนทนากลุ่มกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท พยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 บุคลากรผลการศึกษา
สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน
ปัญหาการดูแล และแนวทางพัฒนารูปการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือด
สมองตีบตัน ซึ่งเป็นผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-2
เพื่อให้ได้สาระสำคัญสำหรับ พัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใน
กลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันตัน เครือข่ายการ
พยาบาลในจังหวัดราชบุรี ในระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์
เนื้อหา (content analysis) และจัดกลุ่ม (categorized)

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการสร้างและพัฒนา
รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ
เฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน (วันที่ 1
กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม พ.ศ. 2564)

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบ
เจาะจง (purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพ
ที่ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลและ
หัวหน้าห้องฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง
รวมจำนวน 22 คน สำหรับประชุมระดมความคิดเพื่อ
กำหนดองค์ประกอบของร่างรูปแบบการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่ม
หลอดเลือดสมองตีบตัน และกิจกรรมการขับเคลื่อน
การดำเนินงานที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของร่าง
รูปแบบการพยาบาลที่กำหนด

2. ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เลือกแบบ
เจาะจง (purposive sampling) จากแพทย์เฉพาะทาง
สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ด้านระบบประสาท
วิทยารวม 2 คน แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล
ศูนย์รวม 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือด
สมองจำนวน 2 คน

3. เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาใน
โรงพยาบาลศูนย์ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - เดือน
มิถุนายน พ.ศ. 2564 เลือกแบบเจาะจง (purposive
sampling) จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน
ที่เข้ารับบริการก่อนใช้รูปแบบจำนวน 447 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือด
สมองตีบตันเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

2. แบบวัดเกี่ยวกับความรู้และทักษะ
ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ
เฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบวัด เสนอผู้เชี่ยวชาญ
5 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมและแพทย์ศัลยกรรม
ประสาทที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง รวม 2 ท่าน พยาบาลประจำการที่มี
ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองรวม 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจาก
วิทยาลัยพยาบาลจำนวน 1 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข
และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 1

2. นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปทดลองใช้กับ
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือด
สมองตีบตันในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1
แห่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน
30 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยหา KR20 ของ
แบบทดสอบความรู้และประสบการณ์ ได้ค่าที่ 0.43
และ 0.56 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบในระดับ
ปานกลางสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการในขั้นตอนนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้สาระสำคัญที่ได้จากระยะที่ 1 ดังนี้ สร้างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ร่วมกับแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาทและสมอง โดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา⁸ โดยการจัดประชุมและพัฒนาในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน พร้อมทดลองใช้รูปแบบและติดตามผลการทดลองใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง พร้อมพัฒนาพยาบาลในเครือข่ายรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ที่พัฒนาขึ้นทั้ง 9 กระบวนการ และศึกษาผลที่เกิดขึ้น (วันที่ 1 กรกฎาคม - 31 สิงหาคม พ.ศ.2564)

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ศูนย์ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม-31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เลือกรูปแบบเจาะจง (purposive sampling) จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ที่เข้ารับบริการหลังการให้รูปแบบจำนวน 332 ฉบับ

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เลือกรูปแบบเจาะจง (purposive sampling) จากประสบการณ์ทำงานและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนาน 3 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดอำนาจการทดสอบ .95 ค่าความเชื่อมั่น .05 และค่า actual power .95 และงานวิจัยที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพในระยะที่ 2 ได้แก่

1. ร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี

2. แบบวัดเกี่ยวกับความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี ไปใช้จริงในกลุ่มเป้าหมาย มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพ ในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน พร้อมกับเก็บข้อมูลทั่วไป และวัดความรู้และทักษะด้านการพยาบาลฯ ตามแผนการศึกษา แก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 ชุด โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามที่ 20-30 นาที

2) ดำเนินการตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ของเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี

3) กำหนดระบบการขอคำปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่าของหน่วยงานแบบพบปรึกษากันเฉพาะกลุ่ม ครั้งละ 2 ชม. ทุกวันศุกร์รวม 3 ครั้งผ่านไลน์กลุ่ม

4) ติดตามประเมินผลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ประเมินการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน และผู้วิจัยทำการบันทึกผลการติดตาม และเก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้และทักษะตามแผนการศึกษาวิจัยหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามที่ 20-30 นาที

5) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อเตรียมข้อมูล ในการวิเคราะห์ผลของการพัฒนา รูปแบบการ พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน เครือข่ายการพยาบาล จังหวัดราชบุรี ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผล การนำ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน เครือข่าย การพยาบาลจังหวัดราชบุรีไปใช้ (เดือนกันยายน 2564) ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล วัด คะแนนความรู้และคะแนนทักษะ
2. ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย วัดผลลัพธ์ การใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ประกอบด้วย (1) onset time Stroke ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง (2) door to Rt-PA in 60 mins (3) admit in stroke unit < 72 ชั่วโมง

กลุ่มเป้าหมาย

1. เภสัชกรเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 – 31 สิงหาคม พ.ศ.2564 เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มเดียวกับระยะที่ 3 จำนวน 332 คน

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบ เจาะจง (purposive sampling) จากพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ทำงานและดูแลให้การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดียวกับระยะที่ 3 จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบวัดเกี่ยวกับความรู้และทักษะ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน

2. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนการ พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเมินผลการนำรูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่ม หลอดเลือดสมองตีบตัน ของเครือข่ายการพยาบาล จังหวัดราชบุรีไปใช้ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติการ พยาบาล วัดคะแนนความรู้และคะแนนทักษะ 2) ด้าน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย วัดผลลัพธ์การใช้รูปแบบการ พยาบาลฯ ซึ่งประกอบด้วย (1) onset time Stroke ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง (2) door to Rt-PA in 60 mins (3) admit in stroke unit < 72 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วย paired t-test independent t-test และสถิติเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของในมนุษย์ของ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี เพื่อพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ หมายเลข COA-RBHEC 006/2101 มีการชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบ รับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้า โดยไม่ มีผลกระทบใด ๆ และขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย นำเสนอ ผลการวิจัย หรือเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิจัยนี้ ได้นำเสนอผลการวิจัย เป็น 2 ส่วน คือข้อมูลส่วนบุคคล และผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 70 คน พบเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 91.43 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 47.14 โรงพยาบาล

ทั่วไป ร้อยละ 17.14 และโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 35.71 มีอายุเฉลี่ย 43.34 ปี อายุน้อยที่สุด 25 ปีและอายุมากที่สุด 60 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คือ ร้อยละ 92.86 ปฏิบัติงาน /หน่วยงานหลัก ในงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินมากที่สุด ร้อยละ 74.29 รองลงมา คือ หอผู้ป่วยใน ร้อยละ 12.86 และงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดร้อยละ 12.86 ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการ ร้อยละ 52.86 รองลงมา คือ พยาบาลหัวหน้าเวร ร้อยละ 22.86 มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบันระหว่าง 3-14 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.71 ค่าเฉลี่ยของประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานปัจจุบัน คือ 15.33 ปี ไม่เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ischemic stroke ร้อยละ 62.86 เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 37.14 ไม่เคยเป็นสมาชิกของผู้ประเมิน/ ติดตามของทีมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ischemic stroke ร้อยละ 85.71 และเคยเป็นผู้ประเมิน/ ติดตามของทีมเครือข่าย ร้อยละ 14.29 เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วย ischemic stroke ร้อยละ 22.86 และไม่ได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ ร้อยละ 77.14

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน เครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ มีดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า คะแนนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ (ตารางที่ 1)

2. การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันของทีมเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า คะแนนทักษะการพยาบาลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ของเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (N 70)

คะแนนความรู้และทักษะ	Mean	SD	t	p
ความรู้การพยาบาล				
ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล	64.00	4.92	-2.497	0.032*
หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล	68.27	3.49		
ทักษะการพยาบาลผู้ป่วย				
ก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล	64.7	4.40	-4.913	0.000*
หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล	69.10	1.07		

*p < .05

วารสารกองการพยาบาล

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ของเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย (1) onset time Stroke ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง (2) door to Rt-PA ไม่เกิน 60 นาที และ (3) admit in stroke Unit ภายใน 72 ชั่วโมง เมื่อนำมาทดสอบความ

แตกต่างด้วย Independent t-test พบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันของเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี เป็นไปตามค่าเป้าหมาย เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ จากเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	ก่อนใช้รูปแบบ (N 477)		หลังใช้รูปแบบ (N 332)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Onset time Stroke (ชม.)	5.53	6.49	4.34	4.17	1.406	.003*
Door to Rt-PA (นาที)	87.47	24.08	51.62	8.96	.129	< .001*
Admit in Stroke Unit (ชม.)	93.25	36.59	70.17	10.27	.193	.049*

*p < .05

อภิปรายผล

เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันของเครือข่ายการพยาบาลจังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการวิจัย คะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อภิปรายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน เครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรี มีคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ

เฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันเพิ่มมากขึ้นก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง ผลการศึกษาของกันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล, ลัดดา อะโนศรี^๑ ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่วิธีปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ประกอบด้วย การพยาบาลระยะ 2 ชั่วโมงแรกที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลระยะ 2-72 ชั่วโมงแรกที่หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองที่หอผู้ป่วย

กึ่งวิกฤต การปรับปรุงวิธีพัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งมีการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพตลอดจนประเมินการใช้รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน ส่งผลต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สายนาท พลไชโย, อมรรวณ มาแสง และบังอร เกิดแก้ว¹⁰ ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแล เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการ การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การใช้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการบริหารจัดการการดูแล การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การส่งต่อผู้ป่วยสู่การดูแลโดยชุมชน ทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมกับหน่วยงานในชุมชนติดตามเยี่ยม เพื่อให้ความช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการแต่ละบุคคล และก่อให้เกิดประสิทธิผลทางคลินิก คือ อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Rt-PA) เพิ่มขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลดลง และผลการศึกษาของ ยุวดี ผงสา¹¹ ศึกษาเรื่อง ผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเกิดความปลอดภัย แม้ยังพบภาวะแทรกซ้อนซึ่งควรมีการพัฒนาแบบการดูแลจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ป่วย

ผลการวิจัย ผลลัพธ์การประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลไปใช้ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้น พยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายสามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลจนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันได้รับบริการ ตั้งแต่ พยาบาลประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการทางโรคหลอดเลือดสมอง แจ้งแพทย์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาผ่านระบบช่องทางด่วน (stroke fast track) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่การประเมินทางระบบประสาท ชักประวัติ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้รับการสแกนสมอง CT non contrast อย่างรวดเร็ว และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV Rt-PA) หากผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์การให้ยา IV Rt-PA และมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ในเกณฑ์การให้ยา IV Rt-PA ทีมแพทย์จะให้การรักษาที่เหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ยาด้านเกร็ดเลือด หรือยาด้านการแข็งตัวของเลือด โดยผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบ มี (1) onset time stroke ทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง (2) door to Rt-PA ไม่เกิน 60 นาที และ (3) admit in stroke unit ภายใน 72 ชั่วโมง การทดสอบความแตกต่างด้วย independent t-test พบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันของเครือข่ายการพยาบาลในจังหวัดราชบุรีเป็นไปตามค่าเป้าหมายเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เฝ้าระวังสำคัญ เช่น ภาวะเลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด และภาวะแรงดันในกระโหลกศีรษะสูง สอดคล้องกับ ผลการศึกษานี้ของ

บุญญรัตน์ เฟิกเดช¹² เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยด้านระยะเวลา door to needle time และภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อปอดอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีความแตกต่างกันเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรนำรูปแบบการพยาบาล ที่พัฒนานี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันทุกราย และครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพที่ประจำทุกหน่วยบริการให้เป็นแนวทางเดียวกัน

2. ด้านวิชาการ ควรวิจัยรูปแบบการติดตามผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันในภาพรวมว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาวันนอน ลดภาวะแทรกซ้อน ได้ดีเพียงใด

3. ด้านบริการ ควรมีการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ที่พัฒนาขึ้นไปปรับปรุงกระบวนการให้การรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันให้สอดคล้องตามรูปแบบที่จัดทำต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ต่อการลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาวันนอน และลดภาวะแทรกซ้อน

2. ควรพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยให้มั่นใจว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน จะได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันอย่างครบถ้วน เช่น CNPG เป็นต้น

References

1. World Stroke Organization. World Stroke Organization: Annual report. [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 1]; Available from: <https://www.world-stroke.org/aboutwso/wso-annual-report>
2. American Stroke Association, (2013), Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke.[serial online] 2013 Jan. [cited 2013 Jan 2016]; 44(3) : 870-947.
3. Strategy and Planning Division. Public Health Statistics A.D. 2016. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 2017. Thai.
4. Siriraj Stroke Center Faculty of Medicine Siriraj Hospital [Internet]. 2021 [cited 2014 Oct 1]; Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/center/sirirajstrokecenter/TH/History/Derivation.aspx>. Thai.
5. Health Data Center, Ministry of Public Health. [internet]. 2017 [cited 2017 Aug 15]; Available from https://kkhdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
6. Ratchaburi Hospital, (2020), annual performance report 2020. Thai.
7. Institute of Neurology, (2015) Guidelines for nursing stroke patients for general nurses, Bangkok.
8. Thai Guidelines of Endovascular Treatment in Patients with Acute Ischemic Stroke. Journal of Thai Stroke Society. 15 (1), 2016: 10-27. Thai.
9. Bertalanfly, L.V. An outline of general systems theory. British Journal of Philosophical Science, 1, 1950: 134-165. Thai.
10. Kantimaporn Wiwattrakul, Ladda Anosri. Development of a nursing model for patients with acute stroke, Kalasin Hospital. Journal of Nursing Division; 2017;44(2): 26-45. Thai.
11. Sainat Polchaiyo, Amornwan Masang, Bangon Kerdkaew. Development of care system for stroke patients under the context of Tertiary Care Hospital, Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University. 2018 Feb 22:26-35. Thai.
12. Yuwadee Phongsa. The results of the development of a care model for cerebrovascular disease patients at Sirinthon Hospital, Khon Kaen Province. Journal of the Khon Kaen Provincial Public Health Office. 2020 Dec 31;2(2):139-54. Thai.
13. Boonyarat Pekdet. Development of a care model for patients with cerebrovascular disease, Phetchabun Hospital. Region 11 Medical Journal. 2020 Sep 23;34(3): 7-21. Thai.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี

วิไลวรรณ แสงธรรม*	พย.บ., รปม. (การจัดการภาครัฐ)
โสภา เกิดพิทักษ์**	พยม. (การพยาบาลเด็ก)
ธนันณ์ภูมิล มณีศิลป์***	พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สุรีย์ จินเรือง****	ปร.ด.(การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี วิธีการดำเนินงานมี 4 ขั้นตอน คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนาแนวปฏิบัติ (3) นำแนวปฏิบัติไปใช้ (4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 12 คน ผู้ป่วยเด็ก 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติและคู่มือการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1)แบบทดสอบความรู้ตามแนวปฏิบัติ 2)แบบประเมินทักษะตามแนวปฏิบัติ 3)แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ 4)แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล และ 5)แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย (1) ระยะ Pre - weaning การประเมินความพร้อมในการหายใจเอง (2) ระยะ Weaning การทดสอบการหายใจเองและการหยาเครื่องช่วยหายใจ 3) ระยะ Weaning outcome การพยาบาลขณะถอดท่อช่วยหายใจและการประเมินความสำเร็จ ผลลัพธ์มีดังนี้ ด้านผู้ให้บริการพบว่าพยาบาลมีความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) มีทักษะในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติครบ 57 กิจกรรมร้อยละ 92 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.93$, $S.D. = .24$) 2) ด้านผู้ใช้บริการพบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ($x = 4.29$, $S.D. = .51$) อัตราการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มจากร้อยละ 69.23 เป็น 96.67 อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Re-intubation) ลดจากร้อยละ 6.67 เป็น 3.33 อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 9.63 เป็น 3.33 ครั้ง/1000วันใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 13.77 วันเป็น 6.26 วัน ค่ารักษาพยาบาลลดลงจาก 99,821 บาท เป็น 71,199 บาท และจำนวนวันในการนอนรักษาเฉลี่ยลดลงจาก 15.24 วัน เป็น 10.52 วัน สรุปการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการพัฒนาการดูแลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล; การหยาเครื่องช่วยหายใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

Developmental of Clinical Nursing Practice Guideline for Weaning the Pediatric Patients from Mechanical Ventilator Admitted in Pediatric Intensive Care Unit, Saraburi Hospital.

Wilaiwan sangthum* M.P.A. (Master of Public and Administration)
 Sopakerd pitak** M.N.S. (Pediatric)
 Thanannat Maneesilp*** M.N.S. (Adult)
 Suree Jinruang**** Ph.D. (Nursing)

Abstract

This research and development study was conducted to develop and explore a clinical nursing practice guideline (CNPG) for weaning from ventilator in pediatric patients and the effect of using the guideline for weaning from ventilator in pediatric patient at Saraburi hospital. This CNPG was based on the evidence-based practice of the Australian National Health and Medical Research Council as a conceptual framework. The implementation has three phase : 1) situation analysis 2) guideline development 3) guideline implementation and 4) evaluation of guideline implemented. The purposive sampling consisted of 12 registered nurses and 30 pediatric patients who were treated with ventilator in pediatric intensive care unit at Saraburi Hospital between the dates of 22 October 2020 to 30 June 2021. The research tool was CNPG for weaning the ventilator in a pediatric patient. The content validity was verified by 5 experts by reviewing the quality of clinical guidelines based on the Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II with all aspects were scored greater than 60 %, the overall mean score on 6 areas was 85.84 %. The data were collected by the following questionnaires: the test of knowledge for nursing care for weaning from ventilator in pediatric patients, the ability to follow the CNPG, registered nurses' opinions toward CNPG, care givers satisfaction, recorded clinical results using CNPG and Data analysis using descriptive statistics consisted of frequency, percentage, mean, standard deviation.

The results after applying the CNPG were as follows: 1) For the service providers, it was found that the questionnaire on the ability to follow the guideline to complete the 57 activities was 92 percent, respectively. The registered nurse agree to apply the CNPG at high level ($X = 4.93$, $SD = .24$). The knowledge before and after using the nursing practice guide was statistically significant ($P < .05$). 2) For the customer, the caregivers' satisfaction was at high level ($x = 4.23$ $S.D. = .46$) it was found that the outcome after applying the nursing practice guideline showed that the success weaning rate increased from 69.23% to 96.67%, the rate of re-intubation decreased from 6.67% to 3.33%. In terms of quality of care, it was found that severe complications during ventilator include pneumonia associated with ventilator, decreased from 9.63 to 3.33 time per 1000 ventilators days, the average duration of mechanical ventilator decreased from 13.77 days per person to 6.26 days per person, and the average medical expenses decreased from 99,821 baht per person to 71,199 baht per person. The average length of stay in PICU decreased from 15.24 days per person to 10.52 days per person.

Key words: Clinical Nursing Practice Guideline, Weaning from Mechanical Ventilator

* Senior Professional level, Head nurse, Saraburi Hospital

** Professional level, Saraburi Hospital

*** Senior Professional level, Saraburi Hospital

**** Senior Professional level Boromarajonani College of Nursing, Saraburi Province

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อคงไว้ซึ่งการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ เมื่อได้รับการรักษาสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลวจะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการดีขึ้น ควบคู่กัน กับการปรับลดการช่วยหายใจลงทีละน้อยจนทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถหายใจได้ด้วยตนเอง และทำการถอดท่อช่วยหายใจออกพร้อม ๆ กับการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจในที่สุดเนื่องจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกและการเสียชีวิต¹ หลังถอดท่อหลอดลมคอ การประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจหรือไม่เป็นสิ่งสำคัญ จะช่วยลดความเสี่ยงในการกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ การหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กได้เช่นกันขณะเดียวกันการหย่าเครื่องช่วยหายใจช้าเกินไปในขณะที่ผู้ป่วยเด็กมีความพร้อมอาจเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภาวะปอดแฟบ ซึ่งทำให้วันนอนรักษานานขึ้น ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 68.40 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมดที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยในจำนวนนี้มีการติดเชื้อปอดอักเสบร้อยละ 20.10 และเสียชีวิตร้อยละ 13.5² การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สามารถเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่าการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจตามปกติได้³ ได้แก่ จำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง รวมทั้งทำให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ (3) ระยะหลังหย่า

เครื่องช่วยหายใจ⁴ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการดีขึ้น และมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ควรหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเร็วที่สุด การหย่าเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย

ข้อมูลของห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ปี พ.ศ.2560-พ.ศ.2562 พบจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 122, 151, 162 คนต่อเดือน อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 80.61, 78.13 และ 69.23 ตามลำดับ พบอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น 6.41, 8.98 และ 9.63 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ โดยมีจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจที่ 12.62, 11.88 และ 13.7 วัน ตามลำดับ จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล คือ 11.60, 14.88 และ 15.24 วันตามลำดับ ค่ารักษาเฉลี่ย 90,750 96,522 และ 99,821 บาทต่อราย ตามลำดับ

การหย่าเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสมนับเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้ดูแลต้องมีทักษะในการประเมินอาการของผู้ป่วยเด็ก การตัดสินใจเริ่มต้นการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการดูแลผู้ป่วยเด็กให้ผ่านพ้นกระบวนการตั้งแต่มองหย่า ขณะหย่า และหยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในทุกกระบวนการของการหย่าเครื่องช่วยหายใจเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถประเมิน และเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อส่งเสริมให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลสระบุรีในปัจจุบันพบว่า การหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลผู้ดูแลให้การพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งเดิมขั้นตอนการถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ พยาบาลปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้นจากการสังเกตและนิเทศงานในขั้นตอนการหย่าเครื่องช่วยหายใจพบว่าในระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลเจ้าของไข้มีการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน และในขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจและหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลผู้ดูแลให้การพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมและไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ขาดทักษะในการทดสอบการหายใจด้วยตนเอง การทดสอบ cuff leak ส่งผลให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจล่าช้าและเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารจึงเล็งเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กสำหรับหย่าเครื่องช่วยหายใจและทำให้กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจดำเนินไปจนเกิดผลสำเร็จและมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กเพื่อให้บุคลากรห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวช

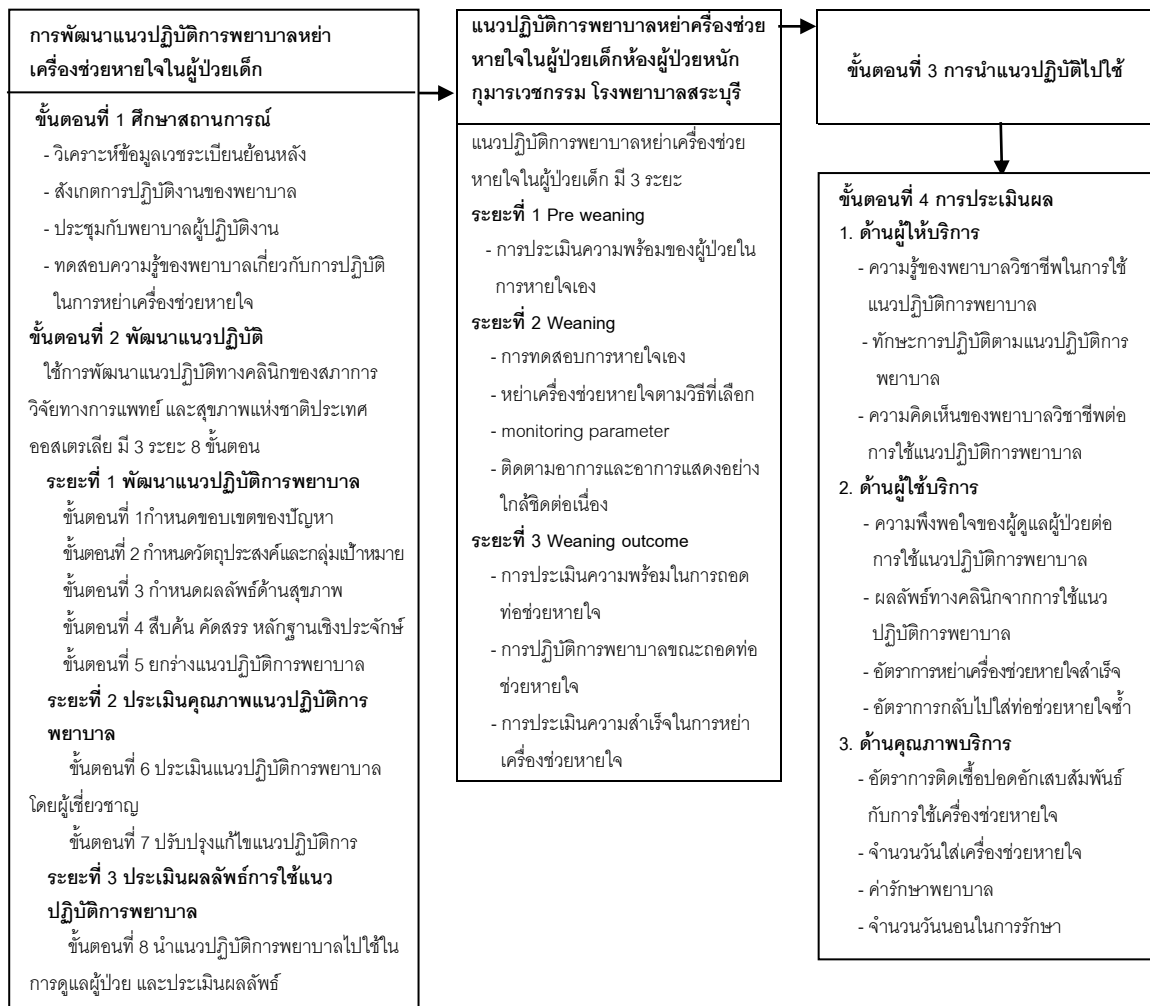
กรรม นำไปปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันและเกิดผลลัพธ์ที่ดีรวมทั้งสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรีภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ ใช้กระบวนการหลักฐานเชิงประจักษ์ภายใต้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁵ และใช้กรอบแนวคิดการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลวิกฤตอเมริกา⁶ ซึ่งกำหนดรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกเป็น 3 ระยะคือ (1) pre-weaning (2) weaning และ (3) weaning outcome⁶ รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนาแนวปฏิบัติ (3) นำแนวปฏิบัติไปใช้ และ (4) ประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ (1) พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม จำนวน 13 คน (2) ผู้ป่วยเด็กที่

เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยใส่เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป จำนวน 30 ราย (3) ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ระหว่างวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2564 จำนวน 30 ราย

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ (1) พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปจำนวน 12 คน (2) ผู้ป่วยเด็ก

อายุ ตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และใส่เครื่องช่วยหายใจนานมากกว่า 24 ชั่วโมง ไม่เป็นโรคหัวใจพิการชนิดเขียวไม่ได้รับการเจาะคอ ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ไม่เป็นโรคระบบประสาทกล้ามเนื้อ (neuromuscular disease) และมีแผนการรักษาหยาเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 30 ราย (3) ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กใส่เครื่องช่วยหายใจเข้ารับการรักษที่ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ระหว่างวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2564 จำนวน 30 ราย และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษา คือ (1) ผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตก่อนเข้าสู่กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ (2) ผู้ป่วยเด็กจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักด้วยสาเหตุการส่งต่อไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น หรือถูกย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁵ และสมาคมพยาบาลวิฤติแห่งสหรัฐอเมริกา⁶ ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II)⁷

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ (1) แบบทดสอบความรู้ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก (2) แบบประเมินทักษะตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก (3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล (4) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่หยาเครื่องช่วยหายใจทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่หยาเครื่องช่วยหายใจ (5)

แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา และ ข้อมูลผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสระบุรี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชกรรม อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก พยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเด็กใส่เครื่องช่วยหายใจ นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากกว่า 10 ปี ซึ่งผ่านการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก โดยวิธี AGREE II⁷ มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม ทั้ง 6 ด้าน ร้อยละ 85.84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบทดสอบความรู้ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิฤติ 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ .78 (2) แบบประเมินทักษะตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .85 (3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

วารสารกองการพยาบาล

โรงพยาบาลสระบุรี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต 1 ท่าน ปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กเครื่องช่วยหายใจ ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 10 คน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .85 (4) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่หยาเครื่องช่วยหายใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่หยาเครื่องช่วยหายใจได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 (5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วยข้อมูล 3 ตอน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา (3) ข้อมูลผลลัพธ์การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ .85

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การหยาเครื่องช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ระหว่าง วันที่ 20 ตุลาคม-วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ดังนี้

- 1) ศึกษาข้อมูลภาวะเบี่ยงเบนย้อนหลัง

- 2) สังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

- 3) ประชุมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เพื่อนำเสนอปัญหาที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาที่พบจากการหยาเครื่องช่วยหายใจทั้งที่สำเร็จ และไม่สำเร็จ

- 4) วางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก

- 5) ทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 6) ทดสอบความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2564 โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁵ และใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการหยาเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา⁶ ด้วยการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์ และเขียนร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมี 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขอบเขตปัญหาให้ครอบคลุมกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ 3 ระยะ คือ pre-weaning, weaning, และ weaning outcomes ซึ่งปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่เป็นแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติขึ้นอยู่กับความรู้และทักษะ ประสบการณ์ของพยาบาลรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และศึกษาผลลัพธ์การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล

หย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ (1) ด้านผู้ให้บริการ คือ ความรู้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล (2) ด้านผู้ใช้บริการคือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ อัตราการกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และ (3) ด้านคุณภาพบริการคืออัตราการติดเชื้อปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยและจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 4 สืบค้นคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์จากตำราวิชาการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกรอบสืบค้น PICOT ตีพิมพ์เอกสารปี ค.ศ. 2006-2021 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ MEDLINE/ PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Agency for Health Care Policy and Research Evidence – base Practice Guideline, Google scholar, ClinicalKey for Nursing ของโรงพยาบาลสระบุรีและฐานข้อมูลงานวิจัยโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย

ขั้นที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) pre-weaning (2) weaning และ (3) weaning outcome⁶

ระยะที่ 2 ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 8 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์โดยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยเด็กหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 10 รายและประเมินผลหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ.2563-วันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ.2563 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย พบปัญหาอุปสรรค และปรับปรุง ดังนี้

1) ระยะ pre -weaning พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเด็กในการหายใจเอง ระบบไหลเวียนไม่ถูกต้อง และไม่รายงานแพทย์เพื่อดำเนินการแก้ไขมีการให้ความรู้และฝึกทักษะพยาบาลที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องรายบุคคล โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) ระยะ weaning พยาบาลไม่ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลแก่ผู้ดูแล การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศาไม่ได้ตามเกณฑ์ monitoring parameter ไม่ต่อเนื่อง ดำเนินการแก้ไขโดยกำหนดให้พยาบาลเจ้าของไข้เฝ้าติดตามตรวจผู้ป่วยก่อนรับเวร และกำหนดให้มีการส่งต่อข้อมูลรายบุคคล และจัดทำนวัตกรรมหมอนรองนั่งเพื่อส่งเสริมการจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ไม่ให้ผู้ป่วยลื่นไหลลง

3) ระยะ weaning outcome พยาบาลประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจร่วมกับประเมินอาการและอาการแสดงหลังถอดท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมีการปรับปรุงโดยการฝึกทักษะการประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจเช่น ประเมิน cuff leak test

วารสารกองการพยาบาล

และการใช้แรงในการหายใจให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงสู่การปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564-วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2564 โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ดูแล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม 12 คน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2564-30 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ดังนี้

1. ด้านผู้ให้บริการ โดยประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ

2. ด้านผู้ให้บริการ โดยสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่หยาเครื่องช่วยหายใจและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อัตราการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และอัตราการกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

3. ด้านคุณภาพบริการ ได้แก่ อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจ ค่ารักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ EC 046/6349 วันที่ 12 ตุลาคม 2563 ดำเนินการตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนวิจัย สิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอม ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอ/ เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

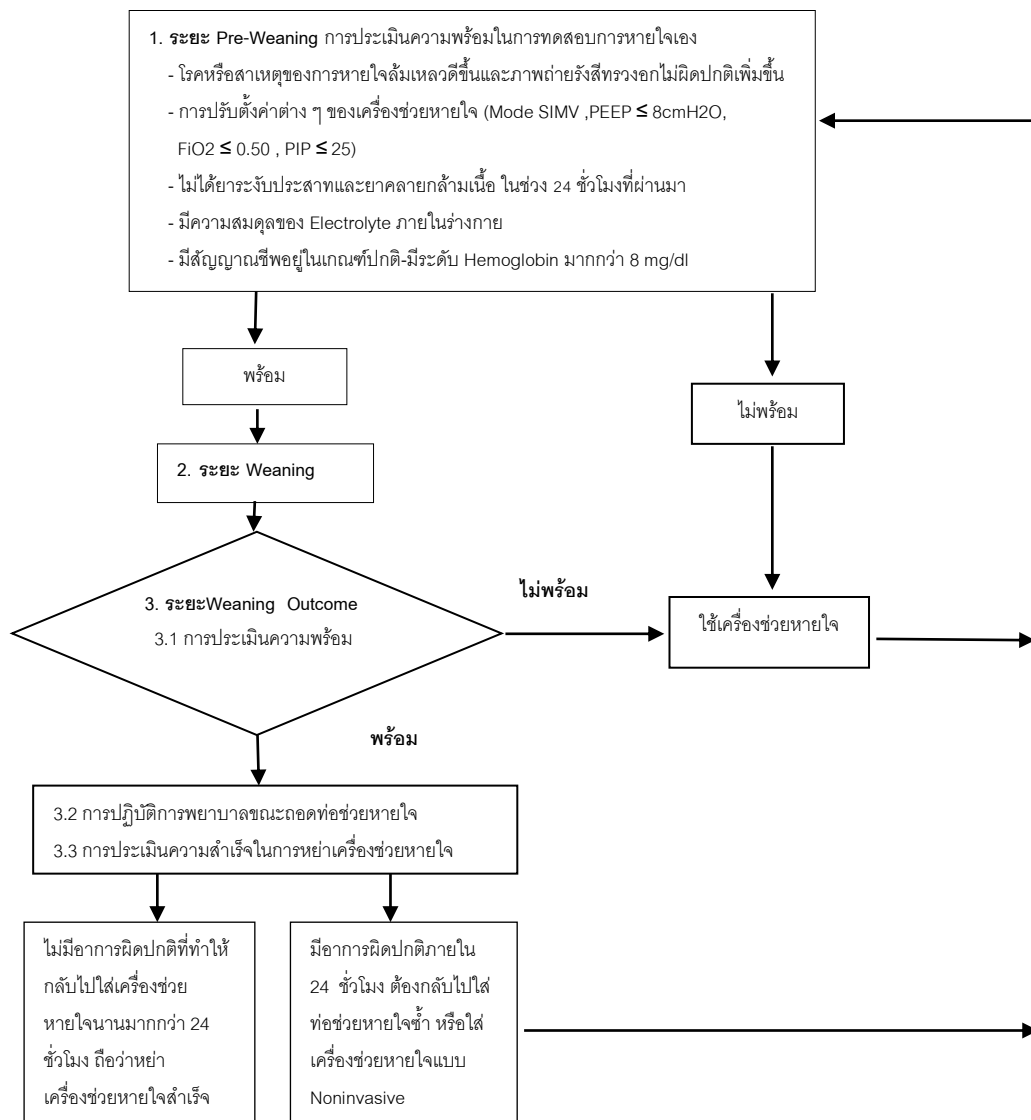
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้ผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. มีแนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจในเด็ก ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี⁸⁻¹¹ รายละเอียดแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสระบุรี

2. ผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มี 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ มี 3 ประเด็น คือ (1) ความรู้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 56.41 เป็นร้อยละ 74.17 (2) ทักษะในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ซึ่งในภาพรวม 3 ระยะ มีจำนวน

57 กิจกรรม พยาบาลกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามทั้ง 57 กิจกรรม ร้อยละ 92 ปฏิบัติไม่ครบทั้ง 57 กิจกรรม ร้อยละ 8 (3) ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด พิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่แนวปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ (Mean 4.93, SD.24) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง และมีทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจ (N 12)

รายการความคิดเห็นของพยาบาล	Mean	SD	การแปลผล
1. แนวปฏิบัติกรพยาบาลใช้งานง่ายไม่ยุ่งยาก	4.50	.76	มาก
2. แนวปฏิบัติกรพยาบาล มีความสะดวกในการใช้	4.83	.37	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติกรพยาบาลมีประสิทธิภาพ	4.93	.24	มากที่สุด
4. แนวปฏิบัติกรพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง	4.93	.24	มากที่สุด
5. แนวปฏิบัติกรพยาบาลส่งผลพัธ์ที่ดีและประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล	4.83	.37	มากที่สุด
6. ท่านมีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติกรพยาบาล	4.63	.65	มากที่สุด
7. ท่านมีทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติกรพยาบาล	4.93	.24	มากที่สุด
8. ท่านสามารถนำความรู้จากแนวปฏิบัติกรพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเด็กหย่าเครื่องช่วยหายใจ	4.83	.37	มากที่สุด
9. ท่านให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติกรพยาบาลได้ครบถ้วน	4.63	.65	มากที่สุด
10. คู่มือแนวปฏิบัติกรพยาบาลทำให้ปฏิบัติกรพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน	4.83	.37	มากที่สุด
ความคิดเห็นภาพรวม	4.93	.24	มากที่สุด

2.2 ด้านผู้ให้บริการ มี 3 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจ ผลพัธ์ทางคลินิก และคุณภาพบริการ

1) ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลมีค่าเฉลี่ยระดับมาก (Mean 4.29, SD .51) โดยข้อที่มี

คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความพร้อมในการดูแล (Mean 4.46, SD.64) รองลงมา คือ ด้านประสิทธิผลหรือผลพัธ์การดูแล (Mean 4.36, SD.48) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Mean 4.04, SD.65) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กต่อแนวปฏิบัติกรพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจ (N 30)

ความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ		
	Mean	SD	แปลผล
1. ศิลปะการดูแล	4.24	.40	มาก
2. คุณภาพการดูแล	4.32	.45	มาก
3. ความพร้อมในการดูแล	4.46	.64	มาก
4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	4.04	.65	มาก
5. การดูแลต่อเนื่อง	4.32	.42	มาก
6. ประสิทธิผล หรือผลพัธ์การดูแล	4.36	.48	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.29	.51	มาก

2) ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้
แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจใน
ผู้ป่วยเด็ก พบว่า อัตราการหยาเครื่องช่วยหายใจ

สำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.23 เป็นร้อยละ 96.67
อัตราการกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ลดลงจากร้อย
ละ 6.67 เป็นร้อยละ 3.33 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจ (N 30)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. อัตราการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ	69.23	96.67
2. อัตราการกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	6.67	3.33

3) ด้านคุณภาพบริการ ได้แก่ อัตราการ
ติดเชื้อมดอักเสบ จำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ค่า

รักษา พยาบาล และจำนวนวันนอนรักษาใน
โรงพยาบาลลดลง รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์คุณภาพบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหยาเครื่องช่วยหายใจ (N 30)

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1. อัตราการติดเชื้อมดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (จำนวนครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ)	9.63	3.33
2. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (วัน/คน)	13.77	6.26
3. ค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล (บาท/คน)	99,821	71,199
4. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการนอนรักษาในโรงพยาบาล (วัน)	15.24	10.52

การอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการ
หยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับ
การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้กรอบแนวคิด
กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจของสมาคม
พยาบาลวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา⁶ ประกอบด้วย ระยะ
ก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ ระยะหยาเครื่องช่วยหายใจ
และระยะหลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ มา
ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหยา
เครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะ สามารถนำไปใช้ใน
หน่วยงานได้ พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้
ครบถ้วนร้อยละ 92 ที่ผ่านมาหน่วยงานไม่มีแนวปฏิบัติ

เกี่ยวกับการประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วย
หายใจไว้อย่างชัดเจนและไม่ได้ประเมินความพร้อมใน
การหยาเครื่องช่วยหายใจทุกวันทำให้ผู้ป่วยบางราย
ไม่ได้เริ่มต้นหยาทันทีที่มีความพร้อมในการหยา
เครื่องช่วยหายใจ การเริ่มต้นหยาเครื่องช่วยหายใจจะ
เกิดจากแพทย์หรือพยาบาลประเมินและตัดสินใจตาม
ประสบการณ์ไม่มีหลักเกณฑ์ซึ่งประเด็นสำคัญของ
แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจตามกรอบแนวคิด
กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจของสมาคม
พยาบาลวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา⁶ ระยะก่อนหยาควรมี
การประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ
ทุกวัน เพราะถ้าขาดการประเมินความพร้อมในการ
หยาเครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบทำให้ผู้ป่วยที่มี

ความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยต้องใส่เครื่องช่วยหายใจไว้โดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจสูงขึ้น¹² ระยะเวลาอนินในการรักษานานขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น¹³

นอกจากนี้ พบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่มีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย ส่งผลให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว และทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจครั้งต่อไปลำบากขึ้นจากการพบทวนวรรณกรรมเสนอแนะว่าควรเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการหย่า ถ้าพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ต้องต่อเครื่องช่วยหายใจทันที และให้ผู้ป่วยเด็กได้พักอย่างเต็มที่ร่วมกับการหาแนวทางแก้ไขสาเหตุของความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การมีแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้ผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติที่ช่วยตัดสินใจ และมีความมั่นใจในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยจึงได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้นและประสบความสำเร็จสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ จานงักดี, กิตติพร เนาว์สุวรรณ¹⁴ และ ยุพยงค์ พุฒธรรม¹⁵ ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถช่วยทำให้ตัดสินใจในการรักษาพยาบาลรวดเร็วและมีความเหมาะสมมากขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างและพัฒนาขึ้นอย่างมีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ คือ ลดจำนวนวันในการนอนรักษาและลดค่ารักษาพยาบาลได้สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ จานงักดี, กิตติพร เนาว์สุวรรณ¹⁴ และ ยุพยงค์ พุฒธรรม¹⁵ ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถช่วยทำให้ตัดสินใจในการรักษาพยาบาลรวดเร็วและมีความเหมาะสมมากขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น สรุปได้ว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2. ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ด้านผู้ให้บริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กหย่าเครื่องช่วยหายใจสูงขึ้น หลังการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้ เพราะกระบวนการในการพัฒนาแนวปฏิบัติได้กำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลผู้ดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และระบบพี่เลี้ยงนำไปสู่การพัฒนาความรู้ของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลใช้งานง่ายไม่ยุ่งยากมีความสะดวกในการใช้มีประสิทธิภาพส่งผลที่ดีและประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล และพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากแนวปฏิบัติ การพยาบาลพัฒนามาจากปัญหาสภาพจริง ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง และในกระบวนการร่างแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการนำเสนอกิจกรรม

ด้านผู้ให้บริการพบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนมีรูปธรรม สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย การให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทำให้ลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดสัมพันธภาพที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ เนียมวัน¹⁶ ที่กล่าวว่า “การสื่อสารข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตหรือภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ต้องการดูแลที่เร่งด่วนรวดเร็วและถูกต้องทันเวลา เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยผ่าน

พันภาวะวิกฤตของชีวิตอาจทำให้พยาบาลมองข้าม การดูแลทางด้านจิตใจและความต้องการของญาติการ สื่อสารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีผลต่องาน บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและการบรรลุ เป้าหมายของวิชาชีพความผิดพลาดจากการสื่อสาร บางครั้งการขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การให้ข้อมูลที่ไม่มีชัดเจน ตลอดจนการไม่เข้าใจใน ปัญหาและความกังวลใจ อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุการณที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งบ่อยครั้งนำมาซึ่งการฟ้องร้อง/ ร้องเรียน หรือเกิดความขัดแย้ง ระหว่างผู้ใช้บริการและ ทีมผู้ปฏิบัติงานในทีมการพยาบาล” ผลลัพธ์ทางคลินิก ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าอัตราการ หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.23 เป็นร้อยละ 96.67 อัตราการกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ลดลงจากร้อยละ 6.67 เป็นร้อยละ 3.33 เกิดจากการ ทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยเข้าสู่ กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น พยาบาลมี ความมั่นใจในการประสานงานกับแพทย์และรายงาน อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของวอร์พันท์ วงศ์คำพันธ์¹⁷ พบว่าผลของ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลส่งผลต่อความสำเร็จใน การหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้น

ด้านคุณภาพบริการพบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ในทุกด้านอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับ การใส่เครื่องช่วยหายใจลดลง ซึ่งเกิดจากการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลทำให้ระยะเวลาการหย่า เครื่องช่วยหายใจเร็วขึ้น และมีการมอบหมาย พยาบาลหัวหน้าเวรนิเทศควบคุมกำกับกับการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อน จากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศรีสุตา อัศวพลังกุล¹⁸ พบว่า อัตราการ ปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อ ปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ใน

กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ และอัตราการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบสัมพันธ์ กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มทดลองลดลง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งเกิดจากการ โค้ชพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ ทำให้การ ปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อ ปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจถูกต้อง เพิ่มขึ้น และจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจค่าใช้จ่าย และจำนวนวันในการนอนรักษาลดลงพบว่าพยาบาล มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเด็กในการหย่า เครื่องช่วยหายใจถูกต้องและรวดเร็วขึ้น ความมั่นใจ ในการประสานงานกับแพทย์และรายงานอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วย หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ จำนวนวันใส่เครื่องช่วย หายใจลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวอร์พันท์ วงศ์คำพันธ์¹⁷ และอมรรัตน์ จานงภักดีและ กิตติพร เนาว์สุวรรณ¹⁴ และ อรุณช วรรณกุล¹⁹ พบว่าการใช้ แนวปฏิบัติหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถ หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จอย่างรวดเร็วและมี จำนวนมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่อง ช่วยหายใจลดจำนวนวันนอน รวมทั้งทำให้ค่าใช้จ่าย ลดลง อธิบายได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อใช้ เป็น เครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะลดปัญหา การปฏิบัติที่หลากหลาย ทำให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีและ ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นการบูรณาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลที่มีคุณภาพ

ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่า เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็กที่พัฒนาขึ้น ทำให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในด้าน การจัดการและตัดสินใจการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จากผลของการศึกษาคั้งนี้จะพบว่าพยาบาลมี ความสำคัญในขับเคลื่อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่ง สามารถประเมินผลลัพธ์ของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ได้อย่างชัดเจนจาก จำนวนวันในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของอุดมลักษณ์ เตียสวัสดิ์¹³ พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การนำแนวปฏิบัติพยาบาลหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลให้เข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาและเห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลนอกจากนั้นควรมีการอบรม ฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ และเกิดความร่วมมือร่วมในทีม รวมทั้งต้องจัดให้มีระบบการติดตาม นิเทศ และตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง และขอจัดข้อสงสัย พร้อมทั้งประเมินผลเป็นระยะเพื่อทำการปรับปรุงแก้ไขให้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแนวคิดการประสานความร่วมมือในการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ และพยาบาลไปประสานงานเชิงระบบกับวิชาชีพอื่นเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. กระตุ้นบุคลากรให้เปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ใช้ความเคยชินเป็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เป็นกรอบแนวคิด โดยผสมผสานสู่กระบวนการทบทวนคุณภาพของหน่วยงานทั้งในรูปแบบการประชุมกลุ่ม การเรียนรู้ข้างเตียงผู้ป่วยเพื่อให้บุคลากรรู้สึกว่าเป็นงานประจำ
3. มีการนิเทศ กำกับและติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้การใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความยั่งยืนและบรรลุผลลัพธ์ที่กำหนดไว้

References

1. Valenzuela J, Araneda P, Cruces P. Weaning from mechanical: state of the art. Arch Bronconeumol. 2014; 50(3):105-12.
2. Meligy BS, Kamal S, El Sherbini SA. Mechanical ventilation practice in Egyptian pediatric intensive care units. Electron Physician. 2017;9(5):4370-7.
3. Sánchez-Maciá M, Miralles-Sancho J, Castaño-Picó MJ, Pérez-Carbonell A, Maciá-Soler J. Reduction of ventilatory time using the multidisciplinary disconnection protocol; Pilot study. The Revista Latio-Americana de Enfermagem. 2019;27:e3215,1-9.
4. Kuladnarm C, Pookboonmee R, Orathai P. Effects of nurse-led mechanical ventilator weaning protocol on ventilator duration and weaning success in preterm infants with ventilator-nasal continuous positive airway pressure. Rama Nurs J. 2017;23(2):129-44. Thai.
5. National Health and Medical Research Council. How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies Handbook series on preparing clinical practice guidelines. [Internet]. 2020 [cited 2020 June 30]; Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/2018-03/how-to-put-the-evidence-into-practice-implementation-and-dissemination.pdf>
6. American Association of Critical-Care Nurses. AACN protocols for practice: care of mechanically ventilated patients. [Internet]. 1994 [cited 2017 Jan 20]; Available from: <https://books.google.co.th/books>.
7. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guideline: the AGREE project. Qual Saf Health Care. 2003;12(1):18-23.
8. Hughes MR, et al., Effect of a weaning protocol on ventilated pediatric intensive care unit (PICU) patients. Topics health information management. 2001;22(2):35-43.
9. Foronda FK, Troster EJ, Farias J, Barbas CS, Ferraro AA, Faria LS, et al. The impact of daily evaluation and spontaneous breathing test on the duration of pediatric mechanical ventilation: A randomized controlled trial. Pediatric Critical Care Medicine. 2011;39(11):2526-33.
10. Randolph AG, Wypij D, Venkataraman ST, Hanson JH, Gedeit RG, Meert KL, et al. Effect of mechanical ventilator weaning protocols on respiratory outcomes in infants and children. The Journal of the American Medical Association. 2002;288(20):2561-8.
11. Keogh S, Courtney M, Coyer F. Weaning from ventilation in pediatric intensive care: an intervention study. Intensive and Critical Care Nursing. 2003;19:186-97.

12. Srisuda Assawapalanggool, Mongkol Surimuang. Effectiveness of coaching on adherence towards guidelines for prevention of ventilator-associated pneumonia and clinical outcomes. Rama Nurs J. 2020;26(2):138-54. Thai.
13. Udonlak Tiasawat, Donwiwat Saensom, Acharawun Namuangchan, Supaporn Tansura, Yuwadee Boonloy, Apisara Songserm. A development of a clinical nursing practice guideline for mechanically ventilated patients in critical care department of a tertiary care hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2017;13(1):194-206. Thai.
14. Amornrat chumnongphak, Kittiporn Nawsuwan. The development of mechanical weaning program. Journal of Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province. 2020;3(2):89-106. Thai.
15. Yupayong Puttham. Effectiveness of weaning mechanical ventilator protocol in pediatric patients Udonthani Hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2017;25(1):105-11. Thai.
16. Chanphen Niamwan, Deanram Reangsan, Waratip Kankarn. The professional nurses' competencies in nursing patients using mechanical ventilation. Journal of Nursing and Health Care. 2020;38(1):6-14. Thai.
17. Watcharaphan Wongkhamphan. Effect of clinical nursing practice guideline of weaning in intensive care unit patients at Detudom Crown Prince Hospital. Health Science Journal. 2019;3(2),56-71. Thai.

การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี

กุสุมา พรหมวิศาสตร์* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 สุดใจ ศรีสงค์* พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
 อนันตพร นิธิเดชาวิศิษฐ์** วท.ม. (ชีวสถิติ)
 เกรียงไกร ประเสริฐ*** ปรด. (ระบาคติวิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย 40 คน ผู้ดูแล 40 คน และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ 52 คน การพัฒนามี 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2) การพัฒนารูปแบบ (3) การใช้รูปแบบ (4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบตรวจสอบเวชระเบียน แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาล แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล แบบประเมินทักษะของพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79, .80, .90, .89, .92 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (1) แผนการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (3) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว (5) การวางแผนจำหน่าย (6) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงจำนวน 1 ราย ไม่พบผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ผู้ดูแลมีความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยพบว่ามีความสามารถอยู่ในระดับสูง (Mean 1.87, SD.35) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพอใจในระดับมากที่สุด (Mean 4.88, SD.47) พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ($p < .01$) พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมากที่สุด (Mean 4.75, SD.58)

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

*** นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลนครพนม

The Development of the care model for patients with mild traumatic brain injury

Kusuma Promvisat*	M.N.S (Adult Nursing)
Sudjai Srisong*	M.N.S (Nursing admistration)
Anantaporn Nitidejvisit**	M.P.N. (Biostatistics)
Kreinkrai Prasert***	PhD (Epidimiology)

Abstract

This research and Development study aimed to develop and examine the outcomes of the care model for patients with mild traumatic brain injury. The sample composed of 40 patients with mild traumatic brain injury, 40 caregivers and 52 multidisciplinary staff. The model development consisted of 4 phases: (1) situation analysis (2) development of the care model (3) model implementation and (4) model evaluation. The study instrument included the care model for patients with mild traumatic brain injury. Data were collected using interview form, medical record checklist, knowledge test for caregivers and the nurses, competency assessment of caregivers, skill assessment of the nurses, satisfaction of the patients and caregivers, and satisfaction of the nurses and multidisciplinary staff. The content validity was examined by 5 experts and the reliability for knowledge, capability and satisfaction were .79, .80, .90, .89, .92 and .95 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and content analysis.

The results showed that the care model for patients with mild traumatic brain injury composed of 6 components (1) care map for patients with mild traumatic brain injury (2) nurse case manager (3) using clinical nursing practice guidelines (4) family participation (5) discharge planning and (6) visit by phone. Implementation of the care model revealed that the patient's outcome on revisit within 72 hours was 1 case and all the patients did not have intracranial hemorrhage. The average knowledge scores of the caregivers after implementing the model was significantly higher than before implementing the model ($p < .01$). The average scores of competency and satisfaction of the caregivers were at high level (Mean 1.87, SD .35 และ Mean 4.88, SD .47 respectively). The average score of knowledge and capability of the nurses after training was significantly higher than the score before getting training ($p < .01$). Satisfaction of the nurses and multidisciplinary staff were at high level (Mean 4.75, SD .58)

Key words: The care model, Mild traumatic brain patient

* Register nurse, senior professional level

** Register nurse, professional level

*** Medical physician ,expert level Nakhonphanom hospital

บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะ (Traumatic brain injury :TBI) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต ในแต่ละปีจำนวนผู้บาดเจ็บสมองมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคม และตามจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 อัตราการเสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นประมาณร้อยละ 66¹ โดยสรุปในประชากรทั่วโลกจะพบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บศีรษะ 300 คน ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน² ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีประชากรราวสองล้านคนที่เข้ารับการรักษาด้วยการบาดเจ็บศีรษะ และในจำนวนผู้บาดเจ็บศีรษะร้อยละ 90 เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย³ สำหรับประเทศไทยในปี 2557 มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล 115, 721 ราย เสียชีวิต 15,045 ราย และร้อยละ 21.54 เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะ ในจำนวนนี้พบว่า เป็นผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมากกว่าร้อยละ 70⁴

การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงและมีปัญหาไม่ซับซ้อน อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ประมาณร้อยละ 0.8-3.3 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้นในภายหลัง จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ภายใน 3 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บและได้รับการดูแลรักษาด้วยการสังเกตอาการที่บ้านเพียงอย่างเดียว พบว่า ร้อยละ 5.51 เสียชีวิต ร้อยละ 13.39 เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 66 เกิดภาวะแทรกซ้อนภายในสัปดาห์ที่ 1 หลังการได้รับการบาดเจ็บ ร้อยละ 21 เกิดภายในสัปดาห์ที่ 2 ร้อยละ 13 เกิดภายในสัปดาห์ที่ 3 สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาในโรงพยาบาล คือ มีภาวะเลือดออกในสมอง ร้อยละ 80.37 และสมองชอกช้ำ ร้อยละ 19.63 ดังนั้นผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่องภายหลังการได้รับบาดเจ็บ

การดูแลเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญเป็นอย่างมากในช่วงแรกหลังการบาดเจ็บ โดยเฉพาะในช่วงเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ เพราะเมื่อเกิดความผิดปกติผู้บาดเจ็บจะมีการเลเวลลงอย่างรวดเร็ว⁵ ในส่วนของผู้บาดเจ็บที่จำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าดูแลติดตาม ประเมินและสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้บาดเจ็บ อาจมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวเลเวลลงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา⁶ และเมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นกับผู้บาดเจ็บ ตัวของผู้บาดเจ็บเองมักไม่สามารถสังเกตอาการหรือไม่สามารถบอกถึงความผิดปกติของตัวเองที่เกิดขึ้นได้⁷

โรงพยาบาลนครพนม เป็นโรงพยาบาลขนาด 345 เตียง สถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ.2560-2562 มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาได้รับการรักษาทั้งหมดจำนวน 1,453, 1,794 และ 1,448 คน ตามลำดับ โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยมากที่สุดจำนวน 684, 1,538 และ 1,297 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6, 85.7 และ 88.3 ตามลำดับ และมีอัตราการกลับมารักษารักษา ร้อยละ 30.85, 7.23 และ 4.95 ตามลำดับ และมีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 2.34, 0.21 และ 0.2 ตามลำดับ⁸⁻¹⁰ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาใน 72 ชั่วโมง และเสียชีวิต ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวเนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมอง จึงได้มีการศึกษาลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่กลับมารักษารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนครพนมในช่วง

เดือนตุลาคม พ.ศ.2561-เดือนกันยายน พ.ศ.2562 จำนวน 160 คน พบเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยกลับมามารตรวจรักษาซ้ำ และพบภาวะเลือดออกในสมอง 16 ราย โดยพบลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยคือ อายุมากกว่า 60 ปี และมีประวัติใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์¹¹

การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ ในประเด็นดังต่อไปนี้ (1) การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และการซักประวัติการบาดเจ็บ (2) การวางแผนจำหน่าย (3) ขาดการนำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (4) ความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และ (5) การดูแลต่อเนื่อง

ดังนั้น บทบาทผู้บริหารทางการพยาบาลจึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยให้เป็นรูปธรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมนักสหสาขาวิชาชีพและบุคคลในครอบครัวที่จะทำ

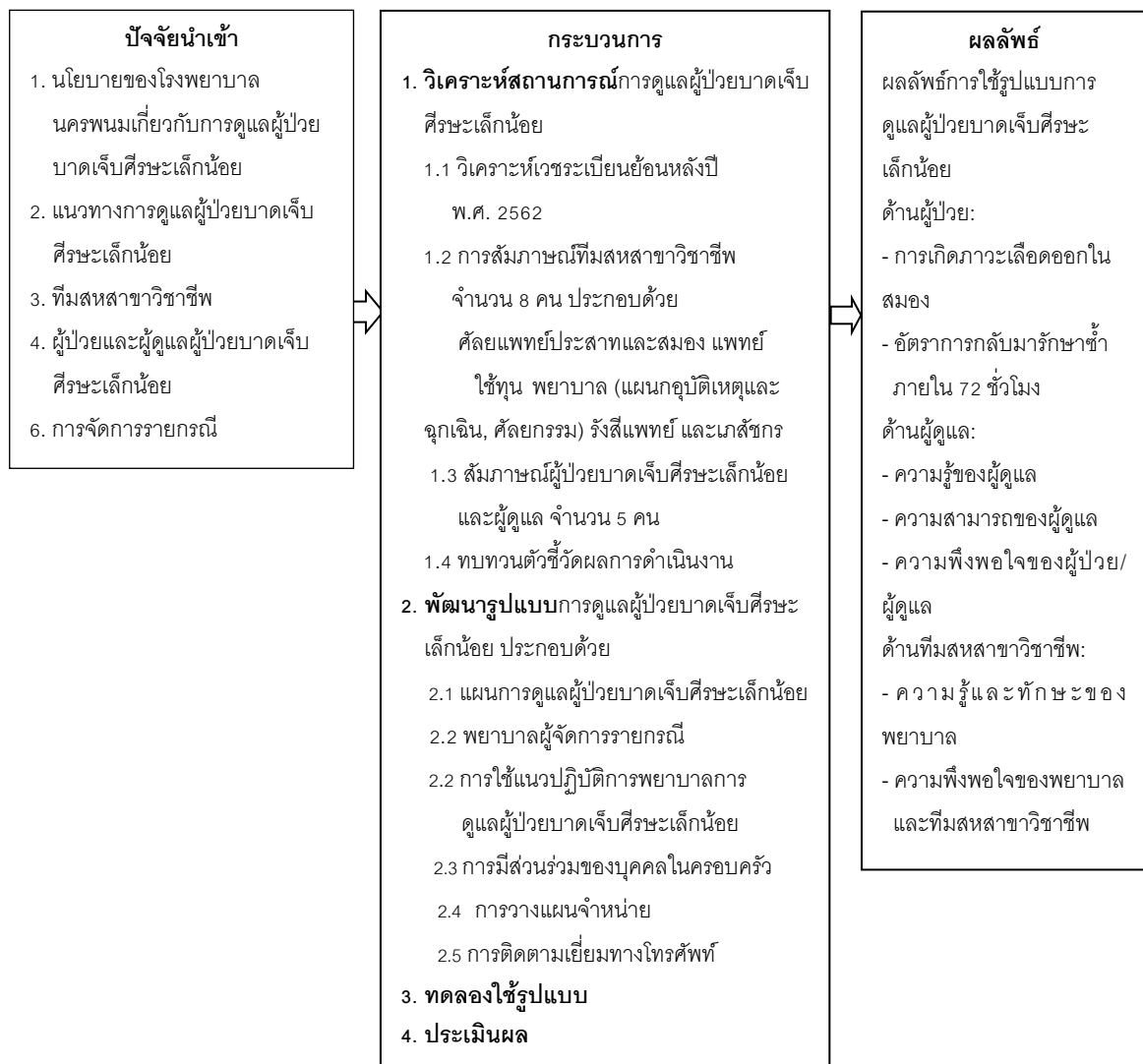
หน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายการนี้ทำหน้าที่ประสานการดูแล และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการประเมิน และคัดกรองผู้ป่วยเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยโรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยโรงพยาบาลนครพนม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของทีมนักสหสาขาวิชาชีพ บุคคลในครอบครัว ในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และติดตามประเมินผล ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีระบบของ Donabedian¹² มาใช้ในการพัฒนา รูปแบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (output) ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา
 ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) วิเคราะห์สถานการณ์
 (2) พัฒนารูปแบบ (3) ทดลองใช้ และ (4) ประเมินผล
 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสม (mix method) ระหว่าง
 เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.
 2563 สถานที่ศึกษา คือ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษามี 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการ
 รักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม
 ระหว่างเดือนเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือน
 กันยายน พ.ศ.2563 จำนวน 1,220 คน
- 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่
 บิดา มารดา คู่สมรส ญาติ หรือผู้ที่รับผิดชอบหลักในการ
 ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 1,220 คน
- 3) บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแล
 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ แพทย์ รังสีแพทย์
 พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลประจำ

วาระสารกองการพยาบาล

หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และเภสัชกร จำนวน 52 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อายุ 15 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการประเมิน GCS มีคะแนน 13-15 คะแนน (3) ไม่มีการบาดเจ็บอื่นร่วมด้วย เช่น การบาดเจ็บกระดูกสันหลัง การบาดเจ็บทรวงอก การบาดเจ็บช่องท้อง และการบาดเจ็บกระดูกใบหน้า (4) มีผู้ดูแลขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับบ้าน และ (5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ (1) ผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายไม่สมัครใจอยู่ หรือส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และ (2) ผู้ป่วยเสียชีวิต

2) ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหลังการจำหน่าย และพักอาศัยในบ้านเดียวกัน (3) มีโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร (4) การรับรู้ปกติสามารถพูดคุยและสื่อสารได้ และ (5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก คือผู้ดูแลไม่สามารถเข้ารับการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยตามแผนการสอน

3) บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 52 คน ใน 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ รังสีแพทย์และเภสัชกร โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้ (1) ยินดีเข้าร่วมวิจัย (2) ปฏิบัติงานระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2563 และมีเกณฑ์

การคัดออก คือ เจ้าหน้าที่ย้ายออกจากแผนก หรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) แผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (3) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว (5) การวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอน และ (6) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 2 คน ในด้านความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหาของรูปแบบ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ และแบบตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และแนวทางการแก้ไข จำนวน 3 ข้อ

2) แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และผู้ดูแลที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับบริการที่ได้รับ ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3) แบบตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค อาการก่อนมาโรงพยาบาล การคัดกรอง การประเมินความ

เสี่ยง การรักษาที่ได้รับ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่าย และการบันทึกทางการพยาบาล

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ในด้านความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

2. แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร K-R 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

3. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการปฏิบัติ 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินความรู้สึกตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้การกลับมาพบแพทย์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสุขวิทยา จำนวน 20 ข้อ แบบมาตราลิเคิร์ท (Likert scale) 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบ้าง และปฏิบัติได้ทุกครั้ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่ได้ปฏิบัติได้ 0 คะแนน ปฏิบัติได้บางครั้งได้ 1 คะแนน และปฏิบัติได้ทุกครั้งได้ 2 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .90

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3

คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .92

5. แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งวัดความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร K-R 20 ได้เท่ากับ .80

6. แบบประเมินทักษะของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการปฏิบัติในเรื่องการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การพยาบาลจำนวน 15 ข้อ แบบประเมินเป็นมาตราลิเคิร์ท (Likert scale) 3 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ 0 คะแนน ปฏิบัติได้บางครั้ง 1 คะแนน และปฏิบัติได้ทุกครั้ง 2 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .89

7. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .95

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และ

วาระสภารองการพยาบาล

วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย และนำข้อมูลมาดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2562 ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 30 ฉบับ เพื่อค้นหาปัญหาจากกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล

2) สัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบประสาทสมองจำนวน 1 คน แพทย์ใช้ทุนจำนวน 1 คน พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมจำนวน 1 คน นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 1 คน รังสีแพทย์จำนวน 1 คน และเภสัชกรจำนวน 1 คน ในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

3) สัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแลจำนวน 5 คน ในประเด็นที่เกี่ยวกับลักษณะบริการที่ได้รับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

4) ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของทีมนำทางคลินิกศัลยกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อยของปี พ.ศ. 2562

5) สรุปผลการศึกษาศถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย จากการวิเคราะห์เวชระเบียน การสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล แบ่งข้อมูลเป็น 2 ด้าน ดังนี้

5.1 ด้านกระบวนการดูแล พบว่า (1) ขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินคัดกรองความรุนแรงของการเบาหวานระดับเล็กน้อย ตลอดจนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (3) ขาดแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระดับ

เล็กน้อยทำให้การปฏิบัติมีความหลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (4) การวางแผนจำหน่ายไม่มีประสิทธิภาพ (5) ขาดการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแลรวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล และ (6) ขาดระบบการติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

5.2 ด้านผู้รับบริการ พบบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อยไม่เพียงพอ และขาดความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อยที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนครพนม ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ดังนี้

1) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย ได้แก่ ศัลยแพทย์ประสาทและสมอง ศัลยแพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยศัลยกรรม นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน รังสีแพทย์ และเภสัชกร จำนวน 8 คน ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย ในประเด็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย ตลอดจนการติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย ให้รับทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2) ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนครพนม

3) ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย ซึ่งประกอบด้วย

3.1 แผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยโครงสร้างทีมและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ

3.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

3.3 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

3.4 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

3.5 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

3.6 การดูแลต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (Visit by phone)

4) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของสเต็มเซลล์โรโมเดล สร้างคู่มือและแนวทางต่าง ๆ ที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ แผนการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยสำหรับผู้ดูแล

5) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย แนวปฏิบัติการพยาบาล คู่มือและแผนการสอนให้ร่วมพิจารณาความเหมาะสม หลังจากนั้นสรุปเป็นรูปแบบนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

1) ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศัลยแพทย์ ประสาทและสมอง ศัลยแพทย์ทั่วไป แพทย์ใช้ทุน พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม รังสีแพทย์ และเภสัชกร จำนวน 52 คน โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ เปิดโอกาสให้ทุกคนได้ซักถามข้อสงสัย จนเป็นที่เข้าใจตรงกัน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

2) การเตรียมความพร้อมของพยาบาล ด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ในประเด็นการประเมิน Glasgow coma score การใช้แบบประเมินความเสี่ยง การบันทึกการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยก่อนการสอนมีการประเมินความรู้และทักษะการพยาบาลในประเด็นดังกล่าว หลังการสอนมีการประเมินอีกครั้ง ถ้าไม่ผ่านการประเมินจะทำการสอนซ้ำ และทดสอบจนกว่าจะผ่านการประเมิน

3) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมจำนวน 5 คน

4) ติดตามประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ โดยการสังเกตและสอบถามการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตลอดจนปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบ

5) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย แจ้งผลการทดลองใช้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามรูปแบบ ทีมร่วมวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

6) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม จำนวน 5 คน

7) ติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบ พบว่าผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด

8) นำเสนอผลการทดลองใช้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบท จึงสรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โรงพยาบาลนครพนม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในภาพรวมทั้งหมด ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 - พฤศจิกายน 2563 โดยนำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงทั้ง 2 ครั้ง ไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและผู้ดูแลจำนวน 40 คน ผลลัพธ์ที่กำหนด ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง การเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ความรู้และทักษะของพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11 No.18/2562 วันที่ 14 กันยายน 2562 ต่ออายุครั้งที่ 2 วันที่ 14 กันยายน 2563 อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์วิธีการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผลกระทบใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมการทำวิจัยในชว่ใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ นำเสนอผลวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ตามหลักวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โรงพยาบาลนครพนมพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มี 6 องค์ประกอบดังนี้

1. **แผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย** โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยการ

กำหนดโครงสร้างทีมและบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ดังนี้

1) แพทย์: ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินความเสี่ยง วินิจฉัยโรค ให้การรักษา ประเมินสภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษา

2) พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: ประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะโดยใช้ glasgow coma score ประเมินสัญญาณชีพ และชักประวัติ ตรวจร่างกายรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ชักประวัติ ปัจจัยเสี่ยงที่จะพบความผิดปกติในสมอง วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนจำหน่าย สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการสังเกตอาการผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำ

พยาบาลวิชาชีพในแผนกศัลยกรรม: ประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะโดยใช้ Glasgow coma score ต่อเนื่อง ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินระดับความปวด วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนจำหน่าย สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการสังเกตอาการผิดปกติ

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ประสานงานทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ติดตามกำกับกับการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดและผลลัพธ์ที่ต้องการ สอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลรวมถึงทำหน้าที่เป็นผู้สอนถ่ายทอดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ทีมการพยาบาล ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการดูแลผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3) รั้งชีพแพทย์: แปลผลการตรวจเอกซเรย์สมอง และให้การวินิจฉัยโรค

4) เกสัชกร: ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับยาที่รับประทาน

2. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดำเนินการ

(1) การแต่งตั้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยมี คุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ในการทำงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นานอย่างน้อย 5 ปี จบหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีทักษะในการ ประสานงาน มีภาวะผู้นำ และ (2) กำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

3. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ประกอบด้วย (1) การดูแล ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล: pre-hospital phase (2) การ ดูแลในโรงพยาบาล: in- hospital phase) มี 2 ส่วนคือ การดูแลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการดูแลหลัง รับไว้ในหอผู้ป่วย และ (3) การดูแลต่อเนื่องหลังการ จำหน่าย

4. การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โดยนำผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด การนำคนในครอบครัวเข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะเล็กน้อยจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด ความปลอดภัย คลายความกังวล เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล โดย ผู้ดูแลที่เข้ามามีส่วนร่วมการดูแลจะได้รับการสอนอย่างมี แบบแผนจากพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการ บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย 2) การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้แก่ การประเมินความ รู้สึกตัว การดูแลเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบ ประสาทและสมอง อาการที่บ่งชี้ที่ต้องมาพบแพทย์ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

กาย การดูแลในการให้ยาบรรเทาอาการปวดศีรษะ การสังเกตการประเมินความรู้สึกตัว โดยการปลุก ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการ บาดเจ็บ การทดสอบการตอบสนองต่าง ๆ เช่น การ พูดคุย การทำตามสั่ง เพื่อเป็นการทดสอบการ เปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว โดยพยาบาลประเมิน ความรู้และทักษะก่อน และหลังการสอน

5. การวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล ภายหลังการจำหน่าย (2) การวินิจฉัยปัญหาภายหลัง การดูแลภายหลังจำหน่าย (3) การกำหนดแผนการ จำหน่ายตาม D-Method (4) การปฏิบัติตามแผนการ จำหน่าย และ (5) การประเมินผล

6. การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ กำหนด ผู้รับผิดชอบติดตามเยี่ยมผู้ป่วย คือ พยาบาลผู้จัดการ รายกรณี กำหนดระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมเป็น วันที่ 2 หลังการจำหน่าย หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมตาม สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาล ผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะเล็กน้อย จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 32.5 อายุเฉลี่ย 32.2 (SD 1.8) มีโรคประจำตัวร้อยละ 35.0 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ส่วนใหญ่เกิด จากอุบัติเหตุทางจราจร ร้อยละ 72.5 ส่วนมากให้ ประวัติไม่สละหลังอุบัติเหตุร้อยละ 75.0 มีประวัติการ ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.0 พบลักษณะการบาดเจ็บ ศีรษะแบบบวมโน ร้อยละ 30.0 โดยตำแหน่งที่พบการ บาดเจ็บศีรษะมากที่สุดบริเวณหน้าผาก ร้อยละ 57.5

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 อายุเฉลี่ย 42.28 (SD 10.76) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นภรรยา

วารสารกองการพยาบาล

ร้อยละ 47.50 รองลงมาเป็น บิดาหรือมารดา ร้อยละ 25.0 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.50 อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่รับจ้าง ร้อยละ 45.0 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรวม ร้อยละ 40.0

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 52 คน เป็นพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 84.61 รองลงมาคือนักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 9.62 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 35.71 มีอายุเฉลี่ย 38.86 (SD 9.34) การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.30 อายุงานในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานส่วนมาก 6-10 ปี และ 21- 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.57 และมีประสบการณ์ในการทำงานมากที่สุดคือ 10 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 57.14

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยด้านผู้ป่วย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงลดลง แต่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ด้วยอาการรบกวนทางระบบประสาทสมองเล็กน้อย คืออาการปวดศีรษะ และเวียนศีรษะ ร้อยละ 2.5 โดยก่อนการพัฒนารูปแบบพบ

อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่ายร้อยละ 18.4

ภาวะเลือดออกในสมองผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ไม่พบภาวะเลือดออกในสมองในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และการติดตามเยี่ยม ไม่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองแล้วไปรักษาที่สถานบริการอื่น

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยด้านผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนการสอนมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 6.1 คะแนน (SD 1.17) หลังการสอนพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 13.9 (SD 1.32) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอนพบว่าหลังการสอนผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t\ 11.23, p < .01$)

สำหรับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยของผู้ดูแล พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมในระดับสูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยของผู้ดูแล (N 40)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	คะแนนเต็ม	คะแนน Mean	SD	ระดับความสามารถ
ด้านการประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณ อันตราย	18	8.2	0.56	ระดับสูง
ด้านการดูแลทั่วไปและการป้องกันอุบัติเหตุ	10	4.6	0.94	ระดับสูง
ด้านการควบคุมปัจจัยที่ทำให้มีอาการและอาการแสดงคลุมเครือ	6	3.0	0.0	ระดับสูง
ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยเมื่อมีอาการผิดปกติ	6	2.4	1.10	ระดับสูง
รวม	40	18.20	0.96	ระดับสูง

ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.68, SD .47) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากที่สุดในข้อการสอน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกต การประเมินความรู้สึกตัวโดยการปลุกผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บ

การทดสอบการตอบสนองต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (SD .34)

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อยด้านทิมสหวิชาชีพ พบว่าหลังการสอนพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อยสูงกว่าก่อนการสอนพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อยของพยาบาล (N 28)

ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย	คะแนนเต็ม	ก่อนการสอน		หลังการสอน		t	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้	20	14.43	1.84	18.6	1.56	-7.26	0.00*
ทักษะการพยาบาล	30	20.9	2.46	28.13	2.53	-15.3	0.00*

P < .01*

ความพึงพอใจของพยาบาลและทิมสหวิชาชีพ ความพึงพอใจของพยาบาลและทิมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 3.75, SD 0.58) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทิมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจมากที่สุด คือรูปแบบการดูแลทำให้การสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น (Mean 4.83 ,SD 0.64)

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีของการพัฒนาและการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อย คือ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงพบ 1 ราย ไม่พบผู้ป่วยภาวะเลือดออกในสมอง และเสียชีวิต ด้านผู้ดูแล มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมากที่สุด ปัจจัยที่ทำให้เกิด

ความสำเร็จในการพัฒนาประการหนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของทิมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา และร่วมพัฒนาจนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อยที่เหมาะสมกับบริบทสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังมีการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี มีการแต่งตั้งพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อทำหน้าที่ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การประสานทิมสหภาพญาติและผู้ป่วย การติดตามกำกับ และการประเมินผลลัพธ์การดูแลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ดังการศึกษาของอัญชลี ถิ่นเมืองทองและคณะ¹³ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระดับเล็กน้อยโดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผลการศึกษาพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง มีผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ดี และปัจจัยสำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งก็คือ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ด้านความรู้และทักษะในการดูแล

ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายที่มีรูปแบบชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและประเมินความผิดปกติได้รวดเร็ว รวมทั้งการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ บุปผา ลาภทวี และ จินพิชญชา มะมม¹⁴ ที่พบว่า การมีผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่ายได้

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ผลการศึกษา พบว่า การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงหลังการจำหน่าย การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง ด้วยอาการทางสมองเพียงเล็กน้อย คือ ปวดศีรษะและวิงเวียน จำนวน 1 ราย โดยไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง อธิบายได้ว่า ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยนี้ จากการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ด้านบุคลากร พบว่า พยาบาลยังขาดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง จำแนกระดับความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยง และการพยาบาลยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ในการดำเนินการครั้งนี้ จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการคัดกรองระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมทั้งได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการจำแนกระดับความรุนแรงได้ถูกต้องและปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลเป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม สำหรับการดูแลระยะต่อเนื่องได้มีการวางแผนจำหน่าย การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง จึงเป็นผลให้การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง เพียง 1 ราย ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนุช สนมศรี และคณะ¹⁵ และพินิตนาฏ ลัม¹⁶

ความรู้และความสามารถของผู้ดูแล หลังการสอนพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่า รูปแบบและวิธีการให้ความรู้เป็นการสอนอย่างมีแบบแผน มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการสอน การสอนเป็นลักษณะรายบุคคล จึงทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้ซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วย นอกจากผู้ป่วยจะได้รับการสอนแล้ว ยังได้รับแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลไว้ศึกษาเมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีระบบการให้คำปรึกษาและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนุช สนมศรี และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.68 ,SD 0.47) อธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยนี้ ได้เน้นการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ได้มีการสอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ ตลอดจนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาหรือข้อข้องใจก็สามารถขอรับคำปรึกษาได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ความรู้และทักษะของพยาบาล ที่พบว่าหลัง การสอนพยาบาลมีความรู้และทักษะสูงขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งการพัฒนาความรู้ของ พยาบาลด้วยการสอน และฝึกทักษะปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วย โดยมีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ คือ ศัลยแพทย์ทาง ระบบประสาทสมอง และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และมีการประเมินก่อนและหลังการสอน ถ้าพยาบาล ไม่ผ่านการประเมินในเรื่องใด จะมีการสอน และฝึกซ้ำ จนกว่าจะผ่านการประเมิน ทำให้พยาบาลมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 ความพึงพอใจของพยาบาลและ ทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เล็กน้อย พบว่าพยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีความพึง พอใจต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย โดยรวมในระดับมากที่สุด (Mean 4.75, SD 0.58) อธิบายได้ว่า ในการพัฒนารูปแบบนี้ ทีมสหสาขา วิชาชีพได้เข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน และ มีการปรับปรุงแก้ไข จนเป็นที่ยอมรับในทีมว่ามีความ เหมาะสม เมื่อนำไปปฏิบัติก็เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย จึงเป็นผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจใน ระดับมากที่สุด

References

1. Kopits, E. , & Cropper, M. Traffic fatalities and economic growth. Accident Analysis and Prevention.2005;37: 169 - 178.
2. World Health Organization. Road traffic injury, WHO,2020. [Internet]. 2021 Jul 28.[cited 2021 Jul 28]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
3. Center for disease Control and Prevention. Head up: Fact for physical about mild traumatic brain injury (MTBI).2010. [Internet]. 2021 Jul 28.[cited 2021 Jul 28]; Available from: http://www.cdc.gov/migrated_Content/Brochures_and_Catalogs/tbi_mtbi_facts_for_physicians.Pdf.
4. Department of disease control. Annual report.2015. [Internet]. 2021 Jul 28.[cited 2021 Jul 28]; Available from:http://epid.moph.go.th/Homepage_Annual46/WESR47/Group12/ Grou.html.
5. Cifu, D. , Steinmetz, B. D. , & Drake, D. Second Impact Syndrome. Journal of Emergency Medicine.2008; 10 (1): 6–10.
6. The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, Royal College of Surgeons of Thailand, Department of Medical Services, Neurological institute of Thailand, Army Medical Department, et al. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. 1st ed. Bangkok: Prosperous plus company limited,2019;1-25.
7. Evans, R.W. Concussion and mild traumatic brain injury.2006. [Internet]. 2021 Jul 28.[cited 2021 Jul 28]; Available from:<http://www.uptodate.com/contents/concussion-and-mild-traumatic-brain-injury>.

8. Medical statistics department. Medical statistics 2017-2019. NakhonPhanom. Nakhon Phanom Hospital;2018. Thai.
9. Medical statistics department. Medical statistics 2017-2019. NakhonPhanom. Nakhon Phanom Hospital;2019. Thai.
10. Medical statistics department. Medical statistics 2017-2019. NakhonPhanom. Nakhon Phanom Hospital;2020. Thai.
11. Promvisat K, sidthikan J, Kijjanuluck S, Tippayanate N, Prasert K. The Risk of Intracranial Hemorrhage in Mild Traumatic Brain Injury Patients Who Revisit the Accident and Emergency Department, Nakhon Phanom Hospital.2021;13(1):59-70.
12. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?. JAMA.1988;260(12):1743–48.
<https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
13. Thinmueangthong A, Sinlprakob O, Meeboon S, Rungsawang Y. The Development of Nursing System for Road Accident Head - Injured Patients at Pathumthani Hospital Usin Concept of Nurse Case Management in the Emergency Room. Journal of Nursing Division.2016;43(3):5-24.
14. Laptavee B, Mamom J. Factors Predicting Monitoring and Preventive Care of Intracranial Hemorrhage among Mild Head Injury Patients in Thammasat University Hospital. Thai science and technology journal.2015;23(6):1023-32..
15. 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.
16. Lum P, 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.

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

สุภิดา สุวรรณพันธ์*	พย.บ.
มะลิวรรณ อังคณิตย**	ปร.ด (วิจัยและประเมินผลการศึกษา)
เครือวัลย์ กุมพล**	พย.บ.
อารียา สอนบุญ***	ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาสถานการณ์บริการพยาบาลจัดการอาการบวมน พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาล 40 คน ผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก 84 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และ 3) ประเมินผลลัพธ์รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบที่พัฒนาและคู่มือการใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล 2) แบบประเมินผลการนิเทศการจัดการอาการบวมน 3) แบบประเมินความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และ 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก มีค่าคุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.72 0.82 0.95 0.96 และ 0.90 ตามลำดับ การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา, t-test, Mann-whitney u test และ Spearman rank correlation และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ประกอบด้วย 1) นโยบายในการขับเคลื่อน 2) ผู้จัดการและนิเทศ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลและคู่มือการใช้ 4) แผนการนิเทศทางคลินิก 5) วิดีโอ แผ่นพับและคู่มือสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล 6) แผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผลลัพธ์ พบว่า ผู้รับบริการปลอดภัยร้อยละ 100 กลุ่มทดลองมีอาการบวมนลดลงและมีความร่วมมือในการผ่าตัดและความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม การเลื่อนผ่าตัดลดลง ด้านพยาบาลเห็นว่าการนำใช้รูปแบบ มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง เป็นประโยชน์ มีสมรรถนะในการจัดการสูงกว่าก่อนพัฒนา มีทักษะในการประเมินและจัดการร้อยละ 86.55 ประเมินผลพบว่าการนิเทศทางคลินิกมีการปฏิบัติตามรูปแบบร้อยละ 87.44 พยาบาลพึงพอใจและยอมรับในรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบบริการพยาบาล การจัดการอาการบวมน ผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of nursing service model for symptom distress management in older persons
undergo cataract surgery

Suphida Suwannaphan* B.N.S.

Maliwan Angkhanit** Ph.D. (Educational Research and Evaluation)

Kueawan Kumphon** B.N.S.

Ariya Sornboon*** Ph.D. (Nursing)

Abstract

An action research aimed to study situation, develop and study the outcomes of a nursing service model for the management of disturbances in the elderly under cataract surgery. The purposive samples consisted of 40 nurses and 84 cataract surgery elderly. The research was conducted in 3 phases; 1) study the situation 2) develop and test the model and 3) evaluate. Research tools were the developed model and the model manual. Data collection tools were 1) a competency assessment form, 2) a disturbance supervision evaluation form, and 3) an opinion assessment form. 4) the questionnaire on the satisfaction of nurses in the second group on the model and 5) the clinical outcome record form. The tool quality values were 0.72 0.82 0.95 0.96 and 0.90 respectively. Descriptive statistics, the t-test, the Mann-Whitney U test, Spearman Rank Correlation, and content analysis were used to analyze the data.

The results revealed that the nursing service model for symptom distress management in older persons under cataract surgery consisted of 1) driving policies 2) nursing management managers and supervising nurses 3) nursing practice policies and procedures, as well as user manuals 4) clinical supervision strategy 5) videos, brochures, and handbooks for older persons and caregivers 6) plan for nursing competency development. The results showed that all patients in the experimental group had fewer symptom distress and cooperated in surgery and treatment, satisfaction was higher in the experimental group than in the control group ($p.05$), and the rate of postponement was lower. The nurses reported that the use of the model was feasible, appropriate, correct, helpful; competency in management was higher than before ($p.05$); and skills in assessment and management was 86.55%. The clinical supervision showed that the nurses used the model at 87.44%. The nurses were satisfied with the model and accepted at a high level.

keywords: nursing service model; disturbance management; cataract surgery; older persons

* Director of Nurse, Roi Et Hospital

** Professional Nurse, Roi Et Hospital

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

บทนำ

ต่อกระจกเป็นปัญหาทางสายตาที่มีผลต่อประชาคมโลกมานานและเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาสั้นนวงทั่วโลก WHO ประมาณการณ์ว่าในจำนวนประชากรทั่วโลกนั้นจะมีประชากรที่ตาบอดประมาณ 37 ล้านคน¹ สถิติของไทยปี 2014 พบว่า อัตราตาบอดของประชากรอยู่ที่ 0.59% สาเหตุจากต่อกระจก 51.6% และมีต่อกระจกเกิดใหม่ที่จะต้องทำผ่าตัดปีละ 65,000 คน หรือ 0.1% ของจำนวนประชากรต่อ 1 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์² เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะเสื่อมลงโดยเฉพาะแก้วตาก่อให้เกิดโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุได้สูงถึงร้อยละ 95

ปัจจุบันการรักษาโรคต่อกระจกด้วยการผ่าตัดและใส่เลนส์แก้วตาเทียมถือว่าการรักษาที่ดีที่สุด ช่วยลดปัญหาสายตาเสียได้มาก ทำให้การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้น เพราะเทคนิคการผ่าตัดที่ทันสมัย ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย ลดระยะเวลานอน ลดการติดเชื้อ และลดค่ารักษาพยาบาล ทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลลดลง และเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย³

การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดจึงมีความจำเป็น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการผ่าตัดได้ เกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับอันตรายเฉพาะหน้าที่ใกล้จะมาถึง การศึกษาผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้รับการผ่าตัดตา⁴ พบว่า มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและจะสูงขึ้นเมื่อถึงวันผ่าตัด และขณะรอผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการหยอดยาทำให้การมองเห็นลดลง และในขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาทำให้เสริมความวิตกกังวลให้เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย หวาดกลัว ตื่นตกใจ ไม่มีสมาธิ ทำให้การตัดสินใจไม่ดี ไม่ให้ความร่วมมือในขณะผ่าตัด เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัด ต้องเลื่อนหรืองดผ่าตัด สุดท้ายอาจสูญเสียดวงตาได้ เมื่อมีการงดผ่าตัด จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ ต่อการบริหารจัดการในห้องผ่าตัด จาก

การศึกษาเรื่องของการงดผ่าตัดในผู้ป่วยโรคต่อกระจกพบว่า สาเหตุจากมีความดันโลหิตสูง นอนคลุมโปงขณะผ่าตัดไม่ได้ น้ำตาลในเลือดสูง เครื่องมือการผ่าตัดชำรุด ไม่ได้ดยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยกระพริบตาบ่อย การฉีดยาชาเพื่อหยุดการเคลื่อนไหวและระงับความรู้สึกของลูกตาแล้วมีเลือดออก มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง การติดเชื้อตาแดง ความดันลูกตาสูงและไอ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยโรคต่อกระจกมีอาการอื่นไม่พึงประสงค์

บทบาทหลักทางคลินิกของพยาบาลในการจัดการกับอาการรบกวนตาม 7 Aspects of care⁵ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระจกสามารถปรับตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากอาการรบกวนที่อาจเกิดขึ้นในทุกระยะของการผ่าตัดได้ จะเห็นได้ว่าอาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วยขณะรอในห้องผ่าตัดเป็นปัญหาที่ต้องหาทางแก้ไขก่อนที่จะทำผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดนั้นเป็นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล ที่ต้องมีความรับผิดชอบสูงและสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ซึ่งตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ⁷ เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล

สถิติผู้รับบริการของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี 2561-2563 พบว่า ผู้สูงอายุโรคต่อกระจกที่มาใช้บริการมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้เป็นผู้เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก 1,409 คน, 2,097 คน และ 2,259 คน ตามลำดับ จากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางจักษุทั้งหมด ในขณะที่ยังมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจกแล้วไม่ได้รับการผ่าตัดตามวันและเวลาที่กำหนดในปีงบประมาณ 2561-2563

วาระสารกองการพยาบาล

จำนวน 65 คน 49 คน และ 42 คน ตามลำดับ^๖ ซึ่งเกิดจากความไม่พร้อมเข้ารับการผ่าตัด การปฏิเสธการผ่าตัด ความกลัว การไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด จึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้สำเร็จตลอดกระบวนการ มีความปลอดภัย และการผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

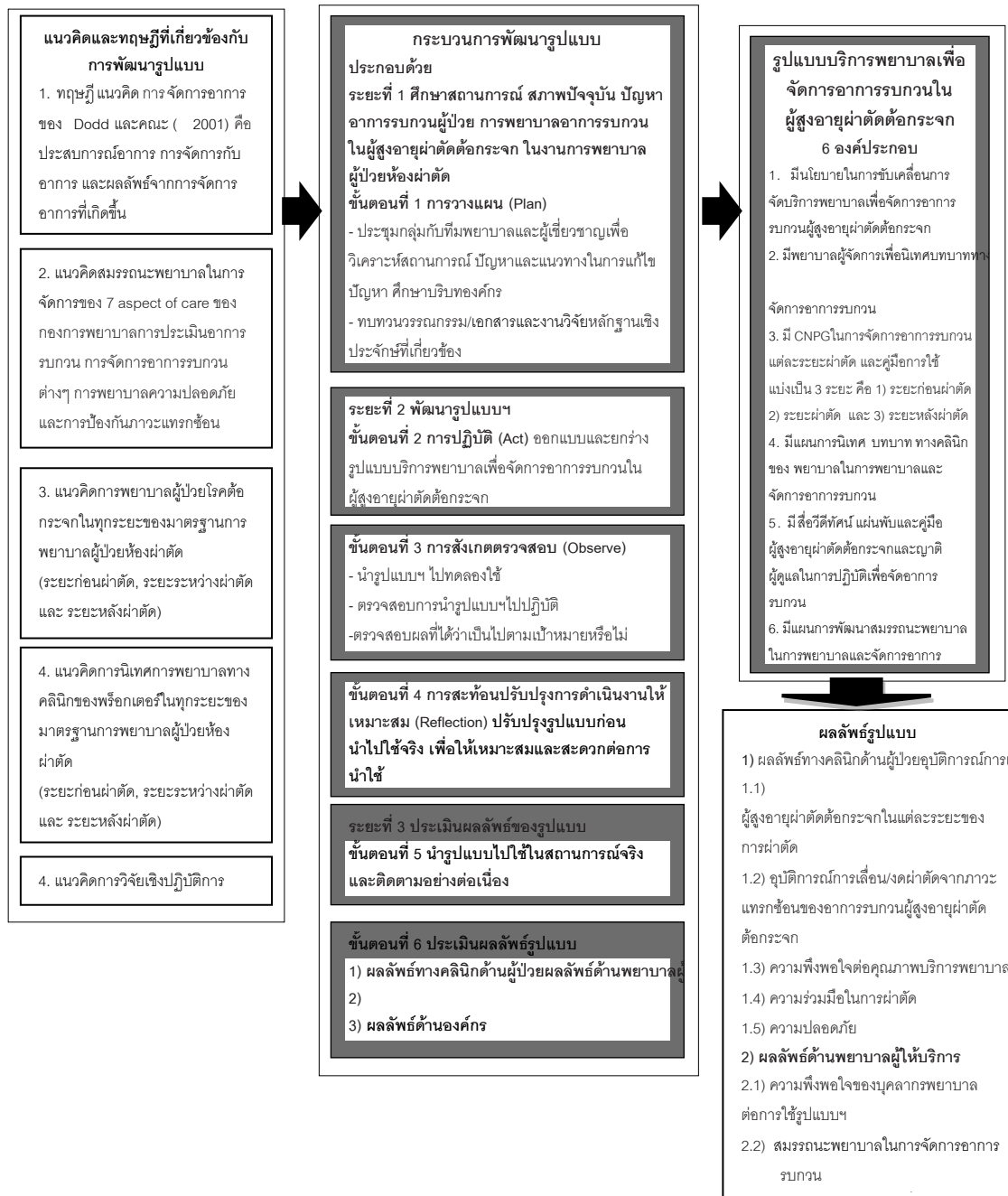
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์บริการพยาบาลการจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก
2. พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

3. ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของแคมมิสและเมกทากาด^๖ ร่วมกับวิธีการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd และคณะ^๗ แนวคิดการส่งเสริมความรู้ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน^{๑๐} บทบาททางคลินิกของพยาบาลในการจัดการอาการรบกวน หรือ 7 aspect of care ของกองการพยาบาล^๖ และแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของฟร็อคเตอร์^{๑๑} รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระจก ดำเนินการวิจัยเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือน

วารสารกองการพยาบาล

กันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564
จำนวน 40 คน

2. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกใน
โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึง
เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 84 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มี
2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มี 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการศึกษาครั้งนี้
1 ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอ
ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดต่อกระดูก พยาบาลผู้
ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และพยาบาลห้องผ่าตัด
จำนวน 20 คน

2) กลุ่มผู้ประเมินรูปแบบฯ ได้แก่ พยาบาล
วิชาชีพในหอผู้ป่วยจักษุ ห้องผ่าตัด และห้องตรวจตา
จำนวน 20 คน มีคุณสมบัติ คือ (1) เป็นพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2)
มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเวชปฏิบัติตาหรือ
ผู้สูงอายุต่อกระดูกที่มารับการผ่าตัดอย่างน้อย 1
เดือน และ (3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดต่อกระดูก
คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทดสอบความต่างของ
ค่าเฉลี่ย ประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน^๑ ได้
จำนวน 84 คน โดยแบ่งเป็นการศึกษารั้งที่ 1 จำนวน
42 คน และการศึกษารั้งที่ 2 จำนวน 42 คน กำหนด
เกณฑ์คุณสมบัติคัดเลือก คือ (1) เป็นผู้ป่วยเพศชาย
และหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการผ่าตัดต่อ
กระดูกครั้งแรก และ (3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ทั้งนี้ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกันใน
ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการใช้ยาและ
การแพ้ยา และประวัติโรคประจำตัว และมีเกณฑ์คัด
ออก คือ (1) ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (2) ไม่สมัคร

ใจเข้าร่วมการวิจัย (3) ไม่รู้สึกตัว และ (4) ไม่สามารถ
สื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตาม
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย
ผ่าตัดตา พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยตา และอาจารย์
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการ
พยาบาล รายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบบริการ
พยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัด
ต่อกระดูก และคู่มือการใช้รูปแบบผ่านการตรวจสอบ
ความตรงของเนื้อหา ค่า CVI 1.0

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (1) แบบวัดความรู้ จำนวน 30 ข้อ
ค่า CVI 0.7 (2) แบบประเมินทักษะการจัดการอาการ
รบกวนผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก 35 ข้อ ค่า CVI 0.80
ความสอดคล้องภายใน KR 20 มีค่า 0.72

2. แบบประเมินผลการนิเทศตามแนว
ปฏิบัติการพยาบาลฯ 30 ข้อ มีค่า CVI 0.8

3. แบบประเมินความคิดเห็นต่อการใช้
รูปแบบ 10 ข้อ มีค่า CVI 0.82

4. แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน
ผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกที่มีอาการรบกวนและได้
เลื่อนหรืองดการผ่าตัด ผลลัพธ์ทางคลินิกในการ
จัดการอาการรบกวน ได้ค่า CVI 1.0

5. แบบสอบถามประสิทธิผลของการนำใช้
รูปแบบที่พัฒนาฯ และความพึงพอใจของพยาบาล
กลุ่มที่ 2 ต่อรูปแบบฯ มีข้อคำถาม 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ
พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 2

ตอนที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย (2) แบบประเมินประสิทธิผลการอาการบรรเทา 9 อาการ และวิธีการจัดการอาการบรรเทาของผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ดัดแปลงจาก ESAS¹² ทดสอบความเชื่อมั่นด้านความถี่ของอาการ และความรุนแรงของอาการ ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่า .89 และ .90 ตามลำดับ (3) แบบสอบถามการจัดการอาการบรรเทาของผู้สูงอายุ (4) แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดของผู้ป่วย (5) แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดตลอดภัยในระหว่างการผ่าตัด

ตอนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกด้านคุณภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ดำเนินการ 3 ระยะ ระหว่างกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์บริการพยาบาล การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการประเมินและจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ขั้นตอนการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

1) ประชุมกลุ่มผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 63 คน เพื่อวิเคราะห์รูปแบบเดิม ปัญหาและความต้องการด้านการประเมินและจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาล

2) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 22 เวชระเบียน ผลการวิเคราะห์ พบว่า (1) ด้านการประเมิน และจัดการอาการบรรเทายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการบรรเทา (2) ด้านสมรรถนะการพยาบาลเพื่อประเมินและจัดการอาการบรรเทายังไม่มีกำหนดสมรรถนะการพยาบาลที่ชัดเจนที่จะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะที่ตอบสนอง

ต่อการปฏิบัติการพยาบาลจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก และ (3) ด้านการนิเทศทางคลินิก ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมการประเมินและจัดการอาการ จากนั้นทำการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อนำมาออกแบบการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบรรเทา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ นำข้อมูลใน ระยะที่ 1 ออกแบบรูปแบบในการสร้างแนวทาง เพื่อเป็นคู่มือการใช้รูปแบบ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับแก้รูปแบบครั้งที่ 1 นำรูปแบบไปทดลองใช้เพื่อประเมินผลเบื้องต้น ปรับปรุงรูปแบบ ครั้งที่ 2 ให้เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก และทำการทดสอบซ้ำ ในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 ราย

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์รูปแบบ ทั้งด้านผู้รับบริการ และด้านผู้ให้บริการ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 012/2564 การดำเนินการวิจัยปฏิบัติตามการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด การตัดสินใจตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ นำเสนอ และเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้วิธีการจัดกลุ่มคำตอบ

2. ข้อมูลทั่วไป ทักษะการประเมิน การจัดการอาการบรรเทา และการนิเทศ วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบสมรรถนะ และความรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

5. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน และ

หลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Independent t-test, Mann-whitney u test และหาความสัมพันธ์ Spearman rank correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

การศึกษาศถานการณ์บริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก พบประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ ดังนี้

1. ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก
2. ไม่มีการกำหนดสมรรถนะการพยาบาลที่ชัดเจน เพื่อประเมิน และจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระเจก ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองการจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก
3. ไม่มีรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน และการนิเทศไม่ครอบคลุมการประเมิน และจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก
4. สภาพปัญหาที่เกิดจากการพยาบาลผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก ได้แก่ (1) ระบบการดูแลที่แตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วยจักษุ (2) พยาบาลขาดคู่มือในการพยาบาลผู้ป่วย (3) วิธีการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน เช่น การปิดที่ครอบตา eye pad การครอบ eye shield การปิดพลาสติก จึงควรมีมาตรฐานการปฏิบัติที่เหมือนกัน (4) การให้คำแนะนำต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย (5) ไม่มีการประเมิน และจัดการกับกลุ่มอาการรบกวน (6) การมีพยาบาลใหม่ และพยาบาลในหอผู้ป่วย และในทุกจุดบริการขาดประสบการณ์ และทักษะในการพยาบาลผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก และ (7) ระบบบริการพยาบาลขาดการสนับสนุนอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ไม่มีสื่อที่เป็นรูปธรรมและทันสมัย
5. ปัญหาด้านผู้ป่วย และผู้ดูแลในหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัดตา จากพบผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อ

กระเจก 1 ราย ขี้ตาแล้วเลนส์หลุด 1 ราย งดผ่าตัด หรือเลื่อนนัดผ่าตัด เนื่องจากมีอาการรบกวน 5 ราย ผู้ป่วย/ผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายขับเคลื่อนการจัดการบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวน ตามแนวคิดของดอดด์และคณะ⁷ เป็นวิธีการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการรบกวนก่อนผ่าตัดต่อกระเจกของผู้สูงอายุที่นัดมาผ่าตัดต่อกระเจก 3 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การประเมินประสบการณ์อาการกลุ่มอาการรบกวนด้วยแบบประเมิน ESAS ก่อนผ่าตัด (2) การจัดการอาการในกลุ่มอาการรบกวนก่อนผ่าตัด และ (3) ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการรบกวนก่อนผ่าตัด

องค์ประกอบที่ 2 มีพยาบาลผู้จัดการเพื่อนิเทศบทบาททางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการรบกวน ที่เป็นผู้บริหาร เช่น หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าตึก หรือรองหัวหน้าตึก เพื่อสามารถประเมินบทบาททางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการรบกวน ดังนี้ (1) การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (2) การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (3) การดูแลความปลอดภัย (4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มอาการรบกวนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาลต่อกระเจก (5) การให้การดูแลต่อเนื่อง (6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และ (7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลและคู่มือการใช้ที่พัฒนาตามแนวคิดของดอดด์และคณะ⁷ มี 3 ส่วน คือ (1) การประเมินอาการรบกวนในระยะก่อนผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการรบกวน ESAS (2) การพยาบาลในการจัดการอาการรบกวนใน

แต่ละระยะของการผ่าตัดต่อกระดูกที่ต่อเนื่อง (3) การประเมินผลการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรอบกวนหรือตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพระบบบริการพยาบาลวัดผลจาก (1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลในการจัดการอาการรอบกวน และสมรรถนะผู้ให้ทางคลินิกหรือผู้จัดการรายกรณี (2) ระบบบริการ คือ ผลการนิเทศคลินิกเกี่ยวกับการจัดการอาการรอบกวนตาม CNPG โดยประเมินความแปรปรวน 3 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วย ด้านระบบงาน และด้านผู้ให้บริการ และ (3) ด้านคลินิก เช่น อุบัติการณ์การเกิดอาการรอบกวน อุบัติการณ์งด/เลื่อนผ่าตัดจากอาการรอบกวนแต่ละระยะ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลในการจัดการอาการรอบกวน และ ความร่วมมือในผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างผ่าตัด รายละเอียดในภาพที่ 2

องค์ประกอบที่ 4 แผนการนิเทศทางคลินิก 7 ขั้นตอน คือ (1) พุดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบเป็นกันเอง (2) ให้ผู้รับการนิเทศบอกการประเมินกลุ่มอาการรอบกวนและจัดการ (3) สังเกตขั้นตอนการการประเมินกลุ่มอาการรอบกวนและจัดการอาการ รวมทั้งการบันทึกผลการประเมิน (4) กล่าวชมเชยในขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ชี้แนะและร่วมปฏิบัติในขั้นตอนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (5) ฝึกทักษะโดยผู้ให้ทางคลินิกทำให้อุณหภูมิและให้ผู้รับการนิเทศฝึกปฏิบัติ (6) สังเกตความกระตือรือร้นในการนิเทศ และ (7) เสริมพลังอำนาจให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 5 สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ และคู่มือผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกและญาติผู้ดูแลในการ

ปฏิบัติเพื่อจัดการอาการรอบกวน 5 อาการ (1) แผนการสอนเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ในระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด (2) แผ่นภาพการปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด (3) แผ่นพับให้ความรู้สำหรับโรคต่อกระดูก การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด (4) แบบฝึกบริหารดวงตา และ (5) ผ้าเจาะรูตาสำหรับคลุมโปง

องค์ประกอบที่ 6 แผนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการพยาบาล และจัดการอาการรอบกวนผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก มี 9 มาตรฐาน (1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการรักษา (2) ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจในการรักษาด้วยการผ่าตัด (3) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อของตาข้างที่ทำผ่าตัด (4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันลูกตาสูง (5) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในช่องหน้าม่านตา (6) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะม่านตายื่นน้อย (7) ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุเนื่องจากการบิดตาทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง (8) ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายภายหลังการผ่าตัด (9) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

ผลการใช้รูปแบบการจัดบริการการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรอบกวน ประเมินผลลัพธ์ 2 ส่วน คือ (1) ประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนา และ (2) ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรอบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

วารสารกองการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมของผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดต่อกระดูก	
1. การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด	
1.1 วันแรกที่ผู้ป่วยมาตรวจและมีแผนการรักษานัดเข้ารับการผ่าตัด ดังนี้	
พยาบาลห้องตรวจตา	1) นัดหมายวันและเวลาการผ่าตัด 2) เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และ 3) ประเมินกลุ่มอาการบวมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (วิตกกังวล เครียด)
พยาบาลห้องผ่าตัดตา (หน่วยผ่าตัด3)	เยี่ยมผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดต่อกระดูกที่ห้องตรวจตา สร้างสัมพันธภาพ อธิบายสถานที่และการปฏิบัติตัวภายในห้องผ่าตัด และประเมินอาการบวมด้วยแบบประเมิน ESAS (วิตกกังวล เครียด) จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก โดยใช้แผ่นพับ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดโดยใช้รูปภาพ วิธีการคลายความวิตกกังวลและกลุ่มอาการบวม โดยใช้แผ่นพับ วีดิทัศน์ การฝึกบริหารตา และการหายใจได้น้ำคลุ่มหน้า และวางแผนการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการบวมร่วมกัน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เน้นวันนัดหมาย และเวลาเข้าอนโรงพยาบาล
1.2 วันนอนอนโรงพยาบาลและผ่าตัด ดังนี้	
พยาบาลห้องตรวจตา	ผู้ป่วยมารายงานตัวที่ห้องตรวจตาตามนัดเพื่อทำเรื่อง Admit ที่ตึกตา เปลี่ยนเสื้อผ้า ชักประวัติต่างๆ ส่งผู้ป่วยมายังตึกตา
พยาบาลหอผู้ป่วย IPD ตา	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก โดยใช้แผ่นพับ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด โดยใช้รูปภาพ วิธีการคลายความวิตกกังวล และกลุ่มอาการบวม โดยใช้แผ่นพับ วีดิทัศน์ การฝึกบริหารตา และการหายใจได้น้ำคลุ่มหน้า และวางแผนการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการบวมร่วมกัน ประเมินกลุ่มอาการบวมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (วิตกกังวล เครียด) -ตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตามมาตรฐานของ WHO Surgical Safety Checklist (2009) และตรวจสอบการยินยอมในใบผ่าตัดและส่งผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัด (หน่วยผ่าตัด 3)
พยาบาลห้องผ่าตัดตา (หน่วยผ่าตัด3)	1) เยี่ยมผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดต่อกระดูกที่หอผู้ป่วย IPD ตา สร้างสัมพันธภาพ อธิบายสถานที่และการปฏิบัติตัวภายในห้องผ่าตัด ประเมินกลุ่มอาการบวมด้วยแบบประเมิน ESAS (วิตกกังวล กลัว เครียด อาการแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว นอนไม่หลับ ท้องผูก) และ 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก โดยใช้แผ่นพับ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัดโดยใช้รูปภาพ วิธีการคลายความวิตกกังวล และกลุ่มอาการบวม โดยใช้แผ่นพับ วีดิทัศน์ การฝึกบริหารตา และการหายใจได้น้ำคลุ่มหน้า และวางแผนการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการบวมร่วมกัน และแจกคู่มือ แผ่นพับ และควิอาร์โค้ด เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เทคนิคในการจัดการอาการบวมด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา
2. การพยาบาลในระยะผ่าตัด	
2.1 ขณะรอผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด ดังนี้	
พยาบาลประจำห้องผ่าตัด	-ขณะนั่งรอผ่าตัดสร้างสัมพันธภาพ -ตรวจสอบสัญญาณชีพ การทำ Mask site -ชักประวัติทั่วไป อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ประเมินกลุ่มอาการบวมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (อาการกลัว วิตกกังวล เครียด ปวดตา) และให้ข้อมูลและให้การพยาบาลจัดการอาการบวมต่างๆตามอาการที่ประเมินพบ
2.2 ระหว่างผ่าตัดในห้องผ่าตัด	
พยาบาลประจำห้องผ่าตัดปฏิบัติ ดังนี้ 1) ดูแลและจัดท่านอนให้เหมาะสมและสุขสบาย 2) อธิบายเน้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างผ่าตัด 3) ตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด (Surgical safety checklist) ของโรงพยาบาล ทั้งก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ก่อนลงมีด (Time out) ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) 4) ประเมินกลุ่มอาการบวมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (อาการกลัว ไม่ให้ความร่วมมือ วิตกกังวล เครียด กลืนบัสสาวะไม่อยู่ สัน ท้องเสีย อาการไอ) 5) ประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดเพราะผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือเพราะรู้ตัวตลอดเนื่องจากไม่ได้รับการดมยาสลบทำให้การทำงานยากขึ้น และ 6) อยู่ใกล้ชิด สัมผัส และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นระยะด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลและจัดการอาการบวมต่างๆตามอาการที่ประเมินพบ	
3. การพยาบาลในระยะหลังการผ่าตัด	
3.1 หลังผ่าตัดก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign Out) ดังนี้	
พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติ ดังนี้ 1) ปิดตาด้วย Eye pad 2) เน้นย้ำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด 3) ประเมินกลุ่มอาการบวมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (ปวดตา ไอ จาม อาเจียน ท้องผูก) 4) พยาบาลประเมินความร่วมมือในการผ่าตัด ละ 5) ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย	
3.2 หลังผ่าตัดในระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมง ในห้องพักฟื้น ดังนี้	
พยาบาลห้องพักฟื้น และพยาบาลวิสัญญี ปฏิบัติ ดังนี้ 1) ประเมินความรู้สึกตัวซึ่งควรมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้นภายใน 60-90 นาทีและดูแลสัญญาณชีพ จนกว่าจะมีอาการคงที่ตามมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี 2) ประเมินกลุ่มอาการบวมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS (อาการปวดตาจากการผ่าตัดและความดันลูกตาสูง คลื่นไส้ อาเจียน ไอจาม และอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูก) และ 3) จานำหน้าผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยโดยใช้ Modified aldrete score ต้องมีคะแนน ≥ 9 จะสามารถจำหน่ายออกได้ และดูแลส่งผู้ป่วยกลับตึกตา	
3.3 หลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยตาและวันรอจำหน่าย (24 ชั่วโมงถึง 2 วัน) ดังนี้	
พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยตา ปฏิบัติ ดังนี้ ประเมินกลุ่มอาการบวม จากอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้าน และอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูก คือ อาการ ความดันลูกตาสูง การตั้งรังของแผลเย็บ เลือดออกในช่องหน้าม่านตา การติดเชื้อ และ ท่อทางเดินน้ำตาเกิดการติดเชื้อ	
3.4 ระยะหลังผ่าตัดในวันที่มาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจตา (หลังจำหน่ายแพทย์จะนัดมาตรวจหลังผ่าตัด 1 วัน 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และทุก ๆ ปีหลังผ่าตัด) ดังนี้	
พยาบาลประจำห้องตรวจตา ปฏิบัติ ดังนี้ ประเมินกลุ่มอาการบวมจากอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูก คือ อาการความดันลูกตาสูง การตั้งรังของแผลเย็บ เลือดออกในช่องหน้าม่านตา การติดเชื้อ และวิตกกังวลในการปฏิบัติตัว	

ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการบวมของผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

การประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการพัฒนาฯ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.70, SD .78) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ และด้านความถูกต้องอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความเป็นประโยชน์ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีระดับการยอมรับขององค์กรพยาบาลผู้ใช้รูปแบบ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย และหญิง จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 64.30 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับต่อกระเจก ร้อยละ 47.60 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 42.90 ใช้วิธีดมยาแบบ LA ร้อยละ 97.80 เป็นการผ่าตัดต่อกระเจกแบบ PE ร้อยละ 90.50 รองลงมา คือ การผ่านตัดแบบ ECCE และ ICCE ร้อยละ 4.80 ไม่มีงดผ่าตัด ร้อยละ 97.60 มีงดผ่าตัด 1 ราย ร้อยละ 2.40 สาเหตุจากมีความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัด ซึ่งร้อยละ 60.50 ไม่เคยได้รับข้อมูลการประเมินและมีอาการรบกวนด้วยตนเอง

ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.10 เป็นเพศหญิงร้อยละ 42.90 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 64.30 มีโรคร่วม ร้อยละ 95.24 คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและไขมันในเลือดสูง ใช้วิธีดมยาแบบ LA ร้อยละ 100 เป็นการผ่าตัดต่อกระเจกแบบ PE ร้อยละ 100 ไม่มีงดผ่าตัดจากการเกิดอาการรบกวน ร้อยละ 100 และ ไม่เคยได้รับข้อมูลการประเมินและมีอาการรบกวนด้วยตนเอง ร้อยละ 59.50

ประสบการณ์อาการรบกวน พบว่า ผู้ป่วยต่อกระเจกทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.70 ไม่มีอาการรบกวนอื่นๆ แต่ร้อยละ 14.30 มีอาการรบกวนหลัก คือ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก มีอาการกลัวส้น ก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัด มีความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัด มีความเครียดก่อนและหลังผ่าตัด ร้อยละ 90.50, 95.20, 97.60, 76.20 ตามลำดับ ส่วนความถี่ของอาการรบกวน

ตารางที่ 1 การนิเทศการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระเจก

ที่พบมากและบ่อยครั้งที่สุด ดังนี้ อาการกลัว/ สิ้นความเครียด บ่อยครั้ง และอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 73.80, 61.90, 50.00 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงของอาการรบกวนที่เผชิญขณะนั้น พบว่า อาการวิตกกังวล ร้อยละ 64.30 มีความรุนแรงมาก อาการเครียดร้อยละ 52.40 ประเมินว่ามีความรุนแรงมาก และอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ซึ่งผู้สูงอายุที่มาผ่าตัดต่อกระเจกที่มีอาการรบกวนเหล่านี้ กลุ่มควบคุมร้อยละ 97.60 ไม่มีวิธีการจัดการกับอาการรบกวนที่เป็นอยู่ และระดับอาการรบกวนไม่ลดลง ส่วนกลุ่มทดลองร้อยละ 100 ได้รับการจัดการกับอาการรบกวนที่เป็นอยู่ และระดับอาการรบกวนลดลง

ผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาฯ มี 2 ด้าน คือ ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ พบ อาการรบกวนก่อนเข้าผ่าตัดกับความร่วมมือในการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์แบบผกผันอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.717$, $p<.00$) อาการรบกวนลดลงกว่าก่อนการพัฒนาฯ ($t=8.37$, $p<.05$) ความร่วมมือในการผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=5.77$, $p<.05$) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดร้อยละ 100 และผู้ป่วยกลุ่มทดลองพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.49$, $p<.05$) อัตราการเลื่อนผ่าตัดลดลงเป็นศูนย์

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า การนำรูปแบบฯ ไปใช้มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ สมรรถนะของพยาบาลในการประเมินและจัดการอาการรบกวนสูงกว่าก่อนการพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ มีทักษะในการประเมินและจัดการอาการรบกวน ร้อยละ 86.55 การนิเทศทางคลินิก พบปฏิบัติตามรูปแบบร้อยละ 88.22 พยาบาลผู้ใช้มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุด ตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

วารสารกองการพยาบาล

ทักษะการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต	จำนวนข้อ	Mean	SD	Min	Max	%
ด้านการประเมินอาการรบกวน	17	15.00	1.12	13.00	17.00	88.24
ด้านการจัดการทางการพยาบาล	6	5.65	.49	5.00	6.00	94.12
ด้านการรายงานอาการรบกวนเพื่อจัดการอาการรบกวน	4	3.47	.62	2.00	4.00	86.76
ด้านการบันทึกผลการจัดการอาการรบกวน	3	2.35	.49	2.00	3.00	78.43
ภาพรวมทั้งหมด	26.47	.87	25.00	28.00	28.00	88.22

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก (N 20)

ลำดับ	หัวข้อการประเมินรูปแบบ	Mean	SD	แปลผล
1	รูปแบบมีความครอบคลุมด้านเนื้อหาการจัดการอาการรบกวน	4.59	0.51	มากที่สุด
2	รูปแบบมีความชัดเจนในการปฏิบัติ	4.47	0.62	มาก
3	รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.53	0.51	มากที่สุด
4	รูปแบบสามารถปฏิบัติได้ง่ายและสะดวกต่อการใช้	4.82	0.51	มากที่สุด
5	รูปแบบสามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามแนวทางได้	4.41	0.39	มาก
6	รูปแบบการปฏิบัติงานทันสมัยและมีการใช้หลักฐานการวิจัย	4.71	0.47	มากที่สุด
7	รูปแบบทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอาการรบกวนมากขึ้น	4.76	0.44	มากที่สุด
8	รูปแบบทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติปลอดภัยและลดการฟ้องร้อง	4.47	0.51	มาก
9	รูปแบบทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น	4.53	0.51	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจของท่านต่อการใช้รูปแบบนี้		4.59	0.51	มากที่สุด

อภิปรายผล

สถานการณ์บริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวน ผลการศึกษาสถานการณ์ การวิเคราะห์พบประเด็นที่น่าสู่การพัฒนาแบบฯ มีดังนี้ (1) ด้านการประเมินและจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและขาดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (2) ด้านสมรรถนะการพยาบาล ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะการพยาบาลที่ชัดเจนที่ตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก (3) ด้านการนิเทศทางคลินิก ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการนิเทศไม่ครอบคลุมการประเมินและจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกจะมีความรู้สึกกลัว และกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด อาการปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กลัวว่าไม่สามารถทำงานได้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว สอดคล้อง

การศึกษาของเอื้องพร พิทักษ์สังข์และคณะ¹³ ที่ศึกษาระดับความวิตกกังวล ความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางและความเครียดอยู่ในระดับสูง จึงมักก่อให้เกิดอาการรบกวน คือ มีความวิตกกังวลในทุกระยะของการผ่าตัด ความวิตกกังวลรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยความเสียงขณะผ่าตัด เช่น การขยับตัวขณะผ่าตัดซึ่งอาจมีผลต่อการทำหัตถการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้¹⁴ ความวิตกกังวลส่งผลขัดขวางการรับรู้ข้อมูล การเรียนรู้และการจดจำข้อมูลลดลง เช่น ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัด และคำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัว⁶ ความวิตกกังวลระดับสูงเป็นสาเหตุให้มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต และทำให้ใช้ยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น ในระยะหลังผ่าตัดทำให้มี

ความต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้น และยังเป็นสาเหตุให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้นด้วย ความไม่รู้ข้อมูลเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด รองลงมาได้แก่ กลัวการเสียชีวิต กลัวการดมยาสลบ ไม่นั่นใจในความชำนาญของแพทย์ผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล การปวดและไม่สุขสบายหลังผ่าตัด⁶

การพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ผลการพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนา มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ให้มีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะในการประเมินและจัดการอาการรบกวนแก่ผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูก ผลวิจัยนี้สอดคล้องภารกิจการของกองการพยาบาล⁶ ที่กำหนดบทบาททางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการรบกวน (7 aspect of care) ไว้ชัดเจน และเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ⁸ ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยเน้นการจัดการอาการที่คำนึงถึงประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถเดิมของผู้ป่วยเป็นฐาน รวมถึงแสวงหาการดูแลของตนเองจากการได้รับความรู้ ข้อเสนอแนะ หรือทางเลือกต่าง ๆ จากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจนกว่าจะพึงพอใจเพื่อให้มีการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและตรงกับความต้องการ เกิดทักษะและสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างยั่งยืน การศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกยังไม่มี แต่สอดคล้องการศึกษาของอัญติมา กิจศรีนาคล ประทุมสร้อยวงศ์ และพิบูล พรพิบูลย์¹⁵ พบว่า ปัจจุบันมีรูปแบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่จะช่วยบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ หลายรูปแบบ และการจัดการอาการที่มี การผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยบรรเทาอาการรบกวนของผู้ป่วยได้ เพื่อให้บรรเทาอาการรบกวนมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จึงควรบูรณาการวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดอาการรบกวนและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการนำแนวทางการจัดการอาการรบกวนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินสภาวะผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ และการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรายงานความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทันทีแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย การร่วมมือกันแก้ปัญหาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการบันทึก รายงานการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องครบถ้วน¹⁶ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนขณะได้รับการผ่าตัด มีหลักในการดูแล ได้แก่ การตระหนักว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความวิตกกังวล การแสดงท่าทียอมรับ ไม่ตำหนิพฤติกรรม ดูแลผู้ป่วยและรับฟัง ด้วยความสงบ อยู่เป็นเพื่อนในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ สอดคล้องการศึกษาของ วารุณี กุลราช, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สุภาภรณ์ ด้วงแพง¹⁷ ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรพัฒนาแนวทางในการจัดการอาการรบกวนลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และลดระยะเวลารอผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ในการศึกษา กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า การจัดการอาการ ตามแนวคิดการจัดการอาการเป็นรูปแบบวิธีการให้ข้อมูลที่เป็นการสื่อสารแบบสองทางจึงสามารถส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการบรรเทาอาการได้เหมาะสมกับการรับรู้ และเป็นรูปแบบการจัดการอาการที่มีการกำกับ ติดตามผลการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการกระตุ้นการเรียนรู้และมีการนำวิธีการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปใช้อย่างต่อเนื่อง¹⁸ มีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การใช้วิถีทัศนภาพลึกลับ คู่มือ เพื่อเป็นสื่อในการให้ข้อมูลจะทำให้

ผู้ป่วยเกิดการรับรู้แล้วสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจ จัดเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้อย่างเป็นระบบระเบียบ ทำให้คาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ความรู้สึกละ และลดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ ซึ่งบทบาทอิสระทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการอาการรบกวนของกองการการพยาบาล⁶ ประกอบด้วย การประเมินสภาวะผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ และการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรายงานความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทันทีแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมให้บริการผู้ป่วย การร่วมมือกันแก้ปัญหาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการบันทึกรายงานที่ถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้ นำแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพร็อคเตอร์⁹ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การนิเทศตามมาตรฐาน โดยการประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถโดยการสอนการชี้แนะเป็นรายบุคคล และการนิเทศเพื่อธำรงรักษา โดยการให้คำปรึกษาและประชุมปรึกษาทางการพยาบาลมาใช้ในพัฒนารูปแบบฯ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการรบกวนในทุกระยะของการผ่าตัด ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัด นอกจากนี้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นยังระบุถึงกิจกรรมของทีมพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากองค์การอนามัยโลก¹⁰ และมีขั้นตอนการปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดของกองการพยาบาล²⁰ ซึ่งทำให้เกิดความชัดเจนและมีแนวปฏิบัติในการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การประเมินผลลัพธ์รูปแบบบริการพยาบาล เพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ผลลัพธ์ในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบพัฒนาฯ มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ

ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะในการประเมินและจัดการอาการรบกวนแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก อาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วยลดลง เพิ่มความร่วมมือในการผ่าตัดของผู้ป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ข้อเสนอแนะควรมีการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลในการจัดการอาการรบกวนในระดับองค์กรพยาบาล ตรวจสอบผลลัพธ์ซ้ำ และส่งเสริมการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้อย่างต่อเนื่องตามบริบท ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการส่งเสริมการจัดการอาการตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ⁷ เป็นแนวคิดที่อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคล จึงสามารถช่วยจัดการกับอาการที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและยอมรับกับวิธีการปฏิบัติการจัดการอาการของตนเองและบุคลากรพยาบาล จึงทำให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความร่วมมือในการจัดการอาการรบกวนได้อย่างต่อเนื่อง²¹ สอดคล้องการศึกษาของอัญติมา กิจศรีนาคดล ประทุมสร้อยวงศ์ และพิกุล พรพิบูลย์¹² เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำแนวคิดการจัดการอาการไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล หากเป็นพยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณีจะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง สามารถวางแผนการจัดการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการ รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นพยาบาลคนเดิมที่รับรู้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโดยตลอด รวมถึงมีทักษะในการใช้แนวคิดการจัดการอาการ จึงจะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุมกับปัญหาสุขภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

แม้ว่าการศึกษารูปแบบบริการเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกโดยตรงยังไม่พบ แต่สอดคล้องการศึกษาของศิริธร สุทธิสนธิ²² เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยใช้แนวคิดการบรรลุจุดมุ่งหมายต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการผ่าตัดต่อเนื้อตาที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยใช้แนวคิดการบรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อลดอาการรบกวนจากความวิตกกังวลและเกิดความร่วมมือในการผ่าตัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม ก่อนเข้าผ่าตัด และหลังได้รับโปรแกรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการผ่าตัดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องการศึกษาของรัชดา จันทิวาส¹⁰ เรื่องผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อรับการฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตาในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา พบว่า ภายหลังให้โปรแกรมเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการให้โปรแกรมเตรียมความพร้อม และสอดคล้องการศึกษาของละเมียด ปีกขาว²³ เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร โรงพยาบาลปทุมธานี พบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูกลดลงเป็นศูนย์

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านโครงสร้าง การเรียนรู้ การอบรม การจัดทำแนวทางปฏิบัติ การจัดทำสื่อการสอน บุคลากร (2) ปัจจัยด้านกระบวนการพยาบาล 5 ด้านของ Swanson 3 ปัจจัยด้านผลลัพธ์

รูปแบบฯ ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานแนวคิดแบบวัดของ AGREE 2 ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ²³ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมภาร ไวยลาภ²⁴ พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อกระดูกสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีระบบงานที่ดีขึ้นโดยการพัฒนาระบบงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการ มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การประสานงานสะดวก รวดเร็ว และดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ กลุ่มผู้รับบริการประเมินประสิทธิผลการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 (SD .42) ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน/ ผิดข้าง/ ใส่เลนส์ผิดเบอร์ ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก และใส่เลนส์เทียม หลายการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความรู้และการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น อาการรบกวนต่าง ๆ ลดลง พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้การจัดการอาการรบกวนนี้ในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกกลุ่ม²⁵ ส่งผลต่อคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น²⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนานี้ไปใช้เพื่อจัดการอาการรบกวน สามารถเป็นต้นแบบที่ดีให้กับการพัฒนาบริการพยาบาลในบริบทอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ควรศึกษาวิธีการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นอย่างชัดเจนเพื่อให้การนำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติได้ดี
2. รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนานี้ สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการ การกำหนดปัจจัยที่เหมาะสม และครอบคลุม เพื่อการสร้างแนวปฏิบัติ

วารสารกองการพยาบาล

พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการอาการ
รบกวน และบรรเทาความทุกข์ทรมานอาการรบกวนใน
แต่ละด้านได้

3. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
ควรกำหนดเป็นนโยบาย ประกาศใช้ และเผยแพร่
รูปแบบฯ อย่างจริงจัง ร่วมกับนิเทศแบบเสริมพลัง
อำนาจและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพ
บริการ และเกิดประโยชน์สูงสุด และทำคู่มือการนำใช้
รูปแบบฯ พร้อมเผยแพร่ขยายผลให้บุคลากรในกลุ่ม
งานการพยาบาลและผู้ป่วยห้องผ่าตัดรับทราบ และมี
แนวทางพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัดใหม่
ให้นำรูปแบบฯ ไปใช้ได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลการนำใช้รูปแบบฯ
อย่างต่อเนื่องในระยะยาว และพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ
ให้ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบขึ้นใหม่ตาม
บริบทของการให้บริการของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2. ควรทำการวิจัยการจัดการอาการรบกวน
แต่ละด้านในรายโรคสำคัญในกลุ่มงานการพยาบาล
อื่นๆ ตามบริบทแต่ละหน่วยงานและวิเคราะห์รูปแบบ
อย่างเป็นระบบ เพราะรูปแบบที่มีลักษณะ
แตกต่างกันอาจมีการพยาบาลที่ต่างกัน

References

1. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site Infection. Geneva WHO; 2016.
2. Chunharas, S. Annual report. Situation of the elderly in Thailand 2010. Bangkok: Foundation of the Thai Gerontology Research and Development Institute (KMUTT). 2012.
3. Tinley CG, Frost A, HkinKN, Mcdermott W, Ewings P. Is visual outcome compromised when next day review isomitted after phacoemulsificationsurgery?. A randomised control trial. Br J Ophthalmol 2003; 87(11): 1350-5.
4. Nijkamp P, Jacques PV. Meta-analysis of the impact of Fiscal policies on long-run growth, Tinbergen Institute Discussion Paper, No. 02-028/3, Tinbergen Institute, Amsterdam and Rotterdam; 2004.
5. Boonyanuwat J, Theppanomrat K. Incidence and causes of cataract surgery cancellation at Jainard Narendra Hospital. 2016.
6. Bureau of Nursing, Department of medical services, Ministry of public health. Nursing standards in hospitals. 2nd update. Bangkok: Veterans Relief Organization; 2007. Thai.
8. Roi Et hospital information center. Statistics of the elderly with cataract surgery operating room Nursing care group for operating room patients; 2020.
7. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(5):668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research reader. Victoria: Deakin University; 1990.
10. Matsee C, Waratwichit C. Promotion of health literacy: From concept to practice. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017; 9(2): 96-111. Thai.
11. Proctor B. (2001). Training for the Supervision Alliance Attitude, Skill and Intention. In Fundamental Themes in Clinical Supervision Cutcliffe, J.R., Butterworth, T., and Proctor, B., eds.London : Routledge, 25-46.
12. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton symptom assessment Scale.Cancer 2000; 88(9): 2164-71.
13. Pitukung, A., Tanterothum, J., Supharerx, S., Waranukulsak, O. The study of anxiety, stress and information required of the preoperative outpatients. Siriraj Nursing Journal 2011; 4(1): 39-42. Thai.
14. Khan F, Nazir S.,(2007). Khan F, Nazir S. Assessment of preoperative anxiety in patients for elective surgery.J Anesth Clin Pharmacology 2007; 23(3): 259-62.
15. Gidsrinopdon, A., Soivong, P., & Phornphibul, P. Application of symptom management model in nursing clinical practice: A case study of lung cancer patients. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2019; 11(1): 98-110.
16. Yodkaew, M., Kongsuwan, V., Vanaleesin, S. Nursing practical guideline for reducing anxiety

- during operation with spinal block: A review of the literature. Nursing practical guideline for reducing anxiety during operation with spinal block: A review of the literature. Princess of Narathiwas University Journal 2019; 35(3):13-23.
17. Gulrach, V., Kunsongkeit, W., Duangpaeng, S. Factors related to preoperative anxiety among patients with eye surgery. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017; 9(1): 1-12.
18. Kaeotawee, A., Bunmas, N. & Chomthony, W. Incidence and Causes of Elective Surgery Careellations in Songklanagarind Hospital Songkla Med J 2014; 32(5): 327-338.
19. Gilmartin, J. and Wright, K. (2008). Day surgery: Patients' felt abandoned during the preoperative wait. Journal of Clinical Nursing, 17(18), 2418-25.
20. Chantiwas, R. The Outcome of Preparation Program for intravitreal Injection in diabetic retinopathy patient. Master of Nursing Thesis Advanced Adult Nursing graduate school Christian University. 2014.
22. Chanthaboon, N., Udomkijpipat, J., & Rongmuang, D. The Effects of Education Program on Knowledge for Pain Management and Attitude for Non-pharmacological Interventions among Nurse Mentor Worked in Boromarajonai College of nursing Suratthani. Journal of Nursing and Health Care 2018; 36(3):168-176.
23. Sutthison, S. The results of readiness program before undergone surgery for goal attainment towards anxiety and cooperation in pterygium surgery at a secondary level hospital. Major : Adult Nursing ; M.S.N. (Adult Nursing). 2017.
24. Pukkhaow, L., Saenprasarn, P., & Huttrungsri, K.. Developing model of generosity participatory nursing among cataract surgery patients as of Swanson's Theory, Pathum thani hospital. Journal of Health Science 2020; 29(5): 864-875.
25. Waiyalap, S. Development of integrated cataract care system in Seka hospital. Nakhonphanom hospital Journal 2019; 4(1):71-85.
26. Ounsrimuang K, Siriwatanamethanon J, Buatee S. Effects of Self-Management Program on Knowledge, Self-Management, and Health Indicators among Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2013; 31(2):
27. Choengsa-ard N, Promarak T, Eamratsameekool W. Development of quality model for clinical risk management based on in-patient nursing care standard in atsamat hospital Roi-Et province. Journal of Nursing and Health Care 2018; 36(3):147-56. (in Thai)

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์

สมบัติ วงศ์เตจ่า* พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ โดยการพัฒนาใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC])¹ และตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ราย มีค่า CVI.99 กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 9 ราย และ พระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จำนวน 9 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ มีข้อปฏิบัติรวม 30 ข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นสามารถนำไปปฏิบัติได้ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นต่อพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง กล่าวคือ ร้อยละของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก, การดูแลพระภิกษุอาพาธ, ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงฆ์ banggax@gmail.com

DEVELOPMENT OF PRACTICE GUIDELINES FOR CARE OF MONKS FOR PATIENTS WITH HYPERTENSIVE URGENCY, EMERGENCY UNIT, PRIEST HOSPITAL

Sombat Wongtecha* M.N.S. (Nursing Administration)

Abstract

The purposes of this development research aimed a clinical practice guideline for the care of an elderly monk with hypertension urgency at the Emergency Unit, Priest Hospital. The Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)¹ guidelines were used as a framework. The CPGs were validated by 3 experts (CVI.99). The sample included 9 emergency unit healthcare personnel nurses who were purposely selected and. Sample included 9 elderly monks with hypertension urgent at Emergency. Data were collected using a questionnaire on feasibility of using the CPGs for care of older persons with hypertensive urgency. Data were analyzed using descriptive statistics. The statistics used were frequency and percentage.

The findings revealed the CPGs for the care of elderly monks with hypertension urgent at Emergency Unit, Priest hospital. There is a total of 30 practices regulations group that most of approved are all practical. The trial results indicated positive events and outcomes among the elderly monks with hypertension urgent at Emergency Unit. The percentage of users of the CPGs for the care of elderly monks with hypertension urgent at Emergency Unit. The developed at this time, it is suitable for use in the care of the elderly monks with hypertension urgency at Emergency Unit, Priest hospital in the future.

Key words: clinical practice guidelines, care of monks for patients, hypertension urgency

* Registered Nurse, Priest hospital, Banggax@gmail.com

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังในพระภิกษุอาพาธ เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ทำให้เป็นปัญหาสำคัญที่พระภิกษุอาพาธมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2000 พบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 2,400,000 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมาก่อน พบว่าภาวะนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 250,000 ราย ต่อปี American Heart Association² และองค์การอนามัยโลก รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็พบ มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่นกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ถึงเกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนี้ ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ

ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังในพระภิกษุอาพาธ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่มีความซับซ้อนที่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน มักเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล จนควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ หรือเกิดจากการได้รับการรักษาไม่เพียงพอ ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจนมากกว่า

หรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ของการปรับตัวด้วยกลไกอัตโนมัติ (autoregulation) เสียไปไม่สามารถปรับระดับการไหลเวียนโลหิตได้ทำให้หลอดเลือดเล็ก ๆ มีการหนาตัว เกิดการตายของเนื้อเยื่อ มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือด ทำให้เยื่อหลอดเลือดถูกทำลายอย่างรวดเร็ว และรุนแรง อวัยวะต่าง ๆ ขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลต่ออวัยวะของร่างกายเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมามากมาย³

โรงพยาบาลสงฆ์เป็นโรงพยาบาลหนึ่งในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ที่มีความสำคัญในการให้บริการดูแล รักษาพยาบาลแด่พระภิกษุสงฆ์สามเณร อาพาธจากทั่วทั้งประเทศที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสงฆ์ที่เป็นผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล และที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่มีอาการฉุกเฉินและเรื้อรัง อยู่ในภาวะวิกฤต ทั้งจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันที่ต้องได้รับการดูแลรักษาทันทั่วทั้งตลอด 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลสงฆ์⁴ พบว่าพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยฉุกเฉินและฉุกเฉิน ในปี พ.ศ. 2559 – 2562 มีจำนวน 116, 150, 96 และ 205 ตามลำดับ ทำให้ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และนอนพักในโรงพยาบาลนานขึ้น หรือส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานบริการขั้นสูงต่อไป เช่น ในกรณีพบพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเห็นได้ว่าการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และคาดว่าจะมีแนวโน้มมากขึ้น จากประสบการณ์การทำงาน ร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า เมื่อไม่มีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ในแผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้พระภิกษุอาพาธนอนรอเพื่อรับการดูแลรักษาพยาบาลนานขึ้น อย่างน้อยต้องใช้เวลารอคอยในการ

ตรวจรักษาประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง จากสถิติในปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2562 มีจำนวน 116, 150, 96 และ 205 ราย ทำให้พระภิกษุอาพาธเสียโอกาส และเสี่ยงที่จะมีภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเกิดขึ้นได้ รวมทั้งยังมีความหลากหลายทั้งจากแพทย์เวร และพยาบาล ตั้งแต่การประเมินสภาพร่างกาย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การรักษาโดยใช้ยา ไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน เมื่อมีแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ทำให้พยาบาลวิชาชีพทำงานได้อย่างเป็นระบบ สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพมากขึ้น เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน ทำให้พระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ไม่ต้องนอนรอรักษาพยาบาลนานเกินไป ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้องมีประสิทธิภาพ ไม่มีอุบัติเหตุ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลดีต่อคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการทำงานดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง รวมทั้งยังลดอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ (2) การกำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ (3) การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ (4) การกำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (5)

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (6) การจัดตั้งทีมยกร่างแนวปฏิบัติ (7) การจัดทำแผน การเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (8) การทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ (9) การจัดทำรายงานรูปเล่ม (10) การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ (12) การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ แนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หมายถึง ข้อความที่ระบุถึงแนวทางสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงแนวทางปฏิบัติ เพื่อชี้แนะการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติในการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental study) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเรื้อรัง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

การดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ (2) การกำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ (3) การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ (4) การกำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (5) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (6) การจัดตั้งทีมยกร่าง

แนวปฏิบัติ (7) การจัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (8) การทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ (9) การจัดทำรายงานรูปเล่ม (10) การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ และ(12) การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน (2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ พระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9 รูป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้เลือกแบบเจาะจงรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ที่มีประสบการณ์ทางด้านการรักษาพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ทางด้านการดูแลพยาบาลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จำนวน 3 คน และผู้วิจัย

2. ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 9 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ มีคุณสมบัติ คือ (1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (2) ปฏิบัติงาน และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 ปี (3) ยินดี และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา ดังนั้น มีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 7 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 2 คน รวม 9 คนเข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ พระภิกษุอาพาธที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง จำนวน 9 ราย ได้รับการดูแลโดยการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ

2) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ประกอบด้วย

1.2.1 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาไปใช้ในหน่วยงาน มี 2 ตัวเลือก คือ เป็นไปได้ หรือเป็นไปไม่ได้ และมีคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

1.2.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยรวม โดยใช้แนวคำถามที่พัฒนาขึ้นโดย พิกุล นันทชัยพันธ์ (2549) จำนวน 6 แนวคำถาม ประกอบด้วยความยากง่าย ความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติทางคลินิก ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ความประหยัด ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ ความเป็นไปได้ทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน แสดงความคิดเห็นเป็น น้อย ปานกลาง มาก และมีคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นเพิ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹ ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 กำหนดความต้องการ และขอบเขตของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยพิจารณาจากประเด็นปัญหาจากกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติเป็นประจำ (high volume) กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันในการปฏิบัติมาก (high variation) และกิจกรรมการปฏิบัติที่หากบกพร่องจะเกิดผลกระทบแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (high risk) โดยการประชุมปรึกษากับบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหานำเสนอขอบเขตของการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อแก้ไขปัญหาของพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และให้บุคลากรทีมสุขภาพให้การดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังต่อไป

2.2 กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยเข้าพบทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นรายบุคคลเพื่อปรึกษา และเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โดยต้องได้รับการตอบรับด้วยความสมัครใจ จำนวน 5 ราย ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้าแผนกอายุรกรรม และผู้ศึกษา จัดประชุมทีมเพื่อให้ทุกคนในทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทาง

คลินิก ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคซึ่งนำมาสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

2.3 ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จัดทำขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ราย ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิก จากนั้นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก จากนั้นนำไปทดลองใช้ในพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังเรื้อรัง จำนวน 9 ราย โดยมีทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกคอยติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด จากนั้นสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก รับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ดังนี้ (1) แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยรวม โดยใช้แนวคำถามที่พัฒนาขึ้นโดย พิกุล นันทชัยพันธ์⁵ ซึ่งผ่านการนำไปใช้จริงในทางปฏิบัติและมีการปรับปรุงมาแล้ว โดยมีการใช้โครงการพัฒนาคุณภาพบริการโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ของกลุ่มงานด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2563 (2) แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นรายข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และแบบสอบถามความพึงพอใจของพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา และขอความร่วมมือโดยอธิบายให้รับทราบอย่างทอ่งแท้งถึงสิทธิการตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอ และเผยแพร่ผลการศึกษาในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

ทีมผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก 9 คน ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ 9 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.56 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 88.89 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.78 มีระยะเวลา/ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 77.78 และไม่เคยใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 100

พระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน 9 ราย มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 44.44 มีอายุ 71 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.56 ระดับการศึกษาสูงสุด

ตามพระปริยัติธรรม คือ จบการศึกษาเปรียญธรรม 1, 2 และ 3 จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 11.11 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาตามแผนการศึกษาแห่งชาติ พระภิกษุอาพาธกลุ่มนี้ จบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 44.45 ส่วนใหญ่พักที่วัดในภาคกลาง ร้อยละ 44.45 และเป็นลูกวัด ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 77.78 ฉันทยาควบคุมความดันโลหิตสูง 1 ชนิด ร้อยละ 55.56 และไม่มีผู้ดูแลกรณีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ร้อยละ 77.78

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ไปใช้ มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณารายชื่อ จากข้อคำถาม 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ พบว่า ด้านการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ในข้อที่ 1.2 การดูแลให้พระภิกษุอาพาธนอนพักบนเตียงในบรรยากาศที่สงบ เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้ และช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (N 9)

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิก	เป็นไปได้	เป็นไปได้
ด้านการพิทักษ์สิทธิพระภิกษุอาพาธและจริยธรรม		
1. พระภิกษุอาพาธต้องได้รับการดูแลที่รวดเร็วและการพยาบาลที่เหมาะสมในการลดระดับความดันโลหิตลงเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้น	9 (100)	0
2. พระภิกษุอาพาธควรได้รับการประเมินอาการและการดูแลรักษาที่เหมาะสม	9 (100)	0
3. พระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังต้องลงนามให้ความยินยอมก่อนที่จะทำการใด ๆ	9 (100)	0
ด้านการประเมินสภาพพระภิกษุอาพาธ		
1. การซักประวัติ (1) ประวัติโรคความดันโลหิตสูง (2) ประวัติสุขภาพในอดีต (3) ประวัติสุขภาพในปัจจุบัน (4) ประวัติด้านวิถีชีวิตและจิตสังคม	9 (100)	0
2. ตรวจร่างกาย (1) วัดสัญญาณชีพ (2) ระบบประสาท (3) ระบบประสาทและหลอดเลือด	9 (100)	0
ด้านการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง		
1. การลดความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยา		
1.1 อธิบายการใช้ห้องสังเกตอาการ อุปรกรณ์ และสถานที่	9 (100)	0
1.2 ดูแลให้พระภิกษุอาพาธนอนพักบนเตียงในบรรยากาศที่สงบเพื่อให้สามารถพักผ่อนได้ และช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น	8 (88.89)	1 (11.11)
2. การลดความดันโลหิตโดยใช้ยา		
2.1 ยาที่ใช้ในพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง	9 (100)	0
2.2 เตรียมให้ยาลดระดับความดันโลหิตสูงตามการรักษาของแพทย์ด้วยความถูกต้อง	9 (100)	0
ด้านการให้ความรู้สำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง		
1. พระภิกษุอาพาธและญาติควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	9 (100)	0
2. พระภิกษุอาพาธและญาติควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	9 (100)	0
ด้านการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง		
1. พระภิกษุอาพาธที่มีปัญหาในเรื่องของการใช้ยาควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อได้รับการรักษาที่ถูกต้อง	9 (100)	0
2. ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์เฉพาะทาง	9 (100)	0
ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ		
1. ทีมสุขภาพร่วมกันประเมินประสิทธิผลการดูแลพระภิกษุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง	9 (100)	0
2. ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์เฉพาะทาง	9 (100)	0
3. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก	9 (100)	0
4. ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังให้เหมาะสม และทันสมัยอยู่เสมอ	9 (100)	0

ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้โดยรวม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน จากข้อคำถามทั้งหมด 6 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีความเป็นไปได้ทั้งหมด ยกเว้น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านแนว

ปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการได้ และด้านแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยรวม (N 9)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความง่าย และสะดวกในการใช้หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	3 (33.33)	6 (66.67)	0
2. แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความชัดเจนของข้อเสนอแนะ	3 (33.33)	6 (66.67)	0
3. แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	3 (33.33)	6 (66.67)	0
4. แนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยให้หน่วยงานประหยัด และลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา	3 (33.33)	6 (66.67)	0
5. แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการได้	5 (55.56)	4 (44.44)	0
6. แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในหน่วยงาน	5 (55.56)	4 (44.44)	0

อภิปรายผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการได้ ทีมผู้ใช้นโยบายทางคลินิกมีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 55.56 อภิปรายได้ว่าการทดลองใช้ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้อธิบายความสำคัญประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก ชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนา ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการได้เช่นการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแรงดัน การให้ความรู้สำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแรงดัน เป็นต้น ทำให้การดูแลปฏิบัติต่อ

พระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแรงดันทำได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับหลักการของ NHMRC¹ ที่กล่าวว่าขั้นตอนการปฏิบัติสามารถแก้ไขปัญหาได้และทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในหน่วยงาน ทีมผู้ใช้นโยบายทางคลินิกมีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 55.56 อธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถนำมาใช้ในการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแรงดันในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ ด้วยการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ที่เข้ามารับการดูแลรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้พระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแรงดันได้รับการดูแลที่รวดเร็วและการพยาบาลที่เหมาะสมในการลดระดับความดัน

โลหิตเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้น พระภิกษุอาพาธได้รับการประเมินอาการและการดูแลรักษาที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Moore and Haralambous (2007) พบว่า ก่อนนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จริงควรมีการสอน ให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่บุคลากรอย่างเพียงพอ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานได้

นอกจากนี้ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีความเหมาะสม เป็นได้ในการนำไปใช้ เพราะช่วยให้หน่วยงานประหยัด สามารถลดต้นทุนด้านกำลังคน เวลา ย่าง และสะดวกในการใช้/ ปฏิบัติตาม ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะมีความชัดเจน สามารถแก้ไข ปัญหา และทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ แม้ว่าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะมีข้อจำกัดด้านการใช้ห้องสังเกตอาการที่ไม่มีการแยกสัดส่วนเป็นการเฉพาะ ออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้พระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มาใช้บริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ ทำให้ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก สอดคล้องกับการศึกษาของ Grassi et al (2008) ที่พบว่า การนอนพักในบรรยากาศที่สงบเป็นเวลา 30 นาที สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เสนอต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณานำไปใช้ในการ

พัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังต่อไป

2. ก่อนนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังไปใช้ หน่วยงานควรทำความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อพระภิกษุอาพาธที่มารับบริการ

3. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังไปใช้ปฏิบัติจริง กลุ่มผู้ปฏิบัติควรทำการทบทวน และพิจารณาความเหมาะสมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

4. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังไปยังแผนกผู้ป่วยใน เพื่อนำไปใช้ในการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงฆ์ ในระยะยาวต่อไป

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลพระภิกษุอาพาธที่มีโรคอื่น ๆ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงฆ์

References

1. National Health and Medical Research Council. A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guideline [Internet]. 1999 [cited 2020 Aug 21]; Available from: http://www.ausinfo.gov.au/general/en_hottobuy.html
2. American Heart Association. Heart disease and stroke statistice-2004 update. American Stroke Association; 2006; 1-50.
3. Hix J., and Vidt, D. Hypertensive emergencies and urgencies: Uncontrolled sever hypertension. In: Battegy E., Lip H., and Bakris, Hypertension principles and practice; 2005; 651-669.
4. Priest Hospital. Commemoration of the 64th. Bangkok: Priest Hospital; 2015. Thai.
5. Pikul Nantachaipan. Nursing quality development on Evidence-Based. Nursing and Midwifery Practice Thailand, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2006. Thai.
6. Buppha Jantarajarat. Development of full risk assessment from for orthopedic patients. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2003. Thai.
7. Prasert Buakleebai. Farmers' participation in community forest conservation and development, Ban Pa Sak Ngam, Lung-Nue Sub-district, Doi Saket District, Chiang Mai Province. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2000. Thai.
8. Weerawan Seekeaw. The people participation on reforestation campaign in commemoration of Royal Golden Jubilee: A case study in Tumbon Suan Kuan, Amphoe Muang, Changwat Phrae. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2009. Thai.
9. Burn N., and Grove s. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001.
10. Ploeg, J., Davies, B., Edward, N., Gifford, W., and Miller, E. Factor influencing best practice guideline implementation: Lessons learned from administrator, nursing staff, and project leaders. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2007; 4(4): 210-9.

การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดเรื้อรัง และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

นิภัตสรณ์ บุญญสันติ* พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)

จันจิรา กิจแก้ว** พย.ม (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง (SPAASMS Score for chronic pain) แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง และเปรียบเทียบความรู้ ความพึงพอใจของพยาบาล ระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ (1) ค้นหาปัญหา (2) ทบทวนและพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด (3) ติดตามนิเทศการใช้แนวปฏิบัติ (4) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คนและ ผู้ป่วยปวดเรื้อรัง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ และความพึงพอใจของพยาบาล แบบประเมินความปวดเรื้อรัง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ค่า CVI เท่ากับ .96, 1.0, .85 และ 1.0 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .88, .83 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t – test

ผลการศึกษา พบว่า แบบการประเมินความปวดเรื้อรัง ประกอบด้วย (1) การประเมินความปวด (2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (3) ความต้องการยาแก้ปวดเพิ่มจากปกติ (4) ความต้องการการดูแลจากแพทย์ หรือพยาบาล (5) คุณภาพการนอนหลับ (6) อารมณ์ และ (7) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา opioids แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังแบบลำดับขั้นช่วยให้พยาบาลเข้าใจ มีความมั่นใจในการจัดการความปวดเรื้อรังมากขึ้น การเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ในระดับมาก (Mean 4.15, SD .56) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีปวดในระดับมาก ร้อยละ 70 หลังใช้แนวปฏิบัติ มีความปวดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 60 และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean 4.79, SD .49)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก, การจัดการความปวดแบบเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ผู้ชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (APN), ผู้จัดการรายกรณี กลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรัง (Pain Manager) กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

correspondence e-mail :nipatsornb@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ผู้ชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (APN) การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง

Effects of Clinical Practice Guideline for Chronic Pain at Medicine Internal Department Chonburi Hospital

Nipatsorn Boonyasanti * M.N.S. (Adult Nursing)

Chanjira Kitkaew ** M.N.S. (Gerontological Nursing)

Abstract

The purpose of this research and development was to develop and study chronic pain assessment (SPAASMS Score for chronic pain), the clinical practice guideline on chronic pain and comparison knowledge and satisfaction of the nurses as well as comparison the pain level and satisfaction of the patients after using the GPG. The development process consisted of 4 phases: (1) clarifying problem (2) reviewing and developing the CPG for chronic pain management (3) supervising and follow up and (4) evaluating the CPG usage. The sample consisted of 22 professional nurse and 30 chronic pain patient. Research instruments consisted of general information questionnaire, knowledge and satisfaction questionnaire of the nurses including chronic pain assessment and satisfaction questionnaire of the patients. CVI were .9, 1.0, 0.85 and 1.0 respectively. Cronbach's alpha coefficient were .88, .88, .83 and .93 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t – test.

The results showed that the chronic pain assessment consisted of (1) pain score assessment, (2) ability of doing daily activities, (3) needs of increasing opioids dosage, (4) needs of the physicians' or nurses' care, (5) quality of sleep, (6) mood, (7) side effects of opioids. The clinical practice guideline on chronic pain management did improve comprehension and confidence of the nurses in managing chronic pain. Comparison of the nurses' knowledge before and after CPG development were significantly different at the level of .05. The nurses were satisfied with using the GPG at a high level (Mean 4.15, SD.56). Before using the CPG, 70% of the patients reported their pain level at a high level. After using the CPG, 60% of the patients reported that they experienced mild pain level and were satisfied at the highest level (Mean 4.79, SD .49).

Key words: clinical practice guideline, chronic pain management

* Registered nurse, Advanced Practice Nurse of medical-surgical nursing (APN), Pain Manager, Research and development of nursing department Chonburi hospital.

correspondence e-mail :nipatsornb@gmail.com

** Registered nurse, Advanced Practice Nurse of Gerontological Nursing (APN), Palliative care

บทนำ

ความปวดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยเฉพาะความปวดเรื้อรัง หากไม่ได้รับการดูแลจัดการที่เหมาะสม จะส่งผลอย่างมากต่อการรบกวนการนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม ในระยะยาวอาจทำให้มีอารมณ์แปรปรวน ความปวดรุนแรงขึ้น และมีผลต่อคุณภาพชีวิต¹⁻⁵ อีกทั้งยังส่งผลถึงความต้องการปริมาณการใช้ยาเพิ่มขึ้น และต้องการความใส่ใจจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นด้วย⁶ ดังนั้นการประเมินความปวดที่ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย การบริหารยาเหมาะสม การจัดการความปวดจึงเกิดประสิทธิผล⁷⁻⁸

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ความปวดของแต่ละบุคคลไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ในอดีต อารมณ์ และจิตใจ โดยเฉพาะความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การทำลายเนื้อเยื่อ (tissue injury) แผลผ่าตัด (surgical wound) โรคมะเร็งในระยะลุกลาม (metastasis of carcinoma) และไม่ลุกลาม (non-metastasis of carcinoma) รวมถึงความผิดปกติของระบบประสาท (neuropathic pain)⁴⁻⁵

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 6 รับรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนไม่น้อยนอกจากเผชิญกับอาการของโรคแล้วยังทุกข์ทรมานกับความปวดด้วย จากสถิติของโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ทั้งรับไว้ในโรงพยาบาล และไม่นอนโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวน 10,000-13,000 ราย/ปี แต่ที่ผ่านมาโรงพยาบาลไม่มีบริการคลินิกะรับปวด ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จากการลงเยี่ยมหน้างาน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 พบมีผู้ป่วยที่มีทุกข์ทรมานจากอาการปวดรุนแรงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เมื่อมาพักรักษาตัวครั้งใหม่จึงไม่ให้ความร่วมมือใน

การรักษาพยาบาล 1 ราย ข้อมูลของคลินิกะรับปวด (pain clinic) รพ.ชลบุรีในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วย 1 ราย กลับมานอนโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน เพื่อใช้เครื่อง PCA (Patient –Controlled Analgesia) จากความปวดรุนแรง (PS 10) รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ได้รับ Morphine ทางหลอดเลือดดำ 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง แต่อาการปวดไม่ลดลง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการจัดการความปวดเรื้อรังที่มีคุณภาพตามแนวปฏิบัติ ตรงกับความรู้สึกปวดของผู้ป่วยมีความสำคัญ และสะท้อนคุณภาพของการบริการภายในองค์กร โดยประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการความปวด ซึ่งจะส่งผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการปวดรุนแรง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การทบทวนงานวิจัย โดยการสืบค้นตามหลัก PICO Framework เกี่ยวกับการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทำให้ระดับความปวดลดลง ผู้ป่วยและญาติ พึงพอใจ พยาบาลมีความ มั่นใจและพึงพอใจ⁷⁻¹⁰ เมื่อทบทวนนโยบายการจัดการความปวดของโรงพยาบาลแบบประเมินความปวดเรื้อรังของสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย¹¹ และงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าเครื่องมือประเมินความปวด และแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลชลบุรีไม่สามารถประเมิน และจัดการความปวดได้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS Score for chronic pain และแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรังโดยใช้ผลงานวิจัย (Evidence Based Practice: EBP) ตามแนวคิดของ CURN Model (Conduct and Utilization of Research in Nursing)¹²⁻¹⁴ เพื่อปรับเปลี่ยนแนวการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ประเมิน และจัดการความ

ปวดเรื้อรังได้อย่างครอบคลุม เหมาะสม และผลลัพธ์
ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

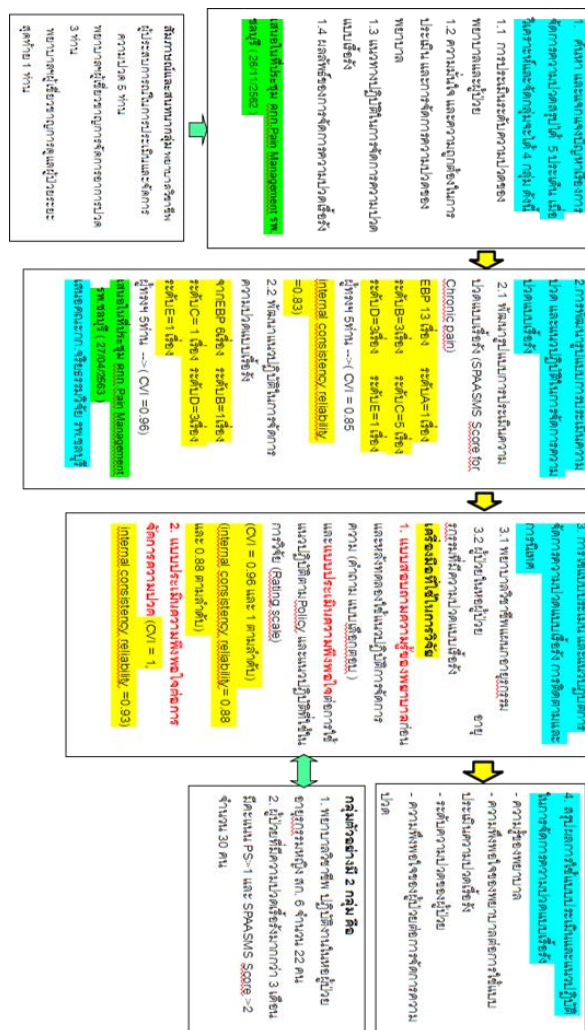
1. เพื่อพัฒนาแบบการประเมินความปวดเรื้อรัง (SPAASMS Score for chronic pain) และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรังและแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อน และหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการ

ความปวดแบบเรื้อรัง ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แบบการประเมินความปวดเรื้อรัง และแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง และระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 4 ขั้นตอน แนวคิดของ CURN Model รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตาม CURN Model

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหา และแจกแจงปัญหาเรื่อง การจัดการความปวด โดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ 5 ประเด็น ดังนี้

1. การประเมินระดับความปวดของพยาบาล ไม่สอดคล้องกับผู้ป่วย และมักประเมินได้น้อยกว่าผู้ป่วยเสมอ
2. ไม่มีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือ และใช้เครื่องมือไม่ถูกต้อง
3. การประเมิน และจัดการความปวดให้ผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์ความปวดของพยาบาล
4. แม้จะมีแนวทางการประเมิน และจัดการความปวดเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลชลบุรี แต่ผู้ปฏิบัติไม่ทราบหรือไม่ทราบวิธีเข้าถึงข้อมูล
5. แบบประเมิน และแนวทางการจัดการความปวดที่มีไม่ชัดเจนครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรังและแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง ดำเนินการ ดังนี้

1. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลัก PICO Framework ได้แก่ Pain assessment, Chronic pain assessment, Clinical outcome โดย (1) สืบค้นหลักฐาน บทความภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ไม่เกิน 10 ปี ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คือ Practicalpainmanagement.com, Pubmed, CINAHL, Thai clinical Trails Registry (TCTR), สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย พบรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 14 เรื่อง (2) ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ฉบับใหม่ของสมาคมวิทยาลัยพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (American Association of Colleges of Nursing: AACN) พบรายงานที่นำมาใช้พัฒนาแบบประเมิน และแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง จำนวน 13 เรื่อง คือ ระดับ A จำนวน 1

เรื่อง¹⁵ ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง^{6-7,16} ระดับ C จำนวน 5 เรื่อง^{9-11,17-18} ระดับ D จำนวน 3 เรื่อง^{1,11,19} ระดับ E จำนวน 1 เรื่อง⁴

2. พัฒนา และยกร่างแบบประเมินความปวดเรื้อรังและแนวปฏิบัติ โดยดำเนินการ ดังนี้

1) พัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง พบว่าการประเมินความปวดเรื้อรัง นอกจาก Pain Score จำเป็นต้องประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความต้องการการใช้ยาและการตรวจรักษาโดยแพทย์ แต่แบบประเมินที่มีใช้ ต้องประเมินหลายข้อ มีความยุ่งยากในการใช้งาน และเปรียบเทียบความแตกต่างได้ไม่ชัดเจน ดังนั้น จึงนำแบบประเมินของ Farzana M, et al⁶ คือ SPAASMS Score for chronic pain (Score of pain, Physical Activity Levels, Additional Physician visit, Sleep, Mood, Side Effects) มาพัฒนาให้เหมาะสมกับการใช้งานกับคนไทย การสืบค้นข้อมูล ณ วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 ยังไม่พบว่ามีที่ใดในประเทศไทย นำเสนอ หรือทดลองใช้แบบประเมินนี้มาก่อน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่า CVI 0.85 และค่าความเชื่อมั่น 0.83

2) พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง โดยนำนโยบายการจัดการความปวดของโรงพยาบาลชลบุรีที่มีอยู่มาทบทวน และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการจัดการความปวดของโรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2562 และที่ประชุมมีมติให้พัฒนาปรับปรุงแบบประเมินและแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง จึงกำหนดร่างแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่า CVI 0.96 แล้วนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการจัดการความปวด โรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2563 โดยที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้ใช้แบบประเมิน และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังกับผู้ป่วยในโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การใช้แบบประเมิน และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง การติดตามและการนิเทศ ดำเนินการโดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ดังนี้

1. ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง เพื่อดำเนินการวิจัย

2. จัดอบรมให้ความรู้ แก่พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน เพื่อทำความเข้าใจ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และซักถามเรื่องการใช้แบบประเมินความปวด SPAASMS Score for chronic pain และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง โดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ครั้งละ 4-5 คน จนเข้าใจตรงกัน และประเมินความรู้การใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังก่อนการอบรมในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 หลังการอบรมประเมินความรู้และความพึงพอใจ ต่อการใช้นโยบายและแนวปฏิบัติจัดการความปวดแบบเรื้อรังในเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 โดยมีผู้นิเทศ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวรที่ได้รับมอบหมายตามแนวทางการบริหารจัดการ ทำการมอบหมายงานของหน่วยงาน โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจเรื่องการใช้แบบประเมิน การบันทึก และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง การนิเทศติดตามพยาบาลในทีม และผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดเรื้อรัง

3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2564 จำนวน 30 ราย เพื่อประเมินผลการรักษาและการใช้แนวปฏิบัติจนครบ 5 วัน และประเมินความพึงพอใจในวันที่ 5 ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน และบันทึกคะแนนความปวดตามนโยบายการจัดการความปวดของโรงพยาบาลชลบุรี และทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยแจ้งว่ามีความปวด ก่อนและหลังได้รับยาแก้ปวดตามลักษณะของยาที่ได้รับ จะมีการจัดการ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยทุกรายที่มีความปวดเรื้อรัง จะได้รับการจัดการความปวด ตาม

แนวปฏิบัติ และประเมินความปวดเรื้อรัง วันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 08.00-09.00 น. และ (2) ติดตามนิเทศการปฏิบัติโดยผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าเวร เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจ เกิดการแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคที่พบ และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการใช้แบบประเมิน และแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง (สก.6) จำนวนทั้งหมด 22 คน
2. ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง ในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง (สก.6) จำนวน 30 ราย มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจภาษาไทย ยินดีให้ข้อมูล เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชลบุรี ด้วยโรคประจำตัวชนิด โรคที่ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังเกิน 3 เดือน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความปวดแบบเรื้อรัง และประเมินคะแนนปวด ตั้งแต่ 1 คะแนน หรือมีคะแนน SPAASMS ตั้งแต่ 2 คะแนน ขึ้นไปในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังเรื่องการจัดการความปวดสำหรับพยาบาล จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถาม แบบเลือกตอบ มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความปวด และ policy
2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติตาม policy และแนวปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ
3. แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทดสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96

วารสารกองการพยาบาล

และ 1 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 และ 0.88 ตามลำดับ

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สอบถามข้อมูลทั่วไป และ สอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทดสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลชลบุรี เลขที่ 42-63-N-q วันที่ 29 เมษายน พ.ศ.2563 ที่แจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือยกเลิกตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และยินดียินยอมร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอม

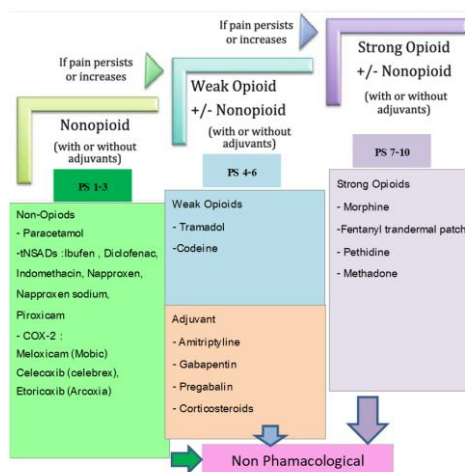
วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t – test

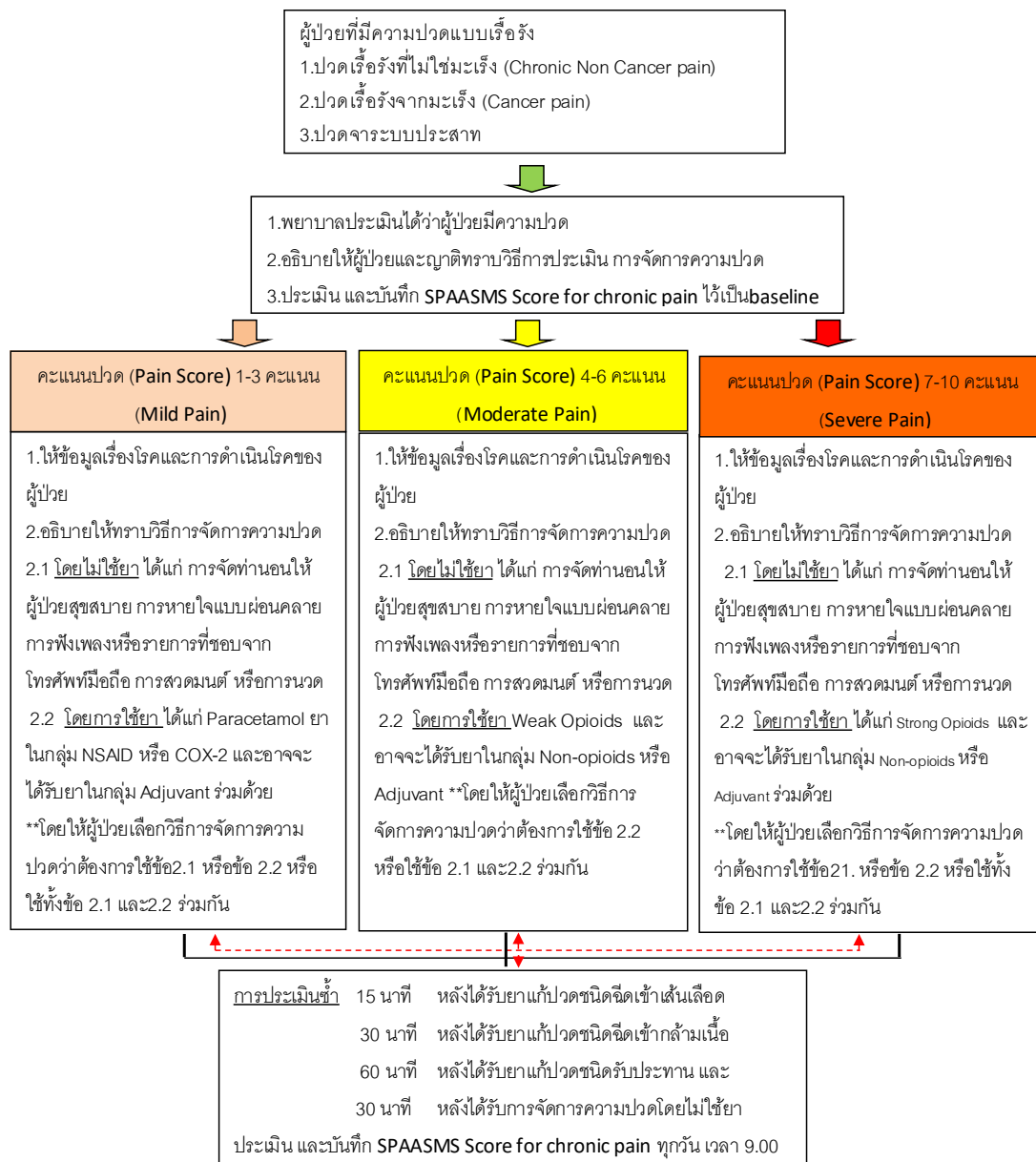
ผลการวิจัย

การพัฒนาแบบประเมิน SPAASMS Score for Chronic Pain และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง (chronic non cancer pain) กลุ่มผู้ป่วยปวดจากมะเร็ง (cancer pain) และกลุ่มผู้ป่วยปวดในระยะสุดท้าย (palliative care) พบว่า ได้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง โดยนำมาตราฐานการจัดการความปวดของโรงพยาบาลชลบุรี คือ policy pain management ที่มีอยู่มาทบทวน และได้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง แสดงในภาพที่ 2 และ ภาพที่ 3

การพัฒนาแบบการประเมินความปวด ได้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง แสดงในภาพที่ 4 การติดตามนิเทศและสัมภาษณ์ การใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS Score for Chronic Pain พบว่าแบบประเมินสามารถประเมินและติดตามความต้องการจัดการความปวดตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังช่วยให้พยาบาลเข้าใจ มั่นใจในการจัดการความปวดเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะแนวทางการจัดการความปวดแบบลำดับขั้น และสะดวกในการนำไปใช้



ภาพที่ 2 แนวทางการจัดการความปวดแบบลำดับขั้น



ภาพที่ 3 แนวปฏิบัติจัดการความปวดแบบเรื้อรัง

แบบบันทึก SPASMS for Chronic Pain										ชื่อ-สกุล.....HN:.....AN:.....Ward:.....						
										ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 ครั้งที่ 6						หมายเหตุ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pain Score: S					
ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด										ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 ครั้งที่ 6						
score 0 1 2 3										ไม่มีปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด						
การที่อาจวัดประจำวัน หรือ motor block P No Block ไม่เต็ม <1 ครั้งสัปดาห์ 1-2 ครั้งสัปดาห์ > 1 ครั้งสัปดาห์ ไม่เต็ม										ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม						
ความถี่ของการให้ยาเพื่อควบคุมความปวด A ไม่ต้องการ 1 ครั้งสัปดาห์ 1 ครั้งสัปดาห์ > 1 ครั้งสัปดาห์										ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม						
คุณภาพการนอนหลับ S หลับดี หลับพอ หลับไม่ดี ไม่เต็ม										ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม						
อาการข้างเคียงของยา M ปกติ มีเล็กน้อย มีปานกลาง มีรุนแรง										ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม						
อาการข้างเคียงของยา S ไม่มี มีเล็กน้อย มีปานกลาง มีรุนแรง										ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม ไม่เต็ม						
Total score																

Note: 1. ในวันแรก ที่ได้รับยา opioid จะประเมินสูงสุด 25 คะแนน (จาก Pain Score 10 คะแนน และคะแนนเต็มแต่ละหัวข้ออีก 3 คะแนนโดยที่ไม่รวมคะแนนจากการข้างเคียงของยา)

2. ในวันต่อไป จะประเมินสูงสุด 28 คะแนน (รวมคะแนนจากการข้างเคียงของยา)

ตัวอย่าง

ประเมินครั้งแรก (Base line) -----> 22/25

ประเมินครั้งแรก หลังให้ยาครั้งแรก -----> 16/28

ประเมินครั้งที่ 2 - หลังการตรวจเยี่ยม -----> 16/28

ประเมินครั้งที่ 3 -----> 20/28

Action Taker -----> Increase dose of Medicine or supportive Therapy

ประเมินครั้งที่ 4 -----> 20/28

ภาพที่ 4 แบบประเมินความปวดเรื้อรัง

ผลศึกษาการใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง และแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 63.60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีอายุงานระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.00 ไม่เคยผ่านการอบรมpain management ร้อยละ 63.60 เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อน และหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลัง

การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านความมั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ความรู้เรื่องเครื่องมือประเมินความที่ใช้ประเมินความปวดในผู้ใหญ่ ความรู้เรื่องเกี่ยวกับ policy pain management และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโดยการสืบค้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การเข้าถึงแหล่งเก็บเอกสาร และการสืบค้น policy pain management ของโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้เรื่องเหตุผลในการบริหารยาแก้ปวดให้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ของพยาบาลก่อน และหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง(N 22 คน)

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความเรื้อรัง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ความมั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด	5.05	2.06	6.00	1.63	2.40	0.03
2. ความรู้เรื่องเครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้ประเมินความปวดในผู้ใหญ่	3.36	1.68	4.09	1.15	2.25	0.03
3. ความรู้เรื่องเนื้อหา policy pain management	4.14	1.55	4.82	0.86	2.29	0.03
4. ความรู้เรื่องการเข้าถึงแหล่งเก็บและการสืบค้น policy pain management	5.14	0.35	6.86	0.35	-7.48	0.000
5. ความรู้เรื่องเหตุผลในการบริหารยาแก้ปวดให้แก่ผู้ป่วย	4.55	1.62	4.27	1.32	0.76	0.46

ความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรังและแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง พบว่ามีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (Mean 3.65, SD 1.03) หลัง

การใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรังและแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean 4.15, S.D .56) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจ ของพยาบาลต่อการใช้แบบประเมิน และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดเรื้อรัง (N 22 คน)

ความคิดเห็นต่อการใช้แบบประเมิน และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดเรื้อรัง	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ			หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1. ความพึงพอใจต่อ policy pain management ของโรงพยาบาล	3.64	0.49	ปานกลาง	4.14	0.56	มาก
2. เนื้อหาเข้าใจง่าย	3.50	0.51	ปานกลาง	4.23	0.61	มาก
3. นำมาใช้งานได้จริง	3.73	0.63	ปานกลาง	4.09	0.61	มาก
4. policy ทำให้ท่านมีความมั่นใจในการ ปฏิบัติงาน	3.73	0.70	ปานกลาง	4.14	0.56	มาก
โดยรวม	3.65	1.03	ปานกลาง	4.15	0.56	มาก

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 30-40 ปี และ 51-60 ปี มากที่สุดเท่ากัน คือ ร้อยละ 26.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีอาชีพงานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 76.70 การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดอันดับแรก คือ มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 26.70 รองลงมา คือ มะเร็งเต้านม และพยาธิสภาพบริเวณกระดูกสันหลัง ร้อยละ 10.00 เท่ากัน ชนิดของความปวดที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดจากมะเร็งร่วมกับปวดเรื้อรัง ร้อยละ 33.30 รองลงมา คือ กลุ่มอาการปวดเรื้อรัง ร้อยละ 23.30 และอันดับที่ 3 คือ ปวดจากมะเร็งร่วมกับปวดเรื้อรัง และปวดในระยะสุดท้าย ร้อยละ 20.00

ผลการศึกษาระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง พบว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีความปวดในระดับมาก (severe pain) โดยมีระดับคะแนนความเจ็บปวด อยู่ระหว่าง 7-10 คะแนน ร้อยละ 70 และมีคะแนน SPAAASMS มากกว่า 15 คะแนน ร้อยละ 100 หลังใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีความปวดในระดับเล็กน้อย (mild pain) โดยมีระดับคะแนนความเจ็บปวด อยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน ร้อยละ 60 และมีคะแนน SPAAASMS น้อยกว่า 15 คะแนน ร้อยละ 80 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความปวด และคะแนน SPAAASMS ของผู้ป่วยก่อน และหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (N 30 คน)

รายการ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ		หลังใช้แนวปฏิบัติฯ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ระดับความปวด				
ไม่ปวด (PS = 0 คะแนน)	0	0	8	26.67
ปวดเล็กน้อย (PS = 1-3 คะแนน)	0	0	18	60.00
ปวดปานกลาง (PS =4-6 คะแนน)	9	30	4	13.33
ปวดมาก (PS =7-10 คะแนน)	21	70	0	0
Mean (SD)	7.17 (1.74)		1.09 (1.71)	
2. คะแนน SPAAASMS				
1-5 คะแนน	0	0	2	6.66
6-10 คะแนน	0	0	14	46.67
11-15 คะแนน	0	0	8	26.67
16-20 คะแนน	17	56.67	6	20.00
21-25 คะแนน	11	36.67	0	0
26-28 คะแนน	2	6.66	0	0
Mean (SD)	20.40 (2.62)		11.27 (4.17)	

ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังของผู้ป่วย หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาฯ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ในระดับปานกลาง (Mean 3.33, SD 1.03) และหลังการใช้แนวปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด (Mean 4.79, SD 0.48) ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อน และหลังใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง (N 30คน)

ความคิดเห็น	ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ			หลังใช้แนวปฏิบัติฯ		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1. ความสามารถของพยาบาล	3.43	1.10	ปานกลาง	4.77	0.50	มากที่สุด
2. ความรวดเร็วของพยาบาล	3.30	1.15	ปานกลาง	4.77	0.50	มากที่สุด
3. ความดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ	3.30	1.08	ปานกลาง	4.77	0.50	มากที่สุด
4. การบอกกล่าวของพยาบาลก่อน	3.33	1.09	ปานกลาง	4.80	0.48	มากที่สุด
5. ท่านมีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึก	3.13	1.17	ปานกลาง	4.80	0.48	มากที่สุด
6. การให้ข้อมูลเรื่องความปวดและการรักษา	3.33	1.09	ปานกลาง	4.80	0.48	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในภาพรวม	3.50	1.04	ปานกลาง	4.80	0.48	มากที่สุด
โดยรวม	3.33	1.03	ปานกลาง	4.79	0.49	มากที่สุด

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบประเมิน SPAASMS Score for Chronic Pain และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการพัฒนาด้านวิชาการที่สามารถแก้ปัญหาเรื่องแบบประเมินความปวดและแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ที่ไม่ครอบคลุมเรื่องการจัดการความปวดเรื้อรัง ตามนโยบายจัดการความปวดของโรงพยาบาลชลบุรี¹ จากงานวิจัย เมื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการการจัดการความปวดของโรงพยาบาลชลบุรี มีมติเห็นชอบ และให้ปรับแก้นโยบายการจัดการความปวด (HP-COP-CBH-016 Rev.03 Pain Management Policy)²⁰ แบบประเมิน SPAASMS Score for Chronic Pain ที่พัฒนานี้ มีคำถาม 7 ข้อ เป็นคำถามแบบสั้น ใช้เวลาในตอบน้อย สามารถประเมินได้ครบทุกมิติ และติดตามประเมินผลการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทรา, เอี่ยมพรและ สิริลักษณ์⁹, Whitney, Brian and Mark และ Farzana et al¹⁵ ที่พบว่าการจัดการความปวดให้ได้ผลดีต้องเริ่มต้นจากการประเมินความปวดที่ถูกต้อง โดยประเมินตั้งแต่เริ่มต้นรักษา และติดตามผลหลังให้การรักษา^{6,9,15} แต่เนื่องจากเป็นเครื่องมือใหม่ และเป็นคำถามเชิงคุณภาพ ดังนั้น ถ้ามีเจ้าหน้าที่ใหม่ หรือนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ จำเป็นต้องให้ข้อมูล และทำความเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนนำไปประเมินผู้ป่วย

แนวปฏิบัติการจัดการความปวดเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจง่าย ช่วยตัดสินใจเรื่องการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยได้เร็วขึ้น และผู้ใช้แบบประเมินมีความมั่นใจมากขึ้นในการบริหารจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ ถ้าพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ มีความมั่นใจ และทักษะในการประเมิน ย่อมสามารถวางแผนจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Doenges, Moorhouse, Murr⁴ ที่พบว่า สิ่ง

สำคัญในการจัดการความปวดไม่ใช่เพียงมีทักษะในการประเมินเท่านั้น แต่ยังต้องมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดที่ดีด้วย

ผลการศึกษาการใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรังและแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง ด้านพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.3 ไม่เคยผ่านการอบรม Pain Management ร้อยละ 72.7 มีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด น้อยกว่า 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 ร้อยละ 73.6 ไม่เคยผ่านการอบรม นั้นหมายถึงพยาบาลเมื่อเรียนจบและปฏิบัติงานแล้วอาจไม่ได้รับการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้ด้านการจัดการความปวดไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุตา งาม ขำ และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่าความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินและจัดการความปวดค่อนข้างต่ำ และจำนวนครั้งการอบรมช่วยเพิ่มพูนความรู้ในการประเมินและจัดการความปวด และการศึกษาของ พัทธรา, อัมภพร และน้ำอ้อย⁸ ที่พบว่าพยาบาลมีความรู้ด้านการจัดการความปวดไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่อง การจัดการความปวดด้วยการใช้ยา

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า ความรู้ของพยาบาลด้านความมั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ความรู้เรื่องเครื่องมือประเมินความปวด (Pain Score) ที่ใช้ประเมินความปวดในผู้ใหญ่ ความรู้เรื่องเนื้อหาของ policy pain management ก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดเรื้อรัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าถึงแหล่งเก็บ และการสืบค้น Policy Pain Management ของโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าการอบรมช่วยเพิ่มพูนความรู้ในการประเมินและจัดการความปวดได้^{8, 17-18}

ในขณะที่ความรู้เรื่องเหตุผลในการบริหารยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในการปฏิบัติงานประจำพยาบาลมีเหตุผลในการบริหารยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยเหมือนกันคือ ให้ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยร้องขอ และรายงานตามแนวปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินและจัดการความปวด อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แบบการประเมินความปวดเรื้อรัง และแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติการจัดการความปวด หลังการพัฒนาฯ ระดับมาก (Mean 4.15, SD .56) ก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean 3.65, SD 1.03) สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิตนันท์, วงจันทร์ และ หทัยรัตน์¹⁶พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเป็นเพราะว่าเมื่อพยาบาลมีความรู้ มีความเข้าใจก็มั่นใจที่จะใช้แนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดให้ผู้ป่วย

ผลการศึกษาระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง พบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อนจัดการความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติฯ มีความปวดระดับปวดมาก ร้อยละ 70 และมีคะแนน SPPAASMS มากกว่า 15 ร้อยละ 100 หลังใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้ป่วยมีความปวด ระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 60 และมีคะแนน SPPAASMS น้อยกว่า 15 ร้อยละ 80 แสดงว่าการติดตามประเมินผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการบันทึกอย่างเป็นระบบ และใช้แนวปฏิบัติฯ ช่วยจัดการความ

ปวดของผู้ป่วยได้ชัดเจน สามารถลดการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรา, อัมภาพร และน้ำอ้อย⁸ ที่พบว่า เมื่อมีการประเมินระดับความปวดอย่างสม่ำเสมอ มีการบันทึกอย่างเป็นระบบ และใช้แนวปฏิบัติในการให้ยาบรรเทาปวด สามารถลดการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยได้ และการศึกษาของ Farzana et al⁶ ที่พบว่าเมื่อติดตามประเมินผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังด้วย SPAASMS score หลังได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม Opioids คะแนนจะลดลง เมื่อเทียบกับก่อนรักษา ส่วนในประเด็นการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างขอปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อระดับคะแนนปวดลดลงอยู่ในระดับปวดน้อย คือ คะแนนระหว่าง 1-3 คะแนน กิจกรรมที่เลือกปฏิบัติได้ คือ ดูรายการต่าง ๆ ที่ชอบ ฟังเพลง ฟังบทสวดมนต์ จากยูทูป และการนอนหลับตานิ่ง ๆ เพื่อผ่อนคลาย แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีคะแนนความปวดที่มากกว่า 3 คะแนนจะไม่มีความพร้อมในการรับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดโดยรวมหลังการจัดการความปวดด้วยแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (Mean 4.79, SD 0.49) ซึ่งการประเมิน ความปวด เรื้อรังโดยใช้ SPAASMS score เป็นการประเมินความปวดในหลายมิติแสดงถึงความใส่ใจ และเอาใจใส่ต่อการรับรู้ อาการรบกวนและความต้องการความช่วยเหลือเพื่อจัดการความปวดที่มีในขณะนั้น รวมทั้งการติดตามเยี่ยม ติดตามประเมินซ้ำเพื่อประเมินผลและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับอาการปวดของผู้ป่วย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และมากกว่าการประเมินความปวดเพียงความรุนแรงของความปวด แสดงว่าเมื่อใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ทำให้การรับรู้และ

จัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลตรงกัน และพิจารณาจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ความพึงพอใจจึงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรา,อำภาพร และน้ำอ้อย พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังพัฒนาระบบสูงเพราะมีการให้ข้อมูลตั้งแต่ระยะแรก และติดตามเยี่ยม เมื่อมีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดทำให้การรับรู้ความปวดและจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลตรงกัน รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้ความพึงพอใจมากขึ้น⁷ และการศึกษาของพนิตนันท์, วงจันทร์ และหทัยรัตน์¹⁶ ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดทันทีที่มาถึงและพิจารณาจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ เป็นผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการจัดการความปวด

ข้อเสนอแนะ

1 . SPAASMS Score for Chronic Pain ที่พัฒนานี้ได้ปรับเนื้อหาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับค่านิยม วัฒนธรรมและสังคมของไทย แต่จากงานวิจัยนี้ยังไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน ดังนั้น ควรศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพ SPAASMS Score for Chronic Pain ให้เป็นThai version เพราะแบบประเมินนี้ไม่เคยมีการใช้มาก่อนในโรงพยาบาลชลบุรี จำเป็นต้องมีการแนะนำ สอนวิธีใช้ และติดตามประเมินผลผู้ใช้เพื่อป้องกันความเข้าใจคลาดเคลื่อน และอาจศึกษาเพิ่มในประเด็นการให้ผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเองเพื่อรายงานความปวดและติดตามผลการรักษาได้ตรงตามความรู้สึกมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

2. การนำ CURN Model มาใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลในการจัดการความปวดทำให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีส่วนร่วม เกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในการได้รับการดูแลจัดการความปวดเรื้อรัง ดังนั้นควรนำเสนอต่อคณะกรรมการจัดการความปวดและผู้บริหารเพื่อสนับสนุนให้ใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS score และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร

3. การจัดทำแบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS score และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังเป็นการลดขนาดพกพา link, QR code หรือ Application จะทำเข้าถึงง่าย สะดวกต่อการใช่มากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อขยายผลการใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS score และแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังไปยังหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่รับดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังและกลุ่มที่มีความปวดในระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลชลบุรี รวมทั้งการใช้แบบประเมินนี้ในแผนกผู้ป่วยนอก และการให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตัวเอง

5. ควรมีการประเมินความรู้พื้นฐานของพยาบาลจบใหม่ และส่งเสริมให้มีการอบรม หรืออบรมเชิงปฏิบัติการให้กลุ่มพยาบาลจบใหม่ และพยาบาลในหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังและกลุ่มที่มีความปวดในระยะสุดท้ายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งวัดความรู้ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม

Reference

1. Pain Management Policy. [Intranet online]. 2nd ed. Chonburi : Chonburi Hospital; 2016. Thai.
2. Bonica JJ. Management in post-operative pain. Philadelphia: Lippincott 1990: 461-67.
3. Chapman CR. The psychophysiology of pain, In: Loeser DJ, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
4. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales. Nursing Care Plan for Pain Management – Nurse Buff [Internet] 2019 Aug. [cited 2019 Dec 29]; Available from: URL: <https://www.nursebuff.com/nursing-care-plan-for-pain/>
5. Pain: concept & mechanism. [Slide power point]. Chonburi: Chonburi hospital; 2017. Thai.
6. Farzana M, Shahead C, Mike S, Petra B. Measuring clinical outcomes of chronic pain patients. Practical Pain Management. [Internet].2011. [cited 2019 Dec 29]; 11(1). Available from: URL:<http://www.practicalpainmanagement.com/resources/diagnostic-tests/measuring-clinical-outcomes-chronic-pain-patients>.
7. Phatchara Ummarinphonchai, Ampaporn Namvongprom, Nam-Oy Pakdevong. The effectiveness of nursing system on pain management in patients with acute pain. J Nurse Health Care. 2015;33(10):80-9. Thai.
8. Sutheera Chanchompoo. Development of pain assessment tool in older adult with cancer, Nong Bua Lamphu province primary care unit. J Health Science [Internet]. 2019 May [cited 2019 Dec 29]; 28(Special Issue):152-60 Available from: URL:[https:// digitaljournals.moph.go.th /tcj/index.php/ JHS/article /download/ 7173/6678](https://digitaljournals.moph.go.th/tcj/index.php/JHS/article/download/7173/6678). Thai.
9. Intira Pakanta, Aumporn Lincharearn, Siriluk Toolyodpun. A development model of pain management outcome evaluation for tertiary hospital. J of Community Development Research (Humanities and Social Sciences) [Internet] 2018 [cited 2019 Dec 29]; 11(1):129-40. Available from: URL:<http://www.journal.nu.ac.th/JCDR/article/view/1864>. Thai.
10. Anucha Taiwong, Sujima Tilakarayasrup, Jeerawan Srichanchai, et al. Innovative development for the assessment and management of pain using the evidence Based Practice. Mahasarakham hospital J [Internet] 2018 Jan. [cited 2019 Dec 29]; 15(1):167-75. Available from: URL:<https://www.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view>. Thai.
11. Thai association for the study of pain. Clinical Practice Guideline for Cancer Pain. 2013. Thai.
12. Orapan thosingha. The Conduct and utilization of research in nursing (CURN). [Internet]. 2009 May [cited 2019 Dec 29]; [147 screens]. Available from: URL: <http://www.nurseanesth.org/productdata/1310993653.pdf>. Thai.
13. Horsley J.A, Crane J, Crabtree MK, Woos DJ. Using research to improve nursing practice: a guide (CURN Project). Orlando FL: Grune & Stratton; 1983.
14. Fongcum tilokskulchai. Evidence-based nursing: principle and method. 6th ed. Bangkok: Faculty of nursing mahidol universit; 2011. Thai.

15. Whitney W, Brian RT, Mark R. Interpreting the clinical significance of pain questionnaires. Practical pain management [Internet] 2011 Feb [cited 2019 Dec 29]; 8(2). Available from URL <https://www.practicalpainmanagement.com/resources/diagnostic-tests/interpreting-clinical-significance-pain-questionnaires>. Thai
16. Phanittanan Nuchaiplot, Wongchan petpichetchian, Hathairat Sangchan. Development and evaluation of the emergency department traumatic wound pain management guidelines. Nursing [Internet] 2014 [cited 2019 Dec 29]; 41: 88-98. Available from: URL: www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download. Thai
17. Charles DP, Pharm D. Chronic cancer pain management. Practical pain management [Internet] 2012 Jan. [cited 2019 Dec 29]; 7(9): Available from URL <https://www.practicalpainmanagement.com/pain/cancer/chronic-cancer-pain-management>. Thai.
18. Srisuda Ngamkham, Nisa Krutchan, Jutarut Sawangchai, et al. Knowledge about pain assessment and management of Thai nurses. J Nurse Health Care [Internet] 2018 Jan. [cited 2019 Dec 29]; 36 (1): 81-9. Available from: URL: www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download. Thai
19. Elizabeth MM. Pain assessment tools for malingering in patients with chronic pain. Practical pain management [Internet] 2019 June . [cited 2019 Dec 29]; 19(4). Available from URL <https://www.practicalpainmanagement.com/treatments/psychological/pain-assessment-tools-malingering-patients-chronic-pain>.
20. Pain management committee. HP-COP-CBH-016 Rev.03 Pain Management Policy . [Intranet online]. 3rd ed. Chonburi: Chonburi Hospital; 2020. Thai.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

วลัยพร ภูวัฒน์วิโรจน์* พย.บ.

วรุดิ ขาวทอง** พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

สมศรี เขียวอ่อน** พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2564 - กันยายน 2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 23 คน และ 2) ผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ก่อนและหลังการพัฒนากลุ่มละ 78 คน การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาและวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน 3) นำระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ 4) ประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบที และแมนวิทนียู

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านมาตรฐานการดูแล โดยจัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ด้านบุคลากร โดยอบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การเขียนบันทึกทางการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวทาง ด้านการบริหารจัดการ โดยจัดทำแบบบันทึกและจัดตั้งทีมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน 2) ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน มากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของกลุ่มหลังการพัฒนา 70.92 (S.D. = 36.96) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาที่มีค่าเฉลี่ย 80.71 (S.D. = 48.76) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาของแพทย์ของกลุ่มหลังการพัฒนา 1.40 (S.D. = 2.52) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา ที่มีค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D. = 4.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาเท่ากับ 4.73 (S.D.=.32) จากคะแนนเต็ม 5

คำสำคัญ : ผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน, หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Corresponding e-mail: dpoota.wp@gmail.com

The Development of Caring for Acute Critically Ill Patients at Emergency Department In Sawanpracharak Hospital

Walaiporn Poowattanaviroch* B.N.S.
Worawut Khowtong** M.N.S. (Adult Nursing)
Somsri Kheaw-on** B.N.S.

Abstract

The research and development are developed and study the results of the system development for acute care critically ill patients in the Emergency Department at Sawanpracharak Hospital. The study conducted during January 2021 – September 2021. The sample of the group are 1) 23 Registered Nurses 2) Acute Critically Patients which separate into pre and post study, 78 per group. This study divided into 4 phase which are 1) Study and Analysis of acute critical patients in emergency department. 2) Development of acute care system for critically ill patients. 3) Implementation of the developed acute critical care system and 4) Evaluation period of the study tools which included Knowledge and Skills assessment for acute critical care patients. Questionnaire on opinions of registered nurses on practice guidelines. Satisfaction assessment of registered nurses towards development. Analyst the qualitative data by content analysis and analyst the quantitative data by frequency distribution, mean, standard deviation. Test the hypothesis by using the T-Test and Mann Whitney U test

The results of the study were divided into 2 parts which are 1) The acute care system for critically ill patients is divided into 3 areas 1.1) The care standard area: is the guidelines for taking care of the acute critically ill patients. 1.2) The staff area: by having the following training: Nursing diagnoses, Nursing notes writing, and Practical guideline. 1.3) The management is to prepare a record and set up a team to care for critically ill patients. 2) The results of the system showed that the resisted nurses had a higher average of knowledge and skills in caring for acute critically ill patients more than before training ($p < .01$). The mean time spent in the emergency department of the post-development group was 70.92 (S.D.= 36.96), less than the pre-development group. with a mean of 80.71 (S.D.= 48.76). The mean waiting time to see a doctor in the post-development group was 1.40 (S.D.= 2.52) less than the pre-development group. with a mean of 4.01 (S.D.= 4.93) with a statistically significant level of $< .01$. The satisfaction of registered nurses on development was 4.73 (S.D.=.32) out of a full score of 5.

Keywords: Critical ill patients, Emergency Department, Acute care system

* Registered nurse, senior professional level

** Registered nurse, professional level*** Registered nurse, professional level Corresponding e-mail:

dpoota.wp@gmail.com

บทนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหนึ่งในหน่วยงานหลักของโรงพยาบาลที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีหน้าที่สำคัญในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอย่างรวดเร็ว มีการไม่แน่นอน มีภาวะที่คุกคามชีวิต เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เสี่ยงต่อการเกิดความพิการหรือการเสียชีวิตได้ตลอดเวลา¹ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่ มุ่งเน้นแก้ไขภาวะที่คุกคามชีวิต จัดการกับภาวะวิกฤตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย² โดยการดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และต้องมีการบริหารจัดการอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย

ปัจจุบัน มีผู้ป่วยมารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นนั้นมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน³ นอกจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแล้ว ความแตกต่างของอาการ ความรุนแรงและความซับซ้อนของการเจ็บป่วยยังเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน⁴ ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันต้องใช้เทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้น กระบวนการและขั้นตอนในการดูแลรักษาจึงมีความเฉพาะเจาะจง และซับซ้อนแตกต่างกันไป จำเป็นต้องใช้เวลาในการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน⁵ ซึ่งสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล และคุณภาพในการดูแลรักษา ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน⁶ บางครั้งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลช่วยเหลือ⁷

ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่แต่ละโรงพยาบาลจะต้องเร่งดำเนินการแก้ไข

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่มาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นบุคคลแรกที่ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยเมื่อมาถึงโรงพยาบาลและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพรวดเร็วความสามารถในการค้นหาอาการบาดเจ็บหรือปัญหาสุขภาพ รวมถึงการให้การพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วเป็นสิ่งที่จำเป็น จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปบทบาทของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันได้ดังนี้ พยาบาลจะต้องทำหน้าที่ประเมินอาการผู้ป่วย จัดระดับความรุนแรงเร่งด่วน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตเบื้องต้น การดูแลเฝ้าระวังและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ส่งมอบข้อมูลการประเมินและการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำหัตถการหรือช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการเร่งด่วนฉุกเฉินที่สำคัญ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลทางเดินหายใจ การช่วยหายใจ การห้ามเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น การมีส่วนร่วมตัดสินใจทางคลินิกในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อพร้อมสำหรับการเคลื่อนย้าย ตลอดจนการประสานงานส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญต่อทุกกระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน⁸ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุ

วาระของการพยาบาล

ฉุกเฉินจะต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของวาระและคณะ^๑ ที่พบว่าการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน เพิ่มโอกาสการรอดชีวิต มีความพึงพอใจในการมารับบริการ และลดค่าใช้จ่ายที่ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างและภาคกลางตอนบน เป็นหน่วยงานหลักที่เป็นด่านหน้าของโรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มาจากนอกโรงพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง สถิติผู้มาใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินปีงบประมาณ 2561-2563 มีจำนวนผู้ให้บริการ 70,056, 73,363 และ 64,688 ตามลำดับ จากจำนวนผู้มารับบริการดังกล่าว เป็นผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ที่ได้รับการจัดระดับความรุนแรงโดยระบบการคัดแยกในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้อยู่ในระดับที่มีความรุนแรงสูงสุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤต (resuscitation) และผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (emergency) พบว่า มีผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่มารับบริการจำนวน 9845, 12150 และ 13266 ตามลำดับ คิดเป็นผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ยต่อวันเป็นจำนวน 27, 33 และ 37 ราย ตามลำดับ^๑ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันมารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับแนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบันให้ความสำคัญกับความรวดเร็ว โดยมีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนในกลุ่มอาการโรคต่าง ๆ เช่น โรคเลือดออกสมองตีบ/แตกเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคติดเชื้อในกระแสเลือด หรือช่องทางด่วนผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ ทักษะ และกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันเวลา เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น จำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

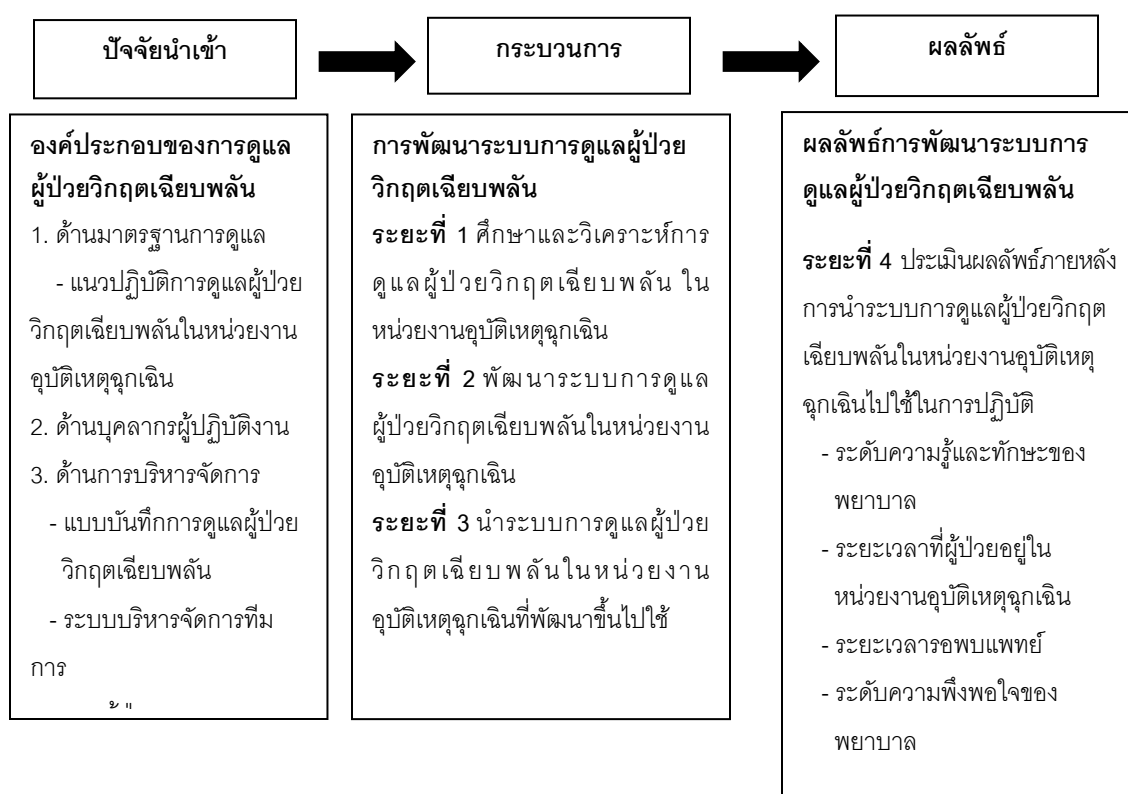
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ ในการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่มีหลายองค์ประกอบในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา มี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุ

ฉุกเฉิน และกำหนดขอบเขตของการพัฒนา ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระยะที่ 3 นำระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์หลังการนำระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์การปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และกำหนดขอบเขตของการพัฒนา

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 คือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2564 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 11 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกปัญหาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิธีเก็บการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จากสถิติ ปีงบประมาณ 2561-2563

2. ค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

3. วิเคราะห์ผลการศึกษาดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ประเด็นปัญหา ร่วมกับทบทวนหลักฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนา

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการจัดกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ.2564 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ.2564

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 มี 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยชีวิตทันที (resuscitation) หรือมีภาวะฉุกเฉินมาก (emergent) โดยประเมินจากการคัดแยกด้วยระบบการคัดแยกของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (3) มีอายุมากกว่า 15 ปี และ (4) มารับบริการระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ.2564 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพลของการทดสอบที่ยอมรับได้ในการวิจัยทางการพยาบาลในระดับกลางที่ .40 (Polit and Hungler, 1978) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) ที่ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 156 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ จำนวน 78 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 78 คน

2. พยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ใน

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
คัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่
ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างเดือน เมษายน
พ.ศ.2564 ถึงมิถุนายน พ.ศ.2564 และยินยอมที่จะเข้า
ร่วมการวิจัย จำนวน 23 คน สำหรับทดลองใช้ระบบการ
ดูแล และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วย
วิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วย
วิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตรวจสอบความตรงเชิง
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความ
ตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล
วิชาชีพต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน
ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงเชิง
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความ
ตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 ค่าความเชื่อมั่นของ
เครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach's alpha) มีค่าเท่ากับ .90

3. แบบประเมินความรู้ และทักษะในการดูแล
ผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
ทดสอบเป็นรายบุคคลแบบ objective structured clinical
examination (OSCE) โดยผู้เข้าสอบต้องแสดงการปฏิบัติ
ตามสถานการณ์ที่กำหนด ออกข้อสอบโดยแพทย์เวช
ศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ
ข้อสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

วิธีการรวบรวมข้อมูล มี ดังนี้

1. แต่งตั้งทีมพัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่

เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 10
คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 ท่าน และ
พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หรือสาขา
การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 8 ท่าน เพื่อเข้าร่วมในทีม
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน และทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
สำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2. จัดประชุมกลุ่มทีมพัฒนา ร่วมกันสืบค้น
หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวข้อง ร่วมกันทบทวน และ
คัดเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับหน่วยงานมาใช้พัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงาน
อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตาม
แนวคิดทฤษฎีระบบ (system) ที่ครอบคลุม 3 ด้าน คือ
(1) ด้านมาตรฐานการดูแล (2) ด้านบุคลากร และ (3)
ด้านการบริหารจัดการ

3. เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน
ที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 78 คน ระหว่างรอสรุปผลการ
ทบทวน และคัดเลือกแนวทาง เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าการ
พัฒนาระบบ ข้อมูลที่เก็บ คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ
ระยะเวลารอพบแพทย์

4. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วย
วิกฤตเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์
ฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์และ
ชำนาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 ท่าน

วาระการพิจารณา

อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน

2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 ท่าน

3) แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 ท่าน

4) เมื่อเก็บข้อมูลในส่วนของกลุ่มควบคุมครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางฯ ไปใช้ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และประเมินด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางฯ และข้อเสนอแนะ จากนั้น นำมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง ทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน ทดลองตอบแบบสอบถาม แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ตามสูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)

5) จัดทดสอบเพื่อประเมินความรู้และทักษะใน

ผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนา จากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันจำนวน 23 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ ด้วย content analysis และการจัดกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 นำระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 3 คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2564 และยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 23 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

วิธีการรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความร่วมมือในการพัฒนา

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การเขียนบันทึกทางการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวทางฯ

3. ประกาศใช้ระบบการคัดแยกที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นทางการ

4. การติดตาม และให้คำแนะนำการปฏิบัติระหว่างปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเสนอแนะนิเทศ และทบทวนความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน

5. สังเกตและติดตามการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นการทบทวนกระบวนการ

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการนำระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินไปใช้ในการปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 4 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤติเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2564 และยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 23 ราย

2. ผู้ป่วยวิกฤติเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยชีวิตทันที (resuscitation) หรือมีภาวะฉุกเฉินมาก (emergent) โดยประเมินจากการคัดแยกด้วยระบบการคัดแยกของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (3) มีอายุมากกว่า 15 ปี และ (4) มารับบริการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 78 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทดสอบเป็นรายบุคคลแบบ objective structured clinical examination (OSCE) โดยผู้เข้าสอบต้องแสดงการปฏิบัติตามสถานการณ์ที่กำหนด

2. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล

วิชาชีพต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ตามสูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

วิธีการรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลตามแบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้น เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วย content analysis และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ Mann Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ 7/2564 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งทราบถึงสิทธิ

ของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบ ใดๆ ครั้งนี้ พร้อมลงนามในใบยินยอมเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ นำเสนอ และเผยแพร่ผลงานวิจัยในภาพรวม

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันฯ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีประเด็นสำคัญตามองค์ประกอบของการดูแล ดังนี้

1) ปัญหาด้านมาตรฐานการดูแล คือ แนวปฏิบัติไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติไม่เหมือนกัน ไม่ประเมินผู้ป่วยตามขั้นตอน ประเมินไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความล่าช้า

2) ปัญหาด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน พบว่าบุคลากรส่วนมากที่ปฏิบัติหน้าที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.52 และมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพียงร้อยละ 20.69

3) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ แบบบันทึกการพยาบาลเดิมมีความหลากหลายแบ่งตามกลุ่มอาการเจ็บป่วย มีความสับสนในการสื่อสารและประสานงานในทีมดูแล ขาดความสม่ำเสมอในการนิเทศติดตาม กำกับดูแลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตามทฤษฎีระบบ ได้แก่

1) ด้านมาตรฐานการดูแล ประกอบด้วยการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติพัฒนาขึ้น จากการประยุกต์แนวทางการประเมินอย่างเป็นระบบ และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ตามแนวทางการช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS) แนวทางการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับผู้บาดเจ็บรุนแรง (ATLS) และแนวทางการกู้ชีพองค์รวม (CLS) รายละเอียดของเนื้อหา คือ

1.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

1.2 วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วน

1.3 การประเมินผลการพยาบาล เฝ้าระวังติดตามอาการและปรับปรุงแผนการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ

1.4 การบันทึกข้อมูล ด้วยหลักสำคัญของแนวทางปฏิบัติมุ่งเน้นให้กิจกรรมการดูแลเป็นขั้นตอนตามรูปแบบ “ABCDE” เพื่อประเมิน ค้นหาภาวะคุกคามหรือสัญญาณเตือน และให้การช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึงในส่วนของแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า คะแนนความคิดเห็นรายข้อมีดังนี้ ใช้งานง่าย สะดวก (Mean 4.59, SD .57) เนื้อหาถูกต้อง ครบคลุม ครบถ้วน (Mean 4.62, SD .56) ชัดเจนเข้าใจง่าย (Mean 4.59, SD .50) เหมาะสมต่อการนำไปใช้ (Mean 4.76, SD .51) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Mean 4.55, SD .50) ช่วยให้การดูแล

ผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Mean 4.69, SD .47), และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ (Mean 4.79, SD .41) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

2) ด้านบุคลากร ประกอบด้วย การเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสำหรับบุคลากร ได้แก่

2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื้อหาของการอบรมเป็นการช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS), การช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับผู้บาดเจ็บรุนแรง (ATLS) และแนวทางการกู้ชีพองค์รวม (CLS) ลักษณะของการอบรมเป็นเชิงปฏิบัติการ โดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในการดูแล ถ่ายทอดความรู้เชิงเนื้อหา สาธิตวิธีการปฏิบัติ และฝึกทักษะการปฏิบัติ โดยเน้นสร้างความเข้าใจในการนำความรู้ไปใช้ และทักษะในการปฏิบัติ

2.2 อบรมการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และ 3) อบรมการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

3) ด้านการบริหารจัดการ พัฒนาโดย

3.1 จัดทำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน โดยพัฒนาเป็นแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์สามารถบันทึกข้อมูลได้จากคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และสมาร์ทโฟน เพื่อใช้เป็นแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันทุกรายที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รายละเอียดของแบบบันทึกประกอบไปด้วย การประเมินผู้ป่วย การระบุปัญหา การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผล และการวางแผนการจำหน่าย

3.2 จัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีกร

กำหนดตำแหน่งและบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลหรือบุคลากรที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน เช่น พยาบาลที่ไปถึงผู้ป่วยคนแรกทำหน้าที่ประเมินพยาบาลคน 2 ทำหน้าที่ช่วยทางเดินหายใจและการหายใจ พยาบาลคนที่ 3 ดูแลระบบไหลเวียน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีดังนี้

1. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นรายข้อ ดังนี้ การปฏิบัติงานง่ายและสะดวกมากขึ้น (Mean 4.59, SD .69) ครอบคลุมเนื้อหาด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน (Mean 4.79, SD .41) มีความชัดเจนในการใช้ปฏิบัติงาน (Mean 4.77, SD .49) สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง (Mean 4.62, SD .54) การพัฒนานุเคราะห์ โดยการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้สถานการณ์จำลองเห็นด้วย (Mean 4.79, SD .41) การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์เห็นด้วย (Mean 4.72, SD .46) การจัดรูปแบบทีมในการดูแลเห็นด้วย (Mean 4.79, SD .41) ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันมีความปลอดภัยมากขึ้น (Mean 4.69, SD .47) ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันมากขึ้น (Mean 4.69, SD .47) ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในครั้งนี้ (Mean 4.76, SD .44) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาทุกหัวข้อ (Mean 4.73, SD .32) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

วารสารกองการพยาบาล

2. ผลลัพธ์ด้านบุคลากร จากอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีบุคลากรที่เข้ารับการอบรมและยินยอมเข้าร่วมในการทดสอบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 ราย พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของบุคลากรหลังการอบรมพัฒนา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .01$ รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันของบุคลากรก่อนและหลังการพัฒนา (N 23)

คะแนนความรู้ และทักษะ	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ผู้ป่วยฉุกเฉิน (40คะแนน)	20.85	6.28	30.85	2.79	-8.668	.000
ผู้ป่วยบาดเจ็บ (40คะแนน)	21.61	7.73	32.87	4.13	-8.029	.000
คะแนนรวม (80 คะแนน)	42.46	13.22	63.72	5.90	-9.478	.000

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของกลุ่มหลังการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.92 นาที (SD 36.96) น้อยกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ที่มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 80.71 นาที (SD 48.76) แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาพบแพทย์ของกลุ่มหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.40 นาที (SD 2.52) น้อยกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ที่มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.01 นาที (SD 4.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระยะเวลารอพบแพทย์ของกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะเวลา (หน่วยเป็นนาที)	Mean	SD	Mean range	Sum Of range	Mann- Whitney U	Z	p
ระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน							
กลุ่มก่อนการพัฒนา	80.71	48.76	83.14	6485.00	2680.00	-1.284	.162
กลุ่มหลังการพัฒนา	70.92	36.96	73.86	5761.00			
ระยะเวลารอพบแพทย์							
กลุ่มก่อนการพัฒนา	4.01	4.93	110.04	10783.50	3671.50	-2.85	< .01
กลุ่มหลังการพัฒนา	1.40	2.52	86.96	8522.50			

อภิปรายผล

อภิปรายผลการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ดังนี้

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันตามหลักปัจจัยนำเข้าของระบบการดูแล ที่เกิดจากองค์ประกอบสำคัญที่ผสมผสาน และทำงานร่วมกัน ได้ดังนี้ (1) ปัญหาด้านมาตรฐานการดูแล คือ แนวปฏิบัติไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติไม่เหมือนกัน ไม่ประเมินผู้ป่วยตามขั้นตอนประเมินไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความล่าช้า (2) ปัญหาด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน พบว่า บุคลากรส่วนมากที่ปฏิบัติหน้าที่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย และยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (3) ปัญหาด้านการบริหารจัดการ แบบบันทึกการพยาบาลเดิมมีความหลากหลาย แบ่งตามกลุ่มอาการเจ็บป่วย มีความสับสนในการสื่อสารและประสานงานในทีมดูแล ขาดความสม่ำเสมอในการนิเทศ ติดตาม กำกับดูแลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จากสถานการณ์การเจ็บป่วยและปัญหาที่พบในการดูแลที่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการ ผู้วิจัยจึง

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันตามองค์ประกอบสำคัญทั้ง 3 ด้านไปพร้อมกันกับการศึกษานี้

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนา 3 ด้าน ที่มีความสำคัญต่อระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนี้ (1) ด้านมาตรฐานการดูแล พัฒนาโดย จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (2) ด้านบุคลากร พัฒนาโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การเขียนข้อวินิจฉัย/บันทึกทางการแพทย์ การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะของการอบรมเป็นเชิงปฏิบัติการโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลถ่ายทอดความรู้เชิงเนื้อหา สาธิตวิธีการปฏิบัติ และฝึกทักษะการปฏิบัติ โดยเน้นสร้างความเข้าใจในการนำความรู้ไปใช้ และทักษะในการปฏิบัติ (3) ด้านการบริหารจัดการ พัฒนาโดย จัดทำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน โดยพัฒนาเป็นแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ สามารถบันทึกข้อมูลได้จากคอมพิวเตอร์

แท็บเล็ต และสมาร์ทโฟน เพื่อใช้เป็นแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันทุกรายที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และจัดตั้งระบบทีมดูแลผู้ป่วยวิกฤต

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็วมากขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพราะการให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้มีความสำคัญกับความเร่งด่วน รวดเร็ว และถูกต้อง¹⁰ ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีในการศึกษาค้างนี้เกิดจากเหตุผล ดังนี้ (1) ด้านมาตรฐานการดูแลอธิบายได้จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกันลดความหลากหลายเป็นแนวทางช่วยในการตัดสินใจ ทำให้การให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดโอกาสการเกิดข้อผิดพลาดทำให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของลูกเท็นเบิร์กและคณะ¹¹ ที่พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกจากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล และบุคลากรส่วนใหญ่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” กับแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น (2) ด้านบุคลากร อธิบายได้จากอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การเขียนบันทึกทางการพยาบาล และการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะ ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

เฉียบพลันเพิ่มขึ้น การฝึกอบรมช่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยได้ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินผู้ป่วย จัดการกับปัญหาความต้องการ และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว¹² ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของวูร์และคณะ⁸ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพและค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ 3) ด้านการบริหารจัดการ อธิบายได้จาก แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันอิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้ผู้ใช้ปฏิบัติการดูแลให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันได้ถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น¹³

ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ครั้งนี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันได้รับการประเมิน และการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจากการวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลัน ถ้ามีแนวทางพัฒนาหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจะสามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

References

1. Urden LD, Stacy KM, & Lough ME. *Thelan's Critical Care Nursing: Diagnosis and management*. St. Louis: Mosby. 2010.
2. McLay LA, & Mayorg ME. Evaluating emergency medical service performance measures. *Health Care Management Science*. 2010; 13(2), 124-136. doi: 10.1007/s10729-009-9115-x
3. American College of Emergency Physicians. Emergency Depart Crowding: High impact solutions. 2016; [Electronic version] . Retrieved September, 2017; Available from: URL <https://www.acep.org/content.aspx?id=32050#sm.00005ry9ak19vrewsss5agjo1j8cr>
4. Adriaenssens J, De Gucht V, & Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*. 2015; 23, 346-358.
5. Somma SD, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, & Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *International Emergency Medicine*. 2015; 10, 171-175.
6. Carter EJ, Pouch SM, & Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcome: a systematic review. *J Nurs Scholarsh*. 2013; 46(2), 106-115.
7. Johnson KD, & Winkelman C. The Effect of Emergency Department Crowding on Patient Outcomes A Literature Review. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2011; 33(1), 39-54.
8. Woo BFY, Lee JXY, & Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcome, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. *Human Resources for Health*. 2017; 15:63. Doi:10.1186/s12960-017-0237-9.
9. Data and Statistics Center Sawanpracharak Hospital. (2016). [Statistics of emergency accident Sawanpracharak Hospital Nakhonsawan]. Unpublished raw data.
10. Somma SD, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, & Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *International Emergency Medicine*. 2015; 10: 171-175.
11. Lugtenberg M, Burgers J, & Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 2021; 18(5).
12. Brykczynski K A. Chapter 7 Benner's Philosophy in Nursing Practice. In : Alligood M R, editors. *Nursing Theory: Utilization & Application*. 5th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2014. P.118-137.
13. Franco M, Baird J, Brown LL, & Overly FL. Electronic medical record in the ED. *Pediatric Emergency Care*. 2018; 34: 303-309.

โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง

เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล*

ศศ.ม. (พัฒนาลังคม)

สำเนา นิลบรรพ์*

ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน)

สุกมา แสงเดือนฉาย**

วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

บทคัดย่อ

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง กระบวนการพัฒนาใช้แนวคิดของสตริงเกอร์ (Stringer) มี 3 ขั้นตอน คือ ค้นหาปัญหา (look) คิดพิจารณา (think) และลงมือปฏิบัติ (act) ดำเนินการในปีงบประมาณ 2559-2562 ในพื้นที่ 6 อำเภอ 2 จังหวัด คือ อำเภอเชียงดาว ไชยปราการ แม่แตง อมก๋อย และ เวียงแหง (จ.เชียงใหม่) และอำเภอแม่ระมาด (จ.ตาก) กลุ่มเป้าหมายมี 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 21 คน (2) บุคลากรเครือข่าย จำนวน 49 คน และ (3) ผู้ติดยา จำนวน 565 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ก่อน-หลังการอบรม แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และแบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ (2) การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด การศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่ายภายหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) เพิ่มขึ้นจาก 14 แห่งเป็น 27 แห่ง ผู้ติดยาเข้ารับการบำบัด รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,984 คน และคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 80.03 เลิกเสพยาและเมทาโดน ร้อยละ 12.30 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบ การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดยา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Corresponding E-mail: yaowares3030@gmail.com

Expansion of the Royal Project for Sustainable Solving the Problem of the Opium-Growing Area: Development of a Nursing Care Model for Opium Addicts in the Highlands

Yaowares Nakayothinsakul*	M.A. (Social Development)
Sumnao Nilban*	Ph.D. (Curriculum and Instruction)
Sukuma Saengduenchai**	Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)

Abstract

The objective of this project was to develop and study the treatment model for opium addicts in the highlands. The model was developed based on Stringer's concept, in which comprised of three steps: looking, thinking, and acting. This project was carried out during 2016-2019 in 6 districts of 2 provinces: Chiang Dao District, Chai Prakan, Mae Taeng, Omkoi, Wiang Haeng in Chiang Mai Province, and Mae Ramat District in Tak Province. The target groups consisted of 3 groups: (1) 21 nurses and public healthcare staff, (2) 49 network personnel, and (3) 565 opium addicts selected using purposive sampling technique. The research instruments included pre-post-test of knowledge, quality of life questionnaire with reliability of 0.83, and performance record form. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results revealed that the developed nursing care model for opium addicts in highland comprised of (1) a guideline for participation of network partners, and (2) a nursing care for opium addicts. The investigation of using the developed nursing care model found that knowledge on reducing harm from drug use and the establishment of a reducing harm from drug use center of the nurses, public healthcare staff and network personnel after training were significantly higher than before training at the level of .05. The establishment of a reducing harm from drug use center (drop-in centers) had increased from 14 to 27 centers. A total of 2,984 opium addicts received treatment, 80.03% remained in the treatment system, 12.30% stop using opiates and methadone, and their overall quality of life was at a high level.

Key words: model, nursing care of opium addicts, opioid addicts

* Senior professional Nurse

* Professional Nurse

Corresponding E-mail: yaowares3030@gmail.com

บทนำ

ฝิ่น (Opium) เป็นพืชเสพติด ที่มีการลักลอบปลูกกันทางภาคเหนือของประเทศไทย จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522¹ และเป็นพืชตั้งต้นของยาเสพติดร้ายแรง เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และโคดีอีน ฝิ่นมีฤทธิ์กดระบบประสาท ทำให้เกิดภาวะเคลิ้มสุข (euphoria) หากใช้เป็นเวลานานทำให้เกิดการติดฝิ่นได้² เมื่อเกิดภาวะการติดฝิ่นขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดยา (withdrawal symptoms)³ มีอาการหนาว ขนลุก น้ำตาไหล กล้ามเนื้อกระตุก ปวดกล้ามเนื้อ และกระตุกหงุดหงิด กระวนกระวาย ไม่มีแรงไม่สามารถไปทำงานได้ จึงต้องหาฝิ่นมาเสพ เพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา จึงปลูกฝิ่นเพื่อเสพและขาย หรือเมื่อทำงานได้เงิน จะนำไปซื้อฝิ่นเสพจนหมด ไม่สนใจดูแลครอบครัว เมื่อเสพฝิ่นไปนาน ๆ จะมีผลต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วย ร่างกายทรุดโทรม ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ หมกมุ่นกับการเสพยา กลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคม

การบำบัดรักษาผู้ติดฝิ่นด้วยการให้เมทาโดนระยะยาว (methadone maintenance therapy: MMT) เพื่อใช้เป็นยาทดแทน เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ⁴ การบำบัดมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดอาการขาดยา พยาบาลต้องให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างปลอดภัย สังเกตอาการ และประเมินอาการภาวะขาดยา (withdrawal) จากการที่ผู้ป่วยได้รับปริมาณยาเมทาโดนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือป้องกันการได้รับยาเมทาโดนมากเกินไป (overdose) ซึ่งทำให้หายใจช้า หดสติ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการกินยาจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดฝิ่นยังคงอยู่ในระบบการบำบัดฟื้นฟู ยังคงดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งการป้องกันการกลับไปใช้ฝิ่นซ้ำ

อย่างไรก็ตาม เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ ที่ออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น จัดเป็นยาเสพติด ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมาย⁵ การจ่ายยาเมทาโดนจึงเป็นไปตามกฎระเบียบ ตามกฎหมายกำหนดไว้ เช่น จำกัดปริมาณการให้ยากลับบ้าน การไม่สามารถนำยาเมทาโดนจ่ายนอกสถานบำบัด ซึ่งเป็นข้อจำกัด และเป็นอุปสรรคของการให้บริการ และการดูแลผู้ติดฝิ่นให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือติดตะเข็บชายแดน ที่เป็นพื้นที่สูง ทุรกันดาร และเข้าถึงยาก การให้ผู้ติดฝิ่นเดินทางมาบำบัดที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับยาเมทาโดนอย่างต่อเนื่องจึงไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยออกจากระบบ (drop out) สูงมาก ดังนั้น แนวทางการดำเนินการเชิงรุก การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (community based treatment and care: CBTx) จึงเป็นแนวทางการจัดบริการรูปแบบหนึ่ง ที่นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) โดยจัดตั้งจุดบริการในชุมชนใช้ทรัพยากร กำลังคนในพื้นที่ มีการบูรณาการทุกภาคส่วนและดูแลอย่างต่อเนื่อง⁶

กลุ่มผู้ติดฝิ่นส่วนใหญ่ เป็นชนเผ่าที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงภาคเหนือในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และตาก ครอบคลุม 15 ตำบลของ 7 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ 5 อำเภอ คือ ไชยปราการ เชียงดาว แม่แตง เวียงแหง อมก๋อย และจังหวัดตาก อำเภอแม่ระมาด โดยมีกลุ่มประชากรรวม 4,425 ครอบครัว จำนวน 23,585 คน เป็นพื้นที่ลักลอบปลูกฝิ่นซ้ำซาก เป็นหมู่บ้านในพื้นที่ทุรกันดารมาก การเข้าถึงพื้นที่ยากลำบากทำให้ผู้ติดฝิ่นจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และสถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง (องค์การมหาชน) ได้ร่วมกันจัดทำโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน เป็นระยะเวลา 8 ปี (พ.ศ.2553-2561) โดยบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับส่วนกลาง และท้องถิ่น การพัฒนากระบวนการชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติด ดังกล่าวข้างต้น ยังไม่สามารถนำผู้ติดยาในชุมชนเป้าหมายทั้ง 7 อำเภอ เข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด⁷ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) เป็นหน่วยงานหลักของประเทศ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในระดับตติยภูมิ ศึกษาวิจัยถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้รับมอบหมายจากกรมการแพทย์ให้ร่วมดำเนินโครงการดังกล่าว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาทีมบำบัดและผู้เกี่ยวข้อง ให้สามารถบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาล ของ สบยช. และเป็นผู้บริหารโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน พบว่า พยาบาลต้องเผชิญกับความยากลำบาก เนื่องจากพื้นที่เป็นอุปสรรค และยาเสพติดเป็นเรื่องละเอียดอ่อน มีอันตราย ไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ติดยาด้วยมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดยังไม่ถูกต้อง ผู้ติดยาไม่สามารถเข้าถึงบริการ ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจากพยาบาลและทีมบุคลากรสาธารณสุข จึงเห็นความจำเป็นต้อง พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง โดยปรับกระบวนการของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิดการดูแลบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง และจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Drop-in Center) เป็นสถานที่ให้ผู้ติดยา

ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นแกนนำเข้าร่วมปฏิบัติการในทุกระยะของโครงการ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ติดยาบนพื้นที่สูงสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง เป็นธรรม โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์^{8,9} เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และยกระดับการบริการพยาบาลตามมาตรฐานสากล ในวงกว้างของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในทุกระดับ ของสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้สังคมปลอดภัยจากยาเสพติด ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดอยู่ในสังคมได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน ดูแลกันด้วยความรัก ความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนโดยใช้ทุนทางสังคม

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง
2. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง
 - 2.1 ความรู้ของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข
 - 2.2 จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center)
 - 2.3 จำนวนผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัด คงอยู่ในระบบ เลิกเสพยาและเมทาโดน และคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดในการดำเนินการ

การดำเนินการโครงการ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้การพัฒนาตามเกลียวปฏิสัมพันธ์ของสตริงเกอร์ (Stringer)¹⁰ คือ ค้นหาปัญหา (look) คิดพิจารณา (think) และลงมือปฏิบัติ (act) การดำเนินการ 3 ระยะ (1) ศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดยาในชนบทพื้นที่สูง (2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาใน

พื้นที่สูง และ (3) การนำสู่การปฏิบัติ และประเมินผลใช้แนวคิดมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา ใช้การพัฒนารูปแบบตามเกลียวปฏิสัมพันธ์ของสตริงเกอร์ (Stringer)¹⁰ ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2559-2562 โดยมีเป้าหมายความสำเร็จ คือ (1) รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง และ (2) ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง แบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง ระยะนี้ มีความสำคัญอย่างมากกับการทำงานในพื้นที่ การเข้าไปในพื้นที่ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการของคนในพื้นที่ ประเมินศักยภาพของบุคลากร และทรัพยากร ทูทางสังคม ควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการดำเนินการในปีงบประมาณ 2559 โดยมีการดำเนินการดังนี้ (1) พบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก เพื่อชี้แจงโครงการฯ ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (2) ประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 อำเภอ และเข้าชุมชน ลงศึกษาพื้นที่ของแต่ละอำเภอ ศึกษาพื้นที่จริง ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายตามโครงการฯ และ (3) ประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้บริหารระดับอำเภอ ทีมพยาบาล และสหวิชาชีพที่ทำงานยาเสพติดทั้ง 6 พื้นที่ เพื่อชี้แจงโครงการฯ และแลกเปลี่ยนข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านมา ร่วมกับการประชุมกลุ่ม (focus group) เพื่อหาข้อมูลการดูแลผู้ติดยาเสพติดในแต่ละพื้นที่ การศึกษาบริบทการดูแลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง พบว่า ในพื้นที่มีรูปแบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ คือ เมทาโดน โคดีอิน และทรามาดอล ซึ่งการบำบัดยังไม่ได้ผลดี ผู้ติดยา

ไม่สามารถเดินทางมารับยาที่ รพช. ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดยาออกจากระบบ (drop out) สูง พยาบาลและทีมสหวิชาชีพขาดความรู้เรื่องการบำบัดผู้ติดยาด้วยเมทาโดนระยะยาว

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง เป็นการนำข้อมูลที่เกิดขึ้นมาในระยะเวลาที่ 1 มาวางแผนดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ โดยดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ ตามแนวคิดของสตริงเกอร์ ดำเนินการในปีงบประมาณ 2560-2562

วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาปัญหา (look) เพื่อค้นหาข้อมูล และสภาพปัญหา ของการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง โดย (1) ทบทวนเอกสารและงานวิชาการเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาการติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง การบำบัดดูแลผู้ติดยาในรูปแบบต่าง ๆ การประเมินความรุนแรงการติดยา การคัดกรอง การประเมินอาการขาดยา และอยากยา การพยาบาลผู้ติดยา การจัดบริการการดูแลผู้ติดยาทั้งในประเทศ และต่างประเทศ (2) จัดประชุมด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดยาในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 กลุ่มตามจังหวัด คือ กลุ่มที่ม้งงานจังหวัดเชียงใหม่ 12 คน ประกอบด้วยพยาบาล 6 คน สหวิชาชีพ 6 คน และกลุ่มที่ม้งงานจังหวัดตาก 9 คน ประกอบด้วย พยาบาล 3 คน สหวิชาชีพ 6 คน รวมผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งหมด 21 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพ และผู้นำชุมชนที่ทำงานกับผู้ติดยา พบประเด็นปัญหา คือ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดยาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัด/ การดูแลผู้ติดยา ขาดความรู้ในการให้ยาเมทาโดน และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการให้ยาเมทาโดนระยะยาว

กิจกรรมที่ 2 คิดพิจารณา (think) เป็นการคิดวิเคราะห์ พิจารณาข้อมูล ความรู้ ความพร้อมของพยาบาลทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในการ

ดำเนินการดูแลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง โดย (1) ประชุม คณะทำงาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง ของ สบยช. ประกอบด้วย ทีมพยาบาล 5 คน เภสัชกร 1 คน และแพทย์ 1 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดยาเสพติด opioid ไม่น้อยกว่า 10 ปี และมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อรับฟัง การนำเสนอข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน ที่ผ่านมา โดยพบประเด็น บุคลากรมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติด ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ บำบัด และดูแลผู้ติดยาเสพติดด้วยเมทาโดนตามมาตรฐานสากล และได้ข้อสรุป คือจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ติดยาเสพติด ปรับเจตคติของพยาบาล และสหวิชาชีพด้วย แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด กำหนดแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน โดยใช้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่ (2) ประชุมจัดทำ หลักสูตรสำหรับพยาบาล และทีมผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ เพื่อกำหนดโครงสร้าง เนื้อหาหลักสูตร ระยะเวลาที่ใช้ และทีมวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพ 5 คน เภสัชกร 1 คน และ แพทย์ 1 คน ซึ่งเป็น คณะทำงานของ สบยช. (3) กำหนดแผนการถ่ายทอด ความรู้ จัดการอบรมให้พยาบาล และภาคีเครือข่าย ผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด มี 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรปรับเจตคติ เป็นหลักสูตร 3 วัน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีมุมมอง ทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ติดยาเสพติด เข้าใจธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด เสริมสร้างพลังในการพัฒนานตนเองและผู้ติดยาเสพติด และหลักสูตร การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็น หลักสูตร 3 วัน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ แนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และสามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม (4) ประชุม เพื่อกำหนดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการ พยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง

กิจกรรมที่ 3 ลงมือปฏิบัติ (act) เป็นการนำ แผน และหลักสูตรที่จัดทำขึ้น ไปถ่ายทอดให้กับ พยาบาลที่รับผิดชอบงานยาเสพติดของ รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่ ลงสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและปรับปรุง แก่ไข ซึ่งในระยะแรก เน้นการพัฒนากุศลกรให้มีความ พร้อมในการพยาบาลผู้ติดยาเสพติดร่วมกับชุมชน โดย (1) จัด อบรมหลักสูตร ปรับเจตคติให้กับพยาบาลและทีม ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 3 รุ่น มีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวน 125 คน และหลักสูตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จำนวน 3 รุ่น มีผู้เข้าร่วมอบรม 108 คน และให้ความรู้ เรื่องแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) จัด อบรมการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด ด้วยการให้เมทาโดนระยะ ยาวให้กับพยาบาล (3) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้พยาบาล และทีมดูแลผู้ติดยาเสพติดทั้ง 6 พื้นที่ ศึกษา ดูงานในแต่ละพื้นที่แลกเปลี่ยนกัน ยกวางรูปแบบการ พยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง (4) ลงพื้นที่นิเทศ ติดตาม การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดทั้ง 6 พื้นที่

การศึกษาในวงรอบที่ 1 ได้ “ร่าง” รูปแบบการ พยาบาลผู้ติดยาเสพติดบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย แนวทางการ มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด ด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน โดย ใช้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้ง drop-in center ผลการจัดอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้หลัง การอบรม มากกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 ผลการนิเทศ พบว่า หลังจากที่ได้แต่ละ พื้นที่ได้แลกเปลี่ยนการศึกษาดูงาน ทำให้มีความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดบริการมากขึ้น มองเห็น ปัญหาอุปสรรคในบางพื้นที่ และช่วยเสนอแนะเพื่อ นำไปพัฒนา ปรับปรุงการให้บริการในพื้นที่ของตนเอง

วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาปัญหา (look) โดย (1) ประชุมศึกษา ปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินการ ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ พื้นที่ละ 7 คน รวม 42 คน (2) ถอดบทเรียน ผลการดำเนินการ

แต่ละพื้นที่ โดยการสนทนากลุ่ม พยาบาลที่เป็นตัวแทนแต่ละพื้นที่ 6 คน พบประเด็น ผู้ติดฝิ่นขาดแรงจูงใจ ไม่สมัครใจเข้าสู่การบำบัด ผู้ติดฝิ่นไม่มั่นใจกระบวนการบำบัด ไม่เข้าใจรูปแบบการบำบัด ในช่วงของการติดตามผู้ป่วยกลับติดซ้ำ และออกจากระบบบริการ (drop out) สูง (3) นิเทศ ติดตามการดำเนินการในพื้นที่ ทั้ง 6 พื้นที่ พุดคุยกับพยาบาล ผู้นำชุมชน ทีมผู้ปฏิบัติงาน และผู้ติดฝิ่น ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ แลกเปลี่ยนทัศนคติ มุมมอง การดูแลผู้ติดฝิ่น เพื่อเก็บข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ติดฝิ่น ดำเนินการ พื้นที่ละ 2 ครั้ง พบประเด็นปัญหา คือ ผู้ติดฝิ่นขาดแรงจูงใจ ไม่สมัครใจเข้าสู่การบำบัด ผู้นำให้ข้อมูลว่า ผู้ติดฝิ่นบางคนไม่ไว้วางใจ ไม่มั่นใจกระบวนการบำบัด คิดว่ามาดูแลแค่ระยะสั้นๆ ก็จะไป เหมือนโครงการที่ผ่าน จึงไม่เข้าสู่ระบบบริการ บางคนที่บำบัดในช่วงของการติดตาม พบว่า ผู้ป่วยกลับติดซ้ำ และออกจากระบบบริการสูง

กิจกรรมที่ 2 คิดพิจารณา (think) เป็นการรวบรวมประเด็นปัญหา นำเสนอผลงานในกลุ่มวิเคราะห์ หาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันของพยาบาล และทีมผู้ดูแลผู้ติดฝิ่นในพื้นที่ เพื่อปรับปรุง “ร่าง” แนวทางการจัดบริการ โดยใช้การบำบัดรักษา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการดูแลรักษาเชิงบูรณาการในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษา ดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มนำเข้าสู่กระบวนการบำบัด ปรับเจตคติ จนถึงขั้นติดตามการรักษา ประสานความร่วมมือกับหลายหน่วยงาน ทั้งส่วนของชุมชน สถานบำบัด และเครือข่ายทางสังคม ด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และสร้างจุดบริการในชุมชนเป็นศูนย์กลางลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยจัดประชุมคณะทำงานโครงการ เพื่อสรุปรูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วยทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดฝิ่นจำนวน 5 คน พบประเด็นปรับปรุง “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง คือ ให้ผู้นำ อสม. มีความรู้ และสามารถ

ค้นหา คัดกรอง และจูงใจผู้ติดฝิ่นเข้าสู่การบำบัด และนำแนวคิด การบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการบริการด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 ลงมือปฏิบัติ (act) เป็นการนำ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ไปทดลองใช้ในพื้นที่ และพิจารณาปรับแก้ร่วมกัน โดย (1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณา “ร่าง” แนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง กับทีมพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด (2) ตรวจสอบ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูงที่แก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน (3) นำ “ร่าง” รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ไปทดลองใช้ในพื้นที่ ตามกำหนดวันเวลาในแผนปฏิบัติการ

การศึกษาในรอบที่ 2 พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างรอบด้าน โดยใช้เมทาโดนระยะยาว และจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นการบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน

ระยะ 3 การนำสู่การปฏิบัติ เป็นการดำเนินการหลังจากได้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง ได้นำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ มีการประเมินผลการดำเนินการ ได้แก่ คะแนนความรู้ก่อน-หลังอบรม จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จำนวนผู้ติดฝิ่นที่เข้ารับการบำบัด การคงอยู่ในระบบบริการ การเลิกเสพยา และคุณภาพชีวิตของผู้ติดฝิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (1) พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และผู้ช่วยเหลือ

คนไข้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก จำนวน 21 คน (2) บุคลากรเครือข่าย ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ตำรวจ ทหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และภาคประชาสังคม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด จำนวน 49 คน และ (3) ผู้ติดฝิ่นในพื้นที่ของโครงการขยายผลจำนวน 565 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ได้แก่ (1) แบบวัดความรู้การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีทั้งหมด 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนรวม 60 คะแนน (2) แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตของผู้ติดฝิ่น มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจและอารมณ์ (7 ข้อ) ด้านสังคม (7 ข้อ) ด้านอาชีพและรายได้ (6 ข้อ) และด้านความผาสุกในชีวิต (7 ข้อ) รวม 34 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ เชิงลบ 7 ข้อ คะแนนรวม อยู่ระหว่าง 34-170 คะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คุณภาพชีวิตไม่ดี มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 คุณภาพชีวิตดีเล็กน้อย มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 คุณภาพชีวิตปานกลาง มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 คุณภาพชีวิตดีมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 คุณภาพชีวิตดีมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 (3) แบบบันทึกข้อมูลการดำเนินงานการบำบัดผู้ติดฝิ่นเก็บข้อมูลจำนวนผู้ติดฝิ่นในชุมชนที่เข้ารับการรักษา ผู้ติดฝิ่นที่คงอยู่ในระบบการบำบัด จำนวนผู้ติดฝิ่นที่เลิกเสพยาและเมทาโดน และจำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เครื่องมือเก็บข้อมูลทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 5 คน แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ตรวจสอบ

ความเชื่อมั่น ด้วย Cronbach's alpha coefficient โดย try out กับผู้ติดฝิ่น ที่ตำบลป่าแดง อำเภอไชยปราการ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการตามหลักจริยธรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความถี่ก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ dependent t-test

ผลการศึกษา

รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการกำหนดผู้ที่มีส่วนรวมหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ติดฝิ่นในชุมชน และคุณสมบัติของผู้ที่มีส่วนรวม และขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง (2) การพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง เป็นขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านโดยการให้เมทาโดนระยะยาว และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายในชุมชน ซึ่งเป็นจัดตั้งสถานที่ให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการเลือกสถานที่ที่เป็นสถานที่ของหน่วยงานรัฐ เช่น รพ.สต. อบต. ศาลาประชาคม เน้นความสะดวกในการเดินทางมารับเมทาโดน และบริการด้านสุขภาพเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง แบ่งเป็น 3 ส่วน (1) ความรู้ก่อน-หลังการอบรม (2) จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) และ (3) จำนวนผู้ติดฝิ่น การคงอยู่ในระบบ การเลิกเสพยา และคุณภาพชีวิต ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่าย พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา

วารสารกองการพยาบาล

เสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรเครือข่าย ทั้ง 2 พื้นที่

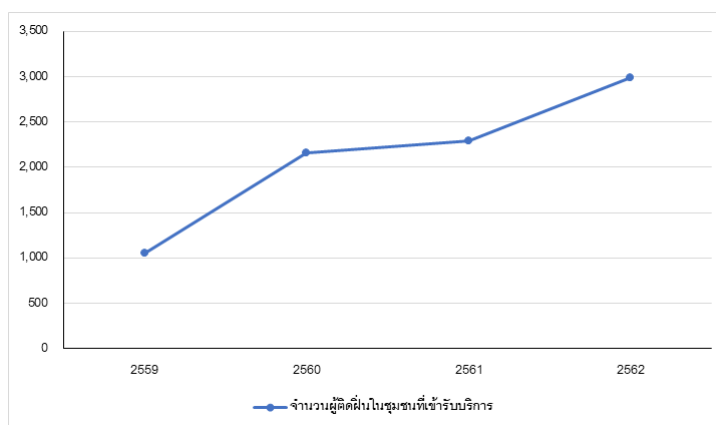
ภายหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมจำแนกตามพื้นที่ (N 70 คน)

พื้นที่	Mean	SD	t-test	df	p-value
จังหวัดเชียงใหม่ (N 43)					
ก่อนอบรม	9.18	2.49	- 4.645	32	.001
หลังอบรม	11.39	2.50			
จังหวัดตาก (N 27)					
ก่อนอบรม	9.66	2.21	- 6.56	26	.001
หลังอบรม	11.77	1.80			

จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) พบว่า จำนวนการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ เพิ่มขึ้นจาก 14 แห่งในปี พ.ศ.2559 เป็น 27 แห่งในปี พ.ศ.2562 โดยอำเภอที่มีศูนย์ลดอันตรายฯ จำนวนมากที่สุด คือ อำเภออมก๋อย มี 13 แห่ง รองลงมา คือ อำเภอไชยปราการ และอำเภอแม่อำเภอรณมา

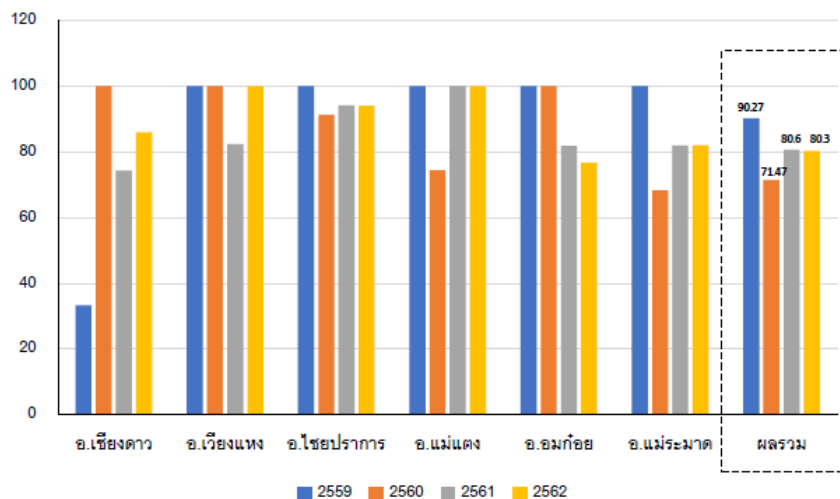
มีจำนวนเท่ากันอำเภอละ 4 แห่ง อำเภอเวียงแหง มี 3 แห่ง อำเภอแม่แตง มี 2 แห่ง และอำเภอเชียงดาว มี 1 แห่ง
จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,054 คน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 2,984 คนในปี พ.ศ.2562 (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบริการ

การคงอยู่ในระบบการบำบัด พบว่า ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์ลดอันตรายฯ ใน 2 จังหวัด 6 อำเภอ ส่วนใหญ่ ยังคงอยู่ในระบบการบำบัดในปี พ.ศ.

2559 ร้อยละ 90.27 ในปี พ.ศ. 2560 ลดลงเหลือ ร้อยละ 71.47 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2561 และ พ.ศ.2562 เป็น ร้อยละ 80.60 และ 80.03 ตามลำดับ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การคงอยู่ในระบบบริการของผู้เสียตึง

การเลิกเสียตึงและเมทาโดน พบว่า ผู้เสียตึงที่ยังคงอยู่ในระบบการบำบัด สามารถเลิกเสียตึงและเมทาโดนได้ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2560 ร้อยละ 4.14 เป็น ร้อยละ 5.73 และ 12.3 ในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ.2562 ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตของผู้เสียตึงหลังเข้ารับบริการที่ศูนย์ลดอันตราย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.65 ด้านความผาสุกในชีวิต ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายคะแนนเฉลี่ยต่างอยู่ในระดับมากเช่นกัน ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83 ส่วนด้านอาชีพ และรายได้พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.21

อภิปรายผล

อภิปรายตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

รูปแบบการพยาบาลผู้เสียตึงบนพื้นที่สูง ประกอบด้วย (1) แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) การพยาบาลผู้เสียตึง และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นบริการเชิงรุก ในชุมชนใช้กระบวนการพัฒนา มี 3 ขั้นตอน คือ ค้นหาปัญหา คิดพิจารณา และลงมือปฏิบัติ ดำเนินการ 2 วงรอบ ตามที่สติงเกอร์¹⁰กล่าวว่า กระบวนการพัฒนาสามารถเกิดขึ้นได้ซ้ำ ๆ โดยให้ความหมายต่อการ

พัฒนาในขั้นตอนต่อไป ซึ่งการศึกษารุ่นนี้ เป็นการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมพัฒนาทุกขั้นตอน เป็นการให้ความสำคัญกับภาคีเครือข่าย จึงเกิดความร่วมมือร่วมใจ เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง และต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งรูปแบบการพยาบาลผู้เสียตึงบนพื้นที่สูงที่สำคัญคือ การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาทดแทน (pharmacology) กล่าวคือ ผู้เสียตึงเมื่อหยุดเสียตึง จะมีอาการขาดยา จะรู้สึกทุกข์ทรมาน พยาบาลจะต้องประเมินอาการขาดยา โดยเน้นเรื่องการประหม่น และการจัดการความเจ็บปวด (pain management)¹² และอาการอยากยาให้ได้ถูกต้องและแม่นยำ เพื่อให้แพทย์สามารถปรับขนาดยาเมทาโดนได้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งพยาบาลจะต้องให้ความรู้โดยการสอน ให้คำแนะนำ และสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยในการรับประทานยาเมทาโดน เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงในการได้รับยาเกินขนาด ตลอดจนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม ลดการตีตรา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ สอดคล้องกับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด¹³ มีเป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 4 ระดับ คือ (1)

เป้าหมายเบื้องต้น เป็นการลดอันตรายต่าง ๆ ที่มาจากการใช้ยาเสพติด และให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดได้รับสิทธิในการดูแลด้านสุขภาพ (2) เป้าหมายระยะสั้น คือ การป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเลือด (3) เป้าหมายเฉพาะ คือ การมุ่งใจให้ใช้เมทาโดนในระยะยาว แทนการใช้ฝิ่น และ (4) เป้าหมายสูงสุด คือ ลด ละ และเลิกยาเสพติดได้ หากยังไม่สามารถเลิกได้ ทำอย่างไรจะให้อยู่ในสังคมได้อย่างสมดุล ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนเป็นการยืดหยุ่นการรักษา¹⁴ อีกทั้งเป็นการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยใช้การสาธารณสุขมาในการแก้ปัญหา แทนการบังคับใช้กฎหมาย หรือการลงโทษ¹⁵ ซึ่งปัจจุบันได้มีการแก้ไขกฎหมายใหม่ โดยเน้นความสมัครใจในการรับการรักษา ไม่เน้นการจับกุมคุมขัง ด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความแตกต่างของแต่ละบุคคล ตามมาตรฐานสากล และการผลักดันของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคมทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วม ทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องนับว่ามีความสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาสภาพปัญหาในวงรอบที่ 1 นั้น พบว่า ทั้งบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรเครือข่าย และคนในชุมชน มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดยา การบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาวไม่สอดคล้องตามมาตรฐานสากล มีการต่อต้านแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการให้บริการเมทาโดนระยะยาว ดังนั้นการปรับทัศนคติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต่อความสำเร็จในการพัฒนา

การพัฒนาโครงการฯ ส่งผลให้สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ได้รับรางวัลรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ปี พ.ศ.2559 (Thailand Public Service Awards) ระดับ “ดีเด่น” ประเภทรางวัลบูรณาการการบริการที่เป็นเลิศ และปี พ.ศ.2563 ได้รับรางวัลระดับดีเด่นรางวัลเลิศรัฐ สาขาการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (Thailand Excellent Participatory Governance Awards: TEPGA) ประเภทรางวัลสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม

(effective change) ซึ่งเป็นรางวัลแห่งเกียรติยศที่คณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) มอบให้กับหน่วยงานของรัฐเพื่อยกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ได้มุ่งมั่นปฏิบัติราชการ ที่มีผลงานโดดเด่น จนประสบความสำเร็จ มีความเป็นเลิศระดับประเทศ

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ติดยาบนพื้นที่สูง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายฯ ของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาภายหลังการอบรมสูงขึ้นมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากการประเมินผลการฝึกอบรมทั้งก่อนและหลังการอบรมเป็นการประเมินผลการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติในสิ่งที่หลักสูตรกำหนด โดยมีเป้าหมายสำคัญที่มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ และมีการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์การทำงานของผู้เข้ารับการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่หน่วยงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ฝ่ายป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด และเครือข่ายแกนนำชุมชน ซึ่งลักษณะการจัดอบรมเน้นการแบ่งกลุ่มและนำเสนอความคิดเห็นของกลุ่มมากกว่าการบรรยาย ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นผู้ใหญ่ มีความรู้และประสบการณ์การทำงานมาแล้ว ดังนั้นการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทัศนคติในการทำงานด้วยกัน ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจได้เร็วกว่าการเรียนแบบบรรยาย สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ (modern adult learning theory) ของ Knowles¹⁶ ที่กล่าวว่า ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีถ้าหากตรงกับความต้องการ และความสนใจในประสบการณ์ที่

ผ่านมา จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการเรียนรู้ในสิ่งที่เรียนอยู่ ดังนั้นภายหลังการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจึงทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

2. จำนวนศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in center) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 14 แห่ง ในปี พ.ศ.2559 เป็น 27 แห่งในปี พ.ศ. 2562 เกิดจากการดำเนินงานที่ผ่านมามากหลายปีที่มีการเตรียมความพร้อมที่รอบคอบ รอบด้าน บุคลากรมีความพึงพอใจ มีความเข้าใจ ผู้นำชุมชนเห็นความจริงใจ ตั้งใจและมุ่งมั่นของทีมงาน และเห็นว่าสามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง ดังนั้นเมื่อทีมงานสามารถติดต่อประสานในการจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายในชุมชน จึงยินดีให้ความร่วมมือ อีกทั้งบางชุมชนซึ่งเคยปฏิเสธในช่วงแรก ๆ ได้เปลี่ยนใจ และขอให้ทีมงานเข้าไปจัดตั้งศูนย์ลดอันตรายในชุมชนของตนเอง ส่งผลให้เกิดการขยายบริการศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (drop-in Center) รวม 27 แห่ง

3. จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัด เนื่องด้วยการดำเนินงานนี้เป็นวัตรกรรมบริการเชิงรุกตามมาตรฐานสากล บนพื้นที่สูงของภาครัฐ โดยใช้สถานที่ของ รพ.สต. อบต. ในชุมชน นับว่าเป็นการแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ทุกภาคส่วนมาช่วยกันและมีการค้นหา โดยให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ที่ผ่านการบำบัดเป็นผู้ชักชวน ซึ่งจะมีความเข้าใจ และไว้วางใจกัน อีกทั้งพยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดด้วยความเข้าใจ (empathy) ยอมรับ ไม่มีการตีตราผู้ป่วย¹⁷ และเป็นผู้ประสานความเข้าใจแก่คนในชุมชน ให้เกิดการยอมรับ ทำให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงทำให้มีผู้ติดยาเสพติดยอมเปิดเผยตัว และเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น ผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการ และเข้าสู่การดูแลในระบบ ทั้ง 6 อำเภอ จำนวน 2,984 คน

4. การคงอยู่ในระบบการบำบัด ในปี พ.ศ.2559 มีร้อยละ 90.27 และลดลงเหลือ ร้อยละ 80.03 ในปี

พ.ศ.2562 เนื่องจากมีผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายออกจากกระบวนการบำบัดรักษา ด้วยสาเหตุการเสียชีวิต ด้วยโรคประจำตัว ย้ายที่อยู่นอกพื้นที่ เสพติดยาเสพติด

5. การเลิกเสพยาเสพติดและเมทาโดน พบว่าผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกเสพยาเสพติดและเมทาโดนระยะยาว มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ร้อยละ 4.14 และในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.73 และ 12.3 ในปี 2562 ตามลำดับ โดยผู้ติดยาเสพติดที่เลิกเสพยาเสพติดและเมทาโดนระยะยาวได้นั้น เกิดจากการที่ร่างกายไม่ทุกข์ทรมานจากการหยุดเสพยาเสพติด เนื่องจากใช้เมทาโดนเป็นตัวย่อย ควบคู่ไปกับการดูแลจากพยาบาลและสหวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งทางด้านสุขภาพกาย ใจ และการวางแผนชีวิต รวมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ที่ให้โอกาสในการประกอบอาชีพ สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้อย่างมีความสุข มีจิตใจที่เข้มแข็ง ไม่จำเป็นต้องพึ่งพียาหรือเมทาโดนอีกต่อไป

6. คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติด หลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-3.83) ซึ่งก่อนการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ส่วนใหญ่มีการใช้ หรือเสพยาเสพติดเป็นประจำ เนื่องจากวิถีชีวิตของชนเผ่ามีความสัมพันธ์กับฝิ่นในหลายรูปแบบ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข วัฒนธรรมและประเพณีมายาวนาน การเสพยาเสพติดเป็นระยะเวลานานมีผลให้ความจำเสื่อม ร่างกายซูบผอมลงเนื่องจากขาดสารอาหาร ขาดภูมิคุ้มกันโรค จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มักจะไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการดำรงชีวิต เมื่อสมัครใจเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จะได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุม 10 ขอบบริการตามแนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และใช้ยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) เพื่อช่วยบรรเทาหรือบรรเทาอาการขาดยา ในขณะที่เดียวกันก็มีการดูแล

รักษาโรคร่วมต่าง ๆ รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ส่วนระยะเวลาที่ผู้ติดฝิ่นมารับบริการ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยนาน 21.42 เดือน ซึ่งนานพอที่จะทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ติดฝิ่นเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ติดฝิ่นจึงประเมินว่าคุณภาพชีวิตของตนเองโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการจัดการปัญหาเสพติดแบบใหม่ ภายใต้แนวคิดขององค์การสหประชาชาติ ที่เน้น quality of life, health and human right โดยมองผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งตรงกับพระราชดำริของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ว่า “คนติดยาเสพติดเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน เราช่วยเขาได้ไหม ถ้าช่วยเขาได้เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขาเราก็ควรทำ” จึงทำให้เกิดแนวคิดการดูแลผู้ติดยาเสพติด คือ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรกำหนดเป็นนโยบายหลักในการแก้ปัญหาเสพติดของประเทศที่ทุกภาคส่วนต้องนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

1. ผู้บริหารการพยาบาลของสถานพยาบาลทุกระดับ ใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการ นิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติงาน และการพัฒนาโครงการต่าง ๆ ของบุคลากรทางการพยาบาล ในการพัฒนาระบบ หรือแนวทางการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทอื่น และโรคอื่น ๆ

2. ควรส่งเสริม เสริมสร้าง การพัฒนาสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับ ให้พยาบาลวิชาชีพสามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบทบาท และภารกิจ ตามลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ

3. พยาบาลที่ทำงานด้านยาเสพติด ควรมีทัศนคติที่ดี ทันสมัย สามารถพัฒนาสมรรถนะในการทำงานร่วมกับชุมชน และเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เริ่มจากพื้นที่เล็ก ๆ และมีความพร้อมทั้งผู้นำชุมชน สถานที่ มีการดำเนินการอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และจริงจัง ทำให้พื้นที่อื่น ๆ เห็นถึงประโยชน์ และความจริงจังในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจนสามารถยกระดับการบริการตามมาตรฐานสากล

References

1. Office of the Narcotics Control Board and Highland Research and Development Institute. Master Plan Royal Project Expansion Project to Solve Sustainable Opium Cultivation 4 years (2010-1893). Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2013. Thai.
2. Office of the Narcotics Control Board and Highland Research and Development Institute. Master Plan Royal Project Expansion Project to Solve Sustainable Opium Cultivation Phase 2 (2014-2018). Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2018. Thai.
3. Thanyarak Institute. Thailand's All-Round Drug Harm Reduction Guidelines. 1st ed. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2010. Thai.
4. Family Health International (FHI). WHO/UNODC/UNAIDS position paper substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Bangkok: WVO officer of printing mill; 2007. Thai.
5. Thanyarak Hospital. Treatment textbook drug addict. Pathumthani: Vachara inter printing; 2001. Thai.
6. UNODC. Community Based Treatment and Care for Drug Use and Dependence Information Brief for Southeast Asia. [Internet]. 2014 April. [cited 2021 Oct 10]; Available from: https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt_brief_EN.pdf
7. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Community based treatment and rehabilitation CBTx and best practices. Nonthaburi: The graphic system; 2019. Thai.
8. UNODC. Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in southeast asia. Bangkok: United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for Southeast Asia and the pacific; 2014.
9. Royal Thai Government Gazette. national Strategy 2018-2037. [Internet]. 2018 October [cited 2021 Oct 15]; Available from: file:///C:/Users/USER/Downloads/Documents/T_0001.pdf. Thai.
10. Stringer ET. Action research 3rd ed. Los Angeles: Sage; 2007.
11. Sumnao Niban, Yaowares Nakayothinsakul, Ladda Khobthong. et al. Quality of life of opium addicts after treatment and rehabilitation at drop in center: case study the expanding of the royal project model to sustainably solve opium poppy cultivation program. Bangkok: Chulalongkon University Printing House; 2019. Thai.
12. Deniece AJ, Aisha A, Zenora T, Faye AG. Reviewing opioid use, monitoring, and legislature: nursing perspectives. International journal of nursing sciences. 2017;4(4):430-36.
13. Sharon S. Harm Reduction Approach to Treatment of All Substance Use Disorders. [Internet]. 2019 Aug [cited 2021 Oct 15]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558199/>.
14. Office of the Narcotics Control Board. Drug Prevention and Suppression Action Plan 2020-2022. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2020. Thai.
15. Somphot Anegasukha. Participatory Action Research.[Internet]. 2009 Oct. [cited 2021 Nov 20]; Available from: https://www.pharmacy.cmu.ac.th/unit/unit_files/files_download/2011-06-2210-52-

16. Knowles MS., Holton E F, Swanson R A. The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development. Boston: Taylor & Francis Ltd; 2005.
17. Nathan EK, Jaeyong C. Exploring social stigma toward opioid and heroin users among students enrolled in criminology, nursing, and EMT/paramedic courses. Journal of Criminal Justice Education. 2020;31(3):319-40.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาในโรงพยาบาลชลบุรี

มารยาท สุจิตวรกุล**	พย.ม.
ประนอม โจมกาย **	พย.บ.
พรรณพัชร สกุลทรงเดช *	พย.บ.
วิลาวรรณ โคกยะสุพรม*	พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาในโรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง เลือกสุ่มตัวอย่างแบบระดับชั้น คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชลบุรี และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 6 เดือน จำนวน 204 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาของโรงพยาบาลชลบุรี ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีแอลฟาของครอนบาค ได้ 0.93 และ 0.98 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะทางวิชาชีพมากกว่า 5 ปี และมีชั่วโมงการทำงาน 8-19 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.00 และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาอยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 99.50 มีความสามารถในการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาทำทันทีที่เกิดเหตุการณ์ ร้อยละ 41.20 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าทุกปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา ข้อเสนอแนะฝ่ายการพยาบาลควรมีการทบทวนความรู้และติดตามนิเทศพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการบริหารยา

คำสำคัญ : แนวทางการบริหารยา ความรู้การบริหารยา พยาบาลวิชาชีพ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี

Corresponding e-mail: marayard08@gmail.com

Factors Related to the implementation of drug management guidelines and drug planning for Chonburi Hospital

Marayart Sujaritwarakul*	M.N.S
Pranom Chomkai**	RN
Pannaphat Sakunsongdej*	RN
Wilawan Khokyasuprom*	RN

Abstract

This descriptive study aimed to study knowledge and practice of drug administration guideline, and drug planning at Chonburi Hospital. The stratified random sampling technique was used to recruit 204 nurses who worked at the inpatient department, Chonburi Hospital for over 6 months. The research instruments consisted of the personal information questionnaire, knowledge of drug used test, compliance of drug administration assessment form, and medication planning of Chonburi Hospital. The reliability coefficients of these instruments were 0.93 and 0.98, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The results found that the majority of the nurses aged less than 30 years old. Their competency level were more than 5 years and had 8-19 working hours per week. The nurses had a moderate level of knowledge at 74.00% and were able to follow the drug administration and drug planning guidelines at 99.50%. They also had the ability to review medication errors as soon as they occurred at 41.20%. It was found that age, working experience, working hours per week, length of work and knowledge of drug use were not related to adherence to drug administration guidelines and medication planning. The recommendations for the nursing department included review of knowledge and monitor professional nurses on drug administration.

Keywords: guidelines for drug administration, drug administration knowledge, registered nurse

* A Registered Nurse, Chonburi Hospital, Chonburi Province

** A Registered Nurse, Professional Level, Chonburi Hospital, Chonburi Province

Corresponding e-mail: Corresponding e-mail: marayard08@gmail.com

บทนำ

การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวิชาชีพการพยาบาล ตามแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2550-2559 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 กล่าวถึงสิทธิและความเสมอภาคของประชาชน ที่ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ¹ ทำให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานในทุกหน่วยงาน เพื่อทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่แสดงถึงผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยง และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาล²⁻³ การเกิดความปลอดภัยเคลื่อนในการบริหารยา ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อระบบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิต จำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากขึ้น เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการพยาบาลและภาพลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล⁴⁻⁷ และก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจทั้งกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งปัญหาการฟ้องร้องบุคลากรทีมสุขภาพ⁸ ซึ่งสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งได้ 2 ประเด็น คือ (1) ความคลาดเคลื่อนเชิงบุคคล และ (2) ความคลาดเคลื่อนเชิงระบบ การศึกษานำร่องเพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงถึงร้อยละ 17 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Volpe et al.⁹ ที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดจากความผิดพลาดในระบบการทำงานที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านความ

ปลอดภัยในกระบวนการใช้ยา เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และสร้างโอกาสพัฒนากระบวนการทำงานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยยา

จากความสำคัญของปัญหาการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา โรงพยาบาลพยาบาลชลบุรียังมีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยสถิติของงานบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลชลบุรี ในปีพ.ศ. 2560-2562 พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการบริหารยาของพยาบาล เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่ป้องกันได้ ระดับ A/B จำนวน 45, 64 และ 43 ครั้ง ตามลำดับ ระดับ C/D จำนวน 16, 45 และ 32 ตามลำดับ ระดับ E/ F จำนวน 3, 5 และ 7 ตามลำดับ ประสพการณ์การทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน โดยผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะสามารถนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน รวมถึงสามารถคาดการณ์ และวางแผนการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า¹⁰ โดยเฉพาะการนำประสบการณ์ในเรื่องการบริหารยามาใช้ในการประเมินความเสี่ยง และแก้ไขสถานการณ์ที่พบได้¹¹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยา โดยนำรูปแบบบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาในปัจจุบัน มาวิเคราะห์ประเภทและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ทั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนัก และคำนึงถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทาง ขั้นตอนการทำงาน การจัดระบบการตรวจสอบซ้ำในทุกขั้นตอนก่อนให้ยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ถึงตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย พึงพอใจต่อการบริการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นข้อมูล

พื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล และสอดคล้องกับนโยบายบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล¹² รวมถึงสามารถวางแผนเก็บข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน นำไปสู่การวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ และวางแผนป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาตามมาตรฐาน ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาในโรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาในโรงพยาบาลชลบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาในโรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ต่อเนื่องถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2561 ที่โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 850 เตียง ประชากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีจำนวน 567 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลบุรี ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 6 เดือน จำนวน 204 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่จะ

เกิดขึ้น และยอมรับได้ที่ร้อยละ 1-5 โดยใช้สูตร¹³ ในกล่องข้อความด้านล่าง

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N แทน ขนาดของประชากรที่ต้องใช้ในการวิจัย 567คน (สถิติข้อมูลพยาบาลที่ต้องมีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาของโรงพยาบาลชลบุรี)

e แทน ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างร้อยละ 1-5 ที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n) 204 คน

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบระดับชั้น (stratified random sampling) จากรายชื่อของพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยใน นำมาเรียงเป็นระบบตามบัญชีรายชื่อ ทำการสุ่มโดยแบ่งประชากรออกเป็นช่วงที่เท่ากัน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการตัดสินใจให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเลือกเป็นแผนกและประสบการณ์ทำงานตามสัดส่วนที่คำนวณไว้ได้ กลุ่มตัวอย่างในแผนกอายุรกรรม จำนวน 66 คน แผนกศัลยกรรม จำนวน 78 คน แผนกกุมารเวชกรรม จำนวน 44 คน และแผนกสูติกรรม จำนวน 16 คน จนครบ 204 คน ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมิน แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยตามแบบรายงาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา ชนิดของ

ยาที่ใช้และวิธีการใช้ยา ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของ Simonsen et al.¹⁴ และสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อ คำถาม จำนวน 25 ข้อ ใน 3 ด้าน ดังนี้

ความรู้ด้านเภสัชวิทยา 6 ข้อ

ความรู้ด้านการจัดการยา 2 ข้อ

ความรู้ด้านการคำนวณยา 7 ข้อ

แบบวัดความรู้ในการบริหารยา เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 25 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในการบริหารยา ตอบไม่ใช่/ไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน หมายถึงไม่มีความรู้ในการบริหารยา แปลผลคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับยาตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 19-25 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยาในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 10-18 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยาในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1-9 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยาในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยา โรงพยาบาล ชลบุรี สอบถามเกี่ยวกับการนิเทศการบริหารยา การวางแผนการใช้ยา การพยาบาล การบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาของโรงพยาบาลชลบุรี มีจำนวนข้อคำถาม 42 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 5 คือ มากที่สุด ถึงระดับ 1 คือ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบประเมินการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยคณะกรรมการบริหารยาของโรงพยาบาลชลบุรี และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content

validity index) มีค่าเท่ากับ 0.81 ส่วนแบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สร้างจากนโยบายการปฏิบัติตามระบบการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาโรงพยาบาลชลบุรี

2. ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา ชนิดของยาที่ใช้ และวิธีการใช้ยา นำไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่ปฏิบัติการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนดตามแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาของโรงพยาบาลชลบุรี ค่าความเชื่อมั่น KR-20 ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับยา 0.93 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย (1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยา ชนิดของยาที่ใช้ และวิธีการใช้ และ (2) แบบสอบถามการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาของโรงพยาบาลชลบุรี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชลบุรี เลขที่ 10/3/2562 ที่แจ้ง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัย เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอ และเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson 's Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 96.60 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 26.0 และช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 17.10

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสมรรถนะระดับ 5 ร้อยละ 56.0 มีสมรรถนะระดับ 1 และระดับ 2 ร้อยละ 18.10 และร้อยละ 17.20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ มีชั่วโมงการทำงาน 8-9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.10 รองลงมา คือ ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 33.80 และทำงาน 20-29 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 15.20 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชลบุรี น้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.10 รองลงมา คือ ทำงานนาน 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.80 และทำงานนาน 5-9 ปี ร้อยละ 15.20

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยาตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยา ร้อยละ 48.0 พอมีความรู้ บ้าง ร้อยละ 14.30 และไม่มีความรู้ ร้อยละ 37.70 และพยาบาลทำการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาทันทีที่เกิดเหตุ ร้อยละ 41.20 ทำการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาเมื่อมีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อย

ละ 31.80 และไม่ได้ทำการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 27.0

2. ความรู้เกี่ยวกับยาตามแนวทางการบริหารยา การวางแผน การใช้ยา ชนิดของยาที่ใช้และวิธีการใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับยาตามแนวทางการบริหารยา การวางแผนการใช้ยา ชนิดของยาที่ใช้ และวิธีการใช้ยา คะแนนเฉลี่ยสูงเป็น 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่อง Look Alike Sound Alike (LASA) คือหลักในการบริหารจัดการยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย ร้อยละ 98 รองลงมา คือ เรื่องหลังการให้ยา morphine และ pethidine ต้องมีการเฝ้าระวังเรื่องการหายใจ ชีพจร และการขยายของรูม่านตา ทุกครั้ง ร้อยละ 97.1

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่น้อยที่สุด/ ตอบผิดมากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องผู้ป่วยได้รับยา INH (Isoniazid) ผู้ป่วยจะต้องได้รับยา vitamin B 6 ร่วมด้วย เพื่อป้องกันการขาดวิตามินตอบผิด ร้อยละ 74.50 รองลงมา คือ เรื่อง Pethidine จะเริ่มออกฤทธิ์ หลังจากให้ยาทางเส้นเลือด 5 นาที และยา Heparin สามารถเก็บในอุณหภูมิห้องได้ ตอบผิด ร้อยละ 68.6

เมื่อพิจารณาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของพยาบาล (N 204)

คะแนน	เกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
1 – 9 คะแนน	ต่ำ	41	20.1
10 – 18 คะแนน	ปานกลาง	151	74.0
19 – 25 คะแนน	สูง	12	5.9

3. การบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาตามแนวทางของโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาที่ถูกต้องทุกครั้งสูงสุด 5 อันดับแรก คือ (1) ตรวจสอบชื่อ สกูล วัน เดือน ปีเกิดให้ตรงกับผู้ป่วย ร้อยละ 95.6 (2) ตรวจสอบชื่อ สกูล วัน เดือน ปีเกิดให้ตรงกับผู้ป่วย ร้อยละ 94.6 (3) เตรียมยาโดยตรวจสอบพร้อมคำสั่งใช้ยาใน Doctor order sheet MAR 2 ครั้ง (4) ขั้นตอนการให้ยากรณีมีพยาบาลสองคน และตรวจสอบชื่อ สกูล วัน เดือน ปีเกิดให้ตรงกับผู้ป่วยร้อยละ 93.6 และ (5) ห้ามใช้ปากกาลบคำผิด ถ้าต้องการแก้ไขให้ขีดเส้นตรงข้อความนั้น ๆ พร้อมลงชื่อกำกับ ร้อยละ 93.1

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยาที่ถูกต้องทุกครั้งน้อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ (1) เตรียมยาโดยตรวจสอบพร้อมคำสั่งใช้ยาใน doctor order sheet MAR พร้อมกัน ร้อยละ 72.50 (2) ส่งใบ copy doctor order sheet ติด sticker ให้ตรงกับผู้ป่วย เบิกโดยเจ้าหน้าที่หน่วยงาน ร้อยละ 73.0 (3) ยาขึ้นถึงหอผู้ป่วยโดยผู้นำส่งจากห้องยา พยาบาลตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาโดยตรวจสอบกับคำสั่งใช้ยาใน Doctor order sheet MAR ร้อยละ 71.10 (4) ยาขึ้นถึงหอผู้ป่วยโดยผู้นำส่งจากห้องยา ตรวจสอบ 2 ครั้ง (double check) พร้อมคำสั่งใช้ยา ใน doctor order sheet MAR ร้อยละ 70.60 และ (5) กรณีปรับแผนการรักษาต้องตรวจสอบยาที่มีเพื่อส่งให้ห้องยาปรับให้เป็นปัจจุบัน ส่งใบ copy doctor order sheet ติด sticker ให้ตรงกับผู้ป่วย เบิกโดยเสมียนหอ ร้อยละ 66.7

การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาที่ถูกต้องเกือบทุกครั้ง ดีที่สุด 5 อันดับแรก คือ (1) ยาขึ้นถึงหอผู้ป่วยโดยผู้นำส่งจากห้องยา พยาบาล double check ยาที่ได้รับจากห้องยาโดยตรวจสอบพร้อมคำสั่งใช้ยาใน doctor order sheet MAR ร้อยละ 23.50 (2) เตรียมยาโดยตรวจสอบพร้อมคำสั่งใช้ยาใน doctor order sheet MAR พร้อมกัน ร้อยละ 22.10 (3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ร้อยละ 21.10 (4) กรณีปรับแผนการรักษาต้องตรวจสอบยาที่มีเพื่อส่งให้ห้องยาปรับให้เป็นปัจจุบันส่งใบ copy doctor order sheet ติด sticker ให้ตรงกับผู้ป่วย เบิกโดยเสมียนหอ และเตรียมยาโดยตรวจสอบพร้อมคำสั่งใช้ยาใน Doctor order sheet MAR สองครั้ง และ (5) ขั้นตอนการให้ยากรณีมีพยาบาลวิชาชีพสองคน ร้อยละ 20.1

การปฏิบัติของ พยาบาลวิชาชีพมีการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาที่ถูกต้องเกือบทุกครั้ง 5 อันดับที่ไม่ดี คือ (1) ตรวจสอบใบบันทึกการให้ยา (MAR) อย่างถูกต้องชัดเจน โดยดึงจาก computer ร้อยละ 5.90 (2) ชักประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 4.90 (3) ยกเว้นใบ MAR เขียนเฉพาะชื่อ ตำแหน่ง (4) ในใบ order พยาบาลลงนาม พร้อมปั๊ม วัน เดือน ปี เวลาปั๊ม scan แล้วได้ order แพทย์ ร้อยละ 4.40 และ (5) ตรวจสอบชื่อ สกูล วัน เดือน ปีเกิดให้ตรงกับผู้ป่วย ร้อยละ 3.90 การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา และการวางแผนการใช้ยา ของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 99.50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา (N 204)

ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยา	ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
42-125 คะแนน	ไม่ดี	0	0
126-167 คะแนน	ปานกลาง	1	0.5
168-210 คะแนน	ดี	203	99.5

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาในโรงพยาบาลชลบุรี กับอายุ ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับยา และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารและการวางแผนการใช้ยา พบว่า อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และความรู้เกี่ยวกับยา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารและการวางแผนการใช้ยา รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารและการวางแผนการใช้ยา (N 204)

	<i>r</i>	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	- 0.116	0.09
ประสบการณ์ในการทำงาน	- 0.105	0.82
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	0.039	0.58
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	- 0.082	0.24
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	0.13	0.85

* $p < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ต่อไปนี้

1. พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการใช้ยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 99.50 สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาได้แก่ แนวคิดเชิงบุคคล เมื่อมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น บุคคลที่กระทำผิดมักจะถูกตำหนิจากบุคคลรอบข้าง โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์แต่ควรเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่า¹⁵ สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom¹⁶ ที่เชื่อว่า การเรียนการสอนที่ประสบ

ความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจนแน่นอน เพื่อให้ผู้สอนกำหนดและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ รวมทั้งการวัดประเมินผลได้ถูกต้อง นอกจากนี้ Bloom แบ่งประเภทของพฤติกรรมโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ และจิตวิทยาพื้นฐานว่ามนุษย์จะเกิดการเรียนรู้ใน 3 ด้านคือ ด้านสติปัญญา ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และนำหลักการนี้ จำแนกเป็นจุดมุ่งหมายทางการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ จีวีวรรณ ธงชัย¹⁷ ศึกษาการปฏิบัติโดยอิงหลักฐาน

เชิงประจักษ์ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพของทุกประเทศ และช่วยผลักดันให้เกิดการควบคุมคุณภาพการบริการ ความพยายามในการลดต้นทุนการบริการ และการบริการที่มีผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง ด้วยเหตุนี้ บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องปฏิบัติตามการบริการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการ ดังนั้น การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการจ่ายยาของโรงพยาบาลชลบุรี ถือว่าเป็นการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเครื่องมือที่สำคัญ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines-CPGs) ที่สามารถใช้เป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือการวิจัยกับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการจ่ายยาของโรงพยาบาลชลบุรีได้

จึงเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชลบุรี ให้ความสำคัญการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการจ่ายยา ทำให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและการวางแผนการจ่ายยาอยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ภานุวัฒน์ รักดีวงศ์, ชมนาด วรรณพรศิริ¹⁸ ที่พัฒนารูปแบบการจัดการความรู้การบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูง พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้และระดับการปฏิบัติหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจ่ายยา ชนิดของยาที่ใช้ และวิธีการจ่ายยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.00 และทำการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาทันทีที่เกิดเหตุ ร้อยละ 41.20 สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษณา แซ่ล่อ¹⁹ ที่พัฒนาระบบบริหารยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในงานการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยศาสตร์ พบว่า แนวทางการบริหารยาเพื่อลดความ

คลาดเคลื่อนทางยาที่ปฏิบัติในปัจจุบันนั้น มีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย การแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา ที่นำไปสู่การกำหนดนโยบายมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ด้วยวิธีการวิจัยอย่างมีส่วนร่วม จึงทำให้เกิดความร่วมมือของผู้ปฏิบัติเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันและการปฏิบัติที่ยั่งยืน สร้างศักยภาพพยาบาลให้เกิดทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ 8-19 ชั่วโมง และมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 43.6, 33.8 ตามลำดับ แต่ก็ไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อการคลาดเคลื่อนทางยา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวทางการบริหารและการวางแผนการจ่ายยาของโรงพยาบาลชลบุรีที่กลุ่มการพยาบาลออกแบบการตรวจสอบนิเทศติดตามทางการบริหาร และการวางแผนการจ่ายยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยนั้น มีมาตรฐานและมีความครอบคลุมถูกต้อง สมบูรณ์ตามนโยบายการบริหารและการวางแผนการจ่ายยาของโรงพยาบาลชลบุรี

ข้อเสนอแนะ

1. ฝ่ายการพยาบาลควรมีการทบทวนความรู้ และติดตามนิเทศพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการได้รับยา INH (Isoniazid), Pethidine, vitamin B6 และ Heparin ซึ่งพบว่ามีความรู้ที่น้อยที่สุด หรือตอบผิดมากอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

2. ฝ่ายการพยาบาลควรทบทวนความรู้ และติดตามนิเทศพยาบาลวิชาชีพในเรื่อง การบริหารยา และการวางแผนการจ่ายยาที่ถูกต้องเกี่ยวกับ การตรวจสอบใบบันทึกการให้ยา (MAR) อย่างถูกต้องชัดเจนโดยดึงจาก computer การซักประวัติการแพ้ยา การเขียนใบ MAR เฉพาะชื่อ ตำแหน่ง ใบ order

วารสารกองการพยาบาล

พยาบาลลงนาม พร้อมปั๊มตราวาง วัน เดือน ปี เวลา ปั๊ม
scsn แล้วได้ order แพทย์ และต้องมีการตรวจสอบข้อ
สกลุ วัน เดือน ปี เกิดให้ตรงกับผู้ป่วย เพื่อลดความ
คลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่อง

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องการ
บริหารและการวางแผนการจ่ายยาในกลุ่มผู้ป่วยหลัง
การได้รับการบริหารและการวางแผนการจ่ายยาจาก
พยาบาลวิชาชีพ

References

1. Secretariat of the Senate. Constitution of Thailand: Office of the council of state; 2007. Thai.
2. Phongpan Chantanasombut, Nanthida Phanthusart, Sangrawee Maneesri. Clinical risk management of registered nurses. Journal of nursing Science & health. 2012;35(3):118-24. Thai.
3. Pond Boonmee, Chalrumpan Makloy. Registered nurses, s perception on patient Safety culture and development of patient safety culture. Journal of nurse. 2011;4(3):48-64. Thai.
4. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. Journal of nursing care quality. 2004;19(3):209-17.
5. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: a systematic review of direct observational evidence. [Internet] . 2013 [cited 2018 February 23] ; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23386063>
6. Santawat Asavaroengchai. Patient safety. Chula Med J. 2003;47(5):333-50. Thai.
7. Karunrat Tewthanom, Supaluk Tananonniwas. Medication error and prevention guide for patient's safety. Journal, Silpakorn Univ. 2018; 4(2): 251-65. Thai.
8. Karunrat Tewthanom, Supaluk Tananonniwas. Medicationerror and Prevention guide for patient's safety. Veridian E-J. sci. technol. Silpakorn Univ. 2009; 2(1):195-217. Thai.
9. Volpe, Pinho, Stival, Karnikowski. Medication errors in a public hospital in Brazil. British Journal of Nursing. 2014;23(11):552-9.
10. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984: 13-34.
11. Renata Grou Volpe C, Moura Pinho DL, Morato Stival M, Gomes de Oliveira Karnikowski M. Medication errors in a public hospital in Brazil. Br J Nurs. 2014;23(11):552-9.
12. Chonburi hospital policy. Drug system management and drug planning. board: Hospital Executive Committee; 2560. Thai.
13. Thanin Silpcharu. Research and statistical analysis with SPSS. Bangkok: V Inter Print; 2008. Thai.
14. Brandi Simonsen, Sarah Fairbanks, Amy Briesch, Diane Myers, George Sugai. Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. BMC Health

- Services Research. [serial online] 2011 [cited 2018 January 23]; 11: 1-9. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-11-175>
15. MA Alanazi BPharm MSc, MP Tully BSc (Hons) MSc, PJ Lewis MPharm. A systematic review of the prevalence and incidence of prescribing errors with high-risk medicines in hospitals, [Electronic version] Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2016;41(3):239-45.
 16. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I, cognitive domain. New York: Longman; 1956.
 17. Chaweewan Thongchai. Clinical Practices Guidelines Development. The Thai Journal of Nursing Council. 2005;20(2):63-74. Thai.
 18. Moluedee Phoksiri, Panuwat Pakdeewong, Chommanard Wannapornsiri. A Development of Knowledge Management Model of High Alert Drug Administration for Head Nurses in Hospitals Under Royal Thai Army. Journal of the Royal Thai Army Nurse. 2014;15(1):81-9. Thai.
 19. Ked Gedsana. Development of a drug administration system to reduce drug discrepancies in the nursing care of surgical patients. Suan Dok Nurse Journal [serial online] 2014 [cited 2018 January 23]; Available from: <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/downloads/?p=3065>

การพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลหนองคาย

ณฤดี ทิพย์สุทธิ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วันเพ็ญ วิศิษฎ์ชัยนนท์** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วิศรดา เป้าบุญ* ส.ม. (บริหารโรงพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วย 110 ราย และพยาบาลวิชาชีพ 102 คน ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) การใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผลการใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบ (visual analog scale 0-100 คะแนน) 3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาล 4) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาล 5) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยสถิติ Man Whitney U test , Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่า 1.รูปแบบประกอบด้วยแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และแนวปฏิบัติการพยาบาลตามระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2. ผลการใช้การรูปแบบพบว่า พยาบาลความรู้เพิ่มจาก 70.73 เป็น 87.55 คะแนน มีทักษะการปฏิบัติร้อยละ 94.92 การติดเชื้อปอดอักเสบลดลงจากร้อยละ 29.09 เป็น 12.73 ($p < .05$) การหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.27 เป็น 69.09 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 14.53 เป็น 12.31 วัน จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 7.43 เป็น 6.47 วัน ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบร้อยละ 96.07 และความพึงพอใจร้อยละ 92.05 สรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถลดการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ช่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะควรมีการศึกษาและวิเคราะห์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องทุกปี และควรกำหนดให้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือสำหรับการนิเทศทางคลินิก หรือสอนงานแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ, รูปแบบ, การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

** พยาบาลชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

The development and study of the effect of the nursing model for patient using mechanical ventilator in Nongkhai Hospital

Naludee Thipsut ** MNS.
Wanpen Wisitchainont* MNS.
Warisara Baunoo ** M.P.H.

Abstract

Background: This developmental research aimed to develop and study the effect of the nursing model for patient using mechanical ventilator in Nongkhai Hospital. One hundred and ten participants were systematic sampling and separated in 2 groups, each group consist of 55 patients both before and after the study, 102 register nurses were purposive sampling in the study. This study was conducted in 4 steps: 1) Situation analytic 2) Nursing model development 3) Nursing model implementation and 4) Evaluation of the nursing model. Research instruments were 1. nursing model for patient using mechanical ventilator has been validated by 3 experts with content validity index (CVI) value of 0.90 and confidence value of 0.91. 2. Data collecting instruments were 1) the suitable ability assessment form of nursing model, CVI value 0.98, confidence value 0.92. 2) the satisfaction assessment form of nurses and patients' relative (visual analog scale score 0-100) 3) the nursing knowledge assessment form, CVI value 0.91, confidence value(KR-20) 1.00. 4) the nursing practice assessment form ,CVI value 1.00 , confidence value 0.91. 5) the semi-structure interview form which validated with CVI value 0.90. Data were analyzed using descriptive statistic, Mann Whiney U test and Chi-square test.

Result: 1. The nursing model for patient using mechanical ventilator consisted of 2 important parts 1) nursing guidelines procedure 2) nursing activities of caring patient using mechanical ventilator.

2. The effect of using nursing model were nurse's knowledge increased from 70.73 to 87.55, patient' s care skill 94.92 percent, VAP rate decreased significantly from 29.73 to 12.73 ($p<.05$). Weaning from mechanical ventilator rate increased from 67.27 to 69.09, length of stay decreased from 14.53 to 12.31 days, ventilator day decreased from 7.43 to 6.47 day which were not statistic significant change. The appropriateness and satisfaction of assessment of using nursing model were 95.56 and 92.00 respectively.

The nursing model for patient using mechanical ventilator was practical which reduce VAP rate and promote weaning from mechanical ventilator. The nursing model should be continuously studied and analyzed every year and design implement the nursing model as a tool for clinical supervision.

Keywords: patient using mechanical ventilator, model, nursing care for patient using mechanical ventilator

* Registered Nurse, Professional level, Nongkhai Hospital

** Registered Nurse, Senior Professional level, Nongkhai Hospital

บทนำ

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจถือว่าเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูง¹ ทั้งจากโรคของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา เช่น มีลมในเยื่อหุ้มปอด ถุงลมแตก อาการเจ็บคอและความไม่สุขสบาย การอ่อนแรงและลิบเล็กของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ พืชจากออกซิเจน เลือดออกในกระเพาะอาหาร เกิดปอดอักเสบ² ภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจ เช่น ความกลัว กังวล และการสื่อสารลำบาก นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทำให้เพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและการใช้ทรัพยากรในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล³ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทยข้อมูลโรงพยาบาลพระมงกุฎ⁴ ในปี 2556-2557 มีผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 1,363-1,397 คน/วัน และในโรงพยาบาลหนองคาย ปี 2560-2562 มีผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 1,422-1,519 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 123 ราย/เดือน⁵ จากการทบทวนระบบการดูแลและบริบทการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาที่พบคือ (1) แนวปฏิบัติหรือแนวทางการดูแลยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม และไม่ทันสมัย (2) การปฏิบัติที่แตกต่างกันของพยาบาลแต่ละคนตามความรู้และประสบการณ์ รวมทั้งความไม่คุ้นเคยกับเครื่องช่วยหายใจ บางแผนกมีการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่มากทำให้ขาดความชำนาญ (3) ขาดการกำกับติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (4) การเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วยพยาบาลยังไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (5) จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แลพ (6) การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าการบันทึกค่าความดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) กระทำ

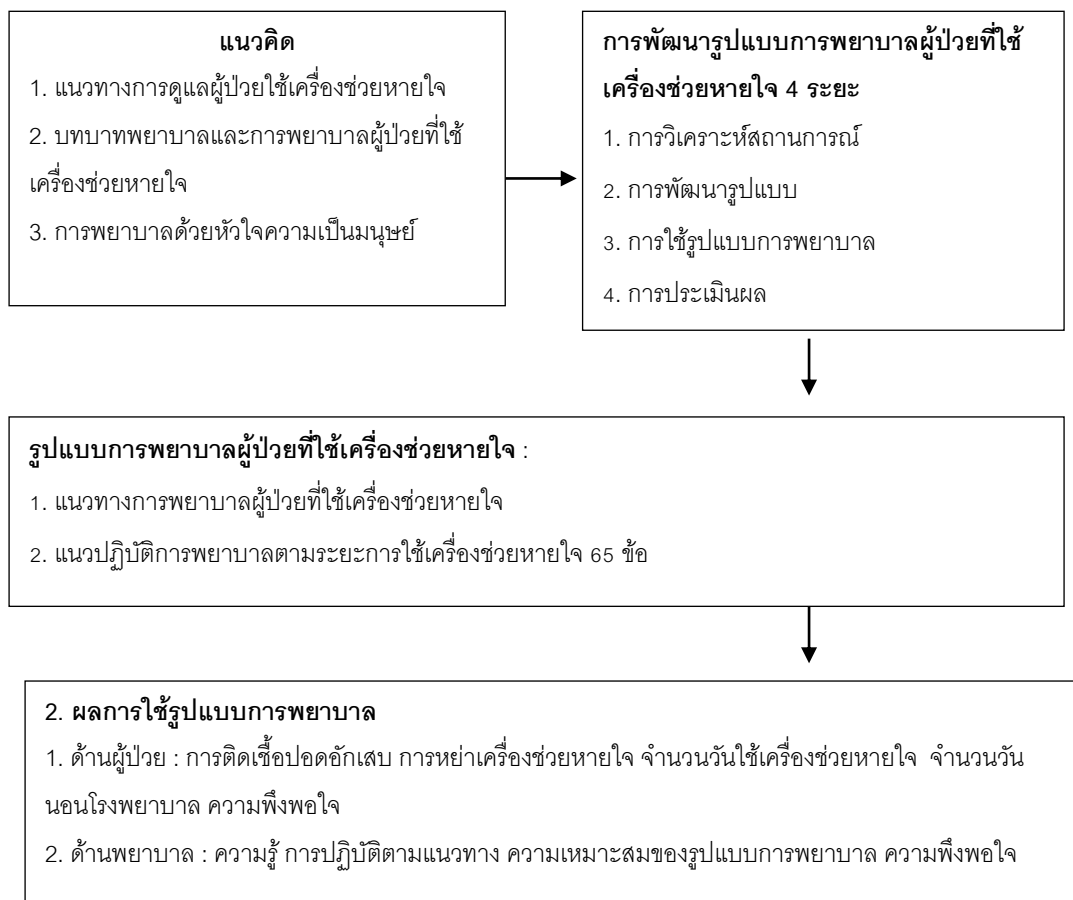
ได้เพียงร้อยละ 30 การประเมินลักษณะของเสมหะที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อในทางเดินหายใจปฏิบัติได้ร้อยละ 9 และการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจปฏิบัติได้ร้อยละ 50 การประเมินเสียงลมผ่านปอดก่อนและหลังดูดเสมหะและการจัดทำเพื่อระบายเสมหะปฏิบัติได้ร้อยละ 10 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ที่ระดับ 5.1 /1000 วันนอน การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจร้อยละ 4.14 อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 66 และการใส่ท่อช่วยหายใจคืนร้อยละ 45⁵ การขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและทันสมัย รวมทั้งสมรรถนะของบุคลากรในด้านการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า ไม่ครอบคลุมหรือเกิดความผิดพลาดขึ้นได้ รวมทั้งทำให้การรายงานแพทย์มีความล่าช้า⁶ การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เป็นงานที่ทำหายสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารทางการพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา ต้องการการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ⁷⁻⁸ พยาบาลมีทักษะทางการบำบัดระบบหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม¹ และมีสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วย⁹ ซึ่งเป็นหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล 7 aspect of care¹⁰ ที่ใช้เป็นแนวทางช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติ การพยาบาล ครอบคลุมการประเมินปัญหา การติดตามเฝ้าระวัง ทันทที่รับไว้ในความดูแล ตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการ (assessment) การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วน (2) การช่วยเหลือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ (symbol distress management) ทั้งทางกายและทางจิตใจ (3) การดูแลความปลอดภัย (safety) การจัดการให้มีการปฏิบัติงานตามแนวทางที่

กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน (4)การเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค (5) การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย (6)การสนับสนุนและการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (7)การสร้างความพึงพอใจความสัมพันธ์ภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย¹¹ ผู้วิจัยและทีมร่วมกันทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4 ระยะของทองเปลว กันอำไ และคณะ¹²และสำออง เทียนแก้วและคณะ¹³ และการศึกษาของอุดมลักษณ์ เตียสกุลและคณะ⁶ ที่ได้แนวปฏิบัติ 6 แนวทาง รวมทั้งการศึกษาศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ การได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบ และระยะวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง การเลื่อนหลุดและการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำลดลง การปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกระยะของการดูแล แนวปฏิบัติสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสูงถึงร้อยละ 90 สรุปจากการทบทวนปัญหาที่เป็นบริบทของพื้นที่ศึกษาและสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน ร่วมกับการประยุกต์แนวความคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และแนวคิดบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิก โดยใช้รูปแบบของการวิจัยและพัฒนาเป็น

ระเบียบวิธีในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน่าจะเป็นวิธีการที่ช่วยทำให้การแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่แบ่งตามระยะของการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) ระยะเริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจ (3) ระยะใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่อง และ (4) ระยะหย่าเครื่องช่วยสร้างแนวทางปฏิบัติใหม่ ให้มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ สามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาในพื้นที่ศึกษา 7 หน่วยงาน เกิดการบูรณาการความรู้สู่ปฏิบัติที่เหมาะสม ลดความหลากหลายของการปฏิบัติมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะของการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง พร้อมทั้งมีแนวทางในการนิเทศกำกับติดตามที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และแนวคิดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล โดยใช้รูปแบบของการวิจัยและพัฒนาเป็นระเบียบวิธีในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และบูรณาการให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลหนองคาย รายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบแผนฯ (1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การติดเชื้อมดอักเสบ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อแบบแผนฯ (2) ด้านพยาบาล : ความรู้ การปฏิบัติตามแนวทาง ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาล และความพึงพอใจต่อแบบแผนฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลหนองคาย ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง ดังนี้

1. เป็นพยาบาลจำนวน 102 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษาตลอดระยะเวลาที่ศึกษา
2. เป็นผู้ป่วยจำนวน 110 ราย เลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดคือผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2564 และทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 55 ราย คือ กลุ่มก่อนและกลุ่ม

หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 1.00

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (1) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาล จำนวน 7 ข้อ ค่า CVI 0.98 ค่าความเชื่อมั่น 0.92 (2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ (visual analog scale 0-100 คะแนน) ค่า CVI 0.98 (3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาล จำนวน 20 ข้อ ค่า CVI 0.91 ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 1.00 (4) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาล จำนวน 65 ข้อ ค่า CVI 1.00 ค่าความเชื่อมั่น 0.91 และ (5) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ค่า CVI 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคาย เลขที่ 33/2563 พิตักษสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และลงนามยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสผลการวิจัยจะเสนอออกมาเป็นภาพรวม ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนทำการดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุด

ขั้นตอนการวิจัย

ดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้

1.การวิเคราะห์สถานการณ์ 1)ศึกษาข้อมูลตัวชี้วัดทางคลินิกจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย

หายใจในปี 2562 จำนวน 30 ฉบับ ในประเด็นเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลการให้บริการ แนวทางการดูแล เอกสารต่างๆ 2) การสำรวจปัญหาจากกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่เน้นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจ และความต้องการการดูแล รวมทั้งลักษณะการให้บริการหรือบริการที่ได้รับ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยหัวหน้าผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการครั้งละประมาณ 10-20 นาที ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างในจำนวน 5 ราย (หอผู้ป่วยหนัก 2 ราย หอผู้ป่วยสามัญ 3 ราย โดยเป็นอายุรกรรม 2 ราย ศัลยกรรม 1 ราย) ใช้การสุ่มอย่างง่าย ส่วนการสำรวจปัญหาจากกลุ่มพยาบาลทำการสนทนากลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยและกลุ่มตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 12 คน (หัวหน้าหน่วย 5 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติที่เป็นตัวแทนหน่วยงาน 7 หน่วยงาน 7 คน) โดยดำเนินการแต่ละครั้งประมาณ 30-45 นาที ในช่วงเย็นวันศุกร์ ช่วงเวลา 15.00-16.00 น. 3) การค้นหารูปแบบหรือแนวทางการรู้ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) สรุปประเด็นปัญหา ระเบียบนี้ดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม 2563 โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 4 กิจกรรม 2.1) สังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นวัตกรรมต่างๆ นำเอาข้อสรุปและประเด็นปัญหาจากระยะที่ 1 มาয়กร่างรูปแบบการดูแล 2.2) ประชุมทีมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในวันที่ 23 มกราคม และครั้งที่ 2 ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2563 ในที่พยาบาลที่ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย 5 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติ 7 คน ในพื้นที่ศึกษา 7 หน่วย เพื่อให้ทีมรับทราบและระดมความคิด วิเคราะห์

วางแผนออกแบบ เพื่อสร้างรูปแบบใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยแก้ปัญหาที่ประสบในปัจจุบัน ตามประเด็นปัญหาสำคัญ 4 ข้อ คือ (1) รูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงทั้งโรงพยาบาล (2) รูปแบบการพยาบาลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล (3) แผนการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล และ (4) พัฒนาเครื่องมือช่วยในการปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นนำรูปแบบการดูแลที่ยกกว้างขึ้น ส่งผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุง 2.3) ตรวจสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และ 2.4) ปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติดำเนินการในช่วง มกราคม-กุมภาพันธ์ 2563

3. การใช้รูปแบบการพยาบาล ดำเนินการในช่วงระยะเวลามีนาคม 2563 ถึง ธันวาคม 2563 (รวมเวลา 10 เดือน) ในพยาบาลกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 3.1) กิจกรรมการเตรียมความพร้อมของทีมเป็นการประชุมชี้แจงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นพื้นที่ศึกษาและพยาบาลผู้ปฏิบัติปฏิบัติ ในวันที่ 2 เดือน มีนาคม 2563 3.2) กิจกรรมการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในวันที่ 3 และ 4 มีนาคม 2563 โดย (1) รอบที่ 1 เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 รุ่นๆ เป็นการให้ความรู้แก่ทีม (2) รอบที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการพยาบาลตามระยะของการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4 ระยะที่หอผู้ป่วยแต่ละหอโดยทีมผู้วิจัยจะควบคุมดูแลการฝึกทักษะ มีการให้คำปรึกษาให้คำแนะนำให้กำลังใจ และการสอนแนะ โดยจับคู่กันกับทีมผู้วิจัยตามตารางการฝึกทักษะตามตารางการฝึกในช่วง วันที่ 5-25 มีนาคม 2563 (3) รอบที่ 3 เป็นกิจกรรมประชุมสรุปบทเรียนในวันที่ 26-27 มีนาคม 2563 โดยจัดวันละ 2 รอบ คือเช้า (09.00-10.00 น.) บ่าย 14.30-15.30 น.) เพื่อถอดบทเรียนที่ได้รับ ให้ข้อเสนอแนะปัญหาอุปสรรค สรุปการเรียนรู้

และ 3.3) ทีมผู้วิจัยดำเนินการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นและผ่านการทดลองใช้มาแล้ว ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลหนองคาย ในช่วง เมษายน 2563 ถึง ธันวาคม 2563 (9 เดือน)

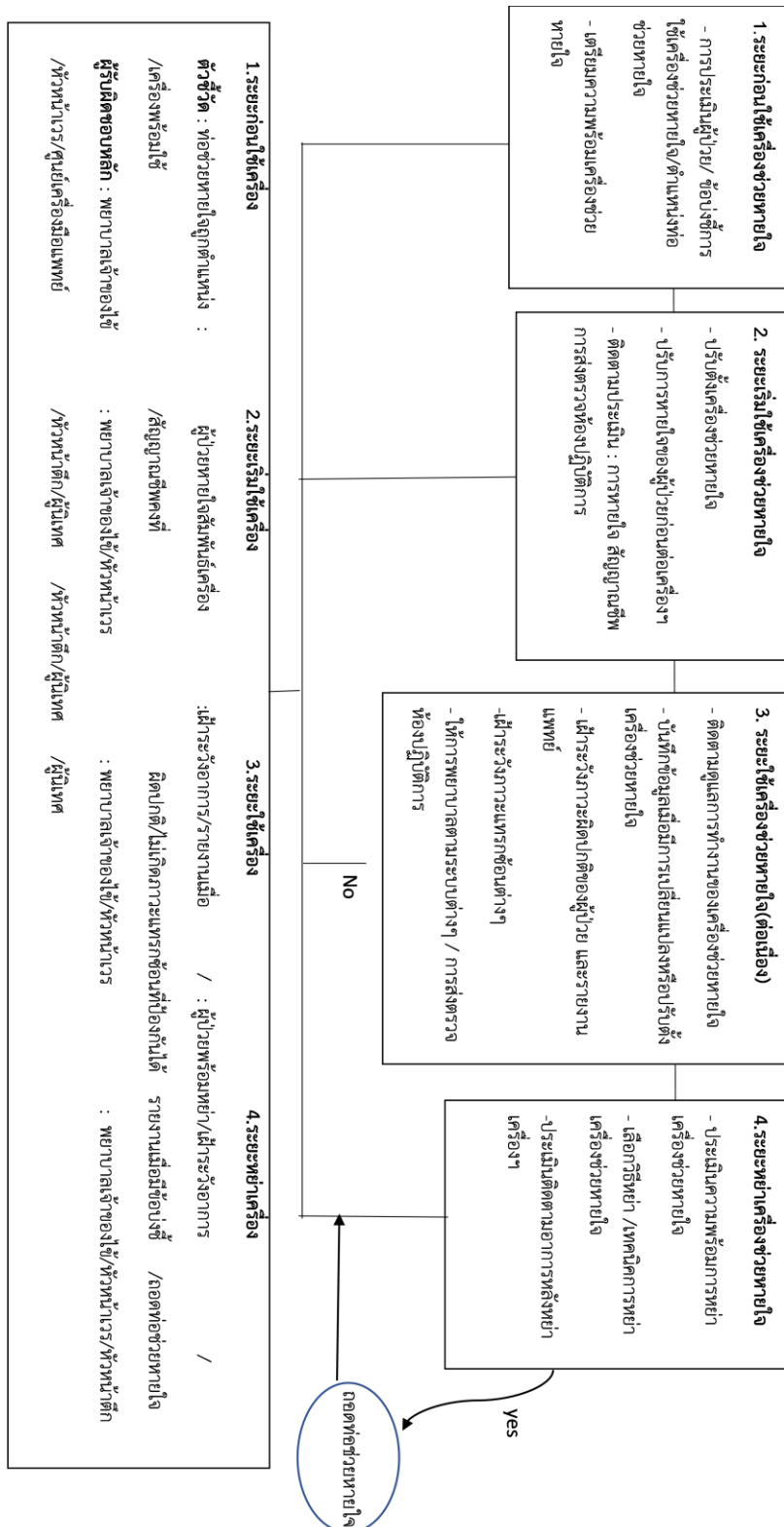
4. การประเมินผล ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ามารับการรักษาที่พื้นที่ศึกษา จำนวน 7 หน่วยงาน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในระยะเวลาที่ใช้รูปแบบการดูแล (เมษายน ถึง ธันวาคม 2563) โดยประเมินผลตามผลลัพธ์ที่กำหนดได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยเกี่ยวกับ การติดเชื้อ (VAP rate) จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ความพึงพอใจ 2) ทีมพยาบาลเกี่ยวกับ ความรู้และทักษะการพยาบาล ความเหมาะสมในการใช้รูปแบบการพยาบาล และ ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความรู้และทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเปรียบเทียบ Man Whitney U test เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และใช้สถิติไคสแควร์เปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ วันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญคือ (1) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ(ดังแสดงใน Flow chart) และ(2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4 ระยะ จำนวน 65 ข้อ รายละเอียดในภาพที่ 2

1.1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ



ภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

วารสารกองการพยาบาล

2. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.1 ด้านพยาบาล ค่ะแนความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มก่อนและหลังพัฒนา ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ <.001 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้โดยมีคะแนนเฉลี่ย 61.73 คะแนน (SD 2.90) คิดเป็นร้อยละ 94.92 รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจรายด้าน

ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ	Mean	SD	ร้อยละ
1. ระยะก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ (6 ข้อ)	5.58	.69	93.14
2. ระยะเริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจ (5 ข้อ)	4.82	.40	96.47
3. ระยะใช้เครื่องช่วยหายใจ (38 ข้อ)	35.85	1.78	94.34
4.1 ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (3 ข้อ)	2.88	.38	94.12
4.2 ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (7 ข้อ)	6.87	.33	98.18
4.3 ระยะหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ (6 ข้อ)	5.73	.59	95.58
โดยรวม	61.73	2.90	94.92

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการพยาบาล มีเฉลี่ยร้อยละ 96.07 โดยข้อที่ได้คะแนนสูง คือ (1) เนื้อหาในรูปแบบการพยาบาลฯ มีความถูกต้อง ชัดเจน ร้อยละ 98.03 และ (2) รูปแบบการพยาบาลฯ มีความครอบคลุมการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถอดท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 96.40 และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.05

2.2 ด้านผู้ป่วย การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มก่อนพัฒนา ร้อยละ 29.09 หลังพัฒนารูปแบบพบการติดเชื้อ ร้อยละ 12.73 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการหย่า

เครื่องช่วยหายใจสำเร็จในกลุ่มก่อนพัฒนาจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.27 และหลังพัฒนาหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.09 และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการพัฒนาดลดลงจาก 13.42 วัน/ราย เป็น 12.31 วัน/ราย จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการพัฒนาดลดลงจาก 7.43 วัน/ราย เป็น 6.47 วัน/ราย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อมาก่อนและหลังการช่วยหายใจระหว่างกลุ่ม

รายการ	ก่อนพัฒนา (55)		หลังพัฒนา (55)		Chi square	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อัตราการติดเชื้อ						
ติดเชื้อ	16	29.09	7	12.73	4.45	.035*
ไม่ติดเชื้อ	39	70.91	48	87.27		
รวม	55	100	55	100		
การหย่าเครื่องช่วยหายใจ						
หย่าสำเร็จ	37	67.27	38	69.09	.042	.838
หย่าไม่สำเร็จ	18	32.73	17	30.91		
รวม	55	100	55	100		
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล						
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	32	58.18	37	67.27	.972	.324
มากกว่าค่าเฉลี่ย	23	41.82	18	32.73		
รวม	55	100	55	100		
จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ						
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	39	70.91	39	70.91	.000	1.00
มากกว่าค่าเฉลี่ย	16	29.09	16	29.09		
รวม	55	100	55	100		

* P < .05

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ (1) แนวทาง การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ (2) แนวปฏิบัติการพยาบาลตามระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งการพัฒนาเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติในหน่วยงานที่ศึกษาในทุกขั้นตอนตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาตั้งแต่ขั้นตอนของการแจกแจงปัญหา การพัฒนารูปแบบการพยาบาล การปฏิบัติตามรูปแบบหรือแนวทางที่พัฒนาขึ้น และการประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาล จึงเหมาะสมกับบริบท มีความจำเพาะ และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ผ่าน

คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วได้นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานที่ศึกษาได้รับคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานและได้นำมาปรับปรุงเพิ่มเติม ทีมผู้วิจัยมีการจัดทำรูปแบบของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกาศใช้ และนำสู่การปฏิบัติ

2. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้านความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า คะแนนความรู้หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.73 (ค่าเฉลี่ย 14.14) เป็นร้อยละ 87.55 (ค่าเฉลี่ย 17.50) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

ด้านทักษะการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 65 ข้อย่อย พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยที่ศึกษา สามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้คะแนนเฉลี่ย 61.73 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 94.92 อภิปรายว่าจากที่ผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมในการใช้รูปแบบการพยาบาล มีกิจกรรมสอนแนะข้างเคียง ร่วมฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลในทุกหน่วยที่เป็นพื้นที่ศึกษาตามตารางที่จัด มีการสรุปการเรียนรู้ก่อนและหลังให้การพยาบาล รวมทั้งการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มาร่วมในการมอบหมายให้พยาบาลผู้ดูแลมีแนวทางที่เป็นรูปธรรม (Flow สรุปการพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้) ทำให้พยาบาลมีอิสระมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติที่ตนเองได้ให้การพยาบาลตลอดระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งผู้วิจัยจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานซึ่งถือว่าเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ภายใต้ฐานสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพ⁶ เป็นกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มพูนสมรรถนะของพยาบาลโดยการพัฒนาความคิด ความรู้และการกระทำ ทำให้เกิดความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชนก บุญเรือง¹ และปณูชา พงศ์สวัสดิ์² ที่ศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นจาก 26 เป็น 41 คะแนน ทักษะการดูแลเพิ่มจากร้อยละ 25 เป็นร้อยละ 71

3. การติดเชื้อปอดอักเสบพบว่าในกลุ่มก่อนพัฒนาติดเชื้อจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.09

ในกลุ่มหลังพัฒนาติดเชื้อจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.73 และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การหยาเครื่องช่วยหายใจทั้งในกลุ่มก่อนและหลังพัฒนาใกล้เคียงกันคือ หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จร้อยละ 62.72 และ 69.09 ตามลำดับ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการศึกษาค้างนี้ เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่นำมาใช้มีข้อเด่น เนื่องจากมีการพัฒนาโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริงตลอดจนมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะทั้งจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติหน้างาน และแนวปฏิบัติทางผู้วิจัยได้เพิ่มแนวทางในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบตาม WHAPO Care Bundle รวมทั้ง มีแนวทางในการติดตามการรายงานผลการติดเชื้อ (infection control monitoring) ที่ชัดเจน จึงทำให้การติดเชื้อลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาล การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มากำหนดเป็นชุดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ^{1,3,10} ทำให้อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการพัฒนาลดลงจาก 13.42 วัน/ราย เป็น 12.31 วัน/ราย จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการพัฒนาลดลงจาก 7.43 วัน/ราย เป็น 6.47 วัน/ราย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึงแม้จะไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาค้างนี้มีแนวโน้มลดลง การที่จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยบางรายสามารถหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จแต่ยังจำเป็นต้องคาท่อช่วยหายใจไว้ต่อไป

เนื่องจากไม่สามารถไอเพื่อขับเสมหะออกจากหลอดลมได้ และการใส่ท่อช่วยหายใจบางครั้งมีวัตถุประสงค์เพื่อ maintain air way¹⁴ และผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมอื่นๆที่ยังต้องรักษาทำให้วันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{3,11,12} ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน

5. ความคิดเห็นต่อความยากง่ายของการใช้รูปแบบการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 96.07 และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลร้อยละ 92.05 ซึ่งอยู่ในระดับสูงอภิปรายว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน มีความสะดวกต่อการนำไปใช้ โดยเรียงตามระยะของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นขั้นตอนที่เข้าใจง่าย และช่วยในการแก้ไขปัญหา สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่ก่อนใช้เครื่องจนกระทั่งหลังการใช้เครื่องอย่างต่อเนื่องแบบเป็นขั้นเป็นตอน ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในทุกกระบวนการดูแล พร้อมทั้งมีกิจกรรมส่งเสริมให้พยาบาลสามารถนำไปใช้งานได้จริง โดยมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การสอน การร่วมมือปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้คำแนะนำในหน่วยงาน ส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเข้าใจและมั่นใจในการ

ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของสำออง เทียนแก้ว และคณะ¹¹ และจันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ¹⁵ อุดมลักษณ์ เตียสวัสดิ์ และคณะ¹² ที่พบว่า ถ้าพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็น และพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติจะทำให้พยาบาลมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ควรมีการเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อม รวมทั้งมีการอบรม การฝึกทักษะ และมีการติดตามประเมินผล
2. ด้านการวิจัยควรพิจารณาศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพิ่มเติมในลักษณะ Randomized Control Type (RCT) หรือมีการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในประเด็นอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย
3. ด้านการบริหารกำหนดเป็นนโยบายในการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกปี ทั้งในพยาบาลที่เข้าทำงานใหม่และพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาก่อน กำหนดให้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือสำหรับให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอใช้เป็นเครื่องมือในการนิเทศ หรือสอนงานแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติ

References

1. Nutchanon Boonmuang. Effectiveness of the use of ventilator training program among nurses at Thungsong Hospital in Nakhon Si Thammarat Province. Thai Journal of Nursing. 2021;70(2):19-26. Thai
2. Panucha Pongsawad. Result from development of clinical nursing practice guidelines for patients with ventilation mechanical in intensive care unit Loei Hospital. Chaiyaphum medical journal. 2018;38(3):28-38. Thai.
3. Isaree Trakoonpanichkit, Chanokporn Utthama, Nataya Uangpairoj, Darunee Chaiwong, Chanya Kaweemuang. Effectiveness of implementing the ventilator care bundle in adult critical care unit Nakornping Hospital. Journal of Nursing Association of Thailand Northern Office. 2018;24(1): 39-60. Thai.
4. Wiparat Navara, Panomporn Prittpongpan, Parichat Srianurak, Pathumporn Kanyakamin, Suweena Bohplian. Effect of PMK unplanned extubation prevention program on extubation rate in medical wards, Phramongkutklao Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):167-75. Thai.
5. Nong Khail Hospital Information Center. service statistics program. 2562. Thai.
6. Udomlak Tiasawat, Donwiwat Saensom, Acharawun Namuangchan, Supaporn Tansura. Yuwadee Boonloy, Apisara Songserm. Development of a clinical nursing practice guideline for mechanically ventilated patients in critical care department, Kon Kean Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(1):194-205. Thai.
7. Thananchai Boonburaphong. Respiratory care in clinical practice. Bangkok: Panchamit printing; 2018. Thai.
8. Suchitra Limamnuaylarp, Kanchana Simararajuk, Ploenta Siripakarn, Chuanphit Tumnong. Nursing practice in critical iii adult patient. Khon Kaen: Klang Nana Printing House; 2013. Thai.
9. Gunyanat Pongpaew, Sommai Kotchanam. The professional nurses' competencies in caring management of patients with mechanical ventilator at Nopparat Rajthanee hospital. VAJIRA NURSING JOURNAL. 2018;20(2):1-12. Thai.
10. Nursing Division. Nursing standard in hospital. 2nd ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand printing; 2007. Thai
11. Saowalak Kasemsuk, Veenarat kunjeena, Daranee Siribut. Complication, Length of stay, Re-dmission within 28 days after using The 7 Aspects of Care in Hysterectomy Patients at Gynecological Ward of Chiangraiprachanukroh Hospital. Chiangrai Medical Journal. 2020;11(1): 85-92. Thai.

12. Thongplew Kunurai, Manaporn Chatchumni, Amporn Namvongprom, Unchalee Youngyut. Effects of nursing system development in using evidence based of nursing on quality of care in patients with ventilator in intensive care unit Singburi Hospital. Journal of Nursing Association of Thailand Northeastern Office. 2011;29(2):25-34. Thai.
13. Samang Thiankeaw, Lakana Sornsurin, Sunanya Phromtuang. Efficacy of developed nursing care modality for mechanically ventilated patient in intensive care unit. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2017;31(1):10-21. Thai.
14. Panida Kawinum, Tongparn Ngurgngarm, Srisuda Assawaparangkul. An effects of the development of promotional program for the implementation of ventilator associated pneumonia prevention-guidelines. Journal of Nursing Division. 2017;44(3):34-57. Thai.
15. Chanphen Niamwan, Naree Singhathep, Warathip Kankarn. Development of a clinical nursing practice guideline for mechanically ventilated patient with acute respiratory distress syndrome using evidence-based practice in the intensive care unit Yasothon Hospital. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2020;38(1):6-14. Thai.

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลยโสธร

จิรพร อัครวิศรุต* พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)

สมหญิง ศรีสรณกุลวงศ์** พย.บ.

ลัดดา คำแดง** พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

กลอยใจ แสงวงษ์** พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและศึกษาผลของระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลยโสธร โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน ร่วมกับการใช้แนวคิดของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 ดำเนินการ 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการพยาบาล ระยะที่ 3 นำสู่การปฏิบัติ ระยะที่ 4 ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 48 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 12 คน หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 จำนวน 12 คน หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2 จำนวน 12 คน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 12 คน และกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย ได้แก่ (1) แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล (2) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.81 (3) แบบวัดความรู้ของบุคลากร มีค่าความยากง่ายรวม เท่ากับ 0.6 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test, Independent t test และ Chi square

ผลการวิจัย พบว่า ระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2) รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาล ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านองค์การ ได้แก่ 1) วันนอนโรงพยาบาลหลังการพัฒนาดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่ารักษายาบาล ก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกันทางสถิติ 3) อุบัติการณ์เสียชีวิตหลังการพัฒนาดลดลงแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนาอยู่ในระดับดี มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบทุกด้านและโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก 3) การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลทุกขั้นตอนมากกว่าร้อยละ 80 ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ 1) การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ร้อยละ 88 2) การได้รับยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 1 ชั่วโมงร้อยละ 84 3) การได้รับสารน้ำภายใน 1 ชั่วโมงร้อยละ 84 4) ภาวะช็อคระหว่างการรักษาร้อยละ 8 5) ภาวะช็อคเมื่อครบเป้าหมายการรักษา 6 ชั่วโมง ร้อยละ 12 6) ภาวะช็อค ลดลง ร้อยละ 88 สรุปได้ว่าระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นทำให้มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและแนวทางการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับองค์กร ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการพยาบาล , ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยโสธร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยโสธร

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร

Nursing Care System Development for Sepsis in Intensive Care Department Yasothon hospital

Thiraporn Assavavisarut * M.N.S.(Administration Nursing)

Somying Srisarankunwong** B.N.S

Ladda Comdang** M.N.S. (Adult Nursing)

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

Abstract

This study is research and development. The objective is to develop a nursing system for patients with sepsis in the surgical department. Yasothon Hospital by using the conceptual framework for assessing the quality of the Donabedian. The process aspect, the outcome aspect, together with the use of the concepts case management consisted of four steps as follows: 1) planning stage 2) operation 3) observation and 4) performance reflection. This will make the process of care systematic and related. Produce clinical outcomes and good nursing outcomes The sample group consisted of 48 personnel, 50 patients, selected by specific research tools Knowledge test of professional nurses Nursing System Development Model The satisfaction assessment form for the development of the nursing system and patient nursing data collection form content validity index (CVI) was 1.00 and 1.00 respectively. Data were analyzed using content analysis. Descriptive statistics and paired t-test

The results of the research revealed that the development of the nursing system consisted of 2 aspects: 1) the structural aspect, namely setting goals, policies; Knowledge development of professional nurses Management of tools and equipment 2) Process aspects include screening for identification of patients in at-risk groups and those with sepsis. Watch out for and monitor symptoms multidisciplinary viewing 3) Results patients and personnel after the development of the nursing system, it was found that nurses had a statistically significant increase in knowledge level ($p < .05$), which the system development was consistent with the context of the organization. Make nurses more knowledgeable and can be put into practice.

Keyword: Nursing Care System Development, Sepsis

* Professional Registered Nurse, Yasothon hospital

** Professional Registered Nurse, Yasothon hospital

*** Registered Nurse, Yasothon hospital

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายเป็นสาเหตุทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด¹ รายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) มากกว่า 30 ล้านประชากรโลกในทุก ๆ ปี และมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากถึง 6 ล้านคน โดยพบการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทั่วโลกแล้วประมาณ 5,760 ล้าน คนคิดเป็นร้อยละ 77.70 ต่อประชากร 100,000 ต่อปี² ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ต้นๆของประชากรโลก จะเห็นได้ว่าประชากรทั่วโลกเกิดภาวะนี้และมีอัตราการตายสูงถึง 1 ใน 4 ราย³ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เสียชีวิต 45,000 ราย ต่อปี ในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2561-2563 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 771,333, 797,677, 751,844 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตจาก Community - Acquired Sepsis ร้อยละ 34.65, 32.82, 31.92 และอัตราการเสียชีวิตจาก Hospital Acquired server sepsis คิดเป็น 56.72, 54.17, 52.15 ตามลำดับ⁴ จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤติสำคัญและรุนแรงส่งผลกระทบทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยด้วย

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้วร่างกายเราก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อ

โรค ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วบริเวณของร่างกาย หากมีความรุนแรงมากอาจพัฒนาไปสู่ภาวะช็อกและทำให้การทำงานของอวัยวะภายในต่าง ๆ ล้มเหลว มีอันตรายถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แม้ว่าในปัจจุบันมีความก้าวหน้าและทันสมัยในด้านความรู้ความเข้าใจในกลไกการเกิดโรค การมียาต้านจุลินทรีย์ที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในภาวะวิกฤต ได้ดีขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคนี้ จึงได้กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อที่ 38 โดยกำหนดให้อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community Acquire น้อยกว่าร้อยละ 28⁵ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต ได้แก่ การมีอายุมากกว่า 60 ปี มีอวัยวะล้มเหลวตั้งแต่ 3 อวัยวะขึ้นไป การเริ่มให้ยาช้ากว่า 1 ชม. และการรักษาระบบไหลเวียนเลือดที่ช้าและไม่เพียงพอ⁶ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า การรักษาแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็ว ภายใน 6 ชม. สามารถลดความรุนแรงและการเสียชีวิตได้ ได้มีการพัฒนาระบบ Surviving Sepsis Campaign (SSC) สำหรับรักษา ระยะเริ่มแรกของการรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และล่าสุดในปี 2561 ได้มีการนำมาปรับปรุงเป็นการรักษาแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็ว ภายใน 1 ชม. (Hour 1 bundle)⁷ ซึ่งช่วยให้อัตราการ

โรคชีวิตของผู้ป่วยมีมากขึ้นนอกจากนี้จากการศึกษาของ สุทธิชัย แก้วหาวงค์และดลวิวัฒน์ แสนโสม^๘ พบว่าการปฏิบัติใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยในระยะ 1 ชั่วโมงแรก ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุการลดความเสี่ยง และลดความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ และยังเพิ่มความมีวินัยและสัดส่วนของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลพร้อมทั้งช่วยลดระยะเวลาในการเริ่มให้การพยาบาลลงได้

โรงพยาบาลยโสธร เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 370 เตียงในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา ในปี 2561-2563 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ^๙ ในกลุ่มงานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลยโสธรซึ่ง ประกอบด้วยหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม มีผู้ป่วยเข้ารับบริการปี 2561-2563 จำนวน 9,070, 7,979 และ 8,044 ตามลำดับ กลุ่มโรคที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งกลุ่มโรคที่ดังกล่าวนี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเฉียบพลัน และเสี่ยงต่อการพิการ และเสียชีวิตสูง จากการวิเคราะห์และมองเห็นปัญหาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า แนวทางปฏิบัติไม่ถูกนำลงสู่การปฏิบัติ พยาบาลขาดความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น การรายงานแพทย์ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่

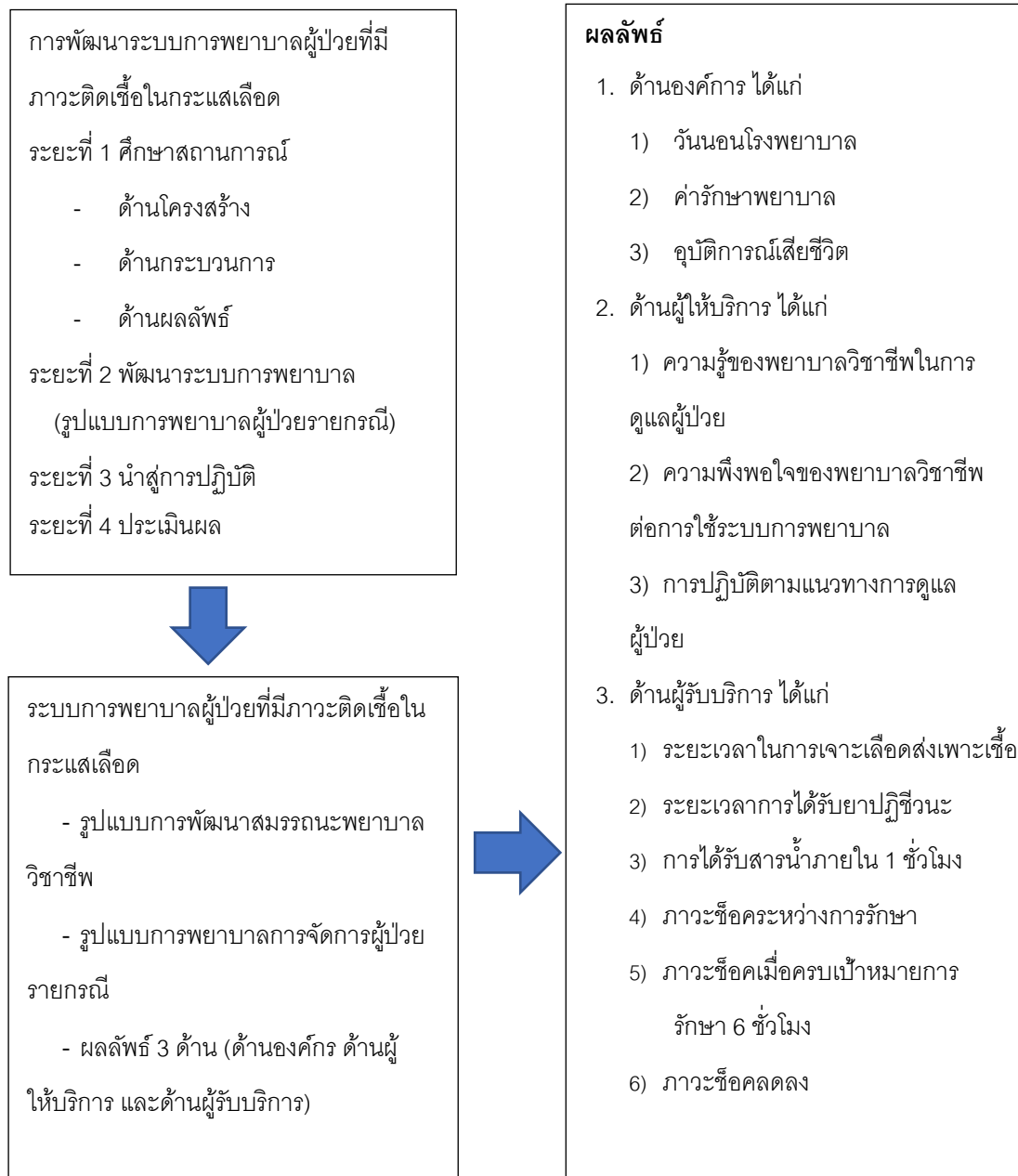
กระบวนการรักษาก่อนวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดล่าช้า จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลยโสธร โดยใช้แนวคิดของโดนาปีเดียน ร่วมกับรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลและให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลยโสธร
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลยโสธร

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพของโดนาปีเดียน 3¹⁰ ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดย มี 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการพยาบาล ระยะที่ 3 นำสู่การปฏิบัติ ระยะที่ 4 ประเมินผล(ดังภาพที่ 1) ซึ่งจะทำการกระบวนการดูแลเป็นระบบและมีความสัมพันธ์เชื่อมโยง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลยโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ให้บริการ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 12 คน หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 จำนวน 12 คน หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2 จำนวน 12 คน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. กลุ่มผู้รับบริการ คัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 50 ราย

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย ได้แก่

(1) แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (เท่ากับ 1.00

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 5 ระดับ ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับ 0.81 แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับดังนี้¹⁰

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

(3) แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นความรู้เรื่องโรคและการวินิจฉัย จำนวน 10 ข้อ ความรู้เรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ ความรู้เรื่องการพยาบาลและการรักษา จำนวน 14 ข้อ มีค่าความยากง่ายโดยรวม เท่ากับ 0.6 แปลผลตามคะแนนรวม โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom¹¹ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 0-59 หมายถึง พยาบาลมีความรู้ในการจัดการดูแลระดับน้อย

คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึงพยาบาลมีความรู้ในการจัดการดูแลระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80-100 หมายถึงพยาบาลมีความรู้ในการจัดการดูแลระดับดี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร เลขที่รับรอง YST 2020-09 โดยผู้วิจัย คำนึงสิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิ

ในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน และการดูแลรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร นำเสนอข้อมูล และรายงานผลวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) การวิเคราะห์สถานการณ์

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิดของโดนาปีเดียน¹² 3 ด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยการศึกษาข้อมูลสถิติ การให้บริการ ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลย้อนหลัง 3 ปี และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2563 จำนวน 366 ฉบับ ผลที่ได้คือ (1) **โครงสร้าง** ยังขาดอัตราการจ้างบุคลากรงบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ อาคารสถานที่ เนื่องจากกลุ่มงานผู้ป่วยหนักมีจำนวนผู้ป่วยมาก อัตราครองเตียงสูง ข้อมูล ปี 2561 - 2563 อัตราครองเตียงร้อยละ 128,136 และ 154 ตามลำดับ ทำให้มีผลผลิตภาพทางการพยาบาล (Productivity) ที่สูง เกินมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนด ข้อมูลปี 2563 จากภาระงานที่มากทำให้กลุ่มงานผู้ป่วยหนักต้องจัดรูปแบบการพยาบาลโดยการปรับรูปแบบการพยาบาลแบบทีม และแบบตามหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุม แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบแยกส่วน ขาดความต่อเนื่องในการดูแล (2) **กระบวนการ** มีแนวปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ประกอบกับบุคลากรทางการพยาบาลยังขาดความรู้ ทักษะใน

การดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว บุคลากรมีความรู้ ทักษะในการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น รวมถึงความรวดเร็ว ถูกต้อง ในการรักษาพยาบาล การแก้ไขภาวะช็อก การป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประเด็นเหล่านี้มีผลต่อ อัตราการเสียชีวิต จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งมีแผนการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบแยกส่วน ขาดความต่อเนื่องในการดูแล และจากการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบประเด็นปัญหาดังนี้ ซึ่งระบบการพยาบาลแบบเดิม เป็นระบบการพยาบาลแบบการพยาบาลตามภาระงาน รับผิดชอบ ร่วมกับระบบการพยาบาลเป็นทีม เนื่องจากมีปริมาณผู้ป่วย และภาระงานที่มากซึ่งมีข้อเสีย ของรูปแบบนี้ คือ 1) การพยาบาลอาจแยกเป็นส่วน ๆ ไม่เป็นองค์รวม ถ้าไม่มีการมอบหมายให้บุคลากรคนใดคนหนึ่งรับผิดชอบวางแผนการพยาบาล การพยาบาลถูกมองเป็นเพียงรายการของงาน ไม่สามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้ครบถ้วน 2) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอาจไม่ครบถ้วน เพราะถูกมองข้ามหรือจัดลำดับความสำคัญไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เพราะเน้นการปฏิบัติงานมากกว่าความต้องการของผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยอาจจะสับสนเพราะผู้ให้การพยาบาลในแต่ละวันมีหลาย

คนและแตกต่างกัน มีบุคลากรปฏิบัติงานร่วมกันหลายคน ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร 4) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีความสามารถจำกัดเฉพาะอย่าง ถ้าได้รับมอบหมายหน้าที่เดิมไม่เปลี่ยนแปลง อาจเบื่อหน่ายเพราะทำหน้าที่เดิมซ้ำ ๆ ทำให้ไม่รู้สึกรู้หาย 5) ขาดการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาลและพยาบาลมีเอกสิทธิน้อย ประกอบกับระบบการพยาบาลแบบเดิมยังไม่มีทำให้ความรู้เฉพาะโรค ไม่มีการสอนให้ความรู้อย่างเป็นระบบ (3) **ผลลัพธ์** จากการทบทวนผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า อัตราการตายผู้ป่วยกลุ่มนี้ ติดอันดับ 1 ใน 5 อันดับแรกของกลุ่มงานอายุรกรรม อัตราตายย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2561-2563 ร้อยละ 42, 47 และ 48 ตามลำดับ การเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อร้อยละ 62, 67 และ 79 ตามลำดับ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 60, 67 และ 79 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 (D1) พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี¹³⁻¹⁴ มีการพัฒนาดังนี้ 1) พัฒนาศมรรถนะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำคู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคลากร ประกอบด้วย บทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพ แผนการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินผู้ป่วย แผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง 3) จัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วย ดำเนินการ ดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และทฤษฎีการพยาบาล เพื่อนำมากำหนดโครงสร้างและเนื้อหาของรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รวมทั้งเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

2) จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรในหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ได้แก่ กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การนำเครื่องมือในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปใช้ การจัดเก็บเอกสาร

3) ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยตามโครงสร้างที่กำหนด โดยการเชิญตัวแทนของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 4 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่อง 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน มาร่วมประชุมเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

4) ได้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยดำเนินการดังนี้ 1) จัดประชุม อบรมวิชาการความรู้เรื่องโรค และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับบุคลากรและเครือข่าย 2) ประชุมชี้แจงแนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณีการใช้ คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคลากร 3) นำรูปแบบไปใช้ 4) เก็บรวบรวมผลการดำเนินการ

ระยะที่ 3 (R2) นำรูปแบบแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการคือผู้ป่วย 50 คน และผู้ให้บริการบุคลากรพยาบาล 48 คน นำสู่การปฏิบัติโดยการ 1) จัดประชุม อบรมวิชาการความรู้เรื่องโรค และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับบุคลากรและเครือข่าย 2) ประชุมชี้แจง แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีการใช้ คู่มือการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับบุคลากร 3) นำรูปแบบไปใช้ 4) เก็บรวบรวมผลการดำเนินการ 5) ผู้วิจัยทำห น้าที่พี เลี้ย ง ที่ ปรี ก ษา และ ผู้ ประสานงานระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 - ธันวาคม 2563 โดยคณะผู้วิจัยและพยาบาลในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 ไอซียูอายุรกรรม 2 และ ไอซียูศัลยกรรมที่เป็น Case manager

ระยะที่ 4 (D2) การประเมินผลการใช้ระบบการพยาบาล ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านองค์การ คือ ตัวชี้วัดด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล ได้แก่ วันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล อุบัติการณ์เสียชีวิต 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะ การได้รับสารน้ำ ภายใน 1 ชั่วโมง ภาวะช็อกระหว่างการรักษา ภาวะช็อคเมื่อครบเป้าหมายการรักษา 6 ชั่วโมง และ ภาวะช็อกลดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ chi square

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

การพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนักโรงพยาบาล โสธร ประกอบด้วย

1. ด้านโครงสร้าง ได้แก่ (1) กำหนดนโยบาย มีการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในกลุ่มเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (2) พัฒนาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดประชุมวิชาการเรื่ององค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวปฏิบัติการพยาบาล และ (3) การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2. ด้านกระบวนการ ได้แก่ (1) จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย โรงพยาบาลยโสธร การส่งต่อ การพยาบาลระยะแรก รับ ระยะเร่งด่วน ในแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ หรือหอผู้ป่วย (2) การค้นหาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะพิษเหตุติดเชื้อ กำหนดกิจกรรมการดูแล โดยพยาบาลในหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พร้อมทั้งบันทึกผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงลงในเวชทะเบียน (3) การค้นหาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กำหนดกิจกรรมการดูแล โดย 1) ประเมินการติดเชื้อในร่างกาย 2) ประเมิน SIRS Criteria (Systemic inflammatory response syndrome) และ 3) ประเมิน qSOFA, SOS Score, V/S (4) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในระยะเริ่มแรก 1) ดูแลค้นหา

ควบคุมและกำจัดแหล่งติดเชื้อ กำหนดแผนการรักษาพยาบาลชัดเจน ได้แก่ การพยาบาลเร่งด่วน ภายใน 1 ชั่วโมงแรก โดย 1) ปฏิบัติตามแผนการรักษา Sepsis 2) ฟังปอด Chest X-Ray ประเมินภาวะน้ำเกิน และสังเกตภาวะหายใจหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น 3) ประเมินสัญญาณชีพ และ SOS Score ต่อเนื่อง และปฏิบัติตาม CPG โดยเจาะ H/C x 2 ขวด ภายใน 1 ชั่วโมง แขน 2 ข้าง พร้อมกัน เก็บ Culture จากตำแหน่งสงสัยการติดเชื้อ และส่งตรวจความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อ Load NSS IV 500cc. in 20 min Dose then ml/hr ให้ IV ได้ 2 แขนพร้อมกัน การให้ยาปฏิชีวนะตาม CPG (5) การพยาบาลภาวะช็อก ได้แก่ 1) การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ประเมินภาวะ Septic shock 3) ประเมินสัญญาณชีพ และ SOS Score 4) การพยาบาลขณะใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 5) การส่งต่อผู้ป่วย กำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะ ต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โดยการพยาบาลใน 6 ชั่วโมงแรก และการดูแลต่อเนื่อง (6) กำหนดแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย โดยประเมินความพร้อมด้านร่างกาย ความพร้อม การช่วยเหลือตนเอง และสภาพการรับรู้สติของ ผู้ป่วย ประสานเภสัชกรและโรงพยาบาลชุมชนกรณี จำหน่าย เพื่อให้ Antibiotic อย่างต่อเนื่อง การให้ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอย่างต่อเนื่องและวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวก่อนจำหน่าย ประสานทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อสนับสนุน ให้ คำแนะนำ ตามสภาพปัญหาที่ พบ (7) มีการทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ผู้ชำนาญกว่า (Auditor ระดับโรงพยาบาล) หลังแพทย์เจ้าของไข้ ลงผลการวินิจฉัยแล้ว และ (8) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดตั้งทีมรับผิดชอบ

3. ด้านผลลัพธ์ (1) ผลลัพธ์ด้านองค์การ คือ ตัวชี้วัดด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล ได้แก่ วันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล อุบัติการณ์เสียชีวิต (2) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย และ (3) ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะ การได้รับสารน้ำ ภายใน 1 ชั่วโมง ภาวะช็อกระหว่างการรักษา ภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา 6 ชั่วโมง และมีภาวะช็อกลดลง

ผลของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลยโสธร

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ พบว่า เป็น เพศหญิง ร้อยละ 52 เพศชาย ร้อยละ 48 อายุส่วนใหญ่ 60-69 ปี ร้อยละ 30 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 24 ชนิดของการรับใหม่ ส่วนใหญ่ Refer ร้อยละ 68 มาเอง ร้อยละ 22 การวินิจฉัยโรคแรกรับ ส่วนใหญ่ Severe sepsis ร้อยละ 84 ส่วนใหญ่พบว่า มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88

1.ผลลัพธ์ด้านองค์การ ได้แก่ วันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล อุบัติการณ์เสียชีวิต พบว่าหลังการพัฒนาระบบจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง (Mean=9.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น (Mean =131,691.64) อุบัติการณ์เสียชีวิตหลังการพัฒนา ระบบลดลง (ร้อยละ 12) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของวันนอน โรงพยาบาล (LOS) ค่ารักษาพยาบาล (Cost) อุบัติการณ์เสียชีวิต (Dead) ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพยาบาล

	ก่อนการพัฒนาระบบ (N=47)		หลังการพัฒนาระบบ (N=50)			p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
วันนอน	Mean=14.40	S.D.=14.60	Mean =9.54	S.D.=6.10	t=2.56	.012
ค่ารักษา	Mean =79,790.21	S.D.=87,574.11	Mean =131,691.64	S.D.=183,244.64	t=1.79	.771
เสียชีวิต	8	17.02	6	12	$\chi^2 = .49$	p = .48

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยข้อมูลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.9 ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี รองลงมาอายุ 20-30 ปี อายุ 11-40 ปี และ อายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33, 29.16, 29.16 และ 8.33 ตามลำดับ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100 ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 25 หอผู้ป่วยไอซียู อายุรกรรม 1 ร้อยละ 25 ผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 2

ร้อยละ 25 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ร้อยละ 25 ประสบการณ์การทำงานสูงสุด 21-30 ปี รองลงมา 1-10 ปี และ 11-20 ปี มากกว่า 31 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.41 , 33.33, 29.16 และ 2.08 ตามลำดับ

2.1 ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย พบว่าหลังการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เฉลี่ยทุกด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อยู่ในระดับดีทุกด้าน สูงสุด คือ ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือประเมิน ร้อยละ 90 รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (N 48)

คะแนนความรู้	คะแนน		Min-Max	Mean (SD)	ร้อยละ	ระดับ	t	p
	เต็ม				คะแนนเฉลี่ย			value
โรคและการวินิจฉัย	10	ก่อน	4-9	5.94 (1.34)	59.4	น้อย	10.91	.000
		หลัง	6-10	8.89 (1.07)	88.9	ดี		
แนวปฏิบัติการ		ก่อน	1-6	3.54 (1.03)	59	น้อย		
พยาบาลและ	6	หลัง	4-6	5.42 (0.71)	90	ดี	9.65	.000
เครื่องมือประเมิน								
การพยาบาลและการ	14	ก่อน	5-12	8.60 (1.67)	61.43	ปานกลาง	10.79	.000
		หลัง	9-14	12.53 (1.33)	89.5	ดี		
รักษา								
คะแนนรวมก่อน	30	ก่อน	14-23	18.08 (2.26)	66.27	ปานกลาง	16.04	.000
คะแนนรวมหลัง	30	หลัง	23-30	26.89 (1.99)	89.63	ดี		

2.2 ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบการพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยและระดับของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาล ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม 4.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18

2.3 การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทุกด้านมากกว่าร้อยละ 80 มากที่สุดในเรื่องการรักษาประวัติ และการเก็บ Specimen ส่งตรวจ การให้ความรู้ในการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 100 รายน้อยที่สุดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย (N 48)

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. ระเบียบการรับ				
1) การซักประวัติ	48	100	0	0
2) การตรวจร่างกาย	43	89.6	5	10.4
3) การวัดสัญญาณชีพ	47	97.9	1	2.1
4) การตรวจ SIRS	39	81.3	9	18.8
5) การตรวจ SOS score	45	93.8	3	6.3
6) การเก็บ specimen ส่งตรวจ	48	100	0	0
2. การดูแลผู้ป่วย				
1) การแก้ไขภาวะช็อค ใน 6 ชั่วโมง	41	85.4	7	14.6
2) การให้ Vasopressor/Inotropic drug	41	85.4	7	14.6
3) การทำ Central line	44	91.7	4	8.3
4) การดูแลผู้ป่วยทุก 15-30 นาที Record V/S ประเมิน SOS score	46	95.8	2	4.2
3. การจำหน่าย				
1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค	45	93.8	3	6.3
2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	44	91.7	4	8.4
3) การให้ความรู้เกี่ยวกับยา	45	93.8	3	6.3
4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจตามนัด	48	100	0	0
5) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม	45	93.8	3	6.3
6) การให้ความรู้ในการเข้าถึงบริการ	48	100	0	0
7) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ	46	95.8	2	4.2

3. ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ (1) ระยะเวลาในการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ระยะเวลาการได้รับยาปฏิชีวนะ พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจาะ

เลือดเพาะเชื้อ คือ 43.40 (SD 20.79) ทำให้มีผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อภายใน 1 ชั่วโมง สูงถึง ร้อยละ 88 และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการได้รับยา

ปฏิชีวนะหลังการพัฒนาเฉลี่ย คือ 58.36 (SD 23.99) ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง สูงถึงร้อยละ 84 (2) การได้รับสารน้ำภายใน 1 ชั่วโมง ภาวะช็อกระหว่างการรักษา ภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา 6 ชั่วโมง พบว่าการได้รับสารน้ำภายใน 1 ชั่วโมง สูงถึงร้อยละ 84 และมีภาวะช็อกลดลงร้อยละ 88 ภาวะช็อกระหว่างการรักษาร้อยละ 8 และภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา 6 ชั่วโมงร้อยละ 12

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการอภิปรายเชิงลึกเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน ดังนี้

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดจากการวิเคราะห์และมองเห็นปัญหาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ นำไปสู่การพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาและคุณภาพที่ดีขึ้น โดยปัญหาดังกล่าว พบว่า ขาดทิศทางการดูแลรักษาเครื่องมือที่ช่วยในการประเมิน การดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ พยาบาลมีความรู้และทักษะสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่เพียงพอ การรายงานแพทย์ล่าช้า ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ขาดการทบทวนปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติไม่ถูกนำลงสู่การปฏิบัติ และการบันทึกทางการพยาบาลไม่สามารถระบุถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน โดยการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เกิดการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีติดเชื้อในกระแสเลือด อีกทั้งเป็นการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของโดนาบิเดียน (Donabedian) ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำให้

รูปแบบการพัฒนาระบบการพยาบาล มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และปัญหาตามบริบท ยังมีความน่าเชื่อถือ เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลในรูปแบบการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติสามารถสื่อสารเข้าใจตรงกันและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นจึงเกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยยังยืน นอกจากนี้มีการพัฒนาระบบบริการ มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานใหม่ ประกอบด้วยการสร้าง Yasothon Hospital medical order form เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล มีการกำหนดใช้เครื่องมือ NEWS ในการคัดกรองผู้ป่วย มีการกำหนดใช้ค่าระดับ serum lactate เป็นตัวตัดสินใจให้สารน้ำที่เหมาะสมเพียงพอ มีแนวทางให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม รวมทั้งทบทวนข้อบ่งชี้ในการเข้าไอซียู เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาจากทีมผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งระบบโดยเฉพาะการนิเทศจากทีมบริหารทางการพยาบาลซึ่งมีส่วนร่วมในการกำกับ การใช้แนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง¹⁵⁻¹⁶ การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทั้งเครือข่าย โดยทบทวนองค์ความรู้และประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด SCC2018 มีการใช้เครื่องมือ News Score ในการคัดกรองผู้ป่วย มีการทบทวนกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสม่ำเสมอ กำหนดนโยบายให้มีกรณีนิเทศ/สอนข้างเตียงโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷⁻¹⁸

ผลของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลยโสธร พบว่า หลังการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ

การการได้รับปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใน 1 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 100 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลยโสธร จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกรณีการ อำพนธ์ และคณะ¹⁹ พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการจัดการรายการกรณีในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองและการวินิจฉัยและได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นภายหลังการพัฒนากระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของซุนหงส์ มหรรทศนพงศ์ พบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในระยะเริ่มแรกด้วยการรักษาที่ตรงเป้าหมาย และการพัฒนาบุคลากร ในโรงพยาบาลให้มีบทบาท มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน โดยการจัดประชุมกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกัน มีความเข้าใจตรงกันในแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง สรุปได้ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลสมควรนำไปใช้

เป็นแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนองค์ความรู้และพัฒนาพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ควรจัดให้

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างหน่วยบริการเครือข่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรนำระบบที่พัฒนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงประสานกับเครือข่าย มีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มาตรฐาน ติดตามผลลัพธ์และการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

3. ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายในการบริหาร

จัดการ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่ยังพบว่าผลลัพธ์ในการดูแลยังไม่อยู่ค่าเป้าหมายต่อไป

References

1. Global Sepsis Alliance. [Cited 12 July 2018.] available from <https://www.global-sepsis-alliance.org/> 2018.
2. World Health Organization. Seventieth World Health Assembly Update, 26 May 2017. Retrieved September 16, 2019 from <https://www.who.int/news-room/detail/26-05-2017-seventieth-world-health-assembly-update-26-may-2017>. 2017.
3. Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Critical Care Medicine*. 2017; 45(3) : 486-552.
4. Ministry of Public Health. Mortality Rate in Community Acquired Sepsis. Health Data Center: HDC. Retrieved October 20, 2020 from https://kkcard.moph.go.th/sepsis/template_sepsis_2563.pdf (2020).
5. Ministry of Public Health. The report of Mortality rate in patients with sepsis. Nonthaburi: Ministry of Public Health (MoPH); 2021. Thai.
6. Chuesakoolvanich K. Septic death in adults at Surin Hospital: an investigation of real-life clinical practice vs. empirical guidelines. *J Med Assoc Thai*. 2007; 90(10): 2039-2046.
7. Levy MD, Adrew R. The serving sepsis organ bundle : 2018 update. *Critical care medicine* 2018; 46(1) : 997 – 1000
8. Kaewhawong S, Saensom D. The Effects of the First-hour Nursing Intervention Bundle on Selected Outcomes Among Patients with Sepsis and Septic Shock in an Emergency Department. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020; 38(1): 196-206.
9. Yasothon Hospital. Medical record and statistic of Yasothon Hospital 2020. Yasothon : Yasothon Hospital; 2020. Thai.
10. Montree Sangthong. Strength and the test power of parameter-based statistics and non-parametric statistics o test the difference in the mean between the two populations for the Like 5 data. Level. *Journal of Science and Technology*, 22(5), 605-619. 2014
11. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative education of student learning. New York: Mc Graw-Hill, 1979.
12. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691-729.
13. Cherry, B. Staffing and Nursing Care Delivery Model. St.Louis: Mosby; 2002.
14. Powell, S.K. Nursing Case Management: A practical guide to success in managed care. Philadelphia. Lippincott-Raven, 1996.

15. Kutragoo R, Chantara P, Yimyam P, Khumpakum S, Namjuntra R. The development of a clinical supervision model for severe sepsis patients. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2019;30(2): 193-209. Thai.
16. Kowtragool N. Effects of Using a Case Management System to improve the quality of care for the Sepsis Patients in Sakaeo Crown Prince Hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2014;25 (2):120-34. Thai.
17. Punvittayakool J, Maneeprai J. The development of care model for sepsis. Journal of Nursing Division. 2018 ; 45 (1); 86-104. Thai.
18. Jirakangwan M. Development of nursing model for severe sepsis in Sisaket Hospital Journal of Nursing Division. 2015; 42 (3):9-32. Thai.
19. Amphon K, Bunyoprakarn C, Sinkinchaoen P. The Outcomes of the Development of the Patients with Septicemia, Prapokklao Hospital . Journal Prapokklao Hosp Clin Med Educate Center. 2017; 34(3):222-36. Thai.

การบริหารการพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่

นวลใย พิศชาติ*

พบ.ม.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน* บธ.ด. (บริหารธุรกิจ)

นิชาภา ยนจอหอ**

ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของทุกองค์กรและวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งบุคคลไม่คุ้นเคยจนกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ การบริหารการพยาบาล มีดังนี้ (1) การ ประเมิน ผู้ประสพภัยอาจต้องได้รับการดูแลที่จำเป็น หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลต่างๆ การป้องกันหลังจากเกิดภัย การบรรเทาความเจ็บป่วย และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น (2) การวางแผน หลังการประเมิน นำข้อมูลมาวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการตอบสนองต่อการเกิดภัยในระยะต่างๆให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (3) การดำเนินการ มีการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินการทั้งระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ พยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่ ต้องมีการนำหลักการบริหารจัดการเมื่อเกิดสาธารณภัยของแนวคิดการบริหารการพยาบาลทางสาธารณภัยของเจนนิง ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนเกิดภัย (Pre-disaster) มีการประเมิน การวางแผน และการดำเนินการ 2) ระยะเกิดภัย (impact phase) มีผู้ดูแล ผู้ให้ความรู้ และผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ประสพภัยและชุมชน พยาบาลวิเคราะห์และจัดหาเวชภัณฑ์ จัดหาอาหารให้ผู้ประสพภัย เป็นผู้จัดการส่งต่อผู้ประสพภัยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง 3) ระยะหลังเกิดภัย (Post-disaster) มีการประเมิน การวางแผน และการดำเนินการ ระยะที่ 4 ผลลัพธ์ของผู้ประสพภัย เป็นผลลัพธ์การดำเนินงานตั้งแต่ระยะที่ 1-4 ผู้บริหารการพยาบาลต้องมีบทบาทสำคัญในการบริหาร ด้านการสื่อสาร การสร้างแรงจูงใจ การจัดการเพื่อการเปลี่ยนแปลง การนำเทคโนโลยีในการบริการสุขภาพมาปรับใช้ทั้งระบบการสื่อสารบันทึกข้อมูล ปัญหาประตัญญูต่างๆ รวมทั้ง การบริหารการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อให้มีความปลอดภัยและผู้ให้บริการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการมีความสุขในยุควิถีใหม่

คำสำคัญ : การบริหารการพยาบาล ยุควิถีชีวิตใหม่

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

E-mail address; ny2496@gmail.com

Nursing administration in New Normal Era

Nualyai Pitsachart* BSC, MPA

Penchun Saenprasarn* DBA (Business Administration)

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

Abstract

The coronavirus 2019 outbreak has caused a change in the operation of all organizations and different lifestyles, which are unfamiliar to the new way of life. (1) Assessing sufferers may need necessary care or refer them to hospitals, prevention after incidents, illness relief, and impact assessment; (2) Planning after evaluation, planning and planning to develop disaster response systems at different stages. (3) The operation is followed as planned to develop and improve the implementation of the entire pre-disaster phase. In the event of a wide and effective disaster. Nurses in the New Lifestyle Era Management principles must be adopted in the wake of the incidence of Jennings-Sanders A.2004's disaster nursing management concept. It consists of 4 phases: 1) Pre-disaster is assessed, planned and implemented, 2) Impact phase is provided by caregivers, educators and case managers as a educators and case managers as a medium between victims and communities. Nurses analyze and provide volunteers. Providing food to victims as a manager to refer victims to continuous care. 3) Post-disaster: Assessment, planning and execution Phase 4) Victim outcomes are operational outcomes from Phase 1-4 . The adoption of technology in the health service to implement communication systems, records, intelligence, as well as. Nursing Management for the Prevention and Control of covid-19 pandemic to ensure safety and service users receive effective care. Providers are happy in a new era.

Keywords: Nursing administration, New Normal Era

* Assistant Professor, Nursing instructor, Faculty of Nursing, Shinawatra University

** Nursing instructor, Faculty of Nursing, Shinawatra University

E-mail address; ny2496@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของทุกองค์กรต้องเผชิญกับความท้าทายและวิถีชีวิตที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งบุคคลไม่คุ้นเคยกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ (New normal)¹ เช่นเดียวกับวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารการพยาบาล รูปแบบการปฏิบัติงาน และการใช้กลยุทธ์ใหม่ ๆ เพื่อขับเคลื่อนองค์กรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด² การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระลอกใหม่ที่เกิดขึ้นจึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการบริหารการพยาบาล ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีทักษะบริหารการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมในเรื่อง ปรับโครงสร้างในการดำเนินงาน อาคารสถานที่ หอผู้ป่วยแยกโรค การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์เวชภัณฑ์ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การจัดอัตรากำลัง ระบบบริการทางการพยาบาล การพัฒนาทักษะบุคลากร การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการพยาบาล และการติดต่อประสานงาน³ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกส่วนในองค์กร ต้องการการตัดสินใจ การแก้ปัญหาของผู้บริหารที่รวดเร็ว รวมทั้งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีลักษณะงานที่ถูกต้องเตรียมขึ้นมาใหม่ ได้แก่

1. การคัดกรอง (triage) มีการตรวจคัดกรองเพื่อให้สามารถพบผู้ป่วยได้เร็ว (early recognition) และการควบคุมแหล่งแพร่เชื้อ (source control)

2. งานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคในผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) ด้วยการแยกผู้สงสัยติดเชื้อ ตั้งแต่การประเมินแรกพบทุกราย

3. คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection Clinic: ARI clinic) เป็นการนำผู้สงสัยติดเชื้อไปอยู่ในพื้นที่แยกโรคทันที เพื่อทำการ

ตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว 4) หอผู้ป่วยแยกโรค 5) หอผู้ป่วยวิกฤตโควิด 19 และ 6) โรงพยาบาลสนาม^{4,5} โดยให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้บริหารการพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีบทบาทสำคัญในการบริหารงานการพยาบาลที่รองรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงลึกและกว้าง ซึ่งบทความวิชาการนี้จะกล่าวถึงความจำเป็นในการบริหารการพยาบาล การบริหารการพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่ รวมทั้งการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ความหมายของวิถีชีวิตใหม่

วิถีชีวิตใหม่ (New normal) โดยราชบัณฑิตยสภาได้บัญญัติศัพท์ "New Normal" แปลว่า ความปกติใหม่ , ฐานวิถีชีวิตใหม่ หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีปัจจัยบางอย่างมากระทบทำให้แบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้มาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย วิถีชีวิตใหม่ (New normal) เป็นคำศัพท์ที่ถูกใช้ครั้งแรกใน ค.ศ. 2008 โดย Bill Gross นักลงทุนตราสารหนี้ และเป็นผู้ร่วมก่อตั้งบริษัท Pacific Investment Management (PIMCO) โดยให้ความหมาย "New Normal" ในบริบทเศรษฐกิจโลกเอาไว้ว่า สภาพะวิกฤติแฮมเบอร์เกอร์ในสหรัฐอเมริกา เศรษฐกิจมีอัตราการเติบโตชะลอตัวลง และเข้าสู่อัตราการเติบโตใหม่โดยเฉลี่ยต่ำกว่าในอดีต ควบคู่ไปกับอัตราการว่างงานที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังเกิดวิกฤติทางการเงิน แนวคิดวิถีชีวิตใหม่ ในช่วงแรกไม่ได้รับความสนใจ มีนักเศรษฐศาสตร์จำนวนหนึ่งไม่เชื่อแนวคิดของ Bill Gross ที่เสนอไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 แต่จากสภาพหลังวิกฤติเศรษฐกิจทั่วโลกในช่วง ค.ศ. 2007-2008 มีการเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจครั้งใหญ่

แนวคิดวิถีชีวิตใหม่จึงถูกนำมาใช้^{6,7} โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

การบริหารการพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่

สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses) ขอให้แต่ละประเทศบริหารจัดการ วางแผนการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ รวมถึงการพัฒนาทักษะของพยาบาลให้สามารถบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ และกล่าวถึงพยาบาลว่ามีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพทั้งในช่วงปกติ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 และระยะต่อเนื่องหลังจากการระบาด⁸ การระบาดของโรคโควิด-19 นับเป็นสาธารณภัยอย่างหนึ่ง สภาการพยาบาลระหว่างประเทศได้กำหนดการพยาบาลในภาวะสาธารณภัย ประกอบด้วย 1) การพยาบาลระยะก่อนเกิดภัย ได้แก่ การป้องกันและการบรรเทาความรุนแรง (prevention and mitigation) และการเตรียมพร้อมรับ (preparedness) 2) การพยาบาลระยะเกิดภัย ได้แก่ การตอบสนองต่อภัยพิบัติในทันที (response) 3) การพยาบาลระยะหลังเกิดภัย ได้แก่ การพักฟื้น/การฟื้นฟู (recovery/rehabilitation) เป็นหลักการ 2P2R (prevention and mitigation, preparedness, response and recovery)⁹ พร้อมทั้งขอให้แต่ละประเทศมีการประเมินความพร้อมของตนเอง พัฒนาส่วนขาดที่พบจากการประเมิน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 นี้¹⁰

แนวคิดการบริหารการพยาบาลทางสาธารณสุขของเจนนิงส์¹¹ (Jennings-Sanders A.,2004) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนเกิดภัย (Pre-disaster) มีการประเมิน การวางแผน และการดำเนินการ ดังนี้ (1)

การประเมิน เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านทรัพยากรกลุ่มประชาชนที่ได้รับผลกระทบและต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ การวางแผนขอความช่วยเหลือจากกลุ่มอาสาสมัคร อุปกรณ์ต่างๆ ด้านเงินทุน และการวิเคราะห์ความรู้ด้านการป้องกันภัย (2) การวางแผน ในการจัดสรรทรัพยากร กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน การพัฒนาความรู้ เครื่องมือต่างๆ การประสานความร่วมมือ และ (3) การดำเนินการ เป็นความพร้อมในการดำเนินการตามแผน

2. ระยะเกิดภัย (impact phase) มีผู้ดูแล ผู้ให้ความรู้ และผู้จัดการรายกรณี ดังนี้ (1) ผู้ดูแล (care giver) ประเมินความต้องการการดูแลก่อนและหลัง การดูแลแบบองค์รวม ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์และความคิดสร้างสรรค์ (2) ผู้ให้ความรู้ (educator) มีความรู้ด้านการป้องกัน สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็ว สามารถแก้ไขปัญหาให้การรักษาและให้ความช่วยเหลือได้ทันเวลา และ (3) ผู้จัดการรายกรณี (case manager) เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ประสบภัย และชุมชน พยาบาลวิเคราะห์และจัดหาอาสาสมัครจัดหาอาหารให้ผู้ประสบภัย เป็นผู้จัดการส่งต่อผู้ประสบภัยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

3. ระยะหลังเกิดภัย (Post-disaster) มีการประเมิน การวางแผน และการดำเนินการ ดังนี้ (1) การ ประเมิน ผู้ประสบภัยอาจต้องได้รับการดูแลที่จำเป็น หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลต่างๆ การป้องกันหลังจากเกิดเหตุ การบรรเทาความเจ็บป่วย และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น (2) การวางแผน หลังการประเมิน นำ ข้อมูลมาวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการตอบสนองต่อการเกิดภัยในระยะต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (3) การดำเนินการ มีการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินการทั้งระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

4. ระยะที่ 4 ผลลัพธ์ของผู้ประสพภัย เป็นผลลัพธ์การดำเนินงานตั้งแต่ระยะที่ 1-3 เช่น อัตราตายลดลง การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารสาธารณสุขของพยาบาล การเพิ่มประสิทธิผลของพยาบาลและบริการพยาบาลเพื่อนำมาวางแผนในระยะต่างๆ

บทบาทของผู้บริหารการพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่ (New normal)^{12,13}

การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งวิถีชีวิตใหม่นี้เป็นแรงขับทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหาร ระบบการปรับเปลี่ยนการใช้ดิจิทัล (Digital Disruption) ทั้งในภาค รัฐ ภาค เอกชน ประชาชน และระบบบริการสุขภาพ วิถีชีวิตของบุคคลมีการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวันจนถึงรูปแบบการปฏิบัติงาน สามารถนำมาปรับใช้ได้หลายบริบทในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กระบวนการคิด การสื่อสาร วิถีปฏิบัติในชีวิตประจำวัน หรือในบริบทของการปฏิบัติงาน เช่น การปรับรูปแบบการปฏิบัติ การเปลี่ยนกระบวนการบริหารจัดการในทีมการพยาบาลโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การสื่อสาร ฝ่ายบริหารการพยาบาลต้องทำให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจในการปฏิบัติงานแบบวิถีชีวิตใหม่ สิ่ง สำคัญที่ฝ่ายบริหารการพยาบาล ควร ดำเนินการเป็นประเด็นแรกคือ การสร้างให้ทีมการพยาบาลเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริงในข้อจำกัด เช่น การปรับเปลี่ยนภาระงานที่ต้องจัดการบริการสุขภาพตามปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ การปรับ รูปแบบของทีมการพยาบาล สถานะที่ สิ่งแวดล้อมความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น การจัดการให้มีการเข้าถึงทีมการพยาบาล และสามารถเข้าถึงหรือติดต่อกับเพื่อนร่วมงานได้ และยังมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีม ปรับระบบการรายงาน ต่างๆ เช่น การรายงาน

แพทย์ การนัดพบแพทย์ การนัดตรวจ การจัดระบบการรับยา การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ใช้บริการ และทีมบุคลากร โดยใช้ระบบสารสนเทศที่ทันสมัย

2. สร้างแรงจูงใจทางบวก ฝ่ายบริหารการพยาบาล ควรสร้างแรงจูงใจทางบวก ให้ทีมการพยาบาลท่ามกลางวิกฤต ที่หลายองค์กรต้องกระจายทีมงานในการให้บริการรักษาพยาบาลแบบเร่งด่วนขาดการเตรียมความพร้อมประกอบกับการเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 มีผลกระทบต่อบรรยากาศของทีมการพยาบาลเอง เมื่อทีมการพยาบาลมีความมั่นใจในองค์กรและมีแรงจูงใจทางบวกที่จะปฏิบัติงาน จะส่งผลให้การปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้บริหารการพยาบาลก็จะรักษา “คนเก่งและคนดี” ไว้ในองค์กรได้ แรงจูงใจทางบวก ไม่ได้หมายความว่า ค่าตอบแทนที่ดี เงินรางวัล โบนัส เท่านั้น แรงจูงใจทางบวกที่มีคุณค่ามากที่สุดที่นอกเหนือจากสิ่งของ เงินทอง ก็คือ การพูดให้กำลังใจในเชิงสร้างสรรค์ การแสดงน้ำใจไมตรีช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน การสร้างการยอมรับในทีม ให้ทีมการ พยาบาลรู้สึกว่าเขาเป็นบุคคลสำคัญของทีม จะทำให้ทีมการพยาบาลมีความสุขในการปฏิบัติงาน เมื่อทีมการพยาบาลมีความสุขในการปฏิบัติงานสิ่งที่ตาม มา คือ องค์กรมีผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

3. การปรับเปลี่ยนให้ทีมการพยาบาลก้าวทันยุควิถีชีวิตใหม่ โดยการปรับรูปแบบการปฏิบัติงานซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับผลกระทบ มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในการปฏิบัติงาน เป็นการตอบสนองพฤติกรรมรูปแบบการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นในยุควิถีชีวิตใหม่ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 การปฏิบัติงานจากทางไกล (Remote working) คำว่า “Remote working” ยังไม่ได้เป็นที่รู้จักของผู้คนส่วนมาก แต่ถ้าพูดถึง “Work From Home” หลายคนคงเข้าใจในทันที แต่จะแตกต่างกันที่

Remote working สามารถปฏิบัติงานที่ไหนก็ได้ไม่ได้จำกัดแค่ที่บ้านเหมือน Work From Home, Remote working คือ รูปแบบการปฏิบัติงานแบบใหม่ที่ให้ความสำคัญของคุณภาพของสถานที่ แต่มุ่งเน้นไปที่ปริมาณ (Quantity) และคุณภาพของงาน (Quality) มากกว่าสิ่งสำคัญของการปฏิบัติงานแบบนี้คือ การปรับแนวคิดขององค์กร ที่ต้องเปลี่ยนจากการนับชั่วโมงการปฏิบัติงานมาสู่การวัดประสิทธิผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก นอกจากแนวคิดแล้ว การวางแผนการจัดการทีมการพยาบาล เนื่องจาก Remote working คือการปฏิบัติงานที่ไหนก็ได้ การวางระบบการปฏิบัติงานจึงสำคัญ ในการพยาบาลอาจมีระบบการปฏิบัติงานจากจุดบริการที่ไม่อยู่ใน โรงพยาบาล เช่นการสอนและให้ข้อมูลผู้ป่วย การใช้เครื่องมือสื่อสารในการรวบรวมข้อมูล การประเมินอาการ การติดตามงานที่มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ง่ายต่อการจัดการ ซึ่งการวางระบบสามารถนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ เช่น line Dashboard มาติดตามภาระงาน การปรับปรุงรูปแบบการสื่อสาร โดยนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้การสื่อสารภายในองค์กรเป็นระบบมากยิ่งขึ้น เช่น การประชุมช่วงเช้าก่อนเริ่มงานประมาณ 10 นาที เพื่อติดตามภาระงาน หรือการใช้โปรแกรมอย่าง Slack ในการสื่อสารและติดตามสถานการณ์ออนไลน์ของทีมการพยาบาล เป็นต้น

3.2 การนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ผ่านทางแอปพลิเคชัน (application) เช่น การประชุมผ่านวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ (Video conference) หรือระบบ Zoom ระบบ Discord หรือการประชุมทางไกล กลายเป็นหนึ่งในวิถีชีวิตใหม่ของหลายองค์กร ในอนาคตการประชุมทางไกลจะเป็นสิ่งปกติ ทั้งการประชุมภายในและนอกองค์กร ระบบบริการสุขภาพ โดยนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ได้แก่

3.2.1 การจัดเก็บและบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ 1) เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Records :EMR) เป็นเอกสารทางการแพทย์จัดเก็บอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ บันทึกสุขภาพ 2) อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records: EHR) ใช้บันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย 3) เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Documentation System: EDS) ใช้ในการจัดเก็บเอกสารทางการแพทย์และการพยาบาลผู้ป่วย 4) แบบบันทึกสุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Personal Health Records: PHR) ซึ่งผู้ป่วยสามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ และ 5) ระบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก (e-Nursing Kardex) โดยการป้อนข้อมูลเข้าสู่เครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่มีการรวมศูนย์ข้อมูลอย่างเป็นระบบแทนการจดบันทึกลงบนแผ่นบันทึก

3.2.2 การสื่อสาร แลกเปลี่ยน และติดตามข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine or Telehealth) ซึ่งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยกันแบบ Real-time เช่นเดียวกับการสื่อสารผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ (Video conference Mobile Health: mHealth) 2) อุปกรณ์สุขภาพแบบเคลื่อนที่ เช่น นาฬิกาสวมใส่ออกกำลังกาย อุปกรณ์วัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบสวมใส่ อุปกรณ์วัดระดับออกซิเจนในเลือดแบบพกพา อุปกรณ์เหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบอาการของตนเองได้ตลอดเวลา และสามารถส่งข้อมูลไปให้แพทย์ได้โดยตรงการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (Health Information Exchange: HIE) โดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย การติดตามสุขภาพทางไกล โดยผู้ป่วยสามารถส่งข้อมูลสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ของตนเองไปยัง

ระบบบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ หรือระบบบันทึกสุขภาพส่วนบุคคลช่วยให้แพทย์สามารถติดตามข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน (Home Monitoring of Patients: HMP) ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผ่านโทรศัพท์ที่สามารถวัดรวบรวมและบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความดันโลหิต และอุณหภูมิร่างกาย เพื่ออำนวยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.3 การนำปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) มาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อการบริหารจัดการในการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ได้มีการนำหุ่นยนต์มาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่สามารถรองรับงานหนักและงานเสี่ยงอันตราย ลดการสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์เพื่อการวินิจฉัยโรคโควิด 19 ระบบติดตามผู้ติดเชื้อเพื่อควบคุมโรค หุ่นยนต์ฟูดี้ (foodie) ทำหน้าที่ส่งอาหาร ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ในหอผู้ป่วย หุ่นยนต์เวสตี (wastie) ทำหน้าที่เก็บขยะติดเชื้อ และหุ่นยนต์ดินสอ เป็นหุ่นยนต์กลไกอัจฉริยะ (autonomous robotics) ใช้อุปกรณ์ผู้สูงอายุสามารถตรวจจับมองเห็นเวลาผู้ป่วยลุกจากเตียงในเวลากลางวัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ตรวจจับอาการผิดปกติของผู้ป่วย พร้อมส่งสัญญาณการแจ้งเตือนเป็นต้น

4. การบริหารการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต้องการจัดระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด เช่น การปรับปรุงสถานที่ การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัยจากการคุกคามของโรค นอกเหนือจากการปรับรูปแบบการปฏิบัติงาน แล้วการปรับปรุงในเชิงกายภาพ เช่น การเตรียมอาคารสถานที่

มีการแบ่งบริเวณอย่างชัดเจนเพื่อลดการปนเปื้อนระหว่างผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจและผู้ป่วยทั่วไป หน่วยคัดกรอง หอผู้ป่วยแยกโรค เป็นอีกหนึ่งสิ่งที่ยังคงควรให้ความสำคัญ เพื่อตอบรับวิถีชีวิตของคนที่ยั่งยืน ซึ่งให้ความสำคัญกับเรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น การบริหารงานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยประยุกต์หลักการแนวคิด และเทคนิคทางวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งพิจารณาการนำนโยบาย มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อนำสู่การปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ตลอดจนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อ และการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ให้ครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ตั้งแต่ ระยะก่อนเกิดภัย ระยะเกิดภัย ระยะหลังเกิดภัย และผลลัพธ์ของผู้ประสบภัย ซึ่งการบริหารการพยาบาลประกอบด้วยประเด็นหลักดังต่อไปนี้^{3,11,14,15}

4.1 ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) สร้างการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ภาวะผู้นำ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 กำหนดบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละระดับให้สามารถปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค พัฒนางค์ความรู้ คุณภาพการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาล การประยุกต์ผลการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19

4.2 การพัฒนา ระบบการบริการพยาบาล การป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค โดยมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบการบริการพยาบาล

การจัดสรรอัตรากำลังพยาบาล การจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การเตรียมอาคารสถานที่ที่มีการแบ่งบริเวณอย่างชัดเจน เพื่อลดการปนเปื้อนระหว่างผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจและผู้ป่วยทั่วไป การพัฒนาบุคลากรพยาบาล การนิเทศ การประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของบุคลากร การบริหารงบประมาณ การซ่อมแผนเผชิญเหตุ การเตรียมแผนประกอบกิจการ ร่วมกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคภายในหน่วยงาน ร่วมออกแบบระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค และระบบบริการที่เชื่อมต่อในแต่ละระดับของการบริการสุขภาพ

4.3 วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ปัญหาซับซ้อนรุนแรง โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ เหตุผลทางคลินิกในการตัดสินใจ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวมตามแผนการรักษาพยาบาลทุกระยะของการเจ็บป่วย บูรณาการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการวางแผนพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ปัญหาซับซ้อนรุนแรง

4.4 การประสานงาน เป็นผู้ประสานการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งผู้รับบริการ และบุคลากร รวมทั้งการประสานงานเพื่อสร้างเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล กำหนดแนวทางการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รองรับการส่งต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงไปยังสถานที่ที่เหมาะสมหรือส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต

4.5 สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับบุคลากรทางการพยาบาล หัวใจสำคัญในการดำเนินงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ การสร้างขวัญ กำลังใจ และความมั่นใจให้กับบุคลากรทุกระดับ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องอยู่เคียงข้าง

บุคลากรในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ได้ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ให้ความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

4.6 ให้คำปรึกษาทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ โดยเป็นที่ปรึกษาให้กับบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดการและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน อาศัยข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสพการณ์และความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

4.7 การตัดสินใจเชิงจริยธรรม เป็นการใช้ความรู้ ทฤษฎี หลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรม บริหารจัดการในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 เน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ความเป็นธรรม และปลอดภัย

4.8 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การให้ความสำคัญกับการค้นคว้าวิจัย และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ โดยการแสวงหาความรู้จากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ได้มาตรฐาน และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน นำมาพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด 19 อย่างมีคุณภาพ

4.9 การจัดการและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ ประเมินจากการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของผู้สงสัยติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด 19

วารสารกองการพยาบาล

ส่วนผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของบุคลากร ประเมินจากการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากร

บทสรุป

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก การบริหารการพยาบาลโดยผู้บริหารต้องมีการปรับตัวให้สามารถบริหารภายใต้สถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการบริหารการพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่ ประกอบด้วย การสื่อสาร การสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานโดยตรงและสนับสนุนการปฏิบัติงาน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหาร

การพยาบาล การนำนวัตกรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานทางการบริหารการพยาบาลในยุคโควิด 19 และการบริหารการพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นอกจากนี้ผู้บริหารการพยาบาลยังต้องมีความรู้และความคิดริเริ่มในเชิงสร้างสรรค์ เรียนรู้การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ นวัตกรรมทางการบริหาร เพื่อสนับสนุนให้การบริการแก่ผู้มารับบริการ และมีความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อรองรับวิถีชีวิตใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Avera. New normal patient toolkit. [Internet]. [cited 2021 November 3]; Available from <https://www.avera.org/app/files/public/77340/New-Normal-Patient-Toolkit.pdf>.
2. Nursing Division, Ministry of Public Health. Make a manpower management plan: Nurses are taking care of patients with COVID-19. [Internet]. 2020 [cited 2021 November 1]; Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/03/18789.pdf>.
3. Sathira-Ankura T, Leelawongs S, Srisuthisak S, Puttapitukpol S, Yonchoho N, Jamsomboon K. Development of nursing administration model in the COVID-19 outbreak situation of hospital under the Ministry of Public Health. Journal of Health Science. 2021; 30(2): 320-33. Thai.
4. Department of Medical Services. Guidelines for service system management in hospitals. [Internet]. 2020 [cited 2021 November 3]; Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/G33_2.pdf.
5. World Health Organization (WHO). Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020.
6. Songyu K. New normal. [Internet]. [cited 2021 November 3]; Available from: <https://www.scbeic.com/th/detail/product/1313>. Thai.
7. Bangkok Business Online. What is new normal? When COVID-19 push us into new normal. [Internet]. [cited 2021 November 4]; Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/882508> New normal. Thai.
8. International Council of Nurses (ICN). Covid-19 and the international supply of nurses. Geneva, Switzerland: Author; 2020.

9. International Council of Nurses. ICN framework of disaster nursing competencies [Internet]. 2009 [cited 2021 November 2]; Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-67>
10. World Health Organization (WHO) . Critical preparedness, readiness and response action for COVID-19. Geneva, Switzerland: Author; 2020.
11. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. Nurse Educ Pract [Internet]. 2004 [cited 2021 October 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)
12. Preechakoon B, Molek R, Chuwongin D, Gongmuang P, Sombutboon M. Nursing in data technology Era. Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2020; 3(1): 19-39. Thai.
13. Silapavitayatorn B, Chitpakdee B. The use of health information technology in nursing for patient safety. Journal of Nursing and Health Care. 2020; 38(2): 6-14. Thai.
14. Government gazette. Announcement of the Nursing Council on scope and competencies of advanced nursing practitioners in various fields [internet]. 2020 [cited 2021 November 8]; Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2552/E/016/28.pdf>.
15. Intolo S, Sihaboonnak T, Saisangian N. Infection control nurse' roles in infection prevention and control for COVID-19 within healthcare setting. Journal of Nursing and Health Care. 2021; 39(1): 14-21. Thai.