

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565 Vol. 49 No. 1 January – April 2022 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 49 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565 Vol. 49 No. 1 January – April 2022 ISSN 0125-7242

รายนามผู้พิจารณาถ้อยแถลงบทความวิจัย (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 ศุกลักษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 14. ดร.สุนทรีภรณ์ ทองไสย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 15. ดร.นริมาลย์ 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 49 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565 Vol. 49 No. 1 January – April 2022 ISSN 0125-7242

ที่ปรึกษา

ดร.กาญจนา จันทร์ไทย
ดร.ธีรพร สกิดอังกูร

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.ดนุสดา จามจุรี
ดร.ศตมณ ศรีสุทธิศักดิ์
อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์

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

EDITORIAL BOARD

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์
สภาการพยาบาล
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

สารบัญ

	สารจากบรรณาธิการ	
กองบรรณาธิการ		
	บทบรรณาธิการ	
ศิริมา ลีละวงศ์		
	รายงานการศึกษาวิจัย	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยง		
อุมากร ใจยังยืน, สุภาภรณ์ วรอรุณ, สาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย.....		1
ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ในโรงพยาบาลมุกดาหาร		
สมพิศ เหง้าเกษ, ฉันทนา รุ่งเรือง, กาญจนา วงศ์อินตา.....		14
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด		
อรสา อัครวิธราษฎร์, พณรัตน์ วิศวะพนนิมิตร, นันทยา คณา, รัชดาภา สีดาดาศ, สมศรี ทิพย์ประสพโชค.....		30
การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลย		
สุนันทา ไชยาพอง, วณิดา เคนทองดี, เอกรัฐ ทองเต็ม		49
การพัฒนากิจกรรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก		
สมบุญ ชัยมานะการ, ประกริต รัชวัตร, เกศรินทร์ สุรชัยสติกุล.....		64
การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมใน		
โรงพยาบาลเลิดสิน		
นิธยา ภูริพันธุ์, ปิยธิดา อยู่สุข, ปณิดา คุณสาระ, พรทิภา พุทธินันท์โอภาส, ดวงกมล ดีทองคำ.....		81
ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมการแพทย์		
สุรีย์พร ภูมิภัก, สุวรรณี แสงมหาชัย, ทิพย์รัตน์ เลหาวิเชียร, อุทัย เลหาวิเชียร.....		96
การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์		
ชลินดา ทิพย์เกสร		110
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ		
คุณวิ งามรอง, ภัครินทร์ ชิดดี, อิดารัตน์ พรหมกสิกร.....		128
ผลของการใช้ Role play simulation ต่อความมั่นใจ ทักษะการสื่อสารและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล		
รังสรรค์ มาระเพ็ญ, อริยา ดีประเสริฐ.....		145
การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ในผู้ป่วยติดเชื้อมีภาวะเสี่ยงเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำ		
ส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุโขทัย		
อุไรวรรณ จัยด้าย, วชัญญา บุญยมนี่, ศิริพร วงศ์จันทร์มน.....		161
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
สิริพรรณ วีระกาญจน์, รินดา เจวประเสริฐพันธุ์, รัชดา พิพัฒน์.....		176
	บทความวิชาการ	
สร้างคุณค่าเพื่อการคงอยู่ของพยาบาล Gen X และ Gen Y		
ยุริพรรณ วณิชโยบล, ศิริพร แยมินิล, กมลพร สอนศรี.....		192
การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า		
อัญมิตา กิจศรีมาดล, ณัฏชา บุญญากรชยะกูร, เจริญฤทธิ์ ทองอยู่, พรพิมล ชัยสา.....		205

สารจากบรรณาธิการ

วารสารกองการพยาบาล ฉบับที่ 1 ปี 2565 มีบทความวิจัย และบทความวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นบทความวิจัยจำนวน 12 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 2 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 1 ปีที่ 49 มีบทความวิจัยและบทความวิชาการที่มีเนื้อหาหลากหลายสาขาทางการพยาบาล จำนวน 12 เรื่อง โดยเป็นการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่น่าสนใจ และสามารถนำไปใช้ในหอผู้ป่วยได้

บทความวิจัยที่เสนอแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่มีอาการวิกฤต รอดตรวจคัดกรองในห้องฉุกเฉิน หรือนอนพักรักษาในหอผู้ป่วย ได้แก่ ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ในโรงพยาบาลมุกดาหาร การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลย และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดออดิติกส์ ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน

บทความวิจัยเกี่ยวกับการให้ยาความเสี่ยสูง เคมีบำบัด และการอักเสบจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยสูง ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุโขทัย

บทความวิจัย และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็ง ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ย และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง

บทความวิจัย และบทความวิชาการที่เสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน และการคงอยู่ของพยาบาล ได้แก่ ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมการแพทย์ และสร้างคุณค่าเพื่อการคงอยู่ของพยาบาล Gen X และ Gen Y

บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ผลของการใช้ Role play simulation ต่อความมั่นใจ ทักษะการสื่อสารและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ด้วยดีเสมอมา

ศิริมา ลีละวงศ์

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยง

อุมากร ใจยังยืน* พ.ย.ม.

สุภาภรณ์ วรอรุณ* พ.ย.ม.

สาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย** พ.ย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยง โดยทำการศึกษาปัจจัย เพศ, อายุ, ระดับน้ำตาลในเลือด, ค่าดัชนีมวลกาย ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 118 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล, พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน, ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่า CVI เท่ากับ 0.91, 0.94 และ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.81 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.92, SD 0.29) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ ระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณพบว่าสมการสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ได้ 35% ($p < .001$) ปัจจัยที่ร่วมทำนายได้แก่ เพศ, ดัชนีมวลกาย ความรู้โรคเบาหวานและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากที่สุดคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Beta .396; t 4.938; $p < .01$)

จากผลการศึกษา นี้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรให้การส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ให้ได้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคเบาหวาน และควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานร่วมกับการควบคุมดัชนีมวลกาย

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พฤติกรรมป้องกันโรค ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: Aumakorn@snc.ac.th

Factors influencing preventive behaviors among non-insulin dependent diabetes in people with high-risk diabetes mellitus

Umakorn Jaiyungyuen*	MSN
Supaporn Voraroon*	MSN
Sawitree Siriphonwuttichai**	MSN

Abstract

The purpose of this study was to investigate preventive behaviors among non-insulin dependent diabetes in people with high-risk diabetes mellitus and to examine the predictive power of personal factors such as sex, age, fasting blood sugar, body mass index, knowledge of diabetes mellitus and perceived of self-efficacy to prevent behaviors. This study utilized a purposive sample of 118 cases from Tambon health promoting hospital, Suphanburi Province. Data were collected through interviews. The instruments were a personal data form, the preventive behaviors questionnaire, knowledge of diabetes mellitus questionnaire and the perceived self-efficacy questionnaire. The instruments were examined using content validity index. The CVI of preventive behaviors questionnaire, knowledge of diabetes mellitus questionnaire and perceived self-efficacy questionnaire were ranged of between 0.91, 0.94 and 0.95 and the reliability of these instruments as 0.83, 0.81 and 0.95 respectively. Data were analyzed by using percentage, means, standard deviations, Pearson's correlation moment and multiple regression analysis.

The results revealed that the mean of preventive behaviors among non-insulin dependent diabetes in people with high-risk diabetes mellitus samples was at a moderate level (Mean 2.92, SD 0.29). The factors such as sex, fasting blood sugar, knowledge of diabetes mellitus and perceived self-efficacy were positively related to preventive behaviors. Multiple regression analysis revealed that 35 percent of variance of preventive behaviors could be explained by sex, age, knowledge of diabetes mellitus and perceived self-efficacy ($p < .001$). The best factor significantly predicting preventive behavior was perceived self-efficacy (Beta .396; t 4.938; $p < .01$).

In conclusion, healthcare providers should encourage the non-insulin dependent diabetes in people with high-risk diabetes mellitus on increasing self-efficacy and knowledge in order change behaviors for preventing the disease. Moreover, the non-insulin dependent diabetes in people should control their body mass index.

Key words: people with high-risk diabetes mellitus, diabetes mellitus, preventive behaviors, factors influencing preventive behaviors

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

** Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

Corresponding e-mail: Aumakorn@snc.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือด หัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมถึงเป็นแผลงายหายยาก มีอาการชาปลายมือปลายเท้า องค์การอนามัยโลก¹ ได้คาดการณ์ประมาณจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 170 ล้านคนและจะเพิ่มขึ้นเป็น 208 ล้านคนในปี 2045 โดยภูมิภาคเอเชียจะเป็นภูมิภาคหลักที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่ามากกว่า 54% ของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วย และการสูญเสียทางเศรษฐกิจในการใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเป็นงบประมาณจำนวนมาก และในสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) จากรายงานกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น โดยสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้คนไทยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึง 200 รายต่อวัน โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุ จากพันธุกรรม พฤติกรรมเสี่ยง ความอ้วน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น แต่สาเหตุการเกิดที่สำคัญคือการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่พบในสถานการณ์การ

ดำเนินชีวิตของประชากรปัจจุบัน และจากรายงานของควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค² ได้รายงานปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของคนไทยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะอ้วนลงพุง และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความชุกของภาวะอ้วน (BMI มากกว่า/เท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สมดุลของการบริโภคและการมีกิจกรรมทางกาย นอกจากนั้นการบริโภคอาหารที่มากขึ้นยังสะท้อนว่าประชาชนไม่เพียงจะได้รับน้ำตาลและไขมันในปริมาณที่มากขึ้นแล้ว ยังอาจจะได้รับปริมาณเกลือโซเดียมที่เพิ่มขึ้นด้วยระหว่างปีพ.ศ. 2560-2562 การบริโภคน้ำตาลทรายมีปริมาณใกล้เคียงกันที่ปริมาณ 2.5-2.6 ล้านตันต่อปี และในปี พ.ศ. 2562 คนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง และพบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปีเป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด ซึ่งเครื่องดื่มที่ยังมีปริมาณน้ำตาลสูง เช่น ชานมไข่มุก ที่ส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำตาลต่อแก้วเกิน 6 ช้อนชา และมีการเติบโตในตลาดสูงขึ้น โดยคนไทยดื่มชานมไข่มุกเฉลี่ย 6 แก้วต่อเดือน ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมนำมาซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งสิ้น การที่ผู้มีความเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre-diabetes) จะพัฒนาป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ในอนาคต ซึ่งเมื่อเกิดการป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และผลกระทบต่อระบบการดูแลที่มีการดูแลอย่างยาวนาน การใช้งบประมาณในการดูแลจำนวนมาก ทั้งในการดูแลการรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยสมาคมโรคเบาหวาน

แห่งประเทศไทย³ ได้กำหนดถึงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการพัฒนาไปสู่การเป็นโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ประกอบด้วย เพศ อายุ เส้นรอบเอว ภาวะอ้วน ค่าความดันโลหิต ประวัติพันธุกรรม ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน⁴ และปัจจัย เพศ และทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่สำคัญคือ ที่จะใช้ในการปฏิบัติตัว ความรุนแรง ประโยชน์ พบว่าปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

จากแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁷ กล่าวถึงการส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจในการเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อโดยตรงวิธีการคิดและทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมบางอย่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจ ที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม และถือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญสำหรับการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพราะการตัดสินใจด้วยความมั่นใจที่จะดำเนินการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆ และช่วยให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพประกอบไปด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมาก นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมทางด้านร่างกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงได้

การดำเนินงานทางด้านการดูแลสุขภาพจึงควรเริ่มที่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีก่อน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสป่วยด้วยโรคเบาหวานรวมทั้งการศึกษาปัจจัยที่จะส่งผลกระทบหรือส่งเสริมการก่อให้เกิดโรคนั้นย่อมเป็นสิ่งสำคัญการให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคเบาหวานนับเป็นการป้องกันก่อนการเกิดโรคเบาหวานซึ่งกำลังก่อตัวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบสุขภาพไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง

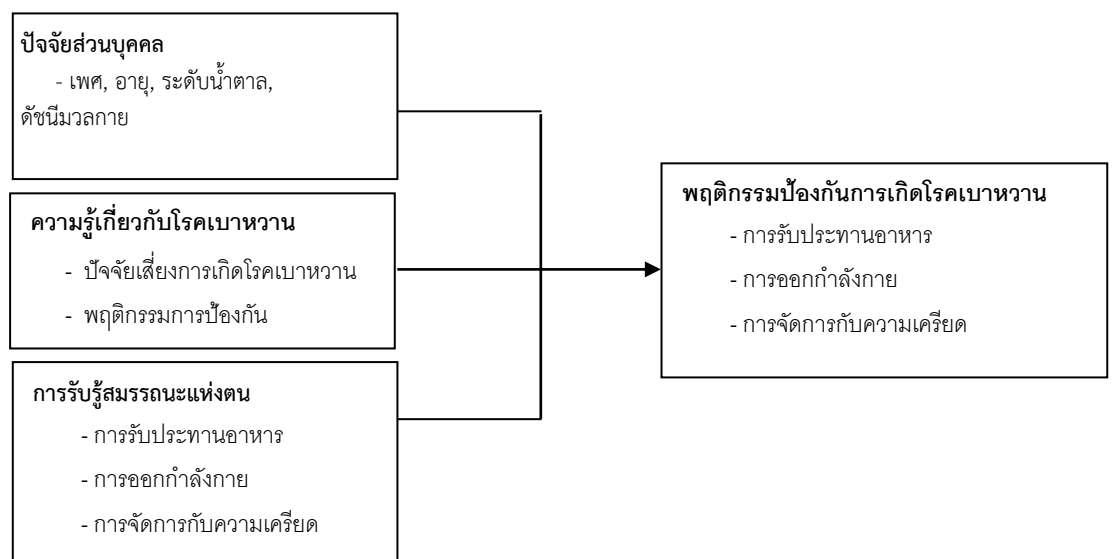
กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁷ กล่าวถึงการส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจในการเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อโดยตรงวิธีการคิดและทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมบางอย่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจ ที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม และถือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญสำหรับการเกิดพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพราะการตัดสินใจด้วยความมั่นใจที่จะดำเนินการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุจากปัจจัยด้านพฤติกรรม การค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อกำหนดกิจกรรมต่างๆ และช่วยให้บุคคลรับรู้

ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเพื่อหาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล(เพศ, อายุ, ระดับน้ำตาลและดัชนีมวลกาย) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยยึดกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยง

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วยประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลเบื้องต้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ วิจัยตามการคัดกรองของสำนักงานโรค

ไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่มีภาวะ Impaired Fasting Glucose (IFG) หรือเรียกว่า Pre-Diabetes มีค่าระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 100-125 mg%

การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณจากโปรแกรม G*power ขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) ขนาดปานกลาง (medium) เท่ากับ 0.3, $\alpha = .05$, power=0.8 ได้กลุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 98 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อย

ละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 118 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) กลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มประชากรที่มีค่าระดับน้ำตาล ในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ไม่สูงเท่าเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ค่า Impaired fasting glucose ระหว่าง 100 – 125 mg%

(2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และรับรู้วัน เวลาและสถานที่ปกติ

(3) ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

(1) ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และรับรู้วัน เวลาและสถานที่ปกติ

(2) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนักตัว(BMI) และระดับน้ำตาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นนาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย กำหนดค่าคะแนนสำหรับข้อความเชิงบวกเท่ากับ 4, 3, 2 และ 1 และข้อความเชิงลบมีค่าคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3 และ 4 การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับคือ ระดับดี 3.01-4.00 คะแนน ปานกลาง 2.01-3.00 คะแนน และระดับต่ำ 1.00-2.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ และเกี่ยวกับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 0-17 คะแนน แปลระดับคะแนนความรู้เป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก 14-16 คะแนน ดี 11-13 คะแนน ระดับพอใช้ 8-10 คะแนน และระดับต่ำ 0-7 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจเล็กน้อย และไม่มั่นใจ กำหนดค่าคะแนนสำหรับข้อความเชิงบวกเท่ากับ 4, 3, 2 และ 1 และข้อความเชิงลบมีค่าคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3 และ 4 การแปลผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ คือ ระดับสูง 3.01-4.00 คะแนน ระดับปานกลาง 2.01-3.00คะแนน และระดับต่ำ 1.00-2.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.91 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราคของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเท่ากับ 0.83 และ 0.95 ตามลำดับหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตรคำนวณของคูเดอร์ และริชาร์ดส์ มีค่า เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ EC-014/2564 วันที่ 30 มิถุนายน 2564-29 มิถุนายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และ Multiple Regression

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 และเพศชาย ร้อยละ 40.7 มีอายุเฉลี่ย 43.54 ปี (SD 5.28) โดยส่วนมากมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 62.25 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.1 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.4 โดยมีรายได้โดยเฉลี่ย 12,016 บาท/เดือน (SD 16,309) และส่วนมาก ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมโรคเบาหวาน ร้อยละ 69.5 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 25.43 กก./เมตร² (SD 3.33) กลุ่มตัวอย่างทุกคน มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่าง 100-125 mg%

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานไม่พึงอินซูลินของกลุ่มเสี่ยงในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.94, SD 0.36) การจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.98, SD 0.45) รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด (Mean 2.89, SD 0.37) และน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย (Mean 2.87, SD 0.52)

คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนความรู้ในระดับดี (Mean 13.46, SD 2.23) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก (Mean 8.22, SD 1.23)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้ในระดับสูง (Mean 3.17, SD 0.53) การจำแนกเนรายด้านพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean 3.28, SD 0.56) รองลงมา คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านโภชนาการ (Mean 3.15, SD 0.55) และน้อยที่สุด คือด้านกิจกรรมทางกาย (Mean 3.07, SD 0.65) รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยงโดยรวม และรายด้าน

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยง			
โดยรวม	2.92	0.29	ปานกลาง
- โภชนาการ	2.98	0.45	ปานกลาง
- กิจกรรมทางกาย	2.87	0.52	ปานกลาง
- การจัดการความเครียด	2.89	0.37	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	13.46	2.23	ดี
- ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน	5.24	1.39	ดี
- พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน	8.22	1.23	ดีมาก
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.17	0.53	สูง
- โภชนาการ	3.15	0.55	สูง
- กิจกรรมทางกาย	3.07	0.65	สูง
- การจัดการความเครียด	3.28	0.56	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มเสี่ยง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกมากที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r\ 0.475, p<.01$) รองลงมาคือ เพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ($r\ 0.33, p<.01$; $r\ 0.296, p<.01$; และ $r\ 0.189, p<.05$) ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับน้ำตาล ดัชนีมวลกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยง

ตัวแปร	เพศ	อายุ	ระดับน้ำตาล	ดัชนีมวลกาย	ความรู้	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
เพศ	1.00					
อายุ	-.128	1.00				
ระดับน้ำตาล	.196 [*]	-.051	1.00			
ดัชนีมวลกาย	-.016	.127	.015	1.00		
ความรู้โรคเบาหวาน	-.086	-.086	.038	.165	1.00	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.223 [*]	-.055	.205 [*]	-.060	.165	1.00
พฤติกรรมป้องกันโรค	.331 ^{**}	.041	.189 [*]	.118	.296 ^{**}	.475 ^{**}

$p < .05$, $p < .01$

การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple linear regression) พบว่า มีตัวแปรต้น จำนวน 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง คือ เพศ ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เพศ ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกัน

โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยงได้ 35.3% (Adjusted R² .353, p<.01) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้มากที่สุด (Beta .396, t 4.938, p<.01) รองลงมา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (Beta .214, t 2.706, p<.01) เพศ (Beta .203, t 2.51, p<.05) และดัชนีมวลกาย (Beta .156, t 2.013, p<.05) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยง

ตัวแปร	b	SE	Beta	t
เพศ	.121	.048	.203	2.51*
อายุ	.005	.004	.090	1.162
ระดับน้ำตาล	.003	.004	.062	0.784
ดัชนีมวลกาย	.014	.007	.156	2.013*
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.028	.010	.214	2.706**
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.220	.044	.396	4.938**
Constant	.773	.488		1.585
F = (6, 111)	10.079**			
Adjusted R ²	.353			

p< .05*, p< .01**

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.94, SD 0.36) โดยเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดโดยมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (Mean 2.98, SD 0.45) รองลงมา คือพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด (Mean 2.89, SD

0.37) และน้อยที่สุดคือพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย (Mean 2.87, SD 0.52) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในทุกด้านอยู่เพียงในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาอยู่ในกลุ่มอายุเฉลี่ย 43.54 ปี ซึ่งยังเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่ต้องประกอบอาชีพส่งผลให้ยังขาดความสม่ำเสมอในพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ประกอบกับสภาพแวดล้อมวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปโดยส่วนใหญ่ชอบอาหารรสเค็ม

หวาน นิยมปรุงอาหารเติมผงชูรส น้ำปลา และน้ำตาล นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด เนื่องจากการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง^{6,8} และในการศึกษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการพบว่าภาพรวมของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมีความเสี่ยงคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง คือ เพศ ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เพศ ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยงได้ 35.3% (Adjusted R² .353, p<.01)

เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Beta .203, t 2.51, p<.05) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้มีส่วนใหญ่ยังเป็นวัยทำงาน อายุเฉลี่ย 43.54 ปี ซึ่งอยู่ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตมีความแตกต่างกัน โดยเพศหญิงเป็นเพศที่ให้ความสนใจกับสุขภาพ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ได้มากกว่าเพศชาย และในการศึกษาพฤติกรรมที่ลดการ

เกิดโรคเบาหวานในประชากรสหรัฐอเมริกาพบว่าเพศหญิง มีความสัมพันธ์ที่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ในขณะที่เพศชายมีพฤติกรรมกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน¹¹

ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Beta .156, t 2.013, p<.05) โดยดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยสำคัญเมื่อดัชนีมวลกาย เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานที่นำสู่การเกิดโรคเบาหวาน^{3, 12-13} และจากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และยังอยู่ในช่วงวัยทำงานที่สามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (Mean 13.46, SD 2.23) นั้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้การควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ และจากการศึกษาพบว่า การลดน้ำหนักตัวเกินหรือภาวะอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะช่วยลดความเสี่ยงโรคเบาหวานได้¹⁰

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยง (Beta .214, t 2.706, p<.01) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีอายุระหว่าง 34-66 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.54 ซึ่งอยู่ในช่วงอายุวัยทำงาน และสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังจัดเป็นกลุ่ม

เสี่ยงโรคเบาหวานที่มีโอกาสได้รับความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็นกลุ่มที่มีความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ดีสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน¹⁴⁻¹⁵ นอกจากนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปพบว่าปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสะเดาจังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมากที่สุด (Beta .396, t 4.938, p<.01) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นส่วนบุคคล เพราะตนเองสามารถทำได้ปฏิบัติได้ สอดคล้องกับเพนเดอร์⁷ ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง และเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดี และทำให้มีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดีขึ้น¹⁴⁻¹⁵ นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ยังเป็นปัจจัย

พยากรณ์พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยง¹⁶

สรุป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย เพศ ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มเสี่ยง ได้ 35.3% (p<.01) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้มากที่สุด รองลงมา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพศและดัชนีมวลกาย ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการสนับสนุน และจัดกิจกรรมแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนี้

1. จัดกิจกรรมให้ความรู้ และเพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเฉพาะในด้านการควบคุมน้ำหนัก และให้ความสำคัญในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเพศชาย ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวจะดำเนินการควบคู่กับกิจกรรมให้ความรู้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการป้องกันโรคเบาหวาน ในประชากรกลุ่มเสี่ยง

References

1. World Health Organization. Diabetes fact sheet. [Internet]. 2021 [cited 13 2021]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
2. Division of Non-Communicable disease. Situation Report of non-communicable disease Diabetes hypertension and relate factors in 2019. 1st ed. Bangkok: Graphic and design publishing house; 2020. Thai.
3. Diabetes Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for diabetes 2017; 2017. Thai.
4. Masingboon K, Mounkum S, Mahakayanun. Factor Related to Diabetes Prevention Behavior of Persons with Pre-Diabetes: Nursing Journal of the Ministry of Public health. 2017; 27(2): 214-227.
5. Jongklang W, Patchasuwan NH. The Risk Factor of Type 2 Diabetes in Working Populations, Non-THAI District Nakhon-Rachasima Province: Research and Development Health System Journal. 2021;14(3): 71- 82.
6. Jangwang S, Pittayapinune T, Chutipattana. Factor Related to Self-Care Behavior for Prevention of Diabetes Mellitus and Hypertension among Population Groups at Risk: The Southern College Network journal of Nursing and Public Health. 2019; 3(1): 110-26. Thai.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.
8. Kaewsringam P, Nirattharadorn M, Wattana C. Factor Predicting Type II Diabetes Mellitus Preventive Behaviors among People at Risk for Diabetes: Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2015; 27(2): 119-31. Thai.
9. Jaikhamwang N, Risk Behavior of Diabetes and Hypertension Risk Groups: A Case Study in ban Pak Ka Yang Sub-District Health Promoting Hospital, Sukhothai Province: Journal of Community Development and Life Quality. 2015; 3(2): 173-84. Thai.
10. Geiss LS, James C, Gregg EW, Albright A, Williamson DF, Cowie CC. Diabetes Risk Reduction Behaviors Among U.S. Adults with Prediabetes. Am J Prev Med. 2010; 38(4):403-9.
11. Langlarlertsakul M, Imamee N, Therawiwat M, Kengganpanich T. Factor Predicting Self-Care Behavior on Diet and Exercise of Diabetes Risk Group, Phuket Province, Thailand: Journal of Public Health. 2013; 43(1): 55–67. Thai.
12. Techasuwan R, Chottanapund S, ChamroonsawaS.D.i K, Sornpaisarn B, Tunyasitthisundhorn P. Risk factors for type 2 diabetes mellitus in Thai population.2000;46(3): 268-79. Thai.
13. Bays HE, Chapman RH, Grandy S. The relationship of body mass index to diabetes mellitus, hypertension and dyslipidemia: comparison of data from two national surveys. Int Clin Pract. 2007;61(5):737-47.

14. Chaikoolvatana C, Jaimalai W, Sutti P. Factor Predicting Health Behavior in Group of Pre-Diabetes, Phayao Province: Journal of Nursing and Health Care. 2016; 34:115-22. Thai.
15. Chen MF, Wang RH, Hung SL. Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by applying Bandura social learning theory: Applied Nursing Research. 2015; 28: 299-304.
16. Suphunnakul P, Charonesrimaung S, Singhadej O, Songthap A, Junsukon E. Factors predicting preventive behaviors of type 2 pre-diabetes in Mueng District, Phitsanulok Province, Thailand. Journal of Public health and Development.2018;16(3):56-66. Thai

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ในโรงพยาบาลมุกดาหาร

สมพิศ เห่งเกษ^{*} พย.บ.
ฉันทนา รุ่งเรือง^{**} พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
กาญจนา วงศ์อินตา^{**} พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ดำเนินการ 4 ขั้นตอน: (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบ (3) นำรูปแบบไปทดลองใช้ และ (4) นำรูปแบบไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 123 คนแบบเจาะจง แบ่งเป็น (1) พยาบาลวิชาชีพ 63 คน (2) ผู้ป่วย 30 คน และ (3) ผู้ดูแล 30 คน เครื่องมือการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล: (1) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (2) แบบทดสอบความรู้พยาบาลวิชาชีพ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (4) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม และ (5) แบบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .80, .78, .89, .89 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน และ (2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วยใน การประเมินผลลัพธ์การใช้นวัตกรรม พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.09, SD .45) พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00$) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.10, SD .49) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม พบว่า หลังใช้นวัตกรรมจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .012$ และ $p < .013$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, รูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองแตก, โรคหลอดเลือดสมองแตก

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมุกดาหาร

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

Correspondence e-mail: sompitnu11@gmail.com

Outcomes of the Development of Care Model for Hemorrhagic Stroke Patients in Mukdahan Hospital

Sompit Ngaoket^{*} B.N.S. (Nursing Science)

Chantana Roungraung^{**} M.N.S. (Adult Nursing)

Kanjana Wonginta^{**} M.N.S. (Adult Nursing)

Abstract

This research and model development aimed to develop and assess the outcomes of the hemorrhagic stroke nursing care model. The four development phases: (1) situation analysis, (2) model development, (3) model trial, and (4) model implementation and outcome evaluation. The sample of (1) 63 professional nurses, (2) 30 hemorrhagic stroke patients, and (3) 30 caregivers were recruited using purposive sampling technique. The research instrument was the hemorrhagic stroke nursing care mode and verified quality using 5 experts. Data collecting tools consisted of (1) a nurse satisfaction questionnaire, (2) knowledge test of a nurse, (3) a patient and caregiver satisfaction questionnaire, (4) outcome data record form on using the model, and (5) caregiver competency assessment form. Cronbach Alpha Co-efficiency reliability of the questionnaire were .80, .78, .89, .89 and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t- test.

The results revealed that the developed nursing care model for hemorrhagic stroke patients consisted of (1) the emergency room nursing practice guidelines and (2) the inpatient nursing practice guidelines. Assessing the outcomes of the model implementation, it was found that the nurses' overall satisfaction with the model was at a high level (Mean 4.09, SD .45). Knowledge of the nurses was significantly improved after model implementation (p .00). The hemorrhagic stroke patients' and caregivers' overall satisfaction with the model were at a high level (Mean 4.10, SD .49). Comparison of the average on number of hospital stay and medical expenses before and after the model implementation, it was found that the number of hospital stay and medical expenses decreased significantly, p .012 and p .013, respectively.

Key words: model development, hemorrhagic stroke care model, hemorrhagic stroke

^{*}Registered Nurse, Senior Professional Level, Mukdahan Hospital

^{**}Registered Nurse, Mukdahan Hospital

Correspondence e-mail: sompitnu11@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการในหลายประเทศทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 15 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประเทศทางตะวันตก¹ ประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year)² โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhage stroke) คือ การมีเลือดออกในสมองจากการแตกของหลอดเลือด แบ่งได้ 2 ประเภท คือ ภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อสมอง (Intracerebral Hemorrhage: ICH) และภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage: SAH) เมื่อหลอดเลือดสมองแตกทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีอัตราการตายสูง³ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการผ่าตัด ซึ่งขึ้นกับปริมาณ และตำแหน่งของเลือดที่ออกในสมอง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น⁴

โรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการสุขภาพแก่ประชากรทุกช่วงวัยในจังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดใกล้เคียง รวมถึงประชาชนจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ปัจจุบันการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมุกดาหาร มีบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาทและหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วย รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ โดยดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ และ

ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) รวมถึง Roadmap service excellence แผนงานการพัฒนาระบบบริการ (service plan) และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ผลลัพธ์การดำเนินงานให้บริการด้านโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมุกดาหาร ปี 2561-2563 พบ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 11.2, 17.6 และ 9.23 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 115, 125 และ 184 ราย ตามลำดับ⁵

ปัจจุบัน โรงพยาบาลมุกดาหารมีและใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาโดยสหสาขาวิชาชีพ แต่ในปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทำให้แนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องพัฒนาให้ทันสมัยเสมอ ตัวอย่างเช่น ห้องฉุกเฉิน ควรพัฒนาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว มีการปฏิบัติตามแนวทางและแผนการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และมีคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการ การตรวจวินิจฉัยจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ถ้าพบผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดสมองแตก จะได้รับการดูแลรักษาแบบผ่าตัด หรือไม่ผ่าตัดขึ้นกับอาการ

การสำรวจสภาพปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก พบว่า อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกค่อนข้างต่ำ เนื่องจากจำนวนเตียงมีน้อยทำให้ต้องรับจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และยังพบว่า การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าผ่าตัดหลังจากได้รับการวินิจฉัย จาก ER to OR ในปี 2563 ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 95 นาที ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ภายใน 60 นาที และพบว่า

ประเทศไทยยังมียุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกไม่มาก และส่วนใหญ่พัฒนารูปแบบสำหรับนำไปใช้เฉพาะภายในสถานพยาบาลของตนเท่านั้น

นอกจากนี้ การทำงานแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการดำเนินงานร่วมกันของหลายวิชาชีพที่มีเป้าหมายเดียวกัน แต่ละวิชาชีพใช้หลักการ แนวคิด และทฤษฎีของวิชาชีพตนเป็นกรอบทำงาน ภายใต้การร่วมมือ ประชุมวางแผน และกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจน⁶ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดแผลกดทับ หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ^{2,4}

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองแตก โดยใช้องค์ความรู้ด้านดูแลผู้ป่วยที่ทันสมัย และเป็นปัจจุบัน ร่วมกับการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดีได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้ป่วยและญาติมีความประทับใจ ลดความพิการทางร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลมุกดาหาร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนาแบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การ

วิเคราะห์สถานการณ์ (2) การพัฒนารูปแบบ (3) การนำรูปแบบไปทดลองใช้ และ (4) การนำรูปแบบไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมุกดาหารที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและญาติที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 123 คน ตามเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้บริการ: (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และ (4) เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 63 คน ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 23 คน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 15 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 12 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 13 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการ: (1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่รับบริการในโรงพยาบาลมุกดาหาร (2) เพศชาย และเพศหญิง (3) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (4) เข้ารับการรักษาในเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน 2564 (5) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย (6) เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย (7) มีผู้ดูแลหลักเป็นเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปและมีความสัมพันธ์ เป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน พี่ น้องของผู้ป่วย ได้กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยจำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่หอผู้ป่วยใน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาโดยผู้วิจัย ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประสาท หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพด้านศัลยกรรมประสาท พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประยุกต์จากเครื่องมือของเพชรพรหมจารย์⁷ ทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.80 มี 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อความจำนวน 7 ข้อ เป็น Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด และแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้ คะแนนระหว่าง 4.01-5.00 คือ เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนระหว่าง 3.01-4.00 คือ เห็นด้วยมาก คะแนนระหว่าง 2.01-3.00 คือ เห็นด้วยปานกลาง คะแนนระหว่าง 1.01-2.00 คือ เห็นด้วยน้อย และคะแนนระหว่าง 0.00-1.00 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ ประยุกต์ใช้เครื่องมือของสุริย์กรทอง⁸ ทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.89 มี 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและข้อความจำนวน 10 ข้อ เป็น Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด และแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ คือ คะแนนระหว่าง 4.01-5.00 คือ เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนระหว่าง 3.01-4.00 คือ เห็นด้วยมาก คะแนนระหว่าง 2.01-3.00 คือ เห็นด้วยปานกลาง คะแนนระหว่าง 1.01-2.00 คือ เห็นด้วยน้อย และ คะแนนระหว่าง 0.00-1.00 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด

2.3 แบบทดสอบความรู้ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน 1 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.78

2.4 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 มี 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ข้อมูลผลลัพธ์ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วย ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาพยาบาล ได้แก่ (1) การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) (2) การเกิดแผลกดทับ (3) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ: CAUTI (4) พัลดตกหล่น และ (5) อัตราตาย และข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

2.5 แบบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประยุกต์จากเครื่องมือสมหวัง ไรชนะ⁴ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 เป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ถูก หรือผิด มีจำนวน 15 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 15 คะแนน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

1. วิเคราะห์รูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาล

มุกดาหารที่ให้บริการอยู่เดิม ร่วมกับศึกษาจากรายงานผลตัวชี้วัดของทีมนักพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสาขาศัลยกรรมประสาทรายเดือน และการประชุม focus group ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมพยาบาลวิชาชีพด้านศัลยกรรม พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลศูนย์ส่งต่อ เกสเซอร์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลเวชกรรมสังคม

2. วิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ย้อนหลัง 2 ปีงบประมาณ (2562-2563) จำนวน 100 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลแนวทางการดูแลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยอยู่เดิมและทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแล รวมถึงเป็นข้อมูลเพื่อนำสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีความเฉพาะเจาะจง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดย

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติโดยกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ตั้งแต่แรกเข้ารับบริการ จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามภายหลังจำหน่าย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังศึกษาเอกสารวิชาการ และทบทวนในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมุกดาหาร และนำเสนอรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประสาท หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพด้านศัลยกรรมประสาท พยาบาลห้องอุบัติเหตุและ

ถูกเงิน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ตามลำดับ จากนั้นตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ประเมิน AGREE instrument ได้เท่ากับ 0.91 ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แบบที่ 1 พิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

1.1 ตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ร่วมกันในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับให้บริการพยาบาลผู้ป่วยและติดตามควบคุมกำกับตามรูปแบบ

1.2 กำหนดขั้นตอนแนวทางรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก “Hemorrhagic Stroke Alert” ตั้งแต่จุดเปิดรับผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และห้องผู้ป่วยหนัก พร้อมชี้แจงแนวทางปฏิบัติตามรูปแบบบริการทางด่วนให้รับทราบ

1.3 จัดตั้งทีมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยประจำหอผู้ป่วย โดยคัดเลือกหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ด้านศัลยกรรมประสาท ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักโรคศัลยกรรมประสาทเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.4 จัดระบบที่ปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท ตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ แรกรับผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมุกดาหาร

1.5 กำหนดบทบาทและมอบหมายหน้าที่แพทย์ พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน โดยมอบหมายให้ พยาบาลหอผู้ป่วยหนักโรคศัลยกรรมประสาท ทำหน้าที่ประสานการรับปรึกษาผู้ป่วยในรูปแบบบริการทางด่วน เป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยประสานแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมการพยาบาล

2. พัฒนาศักยภาพทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย

2.1 พัฒนาศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยจัดอบรมภายในเพื่อรองรับระบบ Hemorrhagic Stroke Alert ด้านการประเมินคัดกรองตั้งแต่ เวรเปล แพทย์ พยาบาล ผู้เกี่ยวข้อง สหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ

2.2 พัฒนาศักยภาพของพยาบาล โดยส่งอบรมหลักสูตรระยะสั้น การพยาบาลเฉพาะทางโรคทางศัลยกรรมประสาท

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลไปการทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย

นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะจำหน่าย กับพยาบาลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับตัวอย่างการวิจัย จำนวน 30 คนแบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 10 รายและญาติผู้ดูแล 10 ราย ใช้ระยะเวลาทดลอง 1 เดือน และปรับปรุงรูปแบบการดูแลหลังการทดลองใช้ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลมุกดาหาร แบบที่ 4 ที่นำไปใช้จริงและประเมินประสิทธิผลของผลลัพธ์การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในขั้นตอนที่ 4

ขั้นตอนที่ 4 การนำรูปแบบการดูแลไปใช้จริงและการประเมินประสิทธิผลของผลลัพธ์

1. กำหนดผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่เกิดจาก และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

2. นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน 2564

3. กระบวนการประเมินประสิทธิผลของผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแล มีดังนี้

3.1 ผู้ให้บริการ ได้แก่ การตรวจสอบการปฏิบัติตามรูปแบบบริการทางด่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบความรู้และสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

3.2 ผู้รับบริการ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาพยาบาล ได้แก่ (1) การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) การเกิดแผลกดทับ (3) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (4) พัลซตกหกล้ม (5) อัตราตาย จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

ด้านผู้ดูแล ได้แก่ การประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 03/64 ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test independent

ผลการวิจัย

สถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่าปัจจุบันมีบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แพทย์เฉพาะศัลยกรรมประสาท 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 63 คน มี 2 หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมหญิง ในปีงบประมาณ 2563 พบมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 184 คน โดยมีอัตรากลับบ้านร้อยละ 90.8 มีอัตราตายร้อยละ 9.2 อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 2.0 และพบภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ร้อยละ 46.6 ผลประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ ร้อยละ 82.0

ด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ใช้อยู่ในขณะนี้ พบว่า มีการประยุกต์ใช้แนวทางของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกพัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่เดิมเป็นการดูแลตามแผนการดูแลประจำวัน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (2) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกยังเป็นแบบแยกส่วนขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างสหวิชาชีพ ลักษณะการให้บริการยังคงเน้นที่งานประจำมากกว่าการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (3) มุ่งปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ทันกับเวลาเนื่องจากมีปริมาณงานเป็นจำนวนมาก (4) ขาดแนวทางการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (5) พยาบาลผู้ปฏิบัติที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีความรู้และทักษะที่แตกต่างกัน เนื่องจากความเชี่ยวชาญประสบการณ์ และภาระงาน (6) ขาดผู้นำในการติดตาม และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ดูแลขาดความ

มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน และ (7) ข้อจำกัดด้านจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอกับผู้ป่วยทำให้ต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ส่งผลทำให้ญาติขาดความพร้อมและไม่มั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ซึ่งอาจทำให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดอักเสบ เกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พัดตกหักล้ม หรือการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ดังนั้น ผู้ให้การดูแลควรเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และญาติของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน โดยกำหนดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลมุกดาหารที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่หอผู้ป่วยใน มีดังนี้

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ด้านที่สำคัญ ได้แก่

1.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (access & entry) ที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉินภายใน 3 นาที และประเมินอาการผู้ป่วยจากอาการเตือนที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมากกว่า 1 ใน 5 คือ มีการอ่อนแรงของแขน/ขาซีกใดซีกหนึ่ง การมองเห็นผิดปกติ การพูดผิดปกติ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เวียนศีรษะ หรือเดินเซ

1.2 การประเมินผู้ป่วย (patient assessment) วัดสัญญาณชีพและความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น GCS, O₂ sat การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจ Lab และแจ้งผลภายใน 30 นาที ทำ CT brain non-contrast โดยส่งตรวจภายใน 10 นาที และตามผลภายใน 15 นาที และรายงานแพทย์ทันทีภายใน 4 นาทีเมื่อพบอาการผิดปกติสัญญาณชีพผิดปกติ

1.3 การวางแผน (planning) การดูแลผู้ป่วย โดยประเมินติดตามอาการ การดูแลการหายใจ การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ และให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล ในกรณีผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลเรื่องอาการของโรค ให้ข้อมูลเหตุผลผลการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน การเซ็นยินยอมการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมของเลือดพร้อมใช้ ทำ EKG Chest x-ray ประสานห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์/พยาบาล

1.4 การให้ข้อมูล (information & empowerment) แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อประสานงาน และส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม/ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง/ชาย โดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน เช่นกรณีผ่าตัด ต้องประสานงานกับห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์/พยาบาล

2. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่หอผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะแรกเริ่ม คือ การรับข้อมูลจากหน่วยงานที่ส่งต่ออย่างละเอียดรอบครอบ

2.2 ระยะต่อเนื่อง เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เฝ้าระวังสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยจัดลำดับความรุนแรงของปัญหา และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

2.3 ระยะฟื้นฟูสภาพ โดยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.4 ระยะก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย การส่งต่อการรักษา กลับบ้าน และระยะสุดท้าย

สำหรับ ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มี 2 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ รายละเอียด ดังนี้

ด้านผู้ให้บริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ จำนวน 63 คน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนพัฒนารูปแบบเท่ากับ 7.66 (SD 1.59) และหลังพัฒนา

วารสารกองการพยาบาล

รูปแบบ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 9.49 (SD 0.71) ซึ่งมีคะแนนสูงกว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.53, p .00$)

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.09, SD .45) เมื่อพิจารณารายข้อย่อย พบว่า ข้อที่มีคะแนน

เฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความพึงพอใจที่สหสาขาวิชาชีพได้ปรึกษาหารือ เพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ความพึงพอใจในการประเมิน ประสานงานติดตาม กำกับและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ ความพึงพอใจที่มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ข้อคำถาม	Mean	SD	แปลผล
1. ท่านพึงพอใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่มีการประชุม เรียนรู้ ร่วมกันทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	4.12	0.38	มากที่สุด
2. ท่านพึงพอใจในการประเมิน ประสานงานติดตาม กำกับและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	4.38	0.48	มากที่สุด
3. ท่านพึงพอใจที่มีการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	4.07	0.27	มากที่สุด
4. ท่านพึงพอใจที่สหสาขาวิชาชีพได้ปรึกษาหารือ เพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	4.57	0.49	มากที่สุด
5. ท่านพึงพอใจในกระบวนการสร้างแผนการจัดการดูแลที่มาจากการประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ	4.06	0.56	มากที่สุด
6. ท่านพึงพอใจในบทบาทวิชาชีพในการให้กิจกรรมต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกแต่ละวันว่ามีความชัดเจนตามมาตรฐานวิชาชีพและสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านั้นได้	3.79	0.54	มาก
7. ท่านคิดว่าฟอร์มรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้ง่ายและสะดวก	3.65	0.48	มาก
ภาพรวม	4.09	0.45	มากที่สุด

ด้านผู้รับบริการ มี 2 ส่วน คือ ด้านผู้ป่วย และด้านผู้ดูแล สำหรับด้านผู้ป่วย พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 57.3 ปี

ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีอายุเฉลี่ย 60.7 ปี ผลลัพธ์ตัวชี้วัดด้านคุณภาพการบริการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด 2 ลำดับแรก คือ (1) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พบร้อยละ 2.1 และ (2) ปอดอักเสบ พบร้อยละ 1.8 นอกจากนี้ ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของผู้ป่วย แต่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 2 ราย หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ ร้อยละ 0.6 และ 0.3

ตามลำดับ ไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการพยาบาล พบว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดอักเสบ หลังการให้รูปแบบลดลงกว่าก่อนการให้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับสถิติ 0.005 และ 0.000 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาารูปแบบ

ตัวชี้วัดด้านคุณภาพ บริการพยาบาล	อุบัติการณ์การเกิด ภาวะแทรกซ้อน		Mean±SD		t	p
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ปอดอักเสบ	6 (1.8)	1 (0.3)	1.933±0.379	1.833±0.253	1.201	0.000
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	7 (2.1)	2 (0.6)	1.900±0.406	1.800±0.305	1.077	0.005
ผลกดทับ	1 (0.3)	0 (1.8)	2.000±0.182	1.966±0.000	1.000	0.043
พลัดตกหกล้ม	1 (0.3)	0 (1.8)	2.000±0.182	1.966±0.000	1.000	0.043

ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบ ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนสูงสุด 45 วัน เฉลี่ย 12.5 วัน หลังการพัฒนาารูปแบบ ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนสูงสุด 21 วัน เฉลี่ย 7.30 วัน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .012 สำหรับค่ารักษา

พยาบาล พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบ ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 77,762.76 บาท และหลังการพัฒนาารูปแบบ ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 38,488.44 บาท ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p .013 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาารูปแบบ

ผลลัพธ์ของผู้ป่วย	Min	Max	Mean	SD	t	p
1. จำนวนวันนอน						
ก่อนการพัฒนา	1	45	12.50	10.08	2.59	0.012
หลังการพัฒนา	3	21	7.30	4.36		
2. ค่ารักษาพยาบาล						
ก่อนการพัฒนา	21,337.00	387,907.30	77,762.76	76,465.97	2.57	0.013
หลังการพัฒนา	7,471.00	137,907.00	38,488.44	34,336.92		

วารสารกองการพยาบาล

ด้านผู้ดูแล พบว่า การประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ผ่านการประเมิน คือ ตอบได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.5 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.10, SD .49) เมื่อพิจารณารายข้อย่อย พบว่า ข้อย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean 4.63, SD .49) มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ (1) ความพึงพอใจในคำอธิบาย ชี้แจง และให้

คำแนะนำขั้นตอนบริการชัดเจน (2) ความพึงพอใจในคำอธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการผ่าตัดได้ชัดเจน และ (3) ความพึงพอใจในคำอธิบายเรื่องการมาตรวจตามนัดได้ชัดเจน รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ (Mean 4.60, SD .49) เท่ากัน 2 ข้อ ได้แก่ (1) ความพึงพอใจในขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน และ (2) ความพึงพอใจในบริการมีความรวดเร็ว (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

	ข้อคำถาม	Mean	SD	แปลผล
1	ท่านพึงพอใจในขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.60	0.49	มากที่สุด
2	ท่านพึงพอใจในบริการมีความรวดเร็ว	4.60	0.49	มากที่สุด
3	ท่านพึงพอใจในคำอธิบาย ชี้แจง และให้คำแนะนำขั้นตอนบริการชัดเจน	4.63	0.49	มากที่สุด
4	ท่านพึงพอใจในการอธิบายเรื่องโรคมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.40	0.49	มากที่สุด
5	ท่านพึงพอใจในคำอธิบายความจำเป็น และเหตุผลในการผ่าตัดได้ชัดเจน	4.63	0.49	มากที่สุด
6	ท่านพึงพอใจในคำอธิบายเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ชัดเจน	4.53	0.50	มากที่สุด
7	ท่านพึงพอใจในคำอธิบายเรื่องการรับประทานยาที่บ้านได้ชัดเจน	4.46	0.50	มากที่สุด
8	ท่านพึงพอใจในคำอธิบายเรื่องการมาตรวจตามนัดได้ชัดเจน	4.63	0.49	มากที่สุด
9	ท่านพึงพอใจในการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด	4.53	0.50	มากที่สุด
10	ท่านพึงพอใจในการได้รับความสะดวกในบริการแต่ละขั้นตอน	4.53	0.50	มากที่สุด
	ภาพรวม	4.10	0.49	มากที่สุด

อภิปรายผล

อภิปรายประเด็นที่น่าสนใจเชิงลึกเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน ดังนี้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาขึ้น เกิดจากการวิเคราะห์และมองเห็นปัญหาาร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพที่นำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนางาน เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนา

คุณภาพการดูแลให้ดีขึ้นภายใต้แนวคิดหลัก คือ การเน้นความสัมพันธ์ขององค์กร การมีปฏิสัมพันธ์กับสภาวะแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมให้เป็นผลผลิตกลับสู่สภาพแวดล้อมอีกครั้ง รวมถึงการบอกรับข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และสิ่งที่เกิดขึ้นกลับไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานเชื่อมโยง

กับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำให้เกิดการบูรณาการความชำนาญการจากผู้ปฏิบัติครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ จนได้รูปแบบการดูแลใหม่ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก สอดคล้องกับการศึกษาของ จรุงฤกษ์ บ้องเจริญและคณะ⁶ ที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ สามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี กล่าวคือ หลังจากจำหน่าย 30 วัน ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิกและค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง Roadmap ระยะ 20 ปี

การศึกษาลักษณะของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ด้านผู้ให้บริการ พบว่าความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.09, SD .45) สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี ผงสา⁹ ที่พบว่า ผู้ให้บริการพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลในระดับมาก (Mean 4.32, SD .78) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเกิดความปลอดภัย การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของสมหวัง ไรชนะ⁴ ที่ประเมินประสิทธิผลของผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่าความรู้ของพยาบาล

วิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.10, SD .49) สอดคล้องกับจุรุงฤกษ์ บ้องเจริญ และคณะ⁶ ที่ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยการนำแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคที่มีความเฉพาะต่อโรคมาใช้สามารถทำให้สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ สำหรับผลลัพธ์ด้านคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้านจำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย พบว่า หลังจากมีการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาขึ้น จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยลดลงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p .012$ และ $p .013$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาสมหวัง ไรชนะ⁴ ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ 5 เรื่อง ได้แก่ (1) การติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) อัตราการตาย (3) การเกิดแผลกดทับ (4) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย และ (5) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 3 ราย แต่ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดแผลกดทับ จำนวนวันนอน และค่ารักษาของผู้ป่วยลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกให้เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในเครือข่าย โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การดูแลต่อเนื่องที่ส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมุกดาหาร เนื่องจากโรงพยาบาลในเครือข่ายไม่มีแพทย์เฉพาะ

ทางศัลยกรรมประสาท ดังนั้น การส่งมารักษาต่อโรงพยาบาลมุกดาหารจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2. เมื่อส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านในเครือข่ายจังหวัดมุกดาหาร ควรมีการใช้แนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่อยู่ในหอผู้ป่วยในร่วมกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

References

1. Swing Panjaisi, Nakhonchai Pueanpathom, Kulapat Wirasan. Clinical Practice Guidelines for Hemorrhagic Stroke. Bangkok: Thanapress Ltd.; 2013. Thai.
2. Department of Medical Services. Standard Stroke Center; 2018. Thai.
3. Ajaya Kumar A. Unnithan, Parth Mehta. Hemorrhagic Stroke. [cited 2022 February 25] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644599/>
4. Somwang Rojana. The development of a nursing care model for hemorrhagic stroke patients from hypertension. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2020;31(2): 205-221. Thai.
5. Health Data Center (HDC) Ministry of Public Health. Information System, Mukdahan Provincial Public Health Office [Internet]. [cited 2021 March 25] Available from: <http://hdcservice.moph.go.th>
6. Charoonlux Pongcharoen, Rosarin Wanjirawilai, Rungnipa Changthong, Sameena Suwanprateep and Umakorn Maneewong. Effects of The Multidisciplinary Care Model Development for Hemorrhagic Stroke Patient. Journal of Nursing, Public Health, and Education. 2020: 21(2): 91-105. Thai.
7. Pedchara Promchan. The Development of Discharge Planning Model For Intracerebral Hemorrhage Patient Undergone Surgery by Multidisciplinary Team Neuro Surgical Department Udonthani Hospital. [An Independent Study Report Submitted for the Master of Nursing Science in Nursing Administration]. Khon Kaen University; 2009. Thai.
8. Suree Krongthong, Sasithorn Krajaiklang, Nongluk Surason and Sunanya Phromtuang. Development of STEMI Fast Track Service Model. Medocal Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals. 2018: 33(1): 45-60. Thai.
9. Yuwadee Phongsa. Results of the development of model for stroke
10. Patients care Sirindhorn Hospital Khon Kaen Province. Journal of Khon Kaen Provincial Public Health Office. 2020;2:139-253.Thai.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด

อรสา อัครวัชรราษฎร์*	พย.ม.
พนรัตน์ วิศวะเทพนิมิตร**	ปร.ด.
นันทยา คณา***	พย.ม.
รัชดาภา สีดาตนา***	พย.ม.
สมศรี ทิพย์ประสพโชค***	พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้ (1) วิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบการพยาบาล (3) นำรูปแบบไปใช้ และ (4) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับการพัฒนา พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนายามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.47, SD .50) คะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้อยู่ในระดับมาก (Mean 4.35, SD .58) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการพยาบาล มีอัตราการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราการเลื่อนนัดสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาล

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เคมีบำบัด

* รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

Correspondence author E-mail: orasa.aka65@gmail.com

Development of a nursing model for cancer patients with chemotherapy induced neutropenia

Orasa Akarawatcharangura* M.S.N.

Panarut Wisawatapnimit** Ph.D.

Nuntaya Kana*** M.S.N.

Ratchadapa Seedadard*** M.S.N.

Somsri Thipprasopchock*** M.S.N.

Abstract

The purpose of this research and development study was to develop a nursing model for patients with chemotherapy and the outcomes of the model implementation. The sample included breast cancer patients treated with chemotherapy. The project had 4 phases: (1) problems and situations analysis, (2) develop the nursing model, (3) the model trial and (4) the nursing outcomes assessment. Data were analyzed using frequencies, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test.

The results showed that the average knowledge scores of the nurses after the model implementation were significantly higher than before the model implementation at the level of $p < .05$. The average knowledge scores of the patients after the model implementation were significantly higher than before the model implementation at the level of $p < .05$. The patient also satisfied with the developed nursing model at a high level (Mean 4.47, SD .50). The nurses satisfied with the developed nursing model at a high level (Mean 4.35, SD .58). Comparing clinical outcomes found that the patients, who did not apply the developed nursing model had higher incidents of fever with low white blood cells, sepsis, and postponed appointment than the patients using the developed nursing model.

Keyword: Nursing model development, neutropenia, chemotherapy

* Director of Nursing, National Cancer Institute

** Registered Nurse, Senior Professional Level

*** Registered Nurse, National Cancer Institute

*** Registered Nurse, National Cancer Institute

*** Registered Nurse, National Cancer Institute

Correspondence author E-mail: orasa.aka65@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันยาเคมีบำบัด (Chemotherapeutic agents) ถูกใช้เป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งแต่ในขณะเดียวกันยังถูกใช้เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด การฉายรังสีและรวมไปถึงการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ คือการรักษาให้หายขาด การควบคุมโรค หรือการรักษาแบบประคับประคอง ยาเคมีบำบัดมีคุณสมบัติยับยั้งการสร้างโปรตีน (Inhibition of protein synthesis) และยับยั้งการแบ่งตัวในวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง (Inhibition of cell-cycle) เป็นสารที่ทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ จึงพบอาการข้างเคียงเกิดขึ้นหลายอาการ โดยเฉพาะกดการทำงานของไขกระดูก (Myelosuppression) ขึ้นกับชนิดและขนาดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ รวมทั้งปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล เช่น ความหนาแน่นของเซลล์ไขกระดูก (Bone marrow cellularity) การเก็บสำรองไขกระดูก (Marrow reserve) ภาวะโภชนาการ ความสามารถในการเผาผลาญ หรือการขับออกของสารเคมีที่ได้รับ และปัญหาที่พบบ่อยจากการกดการทำงานของไขกระดูก คือภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ โดยทั่วไปยาเคมีบำบัดจะเริ่มกดการทำงานของไขกระดูก (Bone marrow suppression) จนกระทั่งเข้าสู่ช่วงของการผลิตเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Nadir) ใช้เวลาประมาณ 7 - 14 วัน หลังจากนั้นจึงเริ่มสร้างเม็ดเลือดใหม่ขึ้นทดแทน ใช้เวลาประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ แต่ยาเคมีบำบัดบางชนิดอาจมีช่วง Nadir ต่างออกไป เช่น Hydroxyurea ประมาณ 2 วัน, Carmustine และ Mitomycin C ประมาณ 3 - 6 สัปดาห์¹ และยาเคมีที่ทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Alkylating agents, Anthracyclines, Antimetabolites, Camptothecins,

Hydroxyurea, Mitomycin C, Taxanes, Epipodophyllo-toxins, Vinblastine² นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับเคมีบำบัดแบ่งออกเป็น (1) ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เป็นเพศหญิง มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีภาวะทุพโภชนาการ และภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น โรคตับ โรคปอด โรคหัวใจ ไต เบาหวาน มีแผลหรือกำลังมีการติดเชื้ออื่น ๆ อยู่ (2) ปัจจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งระยะลุกลาม (3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ ขนาดและชนิดของยาเคมีบำบัด ประวัติการได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อนหลายชนิด มีปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำก่อนรักษา และประวัติการได้รับรังสีรักษาบริเวณไขกระดูก

ภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ วัดจากค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) แบ่งระดับความรุนแรงตามจำนวนของ ANC ได้ 4 ระดับ คือ (1) ANC มากกว่า 1,500 - 2,000 เซลล์/ไมโครลิตร (2) ANC 1,000 - 1,500 เซลล์/ไมโครลิตร (3) ANC 500 - 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร (4) ANC น้อยกว่า 500 เซลล์/ไมโครลิตร³ โดยระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะ Neutropenia สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อ ซึ่งโอกาสของการติดเชื้อจะมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลมีหน้าที่สำคัญในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย (Phagocytosis and intracellular killing) ส่งผลให้ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรงกว่า การเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (Febrile Neutropenia) เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งอาจคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยและ

ส่งผลลบต่อผลลัพธ์การรักษา เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้ง่วงรอบของการให้ยาเคมีบำบัดล่าช้าออกไป ลดขนาดและประสิทธิผลของยาเคมีบำบัด เพิ่มการใช้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มอัตราวันนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้น ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นและที่สำคัญที่สุดคือ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงมากขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Febrile Neutropenia เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ด้านตัวโรค และด้านการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่หากผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดี สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ บ่งชี้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ ต่อบทบาทของพยาบาล นอกจากนี้การประเมินความเสี่ยงนำไปสู่การจัดการดูแลได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างเสริม พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ในการป้องกันและลด ความรุนแรงของการเกิดภาวะ Febrile Neutropenia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับเคมีบำบัดในต่างประเทศ พบว่า (1) มีการให้ความสำคัญกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำว่ามีความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมี 7-14 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 500 เซลล์/ไมโครลิตร (2)

ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงดังต่อไปนี้ ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป อาการเฉพาะที่อาจบอกถึงการติดเชื้อ ปวด บวม แดง ร้อน บัสสาวะออกน้อย ไอ หายใจลำบาก ปวดท้อง ท้องเสีย ปวดตึงท้อง เป็นต้น (3) ดูแลเรื่องการเพาะเชื้อ และการได้รับยาต้านจุลชีพ (Septic workup) (4) การส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานที่เหมาะสม (5) การดูแลต่อเนื่อง (6) ให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (7) การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติในการดูแล⁴⁻⁵ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นควรได้รับการพัฒนา 3 ส่วนคือ 1. แนวทางดูแลทางคลินิก (Clinical care pathway) 2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย 3. การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉิน⁶ สำหรับในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับเคมีบำบัดมีน้อย จากการทบทวนพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ เป็นสถาบันการรักษาเฉพาะด้านโรคมะเร็งในระดับ ตติยภูมิ มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาองค์กรเป็นสถาบันเฉพาะทางที่มีความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง (Cancer Center of Excellence) ด้วยแผนงานการพัฒนา ศักยภาพของเครือข่ายบริการและวิชาการด้านโรคมะเร็ง สถิติผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2561-2563 จำนวน 7,940, 10,718, และ 8,455 ครั้ง ในจำนวนเหล่านี้พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia)

จำนวน 1,394, 1,297 และ 1,779 ครั้ง โดยพบภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) จำนวน 22, 21, และ 17 รายตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ต้องนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น มีการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic therapy) และยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น และในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 4.5, 4.8 และ 11.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้มีอัตราการเลื่อนนัดให้ยาตามวงรอบ (Delay treatment) ร้อยละ 7, 7.4 และ 10 ซึ่งพบว่าทั้งหมดมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับเคมีบำบัด ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจหลายประเด็น ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามนัด จากการโทรศัพท์ติดตามพบปัญหาด้านผู้ป่วย ดังนี้ (1) เมื่อมีไข้ผู้ป่วยซื้อยาลดไข้รับประทานเอง (2) ผู้ป่วยสังเกตอาการที่บ้าน 1-2 วัน จนมีอาการทรุดลง ข้อมูลในเชิงลึกสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และจะฟังตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายอื่น ๆ (3) ผู้ป่วยรอจนถึงวันเปิดทำการเนื่องจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติไม่ได้เปิดทำการทุกวันเหมือนโรงพยาบาลทั่วไป และยังพบอีกว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 5 ที่ไม่มารับการรักษาตามนัด เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดการติดเชื้อรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้ระยะเวลาในการได้รับยาเคมีบำบัดเลื่อนออกไป¹⁸ และปัญหาด้านพยาบาลพบปัญหาเรื่องความหลากหลายของวัย ความรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกันและพบว่า พยาบาลขาด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง มีหน้าที่กำกับติดตามและควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน และเป็นต้นแบบของหน่วยบริการ ตติยภูมิด้านโรคมะเร็งของประเทศไทย เห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้พยาบาลมีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีความปลอดภัย และรูปแบบที่พัฒนานี้ สามารถลดอัตราการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และอัตราการเลื่อนนัดให้ยาตามวงรอบ (Delay treatment) ได้ สามารถเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเผยแพร่ในกลุ่มโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคตลอดจนเขตสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมี กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแบบเดิม

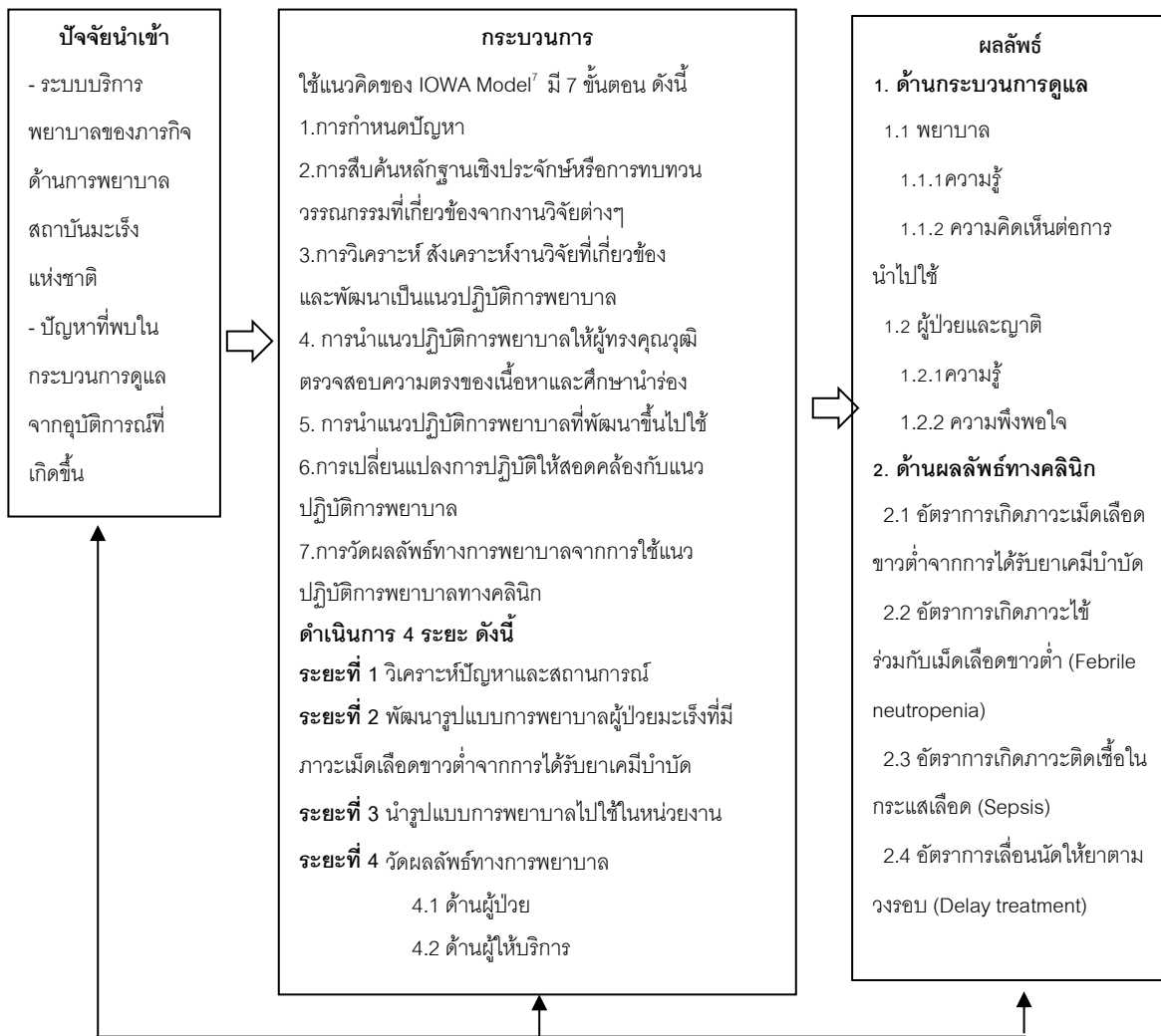
2. อัตราการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแบบเดิม

3. อัตราการติดเชื้อกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแบบเดิม

4. อัตราการเลื่อนนัดให้ยาตามวงรอบกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

รายละเอียดกรอบแนวคิดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Post-test only control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 60 คน (2) กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 584 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ให้บริการ: (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในงานพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2) มีประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 5 ปี (3) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (4) ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ (5) สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการวิจัย

2. ผู้ใช้บริการ: (1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร AC (Doxorubicin และ Cyclophosphamide) ในครั้งแรก แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2) อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการสื่อสาร (3) ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ (4) สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเม็ดเลือดขาวต่ำภายหลังได้รับยาเคมี สำหรับพยาบาลและคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำภายหลังได้รับยาเคมี สำหรับผู้ป่วย ตรวจสอบเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเคมีบำบัด 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านเคมีบำบัด 2 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่า .95

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด

2.2 แบบสอบถามความความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดไปใช้ในการปฏิบัติจริง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

2.3 แบบสอบถามแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำภายหลังได้รับยาเคมี ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเคมีบำบัด 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง 4 ชุด เท่ากับ .86, .80, 0.76 และ .93 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือทั้ง 4 ชุด เท่ากับ .79, .84, .81 และ .89 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์ ร่วมกับการทำสนทนากลุ่ม (Focus group) ของแพทย์และพยาบาลจำนวน 12 คน เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ผู้ป่วยและญาติจำนวน 8 คน เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและญาติ

2. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยการสำรวจข้อมูลอย่างเป็นระบบและสกัดเนื้อหาเพื่อจัดทำร่างรูปแบบการพยาบาล จัดประชุมแพทย์และพยาบาลเพื่อทำสนทนากลุ่มในการพิจารณาร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด

3. นำรูปแบบการการพยาบาลไปใช้ ดังนี้ (1)

จัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด จำนวน 20 คน (2) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบจำนวน 30 คน และกลุ่มที่ใช้รูปแบบจำนวน 30 คน

4. ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ด้าน

ด้านกระบวนการดูแล แบ่งเป็น 1) บุคลากรพยาบาล วัดระดับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับเคมีบำบัด และวัดระดับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง 2) ผู้ป่วยและญาติ วัดระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด และวัดระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก แบ่งเป็น อัตราการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ อัตราการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และอัตราการเลื่อนนัด (Delay treatment)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 043/2564 รหัสโครงการ EC 64006 ดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิสิทธิกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากวิจัยโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1. วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและภาวะแทรกซ้อนของ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด จาก เวชระเบียนนิโรคดทอนิกส์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2563 พบสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 8,455 ครั้ง มีรายงาน การเกิดภาวะ Neutropenia 1,779 ครั้ง แบ่งเป็น Grade 2 ($ANC < 1,500$ เซลล์/ไมโครลิตร) จำนวน 1,129 ครั้ง Grade 3 ($ANC < 1,000$ เซลล์/ไมโครลิตร) จำนวน 487 ครั้ง Grade 4 ($ANC < 500$ เซลล์/ไมโครลิตร) จำนวน 163 ครั้ง และเกิดภาวะ Febrile Neutropenia จำนวน 15 ราย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจาก Febrile Neutropenia ร้อยละ 11.8 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 4.8 และพบทวนแพ้ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือด ขาวต่ำจากยาเคมีบำบัดเกรด 4 ($ANC < 500$ เซลล์/ ไมโครลิตร) จำนวน 147 แพ้ โดยสรุปพบว่า ไม่มีการ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia พบเพียงการประเมินตามอาการ เช่น อ่อนเพลีย เจ็บปากเจ็บคอ มีไข้ เป็นต้น และยังพบอีกว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 5 ที่ไม่มารับการรักษาตามนัดเนื่องจาก มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดการติดเชื้อรุนแรง จำเป็นต้อง ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและรักษาด้วยยา ปฏิชีวนะ ผู้ป่วย Admit ด้วยภาวะ Febrile neutropenia จำนวน 15 หรือ 10.20 % พบการเลื่อนนัดให้ยาเคมี 26 ครั้ง คิดเป็น 17.69 % และลดขนาดยาเคมี 49 ครั้ง คิด เป็น 33.33% ไม่พบการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อ ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการ ได้รับยาเคมี

บำบัดในระบบจำนวน 41 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.89 การ ให้ข้อมูลผู้ป่วยในการให้ยาเคมีครั้งแรกเหมือนกัน ไม่มี การให้คำแนะนำตามความภาวะแทรกซ้อนของแต่ละ สูตรยา และอาการสำคัญของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ก่อนนัด ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว มีไข้ เจ็บ ปากเจ็บคอ ท้องเสีย เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับ ยาเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะเม็ด เลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด สรุปได้ดังนี้

ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ และ ภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ เป็นอาการไม่ พึงประสงค์รุนแรง หรือทำให้เกิดภาวะอันตรายคุกคาม ต่อชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ยาสูตรที่มี doxorubicin และ cyclophosphamide (AC based) มี โอกาสในการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำเพิ่มขึ้น 1.7 เท่า และเกิดหลังได้รับยาครบแรก ดังนั้น ควรมีการ ติดตามและให้การป้องกันอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยที่ ได้รับยาครบแรกหรือผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AC based⁸ ปัจจัยที่ทำให้เกิด Febrile neutropenia ได้แก่ เป็น ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว โรคร่วมมากกว่า 1 โรค เช่น โรคไต โรคตับ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอด อักเสบ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ เคยมีประวัติ ไข้เม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) ค่าสมรรถภาพ ของร่างกายต่ำ (Poor performance status)⁹⁻¹⁰

การเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเป็น ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วย ยาเคมีบำบัด พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้ในภาวะ เม็ดเลือดขาวต่ำ เพื่อสามารถนำมาใช้ในการคัดกรอง ผู้ป่วยมะเร็งหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ สามารถให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การล้างมือ สุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันและลดอันตรายจากการเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ การให้ความรู้แก่ทีมพยาบาล การล้างมือ การจัดพื้นที่ให้กับผู้ป่วย การสวมใส่อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ การอาบน้ำให้ผู้ป่วย และการจัดสภาพแวดล้อม เป็นบทบาทการพยาบาลที่สำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลผู้ป่วยภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดของทีมสุขภาพ โดยการทำสนทนากลุ่มแพทย์และพยาบาล (Focus group) จำนวน 12 คน พบว่า การให้ข้อมูล คำแนะนำผู้ป่วยมีความหลากหลายตามประสบการณ์ของพยาบาล เป็นข้อมูลในภาพรวมสำหรับผู้ป่วยที่ให้อาเคมีเหมือนกันทุกคน ไม่เฉพาะเจาะจงตามความเสี่ยงของแต่ละกลุ่มยา เป็นการสื่อสารทางเดียวจากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการ ไม่มีการประเมินความรู้ความเข้าใจผลลัพธ์การดูแลเกี่ยวกับการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ไม่มีการบันทึกเชิงระบบเพื่อตั้งรายงาน ขาดระบบการกำกับติดตาม ไม่มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดไข้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เมื่อเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำไม่พบระบบการดูแลที่ชัดเจน เช่น การให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว การส่งต่อข้อมูล การติดตามผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์การดูแล และไม่มีช่องทางการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อต้องการ

ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565

คำปรึกษา ในส่วนของการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น เมื่อมีไข้ผู้ป่วยซื้อยาลดไข้รับประทานเอง สังเกตอาการที่บ้าน 1-2 วัน จนมีอาการทรุดลง หรือรอจนถึงวันเปิดทำการ มี 5 ราย ไม่ได้รับคำแนะนำ มีผู้ป่วย 3 ราย จำไม่ได้ไม่มีเอกสารเพื่อทบทวน พยาบาลพูดเร็ว ต้องการรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อเกิดปัญหา ต้องการรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทาน และมี 2 ราย ที่มีความรู้ดี ตอบคำถามได้ถูกต้องเนื่องจากหาข้อมูลจากสื่อด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยสังเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด สกัดเนื้อหาสร้างเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ (ดูแลตามรูปแบบเดิม) จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ใช้รูปแบบจำนวน 30 คน

ระยะที่ 4 วิเคราะห์ผลลัพธ์ โดยติดตามประเมินผลลัพธ์จากการศึกษา ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลพบว่า พยาบาลวิชาชีพงานพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมี

วาระการสาธารณสุข

บำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวนร้อยละ 95 อายุเฉลี่ย 37.15 ปี (SD 6.49) วุฒิก่อนการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 95 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโทร้อยละ 5 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเฉลี่ย 13.10 ปี (SD 5.55) และผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาเคมีบำบัดพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัด (10 วัน) และหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (4 เดือน) ร้อยละ 95 และ ผ่านการอบรมทุกหลักสูตร ร้อยละ 5

การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ และกลุ่มที่ใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี มีจำนวนร้อยละ 46.66 อายุเฉลี่ย 54.50 ปี (SD 9.40) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวนร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวนร้อยละ 36.67 มีผู้ดูแล

จำนวนร้อยละ 100 โดยผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นบุตรชายหรือบุตรสาวจำนวนร้อยละ 66.66 มีระยะของโรคเป็นระยะที่ 2 จำนวนร้อยละ 56.66 และไม่มีโรคประจำตัวจำนวนร้อยละ 80 สำหรับกลุ่มที่ใช้รูปแบบมีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี จำนวนร้อยละ 43.33 อายุเฉลี่ย 55.67 ปี (SD 8.50) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวนร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวนร้อยละ 46.67 มีผู้ดูแลจำนวนร้อยละ 100 โดยผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นบุตรชายหรือบุตรสาวจำนวนร้อยละ 40.00 มีระยะของโรคเป็นระยะที่ 2 จำนวนร้อยละ 50.00 และไม่มีโรคประจำตัวจำนวนร้อยละ 80

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังทดลอง พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 20)		หลังทดลอง (n = 20)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด	7.35	1.18	8.30	1.03	-3.04	0.00

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยที่ได้รับ

การดูแลตามรูปแบบปกติทั้งก่อนและหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n 30)		หลังทดลอง (n 30)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด	6.77	1.38	6.87	1.19	-1.36	0.18

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบใหม่ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n 30)		หลังทดลอง (n 30)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด	6.93	1.33	8.60	1.00	-6.53	0.00

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n 30)		กลุ่มทดลอง (n 30)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมี	6.80	1.09	8.53	0.97	-21.10	0.00

ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 4.47, SD .50) โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้คู่มือระหว่างรับการรักษา มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.67, SD .47 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการพยาบาล

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	Mean	SD	ระดับ
1. ความรู้และคำแนะนำจากการเข้าร่วมโครงการช่วยให้ท่านมีความมั่นใจในการดูแลตัวเอง	4.10	0.66	มาก
2. คู่มือที่ท่านได้รับมีความชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย	4.00	0.79	มาก
3. ระยะเวลาของการให้ความรู้ คำแนะนำและการติดตามอาการมีความสะดวกเหมาะสม	4.40	0.72	มาก
4. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการใช้คู่มือระหว่างรับการรักษา	4.67	0.47	มาก
5. ความพึงพอใจของท่านในภาพรวม	4.47	0.50	มาก

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติ พบว่าในภาพรวม พยาบาลมีความคิดเห็นต่อการนำรูปแบบไปใช้ อยู่ในระดับมาก (Mean 4.35, SD .58) โดยความคิดเห็นด้านที่ได้คะแนนสูงที่สุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ (1)

รูปแบบการพยาบาลนี้ มีประโยชน์คุ้มค่าในการนำไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.55, SD .60 และ (2) เนื้อหาครอบคลุมตรงประเด็นและตามวัตถุประสงค์ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.30, SD .65 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติ

ความคิดเห็นของพยาบาล	Mean	SD	ระดับ
1. นำไปใช้ได้ง่าย สะดวก สามารถปฏิบัติได้	4.05	0.82	มาก
2. ระยะเวลาเหมาะสมกับเนื้อหา	4.10	0.64	มาก
3. เนื้อหาครอบคลุม ตรงประเด็น ตามวัตถุประสงค์	4.30	0.65	มาก
4. เกิดประโยชน์คุ้มค่าในการนำไปปฏิบัติ	4.55	0.60	มาก
5. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.35	0.58	มาก

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีอัตราการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าเกรด 2 (จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 1,500 cells/mm3) เท่ากัน ร้อยละ 70 ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านอื่นๆ ได้แก่ ภาวะมีไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) อัตรา

การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และอัตรา การเลื่อนนัดตามรอบของการรักษา (Delay treatment) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีอัตราการเลื่อนนัดสูงกว่า กลุ่มทดลอง นอกจากนี้ ภาวะมีไข้ร่วมกับเม็ดเลือดต่ำ และการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยกลุ่ม ควบคุม สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ใช้รูปแบบ

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ (n = 30)		กลุ่มที่ใช้รูปแบบ (n = 30)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. อัตราการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าเกรด 2 (เม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 1,500 cells/mm3)	21	70	21	70
2. อัตราการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia)	1	3.33	0	0
3. อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)	1	3.33	0	0
4. อัตราการเลื่อนนัด (Delay treatment)	7	23.33	1	3.33

อภิปรายผล

ผลการศึกษการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ อภิปรายผลการวิจัย (1) ด้านคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมี กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม (2) ด้านอัตราการเกิด Febrile neutropenia ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม (3) ด้านอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการเกิดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม (4) อัตราการเลื่อนนัดให้ยาตามวงรอบ ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบที่การพยาบาลพัฒนาขึ้น มีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม

ผลลัพธ์จากการศึกษาพบอัตราการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำระดับ 2 ขึ้นไปหลังได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งแรกทั้ง 2 กลุ่มร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอภิษฐ ลือพีช และขวัญจิต ด่านวิไล⁶ ศึกษาเรื่องอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบร้อยละ 72.55 และเพิ่ม 1.7 เท่า ในยาสูตร AC จึงควรมีการติดตามและให้การป้องกันอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และผลการวิจัย พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่ใช้รูปแบบได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีการการออกแบบระบบการให้บริการ ระยะก่อนการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งที่

ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำตั้งแต่เริ่มการรักษา โดยประเมินปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านโรคประจำตัว และให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ พร้อมคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเม็ดเลือดขาวต่ำ ระหว่างการรักษาเคมี จะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia โดยการซักประวัติ ตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจร่างกาย มีการพัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ Febrile neutropenia ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือ MASCC¹² และประเมินระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อเมื่อมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ จากนั้นให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ลงบันทึกข้อมูลสำคัญทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ระดับเม็ดเลือดขาว ค่าน้ำหนัก ระดับส่วนสูง และการประเมินสภาวะร่างกายของผู้ป่วย (Performance status) โดยใช้ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) score ในระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เป็นรายบุคคล ทำให้สหสาขาวิชาชีพสามารถเข้าถึงได้ และสามารถวางแผนในการดูแลต่อเนื่องได้รวดเร็วยิ่งขึ้น พร้อมทั้งมีการให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร ซึ่งมีความครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มีการติดตามระหว่างการรักษาทั้งทางโทรศัพท์ และ Line application โดยแบบประเมินติดตามทางโทรศัพท์และการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับอัตราการเกิด Febrile neutropenia อัตราการติด

เชื้อ อัตราการเลือนน็ดให้ยาตามวงรอบน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ ทำให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้ในผู้ป่วยเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่ต้องช่วยป้องกันและลดอันตรายจากภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำได้¹² สอดคล้องกับงานวิจัยของฐิตาพร วรภักดิ์ วิศิษฎ์ ชมภู่ ปรีตศิริประภา และวิชาญา โรจนรักษ์¹³ ศึกษาเรื่องการป้องกันภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน: บทบาทพยาบาล พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้จากการคัดกรองความเสี่ยงภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ การให้ความรู้ การดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย และการล้างมือที่ต้อง¹³ สอดคล้องกับงานวิจัยผลของโปรแกรมการศึกษาต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการล้างมือต่อการป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำที่มีไข้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยา Doxorubicin และ Cyclophosphamide ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Febrile neutropenia ด้วยเทคนิคการสอน ร่วมกับการสอนสาธิต ส่งผลต่อความสามารถในการล้างมือ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P .009) และ (P .036)¹⁴ตามลำดับ

สำหรับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งประเด็นการนำไปใช้ได้ง่าย สะดวก สามารถปฏิบัติได้ ระยะเวลา

เหมาะสม เนื้อหาครอบคลุมตรงประเด็นตามวัตถุประสงค์ เกิดประโยชน์คุ้มค่าในการนำไปปฏิบัติและความพึงพอใจในภาพรวม เนื่องจากการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ เกิดจากความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บริหารทางการพยาบาล แพทย์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งนี้

การศึกษานี้สรุปได้ว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวมากขึ้น ส่งผลลัพท์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเรื่องภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และการเลือนน็ดให้ยาตามรอบ (Delay treatment) ได้ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารด้านการพยาบาล ได้นำรูปแบบการพยาบาลมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยมีการผลักดัน และนำรูปแบบลงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และป้องกันการติดเชื้อระดับรุนแรง ซึ่งการดำเนินการที่ผ่านมาสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา มีการนำรูปแบบนี้เข้าสู่เขตสุขภาพเพื่อให้โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่นสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีการจัด

วาระสภากองการพยาบาล

อบรมถ่ายทอดแนวทางการดูแลดังกล่าว นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีความทันสมัยโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เพื่อให้สะดวกรวดเร็วมีการจัดเก็บข้อมูลและนำเสนอในรูปแบบผลงานวิชาการ จัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด

แม้ว่าอุปสรรคสำคัญในการศึกษาดำเนินงานครั้งนี้ คือ สถานการณ์โควิด-19 แต่ในฐานะผู้บริหารด้านการพยาบาล ได้ผลักดันการนำรูปแบบทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง มาใช้ในสถานการณ์ New normal โดยมีเครื่องมือประกอบการให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย (1) คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (2) แผ่นพับการป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด (3) QR code การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์โดยใช้แบบประเมินติดตามทางโทรศัพท์และการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (4) การติดตามเยี่ยมทาง Line application ทั้งนี้ เพื่อทบทวนความรู้และประเมินความถูกต้องในการปฏิบัติตัวในระหว่างรักษาซึ่งมีความเสี่ยงจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ นอกจากนี้ยังได้พัฒนาจุดคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งที่มาตรวจติดตามที่แผนกเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลวิชาชีพดำเนินการประเมินอาการ และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งที่มาตรวจติดตามตามนัดหมาย การจัดให้ผู้ป่วยรอคอยในห้องแยกป้องกันการติดเชื้อ และการติดตามผลการตรวจทางห้องทดลอง (Lab alert) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาในเวลาตามเกณฑ์การคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ NCI ESI (National Cancer Institute Emergency Severity Index)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบในการดูแลและพัฒนาเครือข่ายทางการพยาบาล สาขาโรคมะเร็งในเขตสุขภาพถือเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งในการเป็นผู้นำด้านการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการพยาบาลให้เป็นต้นแบบต่อไป ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ด้วยความร่วมมือจากทีมสุขภาพที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วย และในอนาคตผู้วิจัยได้เตรียมการพัฒนารูปแบบนี้ให้ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยมะเร็งในสูตรยาเคมีบำบัดอื่น ๆ และในเขตสุขภาพ เพื่อพัฒนาความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดนี้ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีความพร้อมในการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด จึงควรนำรูปแบบการพยาบาลนี้ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรอื่น ๆ
2. ควรต้องพัฒนาในส่วนของการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหรือในโรงพยาบาลต้นสังกัด
3. ด้านการบริหารพยาบาล เพิ่มข้อมูลและช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี นอกจากการติดต่อทางโทรศัพท์ และ Line application เช่น การส่งข้อมูลผ่านระบบ NCI Easy ผู้ป่วยเข้าถึงได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. Thaksin Jansing. The Colony-Stimulating Factors and Febrile Neutropenia. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2019;14(3):136-45. Thai.
2. Moore DC. Drug-Induced Neutropenia: A Focus on Rituximab-Induced Late-Onset Neutropenia. P & T: A peer-reviewed journal for formulary management. 2016;41(12):765–68.
3. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0, 2017. [Internet]. 2021 Aug 1 [cited Aug 4] . Available from:https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf
4. Warnock C. Neutropenic sepsis: prevention, identification and treatment. Nursing standard, Royal College of Nursing, Great Britain. 2016: 30(35), 51–60.
5. Wang XJ, Wong CM, Chan A. Psychometric properties of the functional assessment of cancer therapy-neutropenia in Asian cancer patients with chemotherapy-induced neutropenia. J Pain Symptom Management. 2016;52(3):428-36.
6. Oakley C, Hill A, Chowdhury, S. Benefits of a network approach to managing neutropenic sepsis. Cancer Nursing Practice. 2010;9(5):17-21.
7. Titler MG, Kleber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. The IOWA model of evidence based practice to promote quality care. Crit Care Nurs Clin North Am. 2001;13:497-509.
8. Apichaya Luepuech, Kwanjit Danwilai. Incidence and risk factors of neutropenia in breast cancer patients receiving intravenous chemotherapy at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2017;9(1):180-91. Thai.
9. Klastersky J, de Naurois J, Rolston K, et al. Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2016;27(suppl 5):111-18.
10. Ba Y, Shi Y, Jiang W, et al. Current management of chemotherapy-induced neutropenia in adults: Key points and new challenges: Committee of Neoplastic Supportive-Care (CONS),

China Anti-Cancer Association Committee of Clinical Chemotherapy, China Anti-Cancer Association. Cancer Biol Med. 2020;17(4):896-909.

11. Klastersky J, Paesmans M, Rubenstein EB, et al. The Multinational association for supportive care in cancer risk index: A multinational scoring system for identifying low-risk febrile neutropenic cancer patients. J Clin Oncol. 2000;18(16):3038-51.
12. Pichitra Lekdamrongkul. Risk Assessment and Management of febrile neutropenia in cancer patients receiving chemotherapy: Role of nurse. Thai Journal of Nursing Council. 2015;30(1): 5-15. Thai.
13. Titaporn Worapanwisit, Chompoo Paritsiraprapa, Witchaya Rotchanarak. Prevention of febrile neutropenia in acute leukemia patients: Role of nurse. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(3):11-9. Thai.
14. Mak WC, Yin Ching SS. Effect of an education program on knowledge, self-care behavior and hand washing competence on prevention of febrile neutropenia among breast cancer patients receiving Doxorubicin and Cyclophosphamide in Chemotherapy Day Centre. Asia Pac J Oncol Nurs. 2015;2(4):276-88.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย

สุนันทา ไชยาฟอง*	พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
วนิดา เคนทองดี**	พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
เอกรัฐ ทองเต็ม***	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง และประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ดำเนินการ 4 ระยะคือ (1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ (3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ (4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 12 ราย (2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย จำนวน 16 ราย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการค้นหาปัญหาทางคลินิก พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ใช้อยู่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัดสมอง นำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง จำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ร้อยละ 100 และผลการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสมองจำนวน 12 ราย มีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 100 มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 6.7 วัน ($SD \pm 9.1$) และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 100

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การหย่าเครื่องช่วยหายใจ, ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

* วิชาการหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเลย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลย

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

** Corresponding e-mail: kenthongdeev@gmail.com

The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Weaning from Mechanical Ventilation in Patients with Brain Surgery, Surgical Intensive Care Unit, Loei Hospital

Sunanta Chaiyafong* M.N.S.(Nursing Administration)

Wanida Kenthongdee ** M.N.S.(Adult Nursing)

Ekkarat Tongtem *** M.N.S.(Adult Nursing)

Abstracts

This Research and Development aims to develop the Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) for weaning from mechanical ventilation (MV) in patients with brain surgery and evaluate the outcome of CNPg. The operation consisted of four phases; 1) Evidence triggered phase, 2) Evidence supported phase, 3) Evidence observed phase, and 4) Evidence-based phase. The purposive sample selection included 1) The twelve patients with brain surgery and 2) The sixteen registered nurses working in the Surgical Intensive Care Unit (SICU), Loei hospital. The study was conducted from December 2020 to April 2021. The descriptive statistics, percentage, and mean were used to analyse the quantitative data. Content analysis was used to analyse the qualitative data.

The finding of evidence triggered phase was found the current CNPg for weaning from MV was unsuitable in patients with brain surgery led to a search for evidence-based to develop the CNPg for weaning from MV in patients with brain surgery in the evidence supported phase. The evidence observed phase found that five patients with brain surgery were a success in weaning from MV at 100%, and the result of evidence-based phase was found that twelve patients using the CNPg for weaning from MV had a success rate in weaning at 100%. The average time of using MV was 6.7 days ($SD \pm 9.1$), and the registered nurses had a 100% satisfied rate on the CNPg for weaning from MV.

Key words: Clinical Nursing Practice Guideline, Weaning from Mechanical Ventilation, Brain Surgery Patients

* Acting Head Nurse, Loei Hospital

** Registered Nurse, Loei Hospital

*** Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

** Corresponding Author: E-mail: kenthongdeev@gmail.com

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ทางเดินหายใจไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลทำให้เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และการพร่องออกซิเจนในเลือดจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ นอกจากความผิดปกติของกลศาสตร์การหายใจและการแลกเปลี่ยนอากาศแล้ว ยังมีความผิดปกติจากศูนย์หายใจที่สมอง¹ อันเป็นสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองจะมีการหายใจที่ผิดปกติหรือหายใจไม่ได้ จึงเสี่ยงต่อการหายใจอุดตัน การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation: MV) จึงจำเป็นสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score: GCS) ต่ำกว่า 8 คะแนน ที่มีการหมดสติ (coma) เกิดการพร่องในกลไกการควบคุมการหายใจและทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด พยาธิสภาพของการพร่องเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตและมีอัตราตายสูง² การใช้เครื่องช่วยหายใจในการบำบัดรักษาภาวะหายใจล้มเหลวจะช่วยเพิ่มการไหลของอากาศในระบบทางเดินหายใจและทำให้มีการระบายอากาศในถุงลมปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างไรก็ตาม แม้เครื่องช่วยหายใจจะเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยการหายใจของผู้ป่วยในระหว่างการแก้ไขสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว แต่ก็อาจทำให้เกิดผลกระทบท่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ³⁻⁴ โดยด้านร่างกายพบว่า ทำให้เกิดภาวะ ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Association Pneumonia: VAP) การบาดเจ็บของอวัยวะที่ต้องสัมผัสกับท่อช่วยหายใจ (tracheal necrosis)⁵ กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนล้า (effect on respiratory muscles) ปอด

แตกจากความดันภายในปอดเพิ่มสูงขึ้น (barotrauma) ปอดแฟบ (lung atelectasis) และ ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium)⁴ เป็นต้น ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ พบว่าก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจ การสื่อสารลำบาก การขาดความมั่นใจในการหายใจด้วยตนเอง ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ความกลัว และความวิตกกังวล⁶⁻⁷ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อภาวะหายใจล้มเหลวได้รับการแก้ไขจนปลอดภัยแล้ว จึงต้องรีบให้ผู้ป่วยหายาหรือหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเร็ว⁸ เพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น

การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการสำคัญในการลดการช่วยหายใจให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาหายใจได้เองโดยไม่ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ⁹ ซึ่งถือเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีสุขภาพมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็วที่สุดหลังจากแก้ปัญหาการหายใจล้มเหลวได้แล้ว โดยเฉพาะทีมพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และมีบทบาทในการประเมินความพร้อมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประสานงานแพทย์ผู้รักษาเพื่อสั่งการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เฝ้าระวังความผิดปกติและช่วยเหลือระหว่างและหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ต้องทราบถึงขั้นตอนตลอดกระบวนการ แต่ในทางปฏิบัติกระบวนการดังกล่าวยังเป็นปัญหาสำหรับทีมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง เป็นต้น เนื่องจากสมองไม่สามารถสั่งการได้เต็มจึงส่งผลต่อการทำงานและลำบากต่อการสั่งการมายังระบบทางเดินหายใจ¹⁰ ประกอบกับประสบการณ์และ

การเฝ้าสังเกตการณ์ของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย ร้อยละ 30.0 – 40.0¹¹ ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จได้ในครั้งแรก โดยที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพียงร้อยละ 62.0¹² ซึ่งอาจถือได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก (difficult weaning)¹³

โรงพยาบาลเลย มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติปี พ.ศ. 2559 - 2561¹¹ มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 68.0, 73.0 และ 71.1 รายต่อวัน ตามลำดับ หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม มีจำนวนเตียงทั้งสิ้น 12 เตียง รับผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีอยู่ในภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic Brain Injury: TBI) และโรคระบบประสาทที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ในปี พ.ศ. 2559 - 2561¹¹ ร้อยละ 50.0 , 40.1 และ 33.5 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ของประเภทผู้ป่วยทั้งหมด ในจำนวนนี้ ร้อยละ 95.0 มีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉลี่ยเท่ากับ 11.0 , 11.0 และ 10.5 รายต่อวัน ตามลำดับ มีระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 14.0 , 15.0 และ 17.0 วัน ตามลำดับ มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 11.2 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ มีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาหาร 14.6, 10.1 และ 8.4 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ มีวันนอนเฉลี่ย 17.0 , 16.0 และ 18.00 วัน ตามลำดับ ในขณะที่ทีมสุขภาพมีความพยายามในการนำแนวปฏิบัติทางการ

พยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาใช้ในหอผู้ป่วยเพื่อช่วยลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่นำมาใช้นั้นพัฒนามาจากทีมสุขภาพอื่นเพื่อใช้กับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านพยาธิสภาพและความเหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก (difficult weaning) การที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้เกิดปัญหาการครองเตียงนานดังสถิติวันนอนเฉลี่ยข้างต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาล และ ประเทศชาติในภาพรวม

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ของ ศรัจจันทร์ ธนเจริญพัทธ์ และคณะ (2558)² พบว่า โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการบูรณาการความรู้และประสบการณ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองมีความสำเร็จเพิ่มขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ยังไม่พบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองโดยเฉพาะ มีเพียงโรคระบบประสาทเท่านั้น ซึ่งยังไม่เพียงพอสำหรับการนำมาประยุกต์ใช้ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล มีหน้าที่สำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดี จึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลย ที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

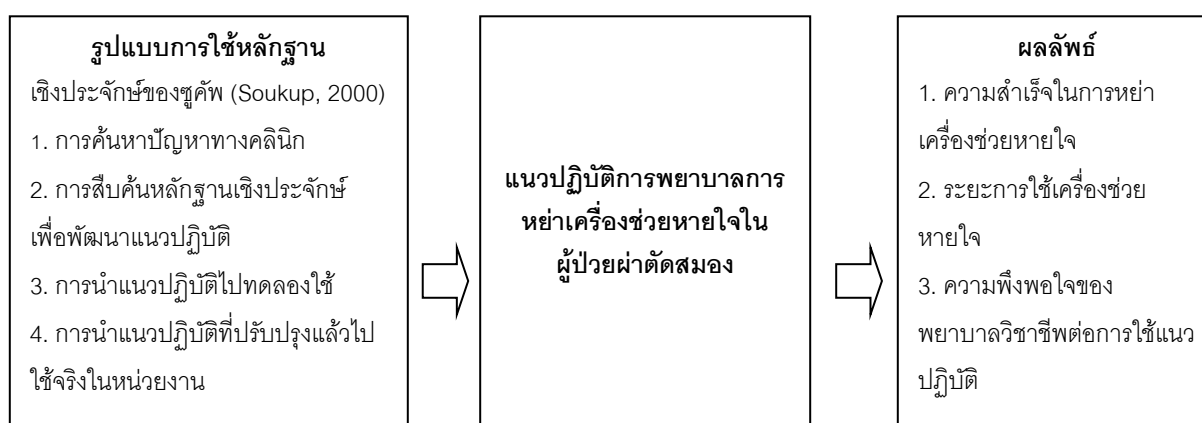
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่า
เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลย
และประเมินผลพัธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่า
เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลย

ครั้งนี้ ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ¹⁴
เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ประกอบด้วย การปฏิบัติ
4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก
(evidence triggered phase) ระยะที่ 2 การสืบค้นหา
หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence supported phase)
ระยะที่ 3 การนำสู่การปฏิบัติ (evidence observed
phase) และ ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงใน
หน่วยงาน (evidence based phase) แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจใน
ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลย และประเมินผลพัธ์
ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วย
หายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน
ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 รวม
ระยะเวลาวิจัย 5 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ
ผ่าตัดสมองและใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย และพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้น
ไปที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองที่ใช้เครื่องช่วย
หายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย
จำนวน 12 ราย ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 และ

พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่า
เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของซุคัพ
ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence triggered phase) โดยการประชุมทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย เพื่อสอบถามปัญหาที่ได้จากจากการปฏิบัติงาน (practice trigger) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษามองและระบบประสาท มีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยมากกว่า 15.0 วัน¹¹ และมีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนบ่อยครั้ง ทำให้เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องรับหยุดหรือหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบกับการศึกษาปัญหาจากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการปฏิบัติงาน (knowledge triggered) พบว่า ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองจะไม่สามารถสั่งการได้เต็มที่ จึงส่งผลต่อการควบคุมการทำงานและลำบากต่อการสั่งการมายังระบบทางเดินหายใจ¹⁰ โดยที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพียง ร้อยละ 62.0¹²

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence supported phase) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติโดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทย

และภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, Scopus, ProQuest, ThaiLis, ThaiJO, Google scholar ครอบคลุมเอกสารงานวิจัยเชิงพรรณนา การสำรวจ เชิงทดลอง กึ่งทดลอง และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีผู้สร้างไว้ก่อน ทำการสืบค้นตามคำสำคัญ คือ Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG), Mechanical ventilation, Brain surgery โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และผ่านตามเกณฑ์คัดเลือกงานวิจัยด้วยเครื่องมือ PICO ซึ่งคัดสรรงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015 – 2020 ตามรายละเอียดดังนี้

P (population) คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง (patients with brain surgery),

I (Intervention) คือ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Clinical Nursing Practice Guideline for weaning from mechanical ventilation)

C (Comparison) คือ ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (Outcome) คือ ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (The successful weaning from mechanical ventilation) และระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ (The timing of mechanical ventilation use)

2.2 เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ งานวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ได้หลักฐานทั้งหมด 12 เรื่อง และได้ทำการคัดหลักฐานที่ไม่เข้าเกณฑ์ออก 6 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹⁵ ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือ คือ ไล่หลักหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 6 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ Level 1 จำนวน 2 เรื่อง¹⁶⁻¹⁷ Level

2 จำนวน 1 เรื่อง¹⁸ และ Level 4 จำนวน 3 เรื่อง^{2,8,19} แล้วนำหลักฐานทั้งหมดมาสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 1 แนวปฏิบัติ และแบบบันทึกจำนวน 2 แบบ ดังนี้

(1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยแบ่งระยะตามสมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งอเมริกา (The American Association of Critical-Care Nurse's: AACN's)²⁰ และ (Knebel et al.)²⁰ คือ ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre - weaning phase) 2. ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning phase) และ 3.ระยะหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning outcome on extubation phase)

(2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ

(3) แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย

- การบันทึกการปฏิบัติของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะ

- การบันทึกผลลัพธ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 3 การนำสู่ปฏิบัติไปทดลองใช้ (evidence observed phase) โดยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปขอข้อเสนอแนะและผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ปรึกษาศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (สาขาอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์) 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 5 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ จากนั้นนำผลลัพธ์มาหาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเท่ากับ .86 แล้วนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ข้อเสนอแนะหลังการทดลองใช้ในแนวปฏิบัติอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะและความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในทีมพยาบาล พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่วนประกอบมีความชัดเจน และเข้าได้กับบริบทของหอผู้ป่วย แต่ได้มีปรับพารามิเตอร์ (parameter) ในการวัดระดับออกซิเจนในเลือดเพื่อประเมินระดับออกซิเจนและภาวะพร่องออกซิเจน จากผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดง (Arterial Blood Gas: ABG) แทนด้วยค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว (Saturation of haemoglobin with oxygen as measured by Pulse Oximetry: SpO₂) เนื่องจากทีมพยาบาลและแพทย์ลงความเห็นเห็นว่า ABG มีความไวไม่เพียงพอต่อการประเมินระดับออกซิเจนในเลือดและภาวะพร่องออกซิเจน นอกจากนี้ การปฏิบัติการเก็บส่งตรวจจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ค่าดังกล่าวไม่เกิดคลาดเคลื่อน

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence based phase) โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจใน

ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ผ่านความเห็นชอบและตรวจสอบเครื่องมือ มาใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่หยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจนอิ่มตัวและได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย รับรองเลขที่ EC 037/2563 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2563 ถึงวันที่ 16 มิถุนายน 2564 พัททษัทธิผู้ป่วยด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และผลลัพธ์แก่กลุ่มตัวอย่าง หรือญาติ กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. รายงานผลการวิจัยตามระยะของการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence triggered phase) พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ใช้อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมในปัจจุบัน มีความไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้อยู่นั้น ได้พัฒนามาจากทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปและวิกฤตอายุรกรรม อีกทั้งแนวปฏิบัติมีความไม่เหมาะสมกับพยาธิสภาพ และประเภทผู้ป่วยหยา

เครื่องช่วยหายใจ โดยแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่ปัจจุบันมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปและวิกฤตอายุรกรรม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทหยาเครื่องช่วยหายใจง่าย (simple weaning) และผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยาวนาน (prolonged weaning) ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองและเหมาะสมกับการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่จัดอยู่ในกลุ่มหยาเครื่องช่วยหายใจลำบาก (difficult weaning)

1.2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ (evidence supported phase) ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วยพารามิเตอร์ (parameter) ที่สำคัญ คือ การใช้ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ที่มากกว่าเท่ากับ 8 คะแนน เป็นข้อบ่งชี้สำคัญในการประเมินความพร้อมก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยที่พารามิเตอร์ (parameter) อื่น ๆ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate: HR) อัตราการหายใจ (Respiratory rate: RR) ความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure: SBP) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว (Saturation of haemoglobin with oxygen as measured by Pulse Oximetry: SpO₂) ค่าความเข้มข้นออกซิเจน (Fraction of Inspired Oxygen: FiO₂) ค่าความดันบวกหลังสิ้นสุดการหายใจออก(Positive End-Expiratory Pressure: PEEP) ดัชนีที่บ่งชี้การหายใจเร็ว (Rapid Shallow Breathing Index: RSBI) ค่าปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่อปริมาตรของเลือดทั้งหมด (Haematocrit: HCT) และค่าโพแทสเซียมในกระแสเลือด (Potassium: K) ยังใช้เกณฑ์เดิมและใช้รูปแบบการหยาเครื่องช่วยหายใจแบบค่อยเป็นค่อยไป (gradual weaning technique) ตามขั้นตอน ดังนี้

1.2.1 ใช้ mode เครื่องช่วยหายใจเป็นแบบที่มีการช่วยของเครื่องช่วยหายใจเป็นช่วง ๆ ให้สัมพันธ์กับการหายใจของผู้ป่วย ร่วมกับการใช้ความดันเพื่อพยุงช่วยในการหายใจ (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation: SIMV ร่วมกับ Pressure Support Ventilation: PSV [SIMV+PSV]) ทำการปรับลดระดับ Pressure Support (PS) ลงครั้งละ 1-2 cmH₂O ทุก 1 ชั่วโมงและติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์ที่กำหนด และเมื่อลดระดับ PS ได้ถึง 8cmH₂O ให้เปลี่ยน mode เครื่องช่วยหายใจต่อไป

1.1.2 ปรับ mode เครื่องช่วยหายใจเป็นแบบการคงระดับแรงดันบวกต่อเนื่องในทางเดินหายใจ ร่วมกับการใช้ความดันเพื่อพยุงช่วยในการหายใจ (Continuous Positive Airway Pressure: CPAP ร่วมกับ PSV [CPAP+PSV]) ทำการปรับลดระดับ Pressure Support (PS) ลงครั้งละ 1-2cmH₂O ทุก 1 ชั่วโมงและติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์ที่กำหนด และเมื่อลดระดับ PS ได้ถึง 2-4cmH₂O ให้ปรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อ

1.2.3 ปรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจด้วยวิธีการทดสอบการหายใจเอง (Spontaneous Breathing Trial: (SBT) โดยใช้ข้อออกซิเจนข้อต่อตัวที่ (T-piece) ทำการตั้งค่าระดับความเข้มข้นออกซิเจน (FiO₂) เท่ากับ 0.4 และอัตราการไหลของออกซิเจน (Oxygen flow rate) ที่ 10 LPM กรณีที่ผู้ป่วยหายใจได้เองผ่านเกณฑ์เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง ให้พิจารณาหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (evidence observed phase) เพื่อทดสอบใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถหย่า

เครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ร้อยละ 100 แต่ยังพบปัญหาในเรื่องพารามิเตอร์ (parameter) ที่ใช้เป็นตัววัดและติดตามในระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากพารามิเตอร์ไม่มีความเหมาะสมและไม่สะดวกต่อการใช้งาน จึงได้ทำการประชุมทีมพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแล ทำให้ได้ข้อสรุปว่า ให้มีการใช้พารามิเตอร์ (parameter) ตัวอื่นที่มีความเหมาะสมในการประเมินและติดตามผู้ป่วยแทนพารามิเตอร์ (parameter) เดิมนี้ โดยที่ผู้ป่วยยังมีความปลอดภัยในระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และเมื่อนำไปผ่านผู้ทรงคุณวุฒิก็ได้รับความเห็นชอบเช่นเดียวกัน

1.4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence based phase) ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ทำการเก็บข้อมูลจนอิ่มตัวแล้วพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 12 รายสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ร้อยละ 100.0 เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดผ่านการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและผ่านการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ โดยทีมผู้ใช้นำแนวปฏิบัติลงความเห็นเห็นว่า แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้หย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง อีกทั้งควรทำการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือเชิงวิชาชีพต่อไป

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นเพศชาย จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 50.0) และเป็นเพศหญิงจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 50.0) มีอายุเฉลี่ย 49.1 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุน้อยกว่า 60 ปี) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 75.0) และวัยสูงอายุ (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 25.0) ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 12 ราย (ร้อยละ

วารสารกองการพยาบาล

ละ 100.0) มีระดับความรู้สึกตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน โดยเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองชนิดเลือดออกใต้ชั้นดูลา (subdural haemorrhage) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 58.3) เลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์ (subarachnoid haemorrhage) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 25.0) และอื่น ๆ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 16.7)

3. ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่หย่าเครื่องช่วยหายใจทั้งหมดจำนวน 12 ราย มีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 100 และมีค่าเฉลี่ยวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 6.7 วัน รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ		
สำเร็จ	12	100.0
ไม่สำเร็จ	0	0.0
จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	Mean 6.7 วัน (SD $\pm$ 9.1)	

4. ความพึงพอใจของทีมพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพมี

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 100 รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของทีมพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

ข้อมูล	พยาบาลวิชาชีพ	
	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล		
พึงพอใจ	16	100
ไม่พึงพอใจ	0	0

อภิปรายผล

1. อภิปรายผลด้านกระบวนการ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้มาจากตัวกระตุ้น 2 ทาง ได้แก่ ตัวกระตุ้นจากปัญหา (Practice trigger) และตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge triggered) ในการค้นหาปัญหาทางคลินิกพบว่า ปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็นปัญหาที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) และเสียค่าใช้จ่ายสูง (High cost) ในการรักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ทางหอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถจัดการไม่ให้เกิดได้ สัมพันธ์กับจิราวัฒน์ และคณะ (2562)²¹ รายงานว่า โปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพัฒนาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรู้ การพัฒนาทักษะ และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่หลากหลายมาพัฒนาให้เป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบท

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) แนวปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสมองได้มาจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ระบบฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทยเอกสารที่ครอบคลุมงานวิจัยเชิงพรรณนา การสำรวจ เชิงทดลอง

กึ่งทดลอง และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีผู้สร้างไว้ก่อนได้นำทั้งหลักฐานทั้งหมดมาประเมินและวิเคราะห์คุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลแล้วจึงนำมาสังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีระดับความน่าเชื่อถือสามารถพัฒนาเป็น Evidence-based practice ได้อีกทั้งยังได้ความร่วมมือจากทีมพยาบาลในการพัฒนาซึ่งสอดคล้องกับศรีจันทร ธนเจริญพัทธ์ และคณะ (2558)² นำเสนอกระบวนการพัฒนาโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งในและต่างประเทศ

ระยะที่ 3 การนำสู่การปฏิบัติ (Evidence observed phase) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสมองโรงพยาบาลเลย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิในระยะที่ 2 ไปทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยให้พยาบาลเป็นผู้ทดลองใช้ จากนั้นทำการปรับปรุงแล้วจึงนำไปผ่านความเห็นชอบและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง แล้วนำผลการประเมินความเห็นชอบและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขทำการประเมินผลการปฏิบัติจนทราบว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ที่สามารถนำมาใช้ได้จริงในหน่วยงาน สอดคล้องกับ ศรีจันทร ธนเจริญพัทธ์ และคณะ (2558)² กล่าวถึง วิธีการพัฒนาโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ติดตามกำกับ

ปฏิบัติตามแผนการดูแลและให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ทีมสาขาวิชาชีพก่อนนำไปวิเคราะห์และประเมินผล

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมองโรงพยาบาลเลย ที่ผ่านความเห็นชอบและตรวจสอบเครื่องมือมาใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่หยาเครื่องช่วยหายใจ เมื่อประเมินผลและวิเคราะห์หาข้อสรุปความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในหน่วยงานเพื่อหาผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมองโรงพยาบาลเลย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ เกิดความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และช่วยลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ สัมพันธ์กับ Vetrugno et al. (2022)²² รายงานว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจมีโอกาสเกิดความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจและทีมพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายที่ดีควรมีการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือเชิงวิชาชีพ โดยในระยะต่อไปได้วางแผนติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องว่ามีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่

2. อภิปรายผลด้านผลลัพธ์

2.1 ด้านผู้ป่วย พบว่า แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองมีความปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจนที่เกิดขึ้นได้ตลอดกระบวนการการหยาเครื่องช่วยหายใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จก็จะ

ช่วยลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยลงได้ อีกทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย เช่น ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การบาดเจ็บของอวัยวะที่ต้องสัมผัสกับท่อช่วยหายใจ เป็นต้น และทางด้านจิตใจ เช่น ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากการคาท่อช่วยหายใจ เป็นต้น รวมถึงลดระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจอีกด้วยซึ่งสอดคล้องกับจิราวัฒน์ และคณะ (2562)²¹ รายงานว่า โปรแกรมการส่งเสริมการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

2.2 ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดสมอง นโยบายสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงเนื่องจากได้พัฒนามาจากปัญหาทางคลินิกและอยู่บนพื้นฐานความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบกับบริบทของหอผู้ป่วยก็ยังเอื้อต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดสมองได้เป็นอย่างดี เนื่องจากอัตราส่วยของพยาบาลต่อผู้ป่วยในเวร เท่ากับ 1 ต่อ 2-3 ราย มีความเหมาะสม สอบถามผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลก็สามารถบอกได้ว่าใช้ได้ง่ายและสะดวก ข้อปฏิบัติไม่ค่อยซับซ้อน แต่อาจจะเกิดปัญหากับพยาบาลจบใหม่จึงจำเป็นต้องมีการสอน ให้คำแนะนำ และกำกับดูแลจากพยาบาลที่มีประสบการณ์

นอกจากนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลยยังเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติให้สามารถดูแล

ผู้ป่วยได้ตรงจุด เกิดความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เฝ้ารอการเกิดภาวะพร้อมออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประเมินความพร้อม และความเป็นไปได้ต่อการถอดท่อช่วยหายใจ รวมถึงเฝ้ารอการกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สามารถช่วยลดระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของจิราวุฒินัน และคณะ (2562)²¹ ในการให้บริการพยาบาล ว่าควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้วยการอบรม ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญให้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว นำไปสู่การลดการเกิดภาวะปอดอักเสบ และลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพควรใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลย ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพงานพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลเลย ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่รับผู้ป่วยผ่าตัดสมองเข้ารักษา เพื่อเป็นการขยายผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

2. ข้อเสนอแนะด้านวิจัย

ควรศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อวัดผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลว่ามีผลต่อความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างไร และเป็นการประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อทำการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรศึกษาในเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์ของพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดสมองเพื่อนำผลการศึกษามาถอดบทเรียน อันนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ยั่งยืน

References

1. KamthornTantivitayatan. The clinical guideline of weaning from mechanical ventilation, In: YongyuthKajornpredanon, eds. The medical equipment of intensive care unit; 2015:551-60. Thai.
2. SarathgonthThanajronpath, UsaWonganan, ChirunjaKanchanabothsaya, SasitornSirikul, UsaKlinkajorn. The development of program and the effectiveness of weaning ventilator protocol on success of weaning and duration of mechanical ventilator in patients with traumatic brain injury. Journal of Nursing and Health Care. 2015;33(2):83-90. Thai.
3. Metacalf AY, Stoller JK, Fry TD, Habermann M. Pattern and factors associated with respiratory care protocol use. Respir Care. 2015;60(5):636-43.
4. Girard TD, Alhazzani W, Kress JP, et al. An official American thoracic society/American college of chest physicians clinical practice guideline: Liberation from mechanical ventilation in critical ill adults. Am J Respir Crit Care Med. 2017;195:120-33.
5. Withers A, Man TC, D'Cruz R, et al. Highlights from the respiratory failure and mechanical ventilation 2020 Conference. ERJ open research. 2021;7(1):1-13.
6. Outlet DR, Patel S, Girard TD, et al. Liberation from mechanical ventilation: An official American thoracic society/American college of chest physicians clinical practice guideline. Chest. 2017;151:166-80.
7. Aslani Y, Niknejad R, Moghimian M, Maghaddasi J, Akbari M. An investigation of the psychological experiences of patients under mechanical ventilation following open heart surgery. ARYA Atherosclerosis. 2017;13(6):274-81.
8. TarntipWisetharn, KunjanaPukkham, SomjitYodrabum. The development of ventilator weaning model in critical ill surgical patients in Maharaj Nakhorn Si Thammarat hospital. Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2019; 30(2):176-92. Thai.
9. Li Y, Li H, Zhang D. Comparison of T-piece and pressure support ventilation as spontaneous breathing trials in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2020;24(1):67.
10. Koutsoukou A, Katsiari M, Orfanos SE, et al. Respiratory mechanics in brain injury: A review. World J Crit Care Med. 2016;5(1):65-73.
11. The medication record of Loei hospital. [Medical record]. Loei hospital; 2019.
12. Cinotti R, Bouras M, Roquilly A, Asehnoune K. Management and weaning from mechanical ventilation in neurologic patients. Ann Transl Med. 2018;6(19):381.
13. Boles JM, Bion J, Connors A, et al. Weaning from mechanical ventilation. Eur Clin Respir J. 2007;29(5):1033-56.

14. Soukup SM. The center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am.* 2000;35(2):301-9.
15. Joanna Briggs Institute. The JBI Levels of evidence. [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 4]; [5 screens]. Available from: URL: <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>
16. Perkins GD, Mistry D, Gates S, et al. Effect of protocolized weaning with early extubation to Noninvasive ventilation vs invasive weaning on time to liberation with respiratory failure: the breath randomized clinical trial. *JAMA.* 2018;320(18):1881-8.
17. Patsaki I, Christakou A, Papadopoulos E, et al. The combination of inspiratory muscle training and high flow nasal cannula oxygen therapy for promoting weaning outcomes in difficult-to-wean patients: protocol for randomized controlled trial. *ERJ open research.* 2020;6:00088-2020.
18. Yoriya E, Pinyokam N, Tachaudomdach C. Factor rate related to critical care nurse's practices regarding weaning from mechanical. *Nursing Journal.* 2020;47(3):133-45.
19. Gunyanat Pongpaew, Sommai Khotchanam. The professional nurses' competencies in caring management of patients with mechanical ventilator at Nopparat Rajathanee hospital. *Vajira Nursing Journal.* 2018;20(2):1-12. Thai.
20. Knebel AR, Shekleton ME, Burns S, Clochesy JM, Hanneman SK. Weaning from mechanical ventilation support: refinement of a model. *Am J Crit Care.* 1998;7(2):149-52.
21. Jiranuwat Chansungnoen, Nuntaya Sanee, Waranee Sumrit, Jarunee Jantaraduek, Pramjai Jantara, Inghathai Damchut. Promoting clinical nursing practice guideline on mechanical ventilation program on incidence of ventilator associated-pneumonia among head injured patients. *Hua Hin Medical Journal.* 2021;1(1):1-10. Thai.
22. Vetrugno L, Guadagnin GM, Brussa A, et al. Mechanical ventilation weaning issues can be counted on the fingers of just one hand: part 1. *Ultrasound J.* 2022;12(9).

การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

สมบุญ ชัยมานะการ *	วทม.(สาธารณสุขศาสตร์)
ประกริต รัชวัตร**	วทม.(การพยาบาลแม่และเด็ก)
เกศรินทร์ สุรัชชัยสกุล***	พยบ.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นพยาบาลห้องผ่าตัด 35 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก 105 คน ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน: (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนาโปรแกรม (3) ใช้โปรแกรม (4) ประเมินผล เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ คู่มือพยาบาล และตารางการฝึกอบรม เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบประเมินความรู้พยาบาล (2) แบบประเมินทักษะพยาบาล (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล (4) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วย (5) แบบบันทึกระยะเวลาในการผ่าตัด (6) แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด (7) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด (8) แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเก็บข้อมูล ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.71, 0.94, 0.96, 0.87, 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test และ Mann-Whitney U-Test.

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มี 4 กิจกรรม: (1) สร้างมโนทัศน์ของผู้เข้าอบรม (2) เสริมสร้างประสบการณ์ของผู้เข้าอบรม (3) เตรียมความพร้อมที่จะเรียน (4) สร้างแนวทางการเรียนรู้ ผลลัพธ์การใช้โปรแกรม พบว่า ความรู้ของพยาบาลหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พยาบาลทุกคนปฏิบัติการพยาบาลครบทุกขั้นตอน พยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด, ปริมาณการเสียเลือด และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัด

คำสำคัญ : โปรแกรมความรู้, การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่, พยาบาลห้องผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสระบุรี

Corresponding e-mail: somboonsim@gmail.com

Development of Learning Program for Knowledge and Abilities Construction for Scrub Nurses in Nursing Care for Patients Who Received Hip Fracture Surgery

Somboon Chaimanakarn* MSc. (Public Health)
 Prakrit Rachwat** MSc. (Nursing of Maternal and child)
 Kessarin Surachaisatikul* BNS.

Abstract

The purposes of this research and development design were develop and evaluate results of the learning program of scrub nurses using adult learning concept. Purposive sampling method was use to recruit 35 scrub nurses and 105 patients, who received hip fracture surgery. The study was divided into 4 steps: (1) situation analysis (2) program development (3) program implementation (4) program evaluation. Research instruments include handbook for scrub nurses and a training schedule. Data collecting tools consisted of (1) nursing knowledge assessment form (2) nursing skill assessment form (3) scrub nurses' satisfaction questionnaire (4) patient satisfaction questionnaire (5) surgical time record form (6) total blood loss record form (7) the incidence form of postponed surgery (8) length of stay in the hospital record form. The quality of those tools were assessed using reliability yielding the number of 0.71, 0.94, 0.96, 0.87, 1, 1, 1 and 1 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic, t-test and Mann-Whitney U-Test.

The findings revealed that the learning program for knowledge and abilities construction for scrub nurses in nursing care for patient who received hip fracture surgery consisted of 4 activities: (1) creating the participants' self-concept (2) enhancing their experience (3) preparing to learn (4) Create the learning guidelines. The outcomes of using this learning program included the knowledge score after the program implementation was significant higher than before participated in the program ($p < .05$). All of the scrub nurses also were able to perform all essential skills. The scrub nurses and the patients were satisfied with the program at a high level. Length of surgery time, amount of blood loss and the number of hospital stay in the experimental group were significantly less than the control group ($p < .05$). There was no incidence of postponement the surgery due to the nursing team.

Key words: Knowledge program, Adult learning, Scrub nurses

* Registered nurse ,Senior Professional Level, Saraburi Hospital

** Registered nurse , Professional Level (Nurse instructor), Boromarajajonani Colledge of Nursing, Saraburi.

*** Registered nurse , Professional Level, Saraburi Hospital

Corresponding e-mail: somboonsim@gmail.com

บทนำ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อน แผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564¹ สาขาออร์โธปิดิกส์ กำหนดให้มีการบริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักแบบเร่งด่วน (Fast track Hip fracture) ในโครงการ Capture the Fracture ผู้ป่วยที่มีสะโพกหักในโครงการ Capture the Fracture ต้องได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึงผู้ป่วย ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง การผ่าตัดที่ล่าช้า มีผลกับความทรمانจากอาการปวดที่ตำแหน่ง กระดูกหัก เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถ เคลื่อนไหวได้ ในระยะเวลา รอผ่าตัด มีการฟื้นฟูสภาพ หลังการผ่าตัดไม่ดี มีระยะเวลาเวลาในการนอน โรงพยาบาลนานขึ้น

การศึกษาศถานการณ์การให้บริการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก พบว่า หลังจาก ที่ โรงพยาบาลสระบุรีเข้าร่วมโครงการ Capture the Fracture ทำให้มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักต้องได้รับการ ผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ที่ ไม่ใช่ห้องผ่าตัดเฉพาะทาง ออร์โธปิดิกส์ ได้แก่ ห้อง ผ่าตัดฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดสาขาอื่น ๆ ที่ว่าง และมีผู้ป่วย กระดูกสะโพกหักต้องทำผ่าตัดนอกเวลาราชการมากขึ้น โดยผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักปี 2561, 2562 และ 2563 เท่ากับ 191, 184 และ 172 ราย ตามลำดับ การผ่าตัด เพื่อรักษากระดูกสะโพกหัก เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยาก ซับซ้อน มีการผ่าตัดหลายหัตถการ ได้แก่ การการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพก และ การผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก ซึ่ง โลหะที่ใส่ตามกระดูกมีหลายชนิด การผ่าตัดแต่ละชนิด มีการใช้เครื่องมือที่ยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความ

หลากหลาย นอกจากนี้ แต่ละการผ่าตัดจะมีการจัดทำ ผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง หรือการใช้เตียงพิเศษทางออร์โธปิดิกส์ (fracture table) พร้อมกับการใช้เครื่องเอกซเรย์ fluoroscope

การนิเทศติดตามงานด้วยการสังเกตการเรียนรู้ การสอนพยาบาลห้องผ่าตัดที่หมุนเวียนเข้าไป ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ และ พยาบาลในห้องผ่าตัดสาขาอื่น ๆ พบว่า ขาดความ ชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก ใช้เวลาในการผ่าตัดนานมากกว่าพยาบาลที่ ผ่านการอบรมเฉพาะทางห้องผ่าตัดสาขาออร์โธปิดิกส์ คือ ใช้เวลาเฉลี่ย 151.52 นาที ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการ เสียเลือดมากเฉลี่ย 217.30 ซีซี ต่อคน และมีจำนวนวัน นอนเฉลี่ย 20.52 วัน นอกจากนี้ การประเมินความรู้ของ พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 35 คน พบว่า มีความรู้ใน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 61.81 การทบทวนตัวชี้วัดปี 2561, 2562 และ 2563 พบปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้อง ผ่าตัดไม่พร้อม เท่ากับ 6, 4 และ 5 ครั้ง ตามลำดับ การ พัฒนาความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด พบข้อจำกัดคือ ไม่สามารถเรียนรู้ขณะปฏิบัติงานได้ เนื่องจากสถานการณ์การเรียนรู้หน้างานทำได้ยาก การ พัฒนาความรู้และความสามารถ รูปแบบเดิม ทำได้โดย การส่งพยาบาลห้องผ่าตัดไปเรียนจากหน่วยงาน ภายนอก ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 2-4 เดือน มีผลกระทบ ต่องานห้องผ่าตัด เนื่องจากขาดแคลนอัตรากำลังด้าน การพยาบาลเป็นจำนวนมาก มีอัตรากำลังเพียงร้อยละ 60 การเรียนการสอนพยาบาลห้องผ่าตัดที่หมุนเวียนเข้า ไปปฏิบัติงาน ในห้องผ่าตัดเฉพาะทาง ออร์โธปิดิกส์

พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ จะเป็นผู้พัฒนาความรู้และความสามารถ พยาบาลสมาชิกทีม ให้มีความรู้และมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งมีแนวทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย ไม่มีการเตรียมพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนที่จะหมุนเวียนเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย ใช้เวลาว่างจากการปฏิบัติงานในการเรียนการสอน ไม่มีโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้พยาบาลสมาชิกทีมที่หมุนเวียนเข้าไปปฏิบัติงาน จดจำเนื้อหาได้น้อย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่จบการศึกษาแล้ว มีประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์น้อย รวมถึงความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในขั้นเริ่มต้น จึงจำเป็นต้องได้รับพัฒนาความรู้และความสามารถเนื่องจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่และมีประสบการณ์การเรียนรู้มาบ้าง จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการสร้างการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับบริบท การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของมัลคัม โนลส์² โดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย (1) สร้างมโนทัศน์ของผู้เข้าอบรม (2) เสริมสร้างประสบการณ์ของผู้เข้าอบรม (3) เตรียมพร้อมที่จะเรียน และ (4) สร้างแนวทางการเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าว เป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยคำนึงถึงความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นสำคัญ ทำให้ผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ที่ดี ด้วยเหตุผล

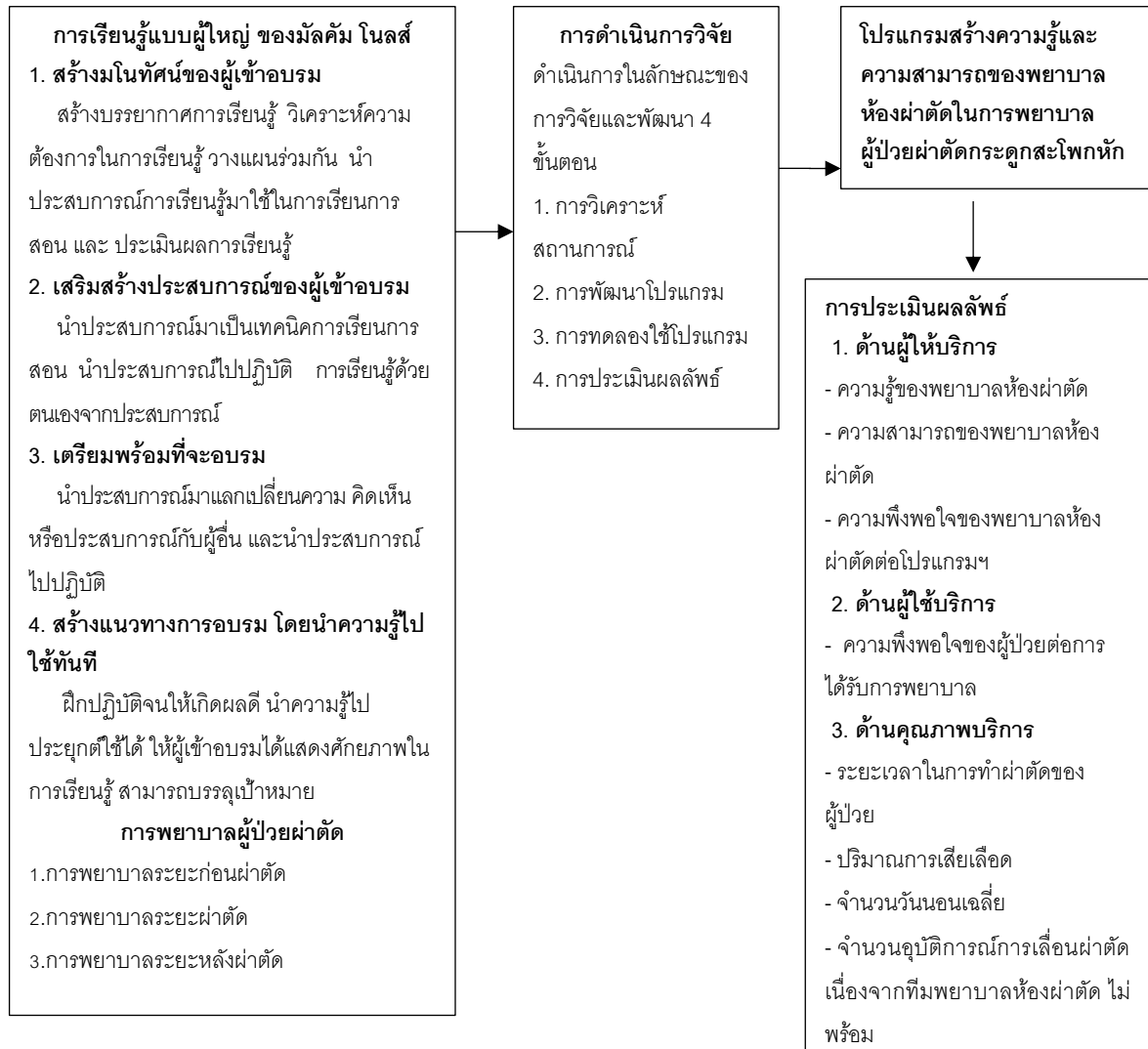
ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัด ด้วยการนำแนวทางการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของมัลคัม โนลส์² มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัด มีความรู้ และความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ดังนี้ ด้านผู้ให้บริการประกอบด้วย (1) ความรู้ และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (2) ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล และด้านคุณภาพบริการประกอบด้วย (1) ระยะเวลาในการทำผ่าตัด (2) ปริมาณการเสียเลือด (3) จำนวนอุบัติเหตุการเคลื่อนผ่าตัด เนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม และ (4) จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา³⁻⁴ (Research and Development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก

สะโพกหัก เริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือน กรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

โรงพยาบาลสระบุรี มีจำนวน 41 คน ประกอบด้วย หัวหน้างานห้องผ่าตัด 1 คน ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผ่าตัด 4 คน และพยาบาลห้องผ่าตัด 36 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (2) มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี (3) ไม่ได้เป็นคณะผู้วิจัย (4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย (5) ปฏิบัติงานทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ และ (6) ไม่เคยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด สาขาออร์โธปิดิกส์

2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสระบุรี ด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วย Proximal Femoral Nail (PFN) และได้รับการผ่าตัดแบบกำหนดไว้ล่วงหน้า (elective case) โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มควบคุมที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนระหว่าง เดือนตุลาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 ได้เวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 115 เวชระเบียน และ (2) กลุ่มทดลอง คัดเลือกจากผู้มารับบริการในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก สร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ประกอบด้วย คู่มือพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และตารางฝึกอบรมพยาบาลห้องผ่าตัด

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และ สำนวนภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการพยาบาลจากกองการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัด สาขาออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี 1 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (2) แบบประเมินความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล (5) แบบบันทึกระยะเวลาในการทำผ่าตัด (6) แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด (total blood loss) (7) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม และ (8) แบบบันทึกจำนวนวันนอนผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (1) แบบประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก CVI 0.89 (2) แบบประเมินความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก CVI 0.92 (3)แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

วารสารกองการพยาบาล

CVI 0.93 (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล CVI 0.95 (5) แบบบันทึกระยะเวลาในการทำผ่าตัด CVI 1.0 (6) แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด (total blood loss) CVI 1.0 (7) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลือนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม CVI 1.0 (8) แบบบันทึกจำนวนวันนอนผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก CVI 1.0

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (1) แบบประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย KR 20 ได้ค่า 0.71 (2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.96 (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.87 (4) แบบประเมินความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก แบบบันทึกระยะเวลาในการทำผ่าตัด แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลือนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม และแบบบันทึกจำนวนวันนอนผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก นำไปหาค่าความ

เชื่อมั่นของการสังเกต ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 1.0 1.0 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (1-10 พฤษภาคม 2563) มีรายละเอียดดังนี้ (1) การวิเคราะห์สภาพ/วิธีการสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีอยู่เดิม โดยการนิเทศติดตามด้วยการสังเกต และสอบถามหัวหน้าห้องผ่าตัดสาขา ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ (2) ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2563 (3) ทบทวนตัวชี้วัดปี 2561, 2562 และ 2563 จากใบรายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลสระบุรี (4) ประชุมระดมสมองพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และพยาบาลหัวหน้าห้องสาขาอื่นๆ และ (5) ศึกษาวิเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (11-31 พฤษภาคม 2563) ประกอบด้วย (1) ตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (2) คณะทำงานร่วมกันพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และ (3) กำหนดองค์ประกอบของโปรแกรม และชุดของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของมัลคัม โนลส์² รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

องค์ประกอบของโปรแกรม	กิจกรรมการปฏิบัติ
1.สร้างมโนทัศน์ของผู้เข้าอบรม	- สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ โดยการระดมสมอง วิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ วางแผนร่วมกัน และนำประสบการณ์การเรียนรู้มาใช้ในการเรียนการสอน
2.เสริมสร้างประสบการณ์ของผู้เข้าอบรม	- จัดอบรมตามตารางฝึกอบรม แบ่งเป็นทฤษฎีเรื่อง กายวิภาค โรค การผ่าตัด และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และฝึกปฏิบัติ จำนวน 2 รุ่น รุ่นที่ 1 จำนวน 18 คน รุ่นที่ 2 จำนวน 17 คน โดยนำประสบการณ์มาเป็นเทคนิคการเรียนการสอน และนำประสบการณ์ไปปฏิบัติ
3.เตรียมความพร้อมที่จะเรียน	- จัดทีมพี่เลี้ยง ได้แก่ หัวหน้าห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ และทีม จำนวน 3 คน มาเป็นพี่เลี้ยงขณะผู้อบรมให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก พี่เลี้ยงนำความรู้ และประสบการณ์มาเป็นเทคนิคการเรียนการสอน และนำประสบการณ์ไปปฏิบัติ
4.สร้างแนวทางการเรียนรู้	- ฝึกให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักกับพยาบาลพี่เลี้ยง จำนวน 3 คน ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในการปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลช่วยรอกนอก โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำนวน 3 ครั้ง หลังปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้งที่เลี้ยงสรุป ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรม (เดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนมิถุนายน 2564) นำโปรแกรมไปทดลองใช้ และแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (เดือนกรกฎาคม 2564) โดยใช้โปรแกรมฉบับปรับปรุงจากขั้นตอนที่ 3

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี หนังสือเลขที่ EC2563/010 วันที่ 18 มีนาคม 2563 และได้รับการรับรองต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 5 มีนาคม 2564 ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการตอบแบบสอบถาม การตอบรับ หรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และมี

สิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ หรือการรักษาพยาบาลใด ๆ และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน หรือการพิจารณาความดีความชอบ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ Mann-Whitney U-Test

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการสร้างความรู้ความสามารถแบบเดิมและแบบใหม่

กระบวนการสร้าง ความรู้	แบบเดิม การสร้างความรู้และความสามารถ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก	แบบใหม่ โปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัด ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
การเตรียมผู้เรียน	ขาดการเตรียมผู้เรียนเกี่ยวกับการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเฉพาะสาขาก่อน ไปปฏิบัติงานจริง ไม่มีคู่มือพยาบาล	มีการอบรมตามตารางฝึกอบรม แบ่งเป็นทฤษฎีเรื่อง กายวิภาค โรค การผ่าตัด และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และ ฝึก ปฏิบัติในห้องเรียน
การวางแผน	ขาดการวางแผนการสร้างความรู้และ ความ สามารถอย่างเป็นรูปธรรม ใช้ เวลาว่างจากการปฏิบัติงานในการ เรียนการสอน	มีส่วนร่วมในระดับสมอง วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนะแนวทางในการ แก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดทำตารางฝึกอบรมและฝึก ปฏิบัติ
การปฏิบัติการเรียนรู้	พยาบาลหัวหน้าห้องสาขาศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์เป็นผู้ให้ความรู้ และฝึก ปฏิบัติพยาบาลห้องผ่าตัดที่หมุนเวียน เข้าไปปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ใช้เวลาว่าง จากการปฏิบัติงานในการเรียนการ สอน	มีการกำหนดขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมตามตารางการฝึกอบรม จัดให้มี พี่เลี้ยงซึ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าห้องสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์เป็นผู้ ฝึกสอนและฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำนวน 3 ครั้ง ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดใน การปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบ นอก
การประเมินผล	ขาดการประเมินผลที่ชัดเจน	มีการประเมินผลการใช้โปรแกรมการสร้างความรู้และความสามารถ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก หัก ด้วยการสนทนากลุ่มครอบคลุมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน องค์ประกอบของกิจกรรมในโปรแกรม ด้านกระบวนการนำโปรแกรม ไปใช้ ด้านผลการใช้โปรแกรม และด้านความพึงพอใจโดยรวม

2. ผลลัพธ์การศึกษานำโปรแกรมไปใช้ในการ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมี 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ

2.1.1 ความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ก่อนการใช้
โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้การ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก 19.78 (SD 1.85)
หลังใช้โปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 28.29 (SD
1.32) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและ
หลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย
ความรู้หลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ก่อนและหลังใช้โปรแกรม (N 35)

คะแนนความรู้เฉลี่ย	Mean	SD	t	p
ก่อนใช้โปรแกรม	19.78	1.85	-20.94	.000
หลังใช้โปรแกรม	28.29	1.32		

2.2.2 ความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ (1) ในระยะก่อนผ่าตัด (2) ในระยะผ่าตัด คือ การทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ (scrub nurse) และการทำหน้าที่ช่วยรอบนอก (circulating nurse) และ (3) ในระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่พัฒนาขึ้น กล่าวคือ จำนวนครั้งในการปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอนของพยาบาลทุกคนในการติดตามครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีจำนวนลดลง และการติดตามครั้งที่ 3 พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนสามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอน รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนปฏิบัติ และร้อยละความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ความสามารถในการปฏิบัติ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1.การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด	195 (55.71)	155 (44.29)	344 (98.29)	6 (1.71)	350 (100)	0 (0)
2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด						
2.1 ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ (scrub nurse)	1198 (68.46)	552 (31.54)	1648 (94.17)	102 (5.83)	1750 (100)	0 (0)
2.2 ทำหน้าที่ช่วยรอบนอก (circulating nurse)	444 (84.57)	81 (15.43)	502 (95.62)	23 (4.38)	525 (100)	0 (0)
3.การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	98 (56)	77 (44)	170 (97.14)	5 (2.86)	175 (100)	0 (0)

2.1.3 ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อโปรแกรมฯ พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.32, SD 1.4) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับความ

วารสารกองการพยาบาล

พึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ (1) ความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่ดี ค่าเฉลี่ย 4.71, SD.46 (2) การพัฒนาความรู้และความสามารถการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ค่าเฉลี่ย 4.69, SD.53 และ (3) การพัฒนาความรู้และความสามารถมีขั้นตอนกระบวนการถ่ายทอดความรู้ และฝึกปฏิบัติที่ชัดเจน ค่าเฉลี่ย 4.54, SD.56

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

2.2.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.49, SD .09) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ในการดูแล ค่าเฉลี่ย 4.60,

SD .04 (2) ด้านความต่อเนื่องในการบริการ ค่าเฉลี่ย 4.51, SD .02 และ (3) ด้านศิลปะการดูแล ค่าเฉลี่ย 4.48, SD .10)

2.3 ด้านคุณภาพ

2.3.1 ระยะเวลาในการทำผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัดผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 151.52 นาที (SD 61.62) ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัดผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 109.10 นาที (SD 34.40) การเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U-Test พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัดในกลุ่มควบคุมมากกว่าในกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัด (นาที)	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Rank	z	p
กลุ่มควบคุม (n 115)	151.52	61.62	124.51	14318.5	-3.421	.001
กลุ่มทดลอง (n 105)	109.10	34.40	95.16	9991.5		

2.3.2 ปริมาณการเสียเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และจากบันทึกปริมาณการเสียเลือดในแบบบันทึกของงานวิสัญญี พบว่า ปริมาณการเสียเลือดโดยเฉลี่ยในการผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 217.30 ซีซี (SD 175.24) ส่วนปริมาณการเสียเลือดโดยเฉลี่ยของ

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 128.86 ซีซี (SD 73.08) การเปรียบเทียบปริมาณการเสียเลือดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U-Test พบว่า ปริมาณการเสียเลือด ในกลุ่มทดลอง น้อยกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบปริมาณการเสียเลือดโดยเฉลี่ยในการทำผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในควบคุมและกลุ่มทดลอง

ปริมาณการเสียเลือด (ซีซี)	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p
กลุ่มควบคุม (n115)	217.30	175.24	127.11	14618.00	-4.137	.000
กลุ่มทดลอง (n105)	128.86	73.08	92.3	9692.00		

2.3.3 อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม จำนวน 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.35 ส่วนในกลุ่มทดลอง ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัดไม่พร้อม

2.3.4 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัด

กระดูกสะโพกหัก พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 20.52 วัน (SD 10.05) ส่วนจำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 15.54 วัน (SD 4.97) การเปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U-Test พบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ย ในกลุ่มทดลอง น้อยกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

จำนวนวันนอน (วัน)	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p
กลุ่มควบคุม (n 115)	20.52	10.05	121.10	13927.00	-2.589	.010
กลุ่มทดลอง (n 105)	15.54	4.97	98.89	10383.00		

อภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ทำให้ได้โปรแกรมพัฒนาบุคลากรให้มีรู้ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ตามแนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่

² พบว่า ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีการเตรียมสื่อที่เหมาะสม ได้แก่คู่มือพยาบาล คู่มือการเยี่ยมผู้ป่วย ผ่าตัดและคู่มือการจัดทำผู้ป่วย ร่วมกับการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ด้วยการระดมสมอง การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ การวางแผนร่วมกัน มีการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติในการให้การ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักก่อนไปปฏิบัติจริง ขณะไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยมีพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาช่วยให้เกิดความมั่นใจ สามารถกระตุ้น ผู้เรียน ให้เกิดความกระตือรือร้นต่อการเรียนรู้ เนื่องจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเนื่องมาจากการสอน ประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติ⁶ ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาของ สมจิตร์ พิริยะประภากุล ,อุษา ชะโนภาษ ,จำรัส วงศ์จำเริญ ,บังอรรัตน์ บุญคง และยุพาวรรณ ทองตะนูนาม⁵ ได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ของพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่ สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการปฏิบัติ ตามรูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้นทำให้ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติและสามารถ ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอุบัติการณ์การติด เชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาลี จักรไพศาล ,จินตนันท์ สิทธิประธาราชภูฏ ,ชฎาภรณ์ เปรมปรางอมร และ ณัฐนันท์ มาลา⁷ ได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้และ ความสามารถในการคัดกรองระดับความรุนแรงผู้ป่วย ดุกเงินโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของพยาบาล วิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ สามารถพัฒนา ความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในการคัด กรองระดับความรุนแรงผู้ป่วยดุกเงินได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

2. ผลการศึกษาการนำโปรแกรมสร้างความรู้ และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก พบว่า ความรู้ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กระดูกสะโพกหักหลังการใช้โปรแกรมมีมากขึ้น เมื่อ เปรียบเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ส่วนความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดมีการ พัฒนาขึ้นจากปฏิบัติไม่ได้ เป็นสามารถปฏิบัติได้ ทั้งนี้ เนื่องจากการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่เป็นกลยุทธ์เพื่อช่วยให้ ผู้เรียนมีการพัฒนาความรู้และความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยคำนึงถึง ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้เรียน จะ ช่วยทำให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ที่ดี

ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลห้อง ผ่าตัดต่อโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของ พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจใน ระดับมาก เนื่องจากระบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่² ที่มีการ พัฒนาขึ้นเน้นการมีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียน เรียนรู้ ในการพัฒนาโปรแกรมที่เน้นผู้เรียน ความ ต้องการที่จะเรียน เมื่อหัวข้อนั้นมีประโยชน์ที่จะนำไปใช้ ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เมตตา ถาดทอง,ธนัญญา รัตนารมย์ ,กัณฑ์กณัฐ สุวรรณ รัชภูมิ⁸ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบ ผู้ใหญ่ต่อสมรรถนะของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม ซึ่งการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ให้บุคลากรมีส่วน

ร่วมออกแบบการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก และการ ศึกษาของสมจิตร พิริยะประภากุล, อุษา ชะโนภาส, จำรัส รงค์จำเริญ, บัณฑิตรัตน์ บุญคง และยุพาวรรณ ทองตะนูนาม⁵ เรื่องการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของ พยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับ การใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจ ใน เนื้อหากิจกรรมการจัดรูปแบบการเรียนรู้ เครื่องมือ วัดผล การให้คำแนะนำ ภาพรวมของรูปแบบการเรียนรู้ และการยอมรับรูปแบบการเรียนรู้ เพื่อนำความรู้ไปสู่การ ปฏิบัติอยู่ในระดับสูงทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการ เรียนรู้แบบผู้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่พยาบาลพึง พอใจและต้องการนำไปใช้ในการเรียนรู้ สามารถนำไปใช้ ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในการ ได้รับการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับ มาก ซึ่งในโปรแกรมสร้างความรู้และความสามารถของ พยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก ที่พัฒนาขึ้นกำหนดให้มีการให้การพยาบาล ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลัง ผ่าตัด การไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยใช้สติปัญญาในการ ประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ของ สุภาพร เลิศร่วมวัฒนา¹⁰ ซึ่งได้ศึกษาการเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าความพึงพอใจ ของผู้ป่วยผ่าตัด ต่อการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดย

พยาบาลห้องผ่าตัดอยู่ในระดับดี การเยี่ยมผู้ป่วยก่อน ผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับพยาบาล รู้สึกอบอุ่นที่ได้พบ ผู้ที่จะให้การดูแลตนเองในระยะผ่าตัด และเกิดความ รู้สึกมั่นใจในการที่จะได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล ที่มาจากห้องผ่าตัด

ผลการศึกษาด้านคุณภาพบริการได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด เนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ ในการทำผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด และจำนวนวัน นอนเฉลี่ย หลังใช้โปรแกรม น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้โปรแกรมสร้างความรู้ และความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ทำให้พยาบาล ห้องผ่าตัดมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการ พยาบาล รู้ขั้นตอนและบทบาทในการให้การพยาบาล สามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการผ่าตัด ส่ง เครื่องมือผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้พยาบาลห้อง ผ่าตัดสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น ใช้ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดหลังใช้โปรแกรมน้อยกว่า ก่อนใช้โปรแกรม การใช้เวลาในการทำผ่าตัดที่น้อยลงจะ ทำให้ มีปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดน้อยลง¹¹⁻¹² Venkat B, Michael CF, Bendict UN, et al¹³ ศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดกับจำนวนวันนอน โรงพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัด เอ็นไขว้หน้า พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับจำนวน วันนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดน้อยลง จะทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยลง และ กนกพร จิวประสา¹⁴ พบว่าการใช้เวลาในการทำผ่าตัดที่น้อยลง จะทำให้มีปริมาณการเสียเลือดขณะทำผ่าตัดน้อยลง

วารสารกองการพยาบาล

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดี ทำ
ให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เชิงนโยบาย

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนด
นโยบายพัฒนาความรู้และความสามารถ ด้วยการเรียนรู้
แบบผู้ใหญ่ และนำโปรแกรมใช้ในการพัฒนา ให้
พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และความสามารถในการ
ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มี
คุณภาพและปลอดภัย

1.2 เผยแพร่โปรแกรมสร้างความรู้และ
ความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยประยุกต์ใช้แนวคิด
การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Knowles, 1980) ไปยังห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพเขตอื่น ๆ ที่มีการ
ผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

2. เชิงบริหาร

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้
บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนาการ
ให้บริการพยาบาลต่าง ๆ ในหน่วยงาน

2.2 ควรจัดให้พยาบาลที่มีประสบการณ์หรือมี
ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสาขาต่าง ๆ
เป็นที่เล็ง เพื่อคอยให้คำชี้แนะ คำแนะนำ ให้ข้อมูล
เพิ่มเติม พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ในแบบ
ต่าง ๆ เช่น โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบสื่อวีดิ
ทัศน์ หรือคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ในการให้การพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง

2. ควรติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมใน
ระยะยาว เช่นทุกปี และนำผลการประเมินมาปรับปรุง
และพัฒนาต่อยอดการพัฒนาต่อไป

References

1. Health Administration Division Ministry of Public Health. Service Plan 2017-2021. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, Ltd.; 2017. Thai.
2. Knowles MS. The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy. New York: The Adult Education Company;1980 .
3. Luangrattamas. Research & Development. [Internet]. 2017. [cited 2021 Feb 11]. [Available from: <http://60.41.115.164knowledge/?p=431>. Thai.
4. Choosornsai S. Research Methodology. [Internet]. 2018. [cited 2020 Jan 4]. Available from: URL:www.gotoknow.org/posts/399476. Thai.
5. Piriyaaparakul S, Chanopas U, Rongjumroen J, Bunkong B, Thongtanunam Y. Development of an adult learning model for nurses regarding prevention of ventilator- associated pneumonia. Journal of Health Science Research. 2014;8(1),35-45. Thai.
6. Suwan P, Suwan S. Behavioral Science and Health Education. Bangkok: Chao Phraya Printing; 1993. Thai.
7. Jakpaisan S. Development of Learning Program for Knowledge and Ability Construction in Emergency Severity Triage by Adult Learning Theory for Registered Nurses in Emergency Department of Saraburi Hospital. Journal of Nursing Division. 2017;44(2),46-68. Thai.
8. Thardthong M, Rattanaom T, Suwannaratchapoo K. Effectiveness of adult learning program of surgical nurses' performance for hip replacement, Lerdsin Hospital. Department Of Health Service Support Journal. 2014;10(1),22-34. Thai.
9. Auerbach,SM, Martelli MF, Mercuri LG. Anxiety, information, interpersonal impacts, and Adjustment to a stressful health care situation. Journal of Personality and Social Psychology. 1983;44(3),1248-96.
10. Lerduampattana S. Pre-operative visiting by perioperative nurse on anxiety and satisfaction of patients at health science center, Burapha University. [Internet]. 2001. [cited 2021 March 31]. Available from: <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/71>. Thai.
11. Saejung U. Fracture associated with Excessive Blood Loss and Blood Transfusion in Abdominal Hysterectomy for Benign Gynecological Diseases. Nakhon Rat Med Bull. 2010;34(1):51-61. Thai.
12. Sheridan G, Hughes H, Storeme J, Kelleher U, Curtin P, Hurson C. Intramedullary Nailing and Prolonged Operative Time Increase Transfusion Rate In Hip Fracture Surgery. Irish Medical Journal.

2019; 114 (1): 234-241.

13. Venkat B , Michael CF, Bendict UN, et al. Procedure length is independently associated with overnight hospital stay and 30-day readmission following anterior cruciate ligament reconstruction. Journal of Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy. 2019;28(2):432-38.
14. Jiewprasat K. Rehabilitation after surgery for hip fracture in older person: Challenge issue in nursing. Vajira Nursing Journal. 2019;21(1):51-6. Thai.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน

นิตยา ภูริพันธุ์*	วท.ม.
ปิยธิดา อยู่สุข**	พย.ม.
ปณิตา คุณสาร***	พย.ม.
ดวงกมล ดีทองคำ***	พย.ม.
พรทิภา พุทธินันท์โอภาส***	พย.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน ดำเนินการ 3 ระยะ คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) ดำเนินการพัฒนา และ (3) ประเมินผล เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักไปปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การบริหารจัดการความเสี่ยง และนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ มี 4 ด้าน คือ (1) ด้านสุขภาพสรีรวิทยา พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดน้อยกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ (2) ด้านการรับรู้สุขภาพ พบว่า อาการปวดลดลงหลังได้รับการบรรเทาอาการปวด และมีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 84.20 (3) ด้านสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่า อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม การเกิดข้อกระดูกสะโพกเลื่อนหลุด และการเกิดกระดูกหักซ้ำ เป็นศูนย์ทั้งก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ และ (4) ด้านครอบครัว หรือผู้ดูแล พบว่า ญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ร้อยละ 82.0 และ พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ปฏิบัติ โดยรวมมีความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

* รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลิดสิน

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเลิดสิน

Corresponding e-mail: nit3349@gmail.com

The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for patients with hip fracture due to osteoporosis and Total hip replacement in Lerdsin Hospital

Nittaya Puripan*	M.Sc.
Piyatida Yousuk**	MNS.
Panita Kunsara**	MNS.
Duangkamol Deethongkham***	MNS.
Porntipa Phuttinunta-opas***	MNS.

Abstract

This action research aimed to development the Clinical Nursing Practice Guideline for patients with hip fracture due to osteoporosis and Total hip replacement in Lerdsin Hospital. The study consisted of 3 phases: (1) situation analysis (2) development and (3) evaluation. The research instruments included in-depth interview guidelines, focused group discussion guidelines, participatory observation guidelines form, a questionnaire on the nurses' opinions towards safety culture in the hospital and a feasibility assessment of implementation the developed nursing practice guideline for patient with hip fracture due to osteoporosis and Total hip replacement. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and content analysis.

The results revealed that the developed clinical nursing practice guideline for patients with hip fracture due to osteoporosis and Total hip replacement consisted of building patient safety culture, providing a safe environment, risk management, and nursing innovations for patient safety. The outcomes composed of 4 facets (1) physiological health in which after using the development guideline, the patients had less postoperative complications than before using the developed guideline yielding a statistically significant of $p < .05$; (2) health perception found that the patient's pain had reduced after received pain relief medication, and satisfied with health care at 84 per cent; (3) health functioning of the body reveled that the incidence of falls, dislocation of the hip joint and recurrent hip fractures were at zero percent before and after development; and (4) family and care givers were satisfied with nursing services at 82 percent. It was found that he possibility of implementing the developed guideline in general practice was feasible at a high level.

Keywords: development of the clinical Nursing practice guideline, patients with hip fracture due to osteoporosis, total hip replacement

* Deputy Director of Nursing, Lerdsin Hospital

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Lerdsin Hospital

*** Registered Nurse, Professional Level, Lerdsin Hospital

Corresponding e-mail: nit3349@gmail.com

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) เป็นปัญหาสุขภาพที่มีอุบัติการณ์การเกิดตามอายุของประชากรพบมากเป็นอันดับสองรองจากกระดูกข้อมือหัก¹ มีสาเหตุจากการเกิดจากอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม การเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุ หรือการมีโรคกระดูกพรุนพบได้ร้อยละ 40 ส่งผลกระทบอย่างมากตามมา โดยเฉพาะอัตราการตายภายหลังกระดูกสะโพกหักภายใน 1 เดือน 4 เดือน และ 1 ปี พบร้อยละ 10, 20 และ 30 ตามลำดับ² โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) คือ โรคที่มีความหนาแน่นของกระดูกน้อยลง จากการสะสมเนื้อกระดูกน้อยเกินไป หรือมีการสูญเสียมวลกระดูกอย่างมากหลังจากเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว ทำให้กระดูกเปราะบาง ไม่สามารถรับน้ำหนัก และเกิดการแตกหักตามมา เกิดจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ (1) พันธุกรรม และ (2) การดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนได้เร็วขึ้น โดยปกติพบได้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศชายพบได้ร้อยละ 20 โรคกระดูกพรุนมักพบได้ในวัยกลางคนไปจนถึงวัยสูงอายุ³ การรักษาส่วใหญ่จะต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การดูแลหลังผ่าตัด ถ้าไม่เหมาะสมจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ก่อนจำหน่ายกลับบ้านจะต้องมีการวางแผนจำหน่ายอย่างดี รวมถึงเมื่อกลับบ้านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำ และต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการลงนิตศการปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาที่เกิดขึ้นพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 25 พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 15 พบภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยและผู้วิจัยในฐานะรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำการจัดการพยาบาลให้มี

ประสิทธิภาพ สอน ติดตาม นิตศการปฏิบัติการพยาบาล ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้น จึงมุ่งหวังการแก้ไขปัญหาทำให้พยาบาลมีเครื่องมือของการปฏิบัติการพยาบาล เข้าใจกระบวนการการพยาบาล จึงสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาล

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้บริการที่ต้องการการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น แต่ระบบการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในโรงพยาบาลเลิดสินปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการนี้ได้อย่างครอบคลุม ยังมีช่องว่าง (gap) ของการพยาบาล ในส่วนของการพยาบาล พบประเด็นของการจัดการรายกรณีและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ยังไม่ครอบคลุมและสอดคล้องกับมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาล สำหรับการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้บริการ จึงเป็นประเด็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่มีความสอดคล้องกับการจัดการรายกรณี แนวคิดความปลอดภัยผู้ป่วย และมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาล สำหรับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้บริการกับบริบทของโรงพยาบาลเลิดสิน

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ควรอยู่บนพื้นฐานของความคิดและการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน โดยมีการทำความเข้าใจ

ร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นปัญหาและประเด็นที่ต้องการพัฒนา ด้วยมุมมองที่หลากหลาย การวางแผนในการพัฒนาร่วมกัน และการนำสู่การปฏิบัติร่วมกันตลอดจนการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อหารูปแบบและวิธีการในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับความต้องการ สามารถปฏิบัติได้ในบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา ผู้วิจัยได้เลือกการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นระเบียบวิธีการวิจัยที่จะนำไปสู่คำตอบในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ประเด็นคำถาม เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนากิจกรรมเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโดยบุคคลที่เผชิญอยู่กับปัญหานั้นเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคล องค์กร หรือชุมชน ในการปฏิบัติร่วมกัน ภายใต้บรรยากาศที่มีความอิสระและเสมอภาคทางความคิด เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์โดยอาศัยความรู้ที่อาศัยกระบวนการคิดอย่างใคร่ครวญในเชิงวิพากษ์ บนพื้นฐานของเหตุผลตามประสบการณ์ของบุคคล แล้วสะท้อนผลกลับของวิธีการปฏิบัติที่ได้กระทำไป เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไขให้มีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการรายการณิของโพเวลและทาสาน⁴ แนวคิดนี้มีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยประเทศไทย พ.ศ. 2561⁵ และการประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน⁶ เป็นกรอบแนวคิดเชิง

เนื้อหาและแนวคิดของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁷ ที่ประกอบด้วย การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และการสะท้อน (reflect) เป็นแนวคิดเชิงกระบวนการในการพัฒนา ซึ่งเป็นวงจรต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการศึกษาศถานการณ์ โดยศึกษารวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์การพยาบาลการดูแลผู้ป่วย การศึกษาสถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นอยู่ และการศึกษาความต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2. ขั้นตอนกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีดังนี้

2.1 การวางแผน (plan) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาล เพื่อสร้างแผนการปฏิบัติงาน (Action plan) และการพัฒนาเครื่องมือประเมินผล

2.2 การลงมือปฏิบัติตามแผน (act) และการสังเกตผล (Observe) โดยการลงมือปฏิบัติตามแผนงานและสังเกตผลที่เกิดขึ้น โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการประชุม รวบรวมปัญหา สรุปและถอดบทเรียน

2.3 การสะท้อนคิด (reflect) เป็นกระบวนการสะท้อนผลการปฏิบัติงานและมีการปรับปรุงแผนร่วมกัน ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์หน้างาน และการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ การถอดบทเรียนและปรับปรุงแผนพัฒนาในวงจรต่อไป จนได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเลิดสิน

3. ขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย

3.1 ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ดังนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกระงอกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อความปลอดภัยทางคลินิก ได้แก่ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย การบริหารจัดการความเสี่ยง และนวัตกรรมทางการพยาบาล

3.2 ผลลัพธ์จากการประเมินคุณภาพการพยาบาล 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านสุขภาพสรีรวิทยา (2) ด้านการรับรู้สุขภาพ (3) ด้านสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย และ (4) ด้านครอบครัวหรือผู้ดูแล

3.3 ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกระงอกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลิดสิน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative approach) ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระเบียบวิธีวิจัย ใช้กระบวนการวิจัยของบอร์กและกอลลี ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่

1.1 การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์เบื้องต้น โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากการทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงนโยบายต่าง ๆ ค้นหาปัญหาโดยการสนทนากลุ่ม ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย และสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติตามปกติ

1.2 สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ (1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก (2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติบนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (7) จัดทำแผนการเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (8) จัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข (9) จัดทำรายงานรูปเล่มของแนวปฏิบัติทางคลินิก (10) การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (11) การประเมินแนวปฏิบัติ และ (12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมที่พัฒนาเพื่อร่วมกันพิจารณาตัดสินใจข้อเสนอแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้

1.3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประเมินผลโดยการสอบวัดความรู้ และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นลงไปใช้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

1.4 ประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และนำผลการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรค และโอกาสในการพัฒนา

1.5 ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล

วาระสารกองการพยาบาล

ก่อนนำไปใช้จริง

1.6 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริง กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย และผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วย และผู้ดูแล

1.7 ประเมินผลลัพธ์ ด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินโดยการวัดความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และด้านผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ สรีรวิทยา ด้านการรับรู้สุขภาพ ด้านสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านครอบครัวหรือผู้ดูแล

พื้นที่ศึกษา คือ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 1 ศัลยกรรมกระดูกชาย 2 ศัลยกรรมกระดูกหญิง พิเศษศัลยกรรมกระดูก ผู้ป่วยพิเศษชั้น 22/1 ผู้ป่วยพิเศษชั้น 22/2 และหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 23 โรงพยาบาลเลิดสิน โดยหอผู้ป่วย/หน่วยงานทั้ง 9 หอผู้ป่วย ที่มีโอกาสในการรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (1) ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก และ (2) กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน ที่เข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน และผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก และกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน และเข้านอนรับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเลิดสินทุกราย ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2564 คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ และผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อทำความเข้าใจกับบริบทและสถานการณ์สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ

- ประสพการณ์ และความต้องการดูแลของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

- สถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เป็นอยู่

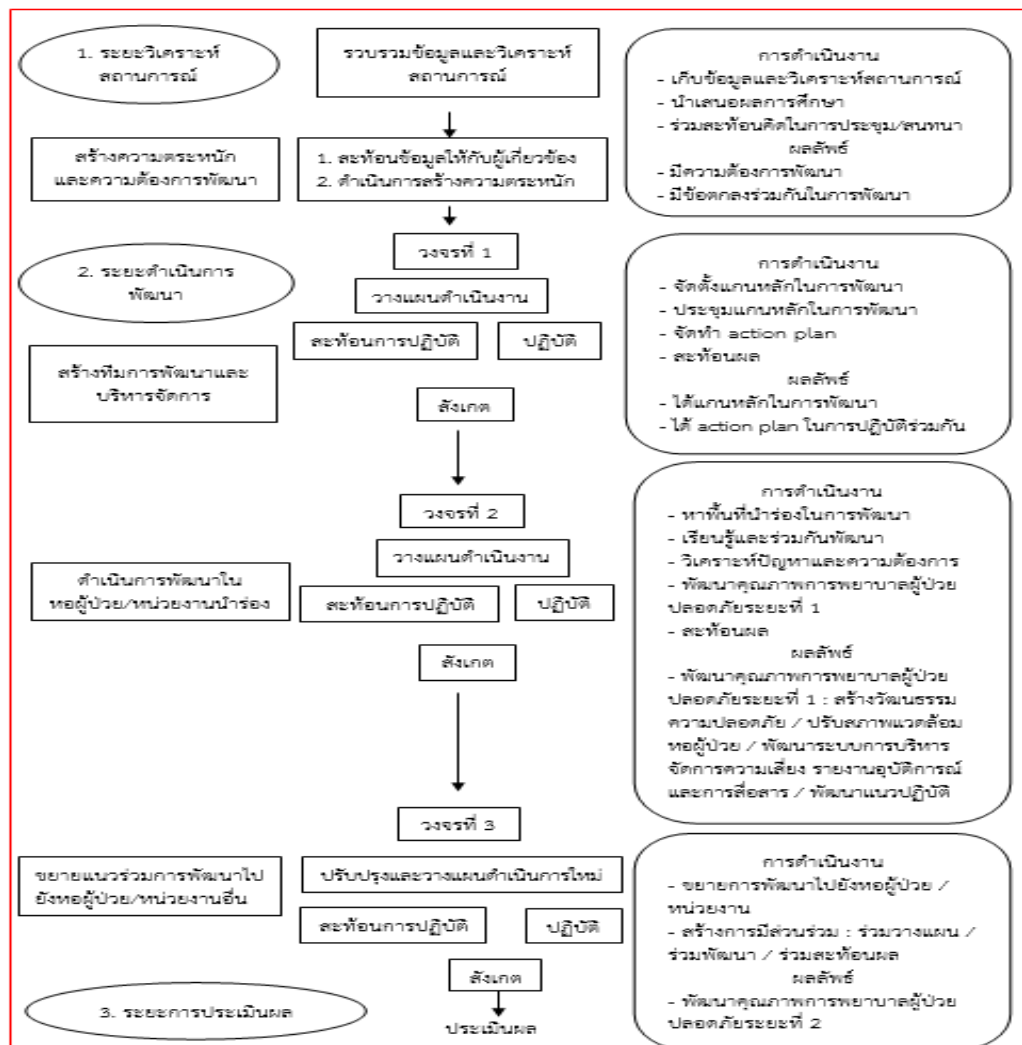
- ความต้องการการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แนวคำถามสำหรับการใช้สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม และ (2) อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์การบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

2. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ดำเนิน

การโดยนำวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁷ ประกอบด้วย การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observe) และการสะท้อนคิด (reflecting) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยมีการพัฒนาจำนวน 3 วงจรหลัก ในแต่ละวงจรหลัก จะมีการดำเนินการพัฒนาและประเมิน

ผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และในแต่ละวงจรของการปฏิบัติการ จะมีผู้ร่วมดำเนินการ การดำเนินการพัฒนา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1

วงจรพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

3. ประเมินผล การประเมินผลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในแต่ละวงจรการพัฒนา ส่วนการประเมินผลโดยข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาในวงจรที่ 3 ได้แก่ (1) ข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย ประเมินจากแบบบันทึกอุบัติการณ์ ประกอบด้วย จำนวนครั้ง และลักษณะของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) และความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาด (error) ที่เกิดขึ้น (2) ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วย ประเมินจากการทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และ (3) ข้อมูลเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย ประเมินจากความคิดเห็นของพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกตามระยะของการวิจัย ดังนี้

2.1 เครื่องมือในการวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ทางวิชาชีพ ได้แก่

- แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นผู้ป่วย

กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และความต้องการการดูแล

- แนวคำถามการสัมภาษณ์ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้รวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/ หน่วยงานที่ศึกษา เกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลที่เป็นอยู่ และความต้องการในการพัฒนา

2.2 เครื่องมือในการวิจัยระยะพัฒนาและระยะประเมินผล เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

- แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้รวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วย/ หน่วยงาน และตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/ หน่วยงานที่ศึกษา เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกิจกรรมการพัฒนา ระบุปัญหา และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา

- แบบบันทึกอุบัติการณ์ รายงานความเสี่ยง ตามแนวทางการบันทึกของศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อบันทึกจำนวนครั้ง และลักษณะของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) และความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาด (error) ที่เกิดขึ้น

- แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2561

- แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.83

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 10 คน พบว่า ค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) เท่ากับ 0.9 และ 0.85 ตามลำดับ

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเลิดสิน รหัสโครงการ LH 63156 เลขที่ 135 ระยะเวลาที่ได้อนุมัติ ตั้งแต่วันที่ 11 ธันวาคม 2563 ถึง 11 ธันวาคม 2564 ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และคำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ เคารพในบุคคลที่ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาด้วยการใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลแตกต่างกันในข้อมูลเรื่องเดียวกัน ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจาก

กิจกรรมการพัฒนา โดยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulations) คือ การตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 45 คน จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลมา ก่อนจะนำข้อมูลทั้งหมดมาสร้างเป็นข้อสรุปและอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยอีกครั้ง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ สถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย

1. ผลผลิตของกระบวนการพัฒนาแนว

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน ได้แก่ กระบวนการพยาบาลตั้งแต่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อ โดยปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ร่วมกับหน่วยงานสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการดูแล

1.2 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหอผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้ มุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัยในงานบริการพยาบาล และต้องอาศัยการบริหารจัดการของผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีการวางแผนงานอย่างเป็นระบบชัดเจน เพราะการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นการเปลี่ยนแปลงที่

วาระการสาธารณสุข

สำคัญขององค์กร โดยเริ่มจากการเรียนรู้จากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจเกิดจากการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ การทำงานมากเกินไป และขาดการพักผ่อน พยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลไม่เพียงพอและครอบคลุม เป็นต้น กระบวนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้วิจัยหลัก ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ในการบริหารจัดการ เนื่องจากต้องเป็นผู้ดำเนินการและกำกับสิ่งที่เกี่ยวข้อง โดยมีกลวิธี แนวทางการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย 6 ข้อ ดังนี้

1.2.1 กำหนดนโยบายและความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยให้แก่บุคลากรทุกระดับในแต่ละหอผู้ป่วย

1.2.2 กำหนดผู้รับผิดชอบด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละหอผู้ป่วย

1.2.3 เตรียมความพร้อมของพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ดดยการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพ ได้แก่ อบรมฟื้นฟูความรู้ และทักษะที่สำคัญ ประชุมเทคนิคการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.2.4 บริหารจัดการปฏิบัติการพยาบาลอย่างปลอดภัย ดังนี้

- สร้างบรรยากาศการปฏิบัติการพยาบาลที่เกื้อหนุน ภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้น

- กำหนดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลสำหรับพยาบาลจบใหม่

- แก้ไขปัญหาปัจเจกชนที่นำมาให้เกิดความผิดพลาด

- กระตุ้นพยาบาลให้มีความพร้อม มีสติ และคิดถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในช่วงเวลา รับเวรทุกครั้ง

- ดักจับและปรับลดโอกาสเกิดความผิดพลาด โดยการกำหนดมาตรการในการต้องประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการที่จะเกิดข้อผิดพลาดในกระบวนการดูแลรักษา

- สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยในทุกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล

- ใช้แนวคิดการตอบสนองความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการดูแลรักษา

- ใช้แนวคิดห่วงโซ่การป้องกัน (chain of prevention) แก่ไขก่อนเกิดภาวะวิกฤติตามแนวคิดของ Smith¹¹

- สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย โดยส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลได้มีทักษะในการค้นหาความเสี่ยง จัดระดับความรุนแรง A-I กำหนดแนวทางป้องกัน บันทึกรายงานและทบทวนอุบัติการณ์ เป็นการสร้างความเข้าใจระบบ และการตระหนักต่ออันตราย หรือความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ที่นำไปสู่การเรียนรู้จากความผิดพลาด

1.2.5 กำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการอภิปรายเรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.2.6 กำหนดนโยบาย “หัวหน้าเป็นแบบอย่าง” โดยตัวผู้วิจัยเป็นหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยต่าง ๆ เป็นต้นแบบการปฏิบัติอย่างปลอดภัยและมีจริยธรรม เพื่อให้พยาบาลได้เห็นเป็นแบบอย่าง เช่น การให้ข้อมูลเรื่องความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตอบคำถามผู้ป่วยและครอบครัวและกระตุ้นให้ผู้ป่วยถาม ทำความสะอาดมือระหว่างการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของสถานที่ปฏิบัติงาน ยอมรับและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเองและของผู้อื่น

1.3 การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกลวิธีแนวทางการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยนำแนวคิดการสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมและเอื้อต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และนำประเด็นความปลอดภัยมาใช้เป็นอันดับแรก และเป็นหลักในการออกแบบรายละเอียดของหอผู้ป่วย ทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรงและการออกแบบที่ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพให้การรักษาพยาบาลที่ปลอดภัยได้ง่ายและมากยิ่งขึ้นภายใต้ข้อจำกัดและบริบทของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเลิดสิน การบริหารจัดการความเสี่ยง

1.4 การบริหารจัดการความเสี่ยง

การพัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงนี้ เป็นส่วนหนึ่งของกลวิธีแนวทางการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยเป็นการพัฒนาภายใต้บริบทของโรงพยาบาลเลิดสิน ตามกรอบของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) มีขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

1.4.1 สร้างความมีส่วนร่วมของคนในองค์กร โดยนำนโยบายการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย

1.4.2 กำหนดกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตามหลัก สรพ.

1.4.3 แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ตามการประเมินระดับความรุนแรง A-I

1.4.4 การประเมินผลการทำงานกับดูแล (performance monitoring) เมื่อได้ implement ไปแล้ว มีปัญหาอะไรเกิดขึ้น ต้องมีการปรับ (fine tune)

ปรับแก้เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กรของเราที่สามารถแก้ไขได้

1.4.5 การจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบริหาร ความเสี่ยง ระบบการติดตามงาน การรายงานผลการบริหารความเสี่ยง นโยบาย วัตถุประสงค์ ขอบเขตของการดำเนินงาน ระยะเวลา และกิจกรรมในการดำเนินการ รวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน การระบุความเสี่ยง เป็นการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล การระบุถึงระดับความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากความเสี่ยงแต่ละประเภท การกำหนด/คัดเลือกวิธีการจัดการต่อความเสี่ยงที่ระบุไว้

1.4.6 การรายงานความเสี่ยง มีขั้นตอนดังนี้

- เมื่อพบว่ามีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ผู้พบเหตุการณ์เข้าไปรายงานความเสี่ยงในโปรแกรม HRMS โดยเข้าไปที่ Intranet โรงพยาบาลเลิดสิน

- หัวหน้าหน่วยงานเข้าไปตรวจสอบความเสี่ยงอีกครั้ง ถ้าไม่ใช่ ปิดความเสี่ยง ถ้าใช่หัวหน้ายืนยันและระบุแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมด้วย อาจทำโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน หรือทำการทบทวน 12 กิจกรรม ทบทวนเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และอาจจะระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแก้ไขร่วมด้วย

- คณะกรรมการ RM ของโรงพยาบาล ตรวจสอบอีกครั้ง และข้อมูลจะถูกส่งไปยังส่วนกลาง NRLS

1.5 นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลจากกระบวนการพัฒนาทำให้ได้ นวัตกรรมความปลอดภัยทางคลินิก คือ หมอนสามเหลี่ยม เพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ให้บริการ ผู้ป่วย

วารสารกองการพยาบาล

และครอบครัว เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายความปลอดภัย
ผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2. ผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล

ผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล มี 4 ด้าน คือ

2.1 ด้านสุขภาพสรีรวิทยา พบว่า หลังการ
ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก
จากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

เทียม ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่
ภาวะปอดอักเสบ ภาวะการฉีกขาดของระบบทางเดิน
ปัสสาวะ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วน
ลึก และการเกิดแผลกดทับ น้อยกว่าก่อนการพัฒนา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลด้านสุขภาพสรีรวิทยา

ประเมินคุณภาพการพยาบาล ด้านสุขภาพสรีรวิทยา	n	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	P
		Mean	SD.	Mean	SD.		
1. การเกิดภาวะปอดอักเสบ	30	.26	.44	.06	.25	3.28	.000
2. การเกิดภาวะการฉีกขาดของระบบ ทางเดินปัสสาวะ	30	.43	.50	.16	.37	5.09	.000
3. การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันใน หลอดเลือดดำส่วนลึก	30	.16	.37	.06	.25	2.71	.000
4. การเกิดแผลกดทับ	30	.39	.49	.32	.47	3.57	.000

สำหรับภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพ
ภาวะช็อกหลังผ่าตัด ภาวะสับสนเฉียบพลัน การเกิด
ท้องผูก อัตราการเกิดเป็นศูนย์ ทั้งในระยะก่อนและ
หลังการใช้แนวปฏิบัติ

2.2 ด้านการรับรู้สุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมี
อาการปวดลดลงหลังได้รับการบรรเทาอาการปวด
และความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ
84

2.3 ด้านสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย
พบว่า อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม การเกิดข้อ
กระดูกสะโพกเลื่อนหลุด และการเกิดสะโพกหักซ้ำ
เป็นศูนย์ทั้งทั้งในระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

2.4 ด้านครอบครัว หรือผู้ดูแล พบว่า
ความพึงพอใจของญาติต่อการบริการพยาบาล ร้อย
ละ 82

ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพการ พยาบาล

ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาล พบว่า ความเป็นไปได้ต่อแนวปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โดยรวมมีความ
เป็นไปได้ของการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก (Mean
4.23, SD 0.77) ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ต่อ
แนวปฏิบัติการพยาบาลจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านที่
มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความเป็นไป
ได้ในการใช้แนวปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานอยู่ใน
ระดับมาก (Mean 4.36, SD 0.81) รองลงมา คือ
ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ใน
ระดับมาก (Mean 4.33, SD 0.71) และ ประสิทธิภาพ
ของการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean 4.23,
SD 0.77) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

รายการประเมิน	ระดับความเป็นไปได้ของการนำไปใช้		
	Mean	SD.	การแปลความหมาย
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	4.33	0.71	ความเป็นไปได้มาก
2. ความชัดเจนของข้อเสนอนี้ในแนวปฏิบัติ	4.13	0.68	ความเป็นไปได้มาก
3. ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.13	0.68	ความเป็นไปได้มาก
4. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ	4.23	0.77	ความเป็นไปได้มาก
5. ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.36	0.81	ความเป็นไปได้มาก
โดยรวม	4.23	0.77	ความเป็นไปได้มาก

อภิปราย

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลเลิดสิน ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการทำความเข้าใจ สร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการ และการเกิดพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมิสและแมกแทกการ์ท⁷ เป็นหลักสำคัญในการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการประกอบด้วย การวางแผน ลงปฏิบัติ สังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาปรับปรุงในวงจรปฏิบัติการต่อไป ซึ่งทุกวงจรปฏิบัติการในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลวิธีหลัก ได้แก่ การนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ และการดำเนินงานที่ผ่านมา การนำเสนอแผนปฏิบัติ การรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการ การร่วมลงมือปฏิบัติตามแผน รวมทั้งมีการประเมินผลทุกระยะของการปฏิบัติ และนำผลการพัฒนาแต่ละวงรอบมาพัฒนาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น จะเห็นว่าการดำเนินการพัฒนาตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากการสะท้อนคิด และ

การมีส่วนร่วมทั้งการร่วมคิดละตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการ ร่วมปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา ตลอดจนการประเมินผลโดยการสะท้อนคิดควบคู่การปฏิบัติ และคิดหาวิธีการในการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานที่สอดคล้อง และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน¹¹

ผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ตามขั้นตอนดังกล่าว ทำให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยนี้ประสบความสำเร็จ โดยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งในเรื่องของจำนวนครั้งของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบ ลดลงจากร้อยละ 26.26 เหลือ 6.67 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ลดลงจากร้อยละ 43.33 เหลือ 16.67 การเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดส่วนลึก ลดลงจากร้อยละ 16.67 เหลือ 3.34 รวมทั้งการมีสภาพแวดล้อม วัสดุอุปกรณ์ การปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กล่าวคือ มีการจัดสภาพแวดล้อมห่อผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนด การพัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง และวัสดุอุปกรณ์ที่ชัดเจน และครอบคลุมมากขึ้น การพัฒนาแนวการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างนวัตกรรมหมอนสามเหลี่ยม

เพื่อความปลอดภัย ลดความเสี่ยง และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการศึกษานี้มีประเด็นที่น่าสนใจในการนำไปพัฒนาต่อเนื่อง กล่าวคือ ถึงแม้ในกระบวนการพัฒนาได้มีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหอผู้ป่วย แต่ผลการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมของโรงพยาบาลยังอยู่ในเกณฑ์ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า โรงพยาบาลเลดสินเป็นโรงพยาบาลระดับตติภูมิ ให้การบริการผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และจำนวนมาก การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน ซึ่งเป็นความเชื่อ ค่านิยมทัศนคติ บรรทัดฐาน จึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน และสร้างเสริมมาตรการการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแก่พยาบาลอย่างชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น จึงจะช่วยให้บรรลุความสำเร็จและยั่งยืน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ ถาวร พร บุญมีและเกสร เกตุชู¹² ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของสมพร สันติประสิทธิ์กุล และคณะ¹³ ที่พบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งสองการศึกษานี้ต่างมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการกำหนดมาตรการในการส่งเสริมการพัฒนาวัฒนธรรมความ

ปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการการเรียนการสอนกับกิจกรรมการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี และเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

โรงพยาบาลระดับตติภูมิอื่นที่สนใจสามารถนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลผลิตจากกระบวนการพัฒนา เช่น แนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก นวัตกรรมความปลอดภัยทางคลินิก โปรแกรมการพยาบาล เป็นต้น ไปปรับใช้หรือพัฒนาต่อยอดในบริบทของโรงพยาบาลนั้น นอกจากนั้นในกระบวนการพัฒนาควรมีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนา และใช้วิธีการประเมินผลที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการคงอยู่ของคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการติดตามประเมินในลักษณะเปรียบเทียบระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป รวมทั้งควรศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล

References

1. Johnell O, kanis JA. Osteoporosis international: a journal established as result of Cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA. 2006;17(12):1726–1733. <https://doi.org/10.1007/s00198-006-0172-4>
2. Parker, M., Johansen, A. Hip fracture. British Medical Journal. 2006;333:755:27-30.
3. Tarantino U, Iolascon G, Cianferotti L, et al. Clinical guidelines for the prevention and treatment of osteoporosis: summary statements and recommendations from the Italian Society for Orthopaedics and Traumatology. Journal Orthop Traumatol. 2017;18 (Suppl 1): 3-36. doi: 10.1007/s10195-017-0474-7.
4. Powell, S.K., Tahan, H.A. Case management: A practice guide for education and practice. 3rd. Philadelphia.F.A David company. 2010.
5. Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation). Patient safety Goads: SIMPLE Thailand 2018. Nonthaburi: Famous and Successful; 2018.
6. Nursing Division, Ministry of Public Health. Quality Assurance of Nursing: Quality Assessment of Inpatient Nursing. Bangkok: Samcharoen Panich; 2011. Thai.
7. Kemmis, S., McTaggart, R. The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong: Deakin University Press; 1992.
8. Borg, Walter R, Gall, Meredith Damien. Educational research: an introduction (5th ed). Longman, New York; 1989.
9. Lincoln, Y.S., Guba, E.G. Naturalistic inquiry. Newburg Park, CA: stage Pulications; 1985.
10. Kessarawan N. Action Research for Community Nursing. Khon Kaen: Klunghana Printing Press; 2015. Thai.
11. Smith, G.B. In-Hospital Cardiac Arrest: Is it Time for an in-Hospital Chain of Prevention. Resuscitation. 2010; 81(9):1061-1218.
12. Anong T, Porn B, Kesorn K. Registered nurses' perception on patient safety culture and the development of patient safety in Phayao hospital. Journal of Health Science Research. 2014 Jul-Dec; 8(2):6-16. Thai.
13. Somporn S, Piyatida J, Pimrat B, Vipada S. Patient Safety Culture: Perception of State Hospital Nurses. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2019 May – Aug; 20(2):327-339. Thai.
14. Nangnoy S. Patient Safety Curriculum Guide Multi- Professional (WHO): Learning Integration for the 21st Century Bachelor's Degree Nursing Curriculum. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2015 Sep - Dec;16(3):1-7. Thai.

ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมการแพทย์

สุรีย์พร กุมภกาม [*]	วทม.
สุวรรณี แสงมหาชัย ^{**}	Ph.D.
ทิพย์รัตน์ เลาหิเชียร ^{***}	Ph.D.
อุทัย เลาหิเชียร ^{**}	Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดและทดสอบตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมการแพทย์ โดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งแสดงความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน สมดุลชีวิตและการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และ ผลการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ 7 แห่ง จำนวน 330 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการทำงาน แบบสอบถามสมดุลชีวิตและการทำงาน แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน และ แบบสอบถามผลการปฏิบัติงาน

ผลวิจัย พบว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน สมดุลชีวิตและการทำงาน และความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.30, 0.60 และ 0.54 ตามลำดับ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานโดยส่งผ่านสมดุลชีวิตและการทำงานและส่งผ่านความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.19 และ 0.29 ตามลำดับ สมดุลชีวิตและการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงาน แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม สมดุลชีวิตและการทำงานมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานโดยส่งผ่านความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.13 นอกจากนี้ สมดุลชีวิตและการทำงาน มีอิทธิพลทางตรงกับความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.31 และความพึงพอใจในงานมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.40 และ ตัวแปรความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสามารถอธิบายแปรปรวนของผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 43.0

คำสำคัญ: สิ่งแวดล้อมในการทำงาน สมดุลชีวิตและการทำงาน ความพึงพอใจในงาน

^{*} นักศึกษาปริญญาเอก สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

^{**} อาจารย์ประจำโครงการปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรรมการที่ปรึกษาคุณุณิพนธ์

^{***} อาจารย์ประจำโครงการปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรรมการที่ปรึกษาคุณุณิพนธ์

Correspondence author E-mail: khumpakam868@gmail.com

A Causal Relationship Model of Factors Influencing the Performance of Registered Nurses under The Department of Medical Services

Sureeporn Khumpakam^{*} M.S.

Suwanee Sangmahachai^{**} Ph.D.

Tipparat Laohavichien^{***} Ph.D.

Uthai Laohavichien^{**} Ph.D.

Abstract

The objectives of this cross-sectional descriptive study are to identify and test a causal relationship model of factors influencing the performance of registered nurses under Department of Medical Services. The systematic review showed that there were 4 factors affecting including work environmental, work life balance, job satisfaction and job performance. The 330 registered nurses working at the 7 hospitals and institutes under the Department of Medical Services were the sample group. The sampling technique was the simple random sampling. The questionnaires included work environmental, work-life balance, job satisfaction, and job performance.

The finding of this study shows that job environment had directed effects on job performance, work-life balance, and job satisfaction at a 0.01 level significance with path coefficients of 0.30, 0.60, and 0.54 respectively. The job environment had indirect effects on job performance through work-life balance and job satisfaction at a 0.01 level significance with path coefficients of 0.19, and 0.29 respectively. Work-life balance had a positive relationship on job performance, however there was not a direct effect on job performance. Conversely, work-life balance had an indirect effect on job performance through job satisfaction at a 0.01 level significance with a path coefficient of 0.13. In addition, work-life balance had a direct effect on job satisfaction at a 0.01 level significance with a path coefficient of 0.31. Job satisfaction had a directed effect on job performance at a 0.01 level significance with path coefficients of 0.40. The causal relationship variables accounted for 43.0 percent of variance in the job performance variable.

Key words: work environmental, work life balance, job satisfaction

^{*}Ph.D.Candidate (Public Administration), Ramkhamhaeng University.

^{**}Associate Professor, Department of Public Administration, Faculty of Political Science, Ramkhamhaeng University.

^{***} Associate Professor, Department of Business Administration, Faculty, Kasetsart University

. Correspondence author E-mail: khumpakam868@gmail.com

บทนำ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์การที่มีวิสัยทัศน์ว่า “ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค” เน้นให้การรักษายาบาลที่เป็นโรคยุ่งยากซับซ้อน และเป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางซึ่งเป็นการให้บริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่ทันสมัย ต้องใช้ทีมบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญมาทำงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การรักษายาบาลที่ดี ผู้รับบริการพึงพอใจ ปัจจุบันกรมการแพทย์มีโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการประชาชนรวม 38 องค์การ มีพยาบาลวิชาชีพจำนวนรวม 5,098 คน และมีสถิติการลาออกของพยาบาล ปี 2559 จำนวน 114 คน ปี 2560 จำนวน 95 คน และ ปี 2561 จำนวน 116 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561) และไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลง ทั้งนี้ยังไม่รวมการโอนย้ายออกไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นนอกกรมการแพทย์อีกจำนวน 150 คนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา

นอกจากปัญหาการลาออกของพยาบาลแล้วยังมีปัญหาเรื่องผลการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งแสดงออกทางพฤติกรรมบริการและพฤติกรรมกรปฏิบัติงานที่ไม่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนจากผู้มาใช้บริการ หรือบางครั้งผลการปฏิบัติงานอาจไม่บรรลุเป้าหมายตามที่องค์การตั้งไว้ การทำงานของพยาบาลวิชาชีพจะมีลักษณะงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤต ใกล้เสียชีวิตหรือป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องใช้การตัดสินใจเร่งด่วน ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรืออันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัย บางครั้งอัตรากำลังขาดแคลน ทำให้พยาบาลต้องทำงานต่อเนื่องที่เป็นช่วงเวลายาวนานเกินไป มีตารางการทำงานที่ไม่แน่นอน ต้องขึ้นเวรใน

ยามวิกาล ส่งผลให้เกิดความเครียด รู้สึกว่าชีวิตและการทำงานไม่มีความสุข ไม่พึงพอใจในงาน ก็อาจจะลาออกจากงานและหางานใหม่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการสำรวจความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย พบว่าในภาพรวมทุกวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพมีคะแนนความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ร้อยละ 66.19 ซึ่งเป็นระดับที่ต้องปรับปรุง และเมื่อพิจารณาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพพบว่ามีความอยู่ในระดับต้องปรับปรุงเช่นเดียวกัน¹ โครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลไทย (TNCs) ได้สำรวจพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศจำนวน 18,765 คน พบว่าพยาบาลมากกว่าครึ่งมีความเครียด โดยร้อยละ 45.5 มีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูง ประมาณ 1 ใน 3 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ และร้อยละ 8-10 เคยใช้ยานอนหลับ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของความเครียดในการทำงาน ความเครียดสูงจะสัมพันธ์กับการบาดเจ็บ ถูกเข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ สำหรับดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าพยาบาลไทยอยู่ในระดับ 0.75 ซึ่งต่ำกว่าผู้หญิงไทยที่ประกอบอาชีพอื่นที่มีค่าดัชนีอยู่ที่ 0.95 รวมถึงต่ำกว่าประเทศอังกฤษที่อยู่ที่ 0.85 และประเทศสวีเดนที่อยู่ที่ 0.83² จินตนา ยูนิพันธ์ นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยกล่าวว่า “ความไม่ปลอดภัยในการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ต่ำของพยาบาล อาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลคนไข้แม้ว่าพยาบาลจะพยายามเต็มที่แล้วก็ตาม”³

การศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่

มีความสัมพันธ์กับสมดุลชีวิตและการทำงาน ความพึงพอใจต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาล และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน แตกต่างจากในอดีตเมื่อ 10-20 ปีก่อน คือช่วงปี พ.ศ. 2544 - 2554 เช่นโลกไร้พรมแดน การแข่งขัน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบความต้องการของงาน นวัตกรรมเทคโนโลยี สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคนทำงาน⁴ มาและเจียง⁵ (Ma and Jiang) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานที่ให้การสนับสนุนจะส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานของพนักงานดีขึ้น เกิดความพึงพอใจกับชีวิตและเกิดสมดุลชีวิตและการทำงาน⁶ การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับผลการปฏิบัติงานพบว่าองค์การที่บุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจในงาน จะมีความมุ่งมั่น ทุ่มเท และมองที่เป้าหมายขององค์กรมากกว่าเป้าหมายของตนเอง ความพึงพอใจในงานมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน⁷ ในทางตรงข้ามถ้าบุคลากรไม่พึงพอใจในงานจะแสดงความตั้งใจในการลาออกจากงานหรือเปลี่ยนงานมากกว่าบุคลากรที่พึงพอใจในงาน⁸

จากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลไทยมาอย่างยาวนาน บางครั้งส่งผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงาน และเมื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นลักษณะของปัจจัยที่ทำนาย แต่การทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะยังไม่มีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากที่อื่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการวิจัยจะสะท้อนให้เห็นสภาพความเป็นจริงตลอดจนได้ข้อมูลเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารของ

โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางปรับปรุงและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน นำมาซึ่งคุณภาพการบริการที่ดีมีมาตรฐานเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ กรมการแพทย์ โดยผ่านสมดุลชีวิตและการทำงาน และความพึงพอใจในงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดผลการปฏิบัติงาน จากการศึกษาของลินช์ และคณะ⁹ แบ่งผลการปฏิบัติงานออกเป็น 2 ด้าน คือ (1) ผลการปฏิบัติงานที่เป็นเนื้องาน (task performance) เป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อองค์การเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อกระบวนการทำงานหลักขององค์การ อาจจะเรียกอีกชื่อว่า in-role performance หรือ ผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และ (2) ผลการปฏิบัติงานในเชิงบริบท (contextual performance) เป็นกิจกรรมที่ไม่ใช่กระบวนการทำงานหลักขององค์การ แต่เป็นพฤติกรรมที่มีผลทำให้มุมมองต่อองค์การในด้านต่าง ๆ กว้างขวางขึ้น เช่น สังคมและสิ่งแวดล้อมในด้านจิตใจ สิ่งเหล่านี้ผู้ที่ทำกิจกรรมหลักขององค์การจำเป็นต้องทำด้วย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การ เรียกอีกชื่อว่า extra-role performance หรือ ผลการปฏิบัติงาน

นอกจากบทบาทหน้าที่ ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน เช่น สิ่งแวดล้อมในการทำงาน โไคเคนและพาตริเซียน¹⁰ แบ่งสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล เป็น 7 ด้าน ดังนี้

วาระสภากองการพยาบาล

1. ความมีอิสระในวิชาชีพ พยาบาลจะรับรู้ถึงการมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาล

2. ความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เกิดการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลจะรับรู้ถึงพลังอำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีเพื่อส่งเสริมให้การทำงานบรรลุผลสำเร็จ

3. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล พยาบาลจะรับรู้ถึงความร่วมมือของแพทย์ในการปฏิบัติงานร่วมกัน

4. การสนับสนุนขององค์กร พยาบาลจะรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่ได้รับ

5. โครงสร้างและการบริหารทางการพยาบาล โดยพยาบาลจะรับรู้ถึงการจัดโครงสร้าง และลักษณะการบริหารงานขององค์กร

6. ผู้นำทางการพยาบาลในการปกครองตนเอง ตามมาตรฐานวิชาชีพ พยาบาลจะรับรู้ถึงความสามารถของผู้นำทางการพยาบาลในการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติทางการพยาบาล

7. โอกาสในการศึกษาต่อและความก้าวหน้าในวิชาชีพ พยาบาลจะรับรู้ถึงการได้รับโอกาสในการศึกษาอบรมและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันผู้ป่วยให้ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีของพยาบาลจะเป็นแรงบันดาลใจให้พยาบาลทำงานได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และช่วยให้องค์กรเติบโตก้าวหน้า นอกจากนี้สมดุลชีวิตและการทำงานยังมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลประเมินตามการรับรู้ของตัวเองว่างานและชีวิตส่วนตัวมีความสมดุลกันหรือไม่ เฮย์แมน¹¹ ศึกษาสมดุลชีวิตและการทำงาน และแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. งานส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว

2. ชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน

3. งานและชีวิตส่วนตัวมีส่วนส่งเสริมกันและกัน

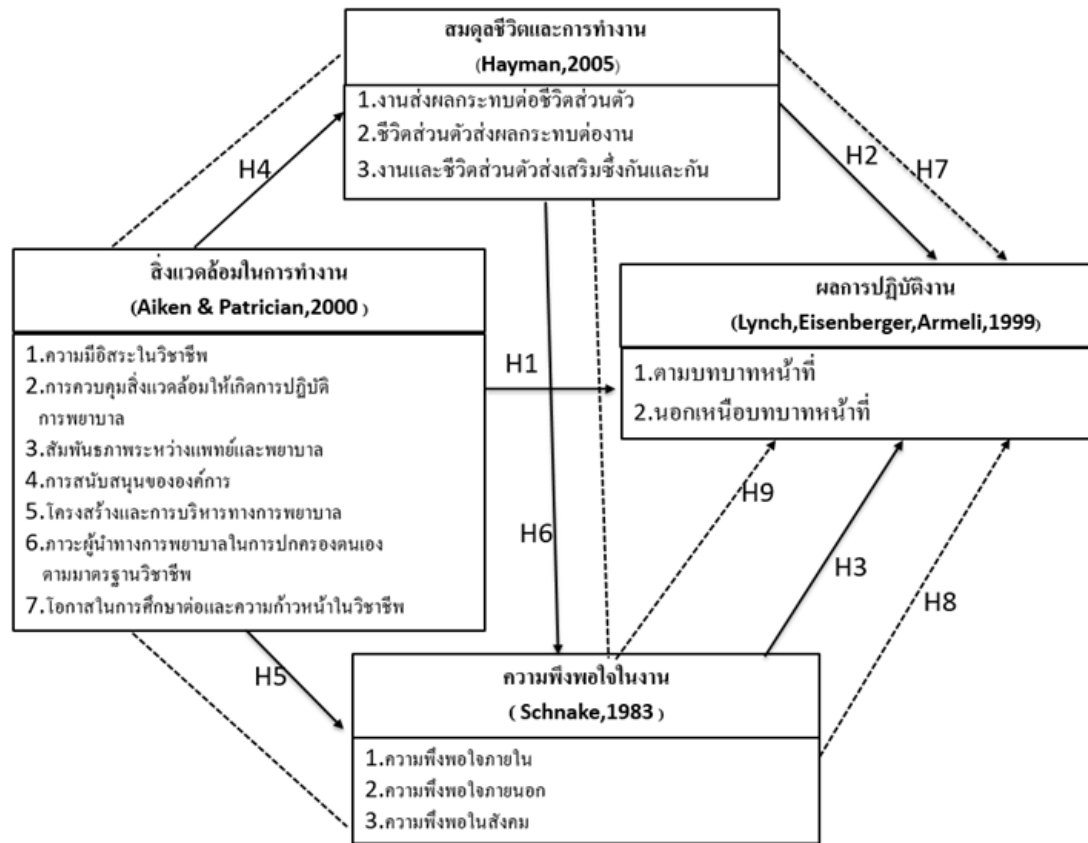
โดยพยาบาลจะประเมินการรับรู้ว่าเวลาที่ใช้ในการทำงานและเวลาที่ใช้ในชีวิตส่วนตัวด้านอื่น ๆ มีความเหมาะสม ไม่ส่งผลกระทบทางลบต่อกัน สามารถบริหารเวลาได้อย่างลงตัวไม่ขัดแย้งกัน นำมาซึ่งความพึงพอใจในงาน การศึกษาของชแนค¹² แบ่งองค์ประกอบของความพึงพอใจ เป็น 3 มิติ ดังนี้

1. ความพึงพอใจภายนอก (extrinsic satisfaction) หมายถึง ความพอใจในเรื่องประโยชน์ต่าง ๆ ที่ได้รับ เช่น ค่าตอบแทน สวัสดิการต่าง ๆ มิตรภาพที่ดีจากเพื่อนร่วมงาน มีอิสระในการทำงานและการได้รับโอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

2. ความพึงพอใจภายใน (intrinsic satisfaction) หมายถึงความพึงพอใจในเรื่องลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ การยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงาน และมองเห็นโอกาสที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จอย่างมีคุณค่า

3. ความพึงพอใจในสังคม (Social satisfaction) หมายถึงความพึงพอใจในด้านที่เพื่อร่วมงานปฏิบัติต่อเรา โอกาสร่วมตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และความมั่นคงในงานที่ทำ จะเห็นได้ว่าถ้าพยาบาลมีความสุข มีความพึงพอใจในงานจะส่งผลทำให้ผลการปฏิบัติงานดี

ดังนั้น อาจกล่าวสรุปได้ว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับสมดุลชีวิตและการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และผลการปฏิบัติงานซึ่งสามารถมองเห็นความเชื่อมโยง หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านั้น จากนั้นนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/สถาบันที่สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเลือกเฉพาะหน่วยบริการประชาชนที่มีขนาดใหญ่ จำนวนเพียงมากกว่า 200 เตียง¹³ หรือเป็นสถาบันที่ให้บริการเฉพาะทางที่เป็นหน่วยงานส่วนกลาง (ยกเว้นหน่วยงานส่วนภูมิภาค) ประกอบด้วย โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันประสาทวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และสถาบันโรคทรวงอก มีประชากรรวมทั้งสิ้น 3,574 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/สถาบัน สังกัดกรมการแพทย์ ทั้งสิ้น 7 แห่งดังกล่าว สุ่มตัวอย่างใช้ความน่าจะเป็น โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง ตามแนวคิดของแฮร์และคณะ¹⁴ คือ 20 ตัวอย่าง ต่อ 1 ตัวแปรสังเกตได้ เนื่องจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล/สถาบันที่เป็นตัวแทนของกรมการแพทย์ 7 แห่ง จากกรอบแนวคิด มีตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 15 ตัวแปร ดังนั้น คำนวณตัวอย่างได้ ดังนี้

วารสารกองการพยาบาล

ขนาดตัวอย่าง $20 \times 15 = 300$ คน แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากหลายแห่งจึงมีโอกาสเกิดข้อมูลสูญหายผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 330 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามผลการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดของ ลินซ์ และคณะ¹¹ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ (1) การปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ ตามพรรณนาลักษณะงาน และ (2) ด้านการปฏิบัติงานนอกเหนือบทบาทหน้าที่ เดิมมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามบางข้อซ้ำซ้อนกัน จึงเลือกและลดเหลือรวมข้อคำถามได้จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามแนวคิดของ ไอเคนและพาทรียีน¹² ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ (1) ความมีอิสระในวิชาชีพ (2) การควบคุมให้เกิดการปฏิบัติทางการพยาบาล (3) สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล (4) การสนับสนุนขององค์กร (5) โครงสร้างและการบริหารทางการพยาบาล (6) ผู้นำทางการพยาบาลในการปกครองตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพ และ (7) โอกาสในการศึกษาต่อและความก้าวหน้าในวิชาชีพ เดิมข้อคำถามมีจำนวนรวม 57 ข้อ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามมากเกินไป บางด้านมีข้อคำถามซ้ำซ้อนกันหรือใช้ข้อคำถามร่วมกัน จึงเลือกและลดเหลือรวมข้อคำถามได้จำนวน 30 ข้อ

3. แบบสอบถามสมดุชีวิตและการทำงานตามแนวคิดของเฮย์แมน¹¹ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ (1) งานส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว (2) ชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน และ (3) งานและชีวิตส่วนตัวมีส่วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน เดิมข้อคำถาม 15 ข้อ ผู้วิจัยเห็นว่าข้อคำถามมีจำนวนมากไป บางข้อซ้ำซ้อนกันจึงเลือกและลดเหลือรวมข้อคำถามได้จำนวน 12 ข้อ

4. แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ตามแนวคิดของ ชแนค¹² ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ (1) ความพึงพอใจภายใน (2) ความพึงพอใจภายนอก และ (3) ความพึงพอใจในสังคม ข้อคำถามรวม 11 ข้อ

ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคซึ่งแบบสอบถามทั้ง 4 ด้าน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน สมดุลชีวิตและการทำงาน ความพึงพอใจในงานและผลการปฏิบัติงาน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.921, 0.842, 0.912 และ 0.825 ตามลำดับ เมื่อรวมทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.943

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ 7 โรงพยาบาล/สถาบัน ดังนี้ โรงพยาบาลราชวิถี (เลขที่อนุมัติ 077/2564 รับรอง 20 เมษายน 2564) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (เลขที่อนุมัติ 03/2564 รับรอง 15 กุมภาพันธ์ 2564) โรงพยาบาลเลิดสิน (เลขที่อนุมัติ 064/2564 รับรอง 19 พฤษภาคม 2564) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (เลขที่อนุมัติ 042/2564 รับรอง 16 มีนาคม 2564) สถาบันประสาทวิทยา (เลขที่อนุมัติ 021/2564 รับรอง 2 เมษายน 2564) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (เลขที่อนุมัติ 012/2564 รับรอง 4 มีนาคม 2564) และสถาบันโรคทรวงอก (เลขที่อนุมัติ 060/2564 รับรอง 20 เมษายน 2564) ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม

2564 แบบสอบถามที่ตอบกลับมีความสมบูรณ์ และมีจำนวน 330 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพหุตัวแปร ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ด้วยโปรแกรม LISREL (Version 8.72) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบ การทดสอบสมมติฐาน การประเมินโมเดลการวัด การประเมินโมเดลโครงสร้าง การปรับโมเดล และการวิเคราะห์ค่าอิทธิพล

ผลการวิจัย

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี รองลงมา คือ อายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.20 และ 26.40 ตามลำดับ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด รองลงมาคือ สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 58.20 และ 37.90 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี รองลงมา คือปริญญาโท (พยาบาล) คิดเป็นร้อยละ 83.60 และ 9.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,000 บาทขึ้นไป รองลงมาคือ 21,000-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.20 และ 21.20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ต้องทำงานล่วงเวลา (OT) 6-10 เวร/เดือน รองลงมาคือ 11-15 เวร/เดือน คิดเป็นร้อยละ 25.80 และ 23.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนให้อบรมเพิ่มพูนความรู้ทักษะ 2-5 ครั้ง/ปี รองลงมาคือ 1 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 63.90 และ 28.20 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างรับรู้และเห็นด้วยว่าสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (Mean 5.23) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า โอกาส

ในการศึกษาต่อและความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean 5.60) รองลงมาคือ สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล ผู้นำทางการพยาบาลในการปกครองตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก เช่นเดียวกัน (Mean 5.55) และการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เกิดการปฏิบัติงาน (Mean 5.27)

การพิจารณาองค์ประกอบสมดุชีวิตและการทำงาน พบว่า โดยภาพรวมด้านองค์ประกอบสมดุชีวิตและการทำงาน อยู่ในระดับค่อนข้างมาก (Mean 4.80) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean 5.06) รองลงมา คือ งานและชีวิตส่วนตัวส่งเสริมซึ่งกันและกัน (Mean 4.89) และงานส่งผลต่อชีวิตส่วนตัว (Mean 4.44) แต่ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมาก เช่นเดียวกัน

การพิจารณาองค์ประกอบความพึงพอใจในงาน พบว่า โดยภาพรวมด้านองค์ประกอบความพึงพอใจในงาน อยู่ในระดับมาก (Mean 5.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean 5.53) รองลงมา คือ ความพึงพอใจภายใน (Mean 5.49) อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน และความพึงพอใจภายนอก มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean 5.17) แต่ยังคงอยู่ในระดับค่อนข้างมากเช่นเดียวกัน

การพิจารณาองค์ประกอบผลการปฏิบัติงาน พบว่า โดยรวมองค์ประกอบผลการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก (Mean 5.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean 5.57) รองลงมา คือ การปฏิบัตินอกเหนือบทบาทหน้าที่ (Mean 5.55) ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน รายละเอียดในตารางที่ 1

วารสารกองการพยาบาล

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรแฝง 4 ตัวและตัวแปรสังเกตได้ 15 ตัว

ตัวแปร	Mean	SD	ระดับ
ตัวแปรแฝง			
1. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (ENV)	5.23	0.66	ค่อนข้างมาก
2. สมดุลชีวิตและการทำงาน (WLB)	4.80	0.83	ค่อนข้างมาก
3. ความพึงพอใจในงาน (JS)	5.42	0.67	มาก
4. ผลการปฏิบัติงาน (JP)	5.56	0.61	มาก
ตัวแปรสังเกตได้			
1. ความมีอิสระในวิชาชีพ (AUTO)	5.14	0.89	ค่อนข้างมาก
2. การควบคุมสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล (CONT)	5.27	0.84	ค่อนข้างมาก
3. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล (RELA)	5.55	0.90	มาก
4. การสนับสนุนขององค์กร (OSUP)	4.87	1.05	ค่อนข้างมาก
5. โครงสร้างและการบริหารทางการพยาบาล (OSTM)	4.54	1.08	ค่อนข้างมาก
6. ผู้นำทางการพยาบาลในการปกครองตนเองตาม (LEAD)	5.55	0.73	มาก
7. โอกาสศึกษาต่อและความก้าวหน้าในวิชาชีพ (EDUC)	5.60	0.78	มาก
8. งานส่งผลต่อชีวิตส่วนตัว (WIPC)	4.44	1.04	ค่อนข้างมาก
9. ชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน (PLIW)	5.06	1.23	ค่อนข้างมาก
10. งานและชีวิตส่วนตัวมีส่วนส่งเสริมซึ่งกันและกัน (WPIE)	4.89	0.99	ค่อนข้างมาก
11. ความพึงพอใจภายใน (INTR)	5.49	0.69	มาก
12. ความพึงพอใจในภายนอก (EXTR)	5.17	0.83	ค่อนข้างมาก
13. ความพึงพอใจในสังคม (SOCI)	5.53	0.71	มาก
14. ตามบทบาทหน้าที่ (INRO)	5.57	0.62	มาก
15. นอกเหนือบทบาทหน้าที่ (EXRO)	5.55	0.76	มาก

การพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล (ENV) สมดุลชีวิตและการทำงาน (WLB) ความพึงพอใจในงาน (JS) และผลการปฏิบัติงาน (JP) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าตัวแปรแฝงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.44 –

0.72 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกตัว ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสุด คือ สิ่งแวดล้อมในการทำงานและความพึงพอใจในงาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.72 รองลงมาคือสมดุลชีวิตและการทำงานและความพึงพอใจในงาน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.64

การพิจารณาอิทธิพลทางตรง พบว่า สมดุลชีวิตและการทำงานได้รับอิทธิพลทางตรงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความพึงพอใจในงานได้รับอิทธิพลทางตรงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และสมดุลชีวิตและการทำงาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.54 และ 0.31 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผลการปฏิบัติงานได้รับอิทธิพลทางตรงจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความพึงพอใจในงาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30 และ 0.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การพิจารณาอิทธิพลทางอ้อม พบว่า ผลการปฏิบัติงานได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานผ่านสมดุลชีวิตและการทำงาน และความพึงพอใจในงาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.19 และ 0.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ ผลการปฏิบัติงาน ไม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากสมดุลชีวิตและการทำงาน ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.00 แต่ผลการปฏิบัติงาน ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากสมดุลชีวิตและการทำงาน ผ่านความพึงพอใจในงาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปรเหตุ	สิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล (ENV)			สมดุลชีวิตและการทำงาน (WLB)			ความพึงพอใจในงาน (JS)		
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
สมดุลชีวิตและการทำงาน (WLB)	0.60** (0.11) 5.48		0.60** (0.11) 5.48						
ความพึงพอใจในงาน (JS)	0.72** (0.06) 12.36	0.19* (0.06) 3.34	0.54** (0.08) 6.94	0.31** (0.08) 3.71		0.31** (0.08) 3.71			
ผลการปฏิบัติงาน (JP)	0.59** (0.09) 6.30	0.29** (0.08) 3.72	0.30** (0.10) 3.06	0.13 (0.09) 1.36	0.13** (0.05) 2.65	0.00 (0.09) 0.001	0.40** (0.10) 3.83		0.40** (0.10) 3.83

เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง

ตัวแปรแฝง	ENV	WLB	JS	JP
ENV	1			
WLB	0.60	1		
JS	0.72	0.64	1	
JP	0.59	0.44	0.62	1

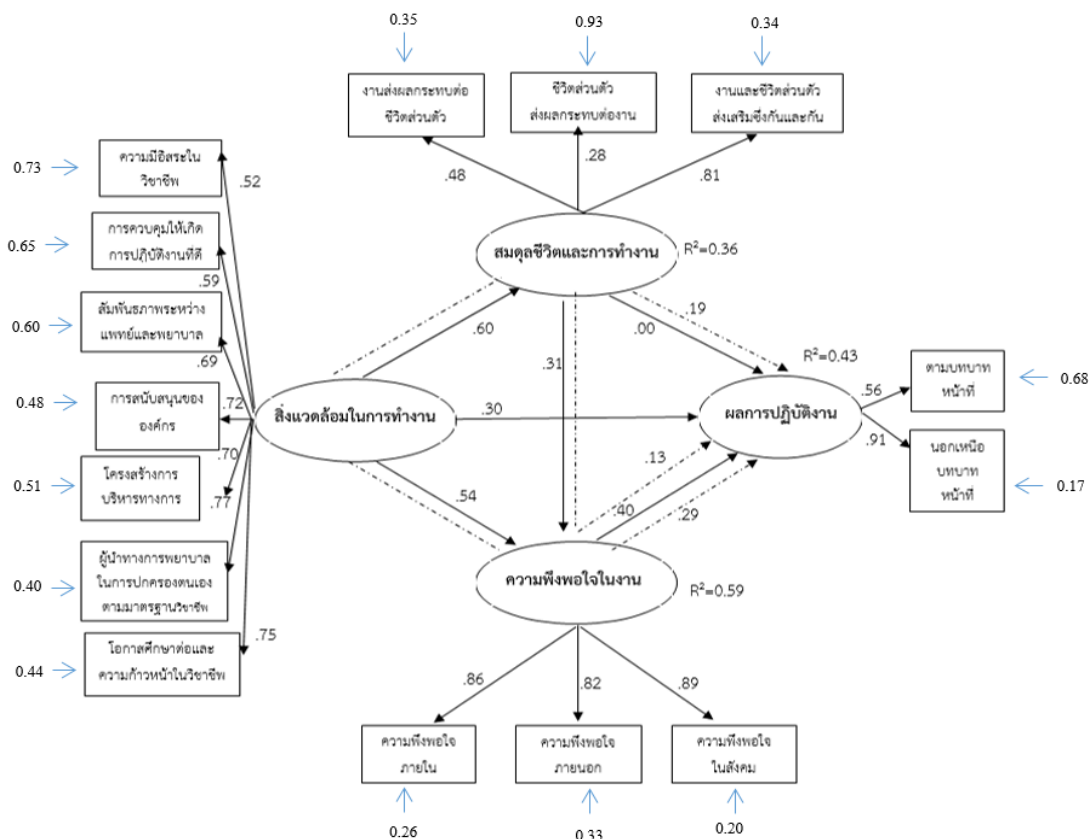
หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บคือค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน, **p<0.01

TE = ผลรวมอิทธิพล, IE = อิทธิพลทางอ้อม, DE = อิทธิพลทางตรง

วารสารกองการพยาบาล

แสดงให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน สมดุลชีวิตและการทำงาน และความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.30, 0.60 และ 0.54 ตามลำดับ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานโดยส่งผ่านสมดุลชีวิตและการทำงานและส่งผลผ่านความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.19 และ 0.29 ตามลำดับ สมดุลชีวิตและการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงาน แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม สมดุลชีวิตและการทำงานมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการ

ปฏิบัติงานโดยส่งผ่านความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.13 นอกจากนี้ สมดุลชีวิตและการทำงาน มีอิทธิพลทางตรงกับความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.31 และความพึงพอใจในงานมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.40 และตัวแปรความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสามารถอธิบายแปรปรวนของผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 43.0 ซึ่งตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ กรมการแพทย์

อิทธิพลทางตรง

อิทธิพลทางอ้อม

อภิปรายผล

1. สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลและสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานโดยส่งผ่านสมดุชีวิตและการทำงาน และความพึงพอใจในงาน รวอลและคณะ¹³ เปรียบเทียบว่าพยาบาลเปรียบเสมือนกระดูกสันหลังของความสำเร็จในระบบบริการสุขภาพ และพยาบาลจะเป็นคนแรกที่ถูกกล่าวถึงเมื่อคิดถึงระบบบริการสุขภาพ และ เซนและกิเบียร์¹⁴ กล่าวว่า ถ้าการดูแลสุขภาพเปรียบเหมือนเลือดของชีวิต สิ่งแวดล้อมในการทำงานก็คือหัวใจที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันผู้ป่วยให้ปลอดภัย ดังนั้นสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดีของพยาบาลจะเป็นแรงบันดาลใจให้พยาบาลทำงานได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และช่วยให้องค์การเติบโตก้าวหน้า

2. สมดุชีวิตและการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานแต่ไม่พบว่ามีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยพบว่า สมดุชีวิตและการทำงานมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานโดยส่งผ่านความพึงพอใจในงาน จากประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยมากกว่า 35 ปี พบว่าบางครั้งพยาบาลอาจรู้สึกขัดแย้งระหว่างภาระหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องงานและไม่ใช่ว่าเรื่องงานบ้าง เช่น วันหยุดราชการ พยาบาลที่มีครอบครัวอาจมีความรู้สึกขัดแย้งในใจไม่พึงพอใจที่ต้องมาปฏิบัติงานในวันหยุดราชการพยาบาลต้องการไปเที่ยวพักผ่อนกับครอบครัว แต่ด้วยความรับผิดชอบในหน้าที่ทำให้ต้องมาปฏิบัติงานและที่สำคัญพยาบาลทุกคนตระหนักดีว่าการเรียนมาในสาขาวิชาชีพพยาบาลนี้ชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงานแตกต่างจากวิชาชีพอื่น วันหยุดวันพักอาจ

ไม่ได้ตามต้องการและพวกเราจะละทิ้งผู้ป่วยไม่ได้ พยาบาลทุกคนถูกหล่อหลอมมาตั้งแต่สมัยเป็นนักเรียนพยาบาลทำให้สามารถบริหารจัดการเวลาให้ลงตัวให้ได้มากที่สุด เกิดความขัดแย้งน้อยและความตึงเครียดน้อยที่สุดในเรื่องระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวด้านอื่นๆ¹³ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งก็คือผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยนั่นเอง จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า สมดุชีวิตและการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานแต่ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อผลการปฏิบัติงาน

3. ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานและมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในงานเป็นความรู้สึกรวมของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก ทำให้รู้สึกกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงาน สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานรวมทั้งส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร¹¹

4. ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานและข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอภิปรายเพิ่มเติมให้เห็นความสัมพันธ์ได้ว่า โดยทั่วไปการปฏิบัติงานของพยาบาลจะตั้งเป้าหมายถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานไว้ การตั้งเป้าหมายจะแสดงให้เห็นถึงความคาดหวังที่อยากจะพัฒนางานให้ดีขึ้น โดยต้องใช้ความพยายาม ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง ดังนั้นสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการรับรู้ในการตั้งเป้าหมายในการทำงานซึ่งจะส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงานดังกล่าวจะทำให้พยาบาลประเมินความรู้สึกของตนเองว่ามีสมดุชีวิตและการทำงานหรือไม่ งานส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว

วาระสารกองการพยาบาล

ด้านอื่นๆ ชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน หรืองานและชีวิตส่วนตัวส่งเสริมซึ่งกันและกันไป ด้วยกันได้ดี พยาบาลรู้สึกมีความพึงพอใจในงาน มีความสุข ส่งผลให้การปฏิบัติงานดี มีมาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมายขององค์การที่ตั้งไว้

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ด้านการขยายองค์ความรู้ เกี่ยวกับการเพิ่มผลผลิตจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมการแพทย์ จากผลการวิจัยพบว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาล ดังนั้น จะต้องจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล ด้านต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมในการทำงานยังมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลทั้งทางตรงต่อสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่านสมดุลชีวิตและการทำงาน

ดังนั้น ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีสมดุลชีวิตและการทำงานที่ดี ส่งผลถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี มีมาตรฐาน จะต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลสามารถบริหารเวลาระหว่างชีวิตการทำงาน และเวลาด้านอื่นได้ลงตัว ส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกันได้แก่ การสนับสนุนขององค์การโดยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดตารางการปฏิบัติงาน การจัดตารางปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่น การเลือกวันหยุดพักผ่อนได้ จัดให้มีอัตรากำลังที่เพียงพอต่อภาระงาน มี

แผนสำรองอัตรากำลังกรณีอัตรากำลังขาดฉุกเฉิน สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลทั้งทางตรงต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานผ่านความพึงพอใจในงาน ดังนั้นในแง่การขยายองค์ความรู้ เพื่อให้พยาบาลมีความพึงพอใจส่งผลถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี มีมาตรฐาน จะต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลเกิดความรู้สึกพึงพอใจในงาน เมื่อพยาบาลรู้สึกพึงพอใจในงานย่อมส่งผลทำให้ผลการปฏิบัติงานออกมาดีด้วย

2. ด้านการบริหารจัดการโรงพยาบาล

ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้เป็นประโยชน์และใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่เป็นทรัพยากรมนุษย์กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดขององค์การ มุ่งสร้างและธำรงไว้ให้องค์การมีสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินการที่ดีอยู่เสมอและสอดคล้องกับความต้องการของพยาบาล รวมทั้งสนับสนุนให้พยาบาลมีชีวิตและการทำงานที่สมดุลกัน เพื่อให้พยาบาลและองค์การสามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและสามารถปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จตามที่ต้องการมุ่งหวัง

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของสหวิชาชีพอื่น ๆ ในทีมสุขภาพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ เพื่อดูผลการศึกษว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่

References

1. Uraiporn Janta-Um-Mou, Danulada Jamjuree, Sirima Leelawong. Assessment of job satisfaction, and work-life balance of health personnel in the Ministry of Public Health. 2nd ed. Nonthaburi: Nursing Division, Ministry of Public Health; 2011. Thai.
2. Krisada Sawaengdee. Research results show that Thai nurses are stressed by 50%. [Internet].2015 [cited 2018 Feb 3]; Available from: <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/200859.Thai>.
3. Siwaporn Ongsri. Insecurity at work and low quality of life among nurses. [Internet].2018 [cited 2018 Feb 3]; Available from: <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/200859.Thai>.
4. Darcy, C., Mccarthy, A., Hill, J., Grady, G. Work-life balance: One size fits all? An exploratory analysis of the differential effects of career stage. *Europea Management Journal*. 2012; 30(2): 111-20.
5. Ma, H., A.L. Jiang. Literature review of nursing leadership. *Chinese Nursing Management*. 2007; 7(8): 36-8.
6. Marcinkus, W. C., Whelan-Berry, K. S., Gordon, J. R. The relationship of social support to the work-family balance and work outcomes of midlife women. 2007.
7. Biswas, S. Psychological climate as an antecedent of job satisfaction & job involvement. *The India Journal of Industrial Relation*. 2011; 46(3):465-77.
8. Yau-De Wang, C. Y., Kuei-Ying Wang. Comparing public and private employees' job satisfaction and turnover. *Public Personel Management*. 2012; 41(3): 557-73.
9. Lynch, P.D., Eisenberger, R., Armeli, S. Perceived organizational support: Inferior versus superior performance by wary employees. *Journal of applied psychology*, 1999; 84(4):467- 83.
10. Aiken, L.H., Patricia, A.P. Measuring organizational traits of hospital: The revised nursing index. *Nursing Research*. 2000; 49(3):146-58.
11. Hayman, J. Psychometric Assessment of an Instrument Designed to Measure Work Life Balance. *Research and Practice in Human Resource Management*. 2005; 13(1):85-91.
12. Schnake, M.E. An empirical assessment of the effects of affective response in the measurement of organizational climate. *Personel Psychology*. 1983; 36(4): 791-800.
13. Medical Department. Structure and organization chart. [Internet].2018 [cited 2018 February 5]. Available from: <http://www.dms.moph.go.th>. Thai.
14. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. Aderson, R.E. *Multivariate data analysis*. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์

ชุลินดา ทิพย์เกษร*

พย.ม (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ใช้แนวคิดของ William Edwards Deming (PDCA) การดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์และการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติ และการทดลองใช้ ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติ ระยะเวลาในการศึกษาคั้งนี้ เดือนมิถุนายน 2564 – สิงหาคม 2564 กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin จำนวน 20 ราย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 ราย เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน ดังนี้ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติ 20 ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 7 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, และ .88 ตามลำดับ 2. เครื่องมือที่ประกอบการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ มีทั้งหมด 2 หมวด ประกอบด้วย 1. หลักการบริหารยาให้ปลอดภัย 2. เทคนิคการฉีดยาให้ปลอดภัย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.9 และ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติ ประกอบด้วย หลักการบริหารยาให้ปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ และเทคนิคการฉีดยาให้ปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin มีแนวโน้มลดลง ความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติ คิดเป็น ร้อยละ 86.36 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล อินเทอร์เน็ต อากาไม่พึงประสงค์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชลบุรี

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

Development of a Nursing Practice Guideline of Enoxaparin Treated Patients on Adverse Reactions.

Chulinda Tipkasorn *

M.N.S. (Adult Nursing)

Abstract

This study was to develop a practice guideline for nursing patients to prevent adverse events from receiving Enoxaparin in internal medicine wards. Chon Buri Hospital uses the concept of William Edwards Deming (PDCA) to operate in 3 phases: Phase 1, the study of problems, situations and operations in caring for patients receiving Enoxaparin; Phase 2, the development of guidelines. and the third phase of the trial to evaluate the use of the guideline The duration of this study June 2021 – August 2021 The target groups were divided into 2 groups: 20 Enoxaparin-treated patients and 18 professional nurses. The instruments used were divided into 2 parts as follows: 1. The instrument used for data collection consisted of: The patient data record form of Enoxaparin-treated patients, the 20-item guideline evaluation form, and the 7-item satisfaction questionnaire received Cronbach's alpha coefficients of .88, and .88, respectively. The tools involved in the use of the guideline are: Nursing Practice Guidelines, which are divided into 2 categories: 1. Principles for safe drug administration 2. Techniques for safe injections. General Data Sheet and Patient Assessment of Adverse Reactions coefficient Alpha Cronbach were 0.9 and 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics for mean, percentage and standard deviation.

The results of the study found that The use of the guideline consisted of 10 principles for safe drug administration and 10 techniques for safe injections. Patients with adverse reactions from receiving Enoxaparin tended to decrease. The probability of using the guideline was 86.36%. The satisfaction of professional nurses was at a good level.

Key words: Clinical nursing practice guideline Enoxaparin, Adverse Reactions

* Registered Nurse, Professional Level, Chon Buri Hospital

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

บทนำ

กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant agents) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ใช้บ่อย ซึ่งเป็นยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดที่อาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย เฮปาริน (Heparin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดหนึ่ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เฮปาริน แบบ ชนิด โมเลกุลหนัก (Unfractionated Heparin: UFH) และเฮปารินแบบ โมเลกุลเล็ก (Low Molecular Weight: LMWH) LMWH เป็นยาที่สกัดเอาส่วนของเฮปารินที่มีโมเลกุลน้อย คือ น้อยกว่า 50,000 Dalton โดยที่ส่วนสกัดนั้นมีฤทธิ์ในการป้องกันการแข็งตัวของเลือด

Enoxaparin เป็นยาในกลุ่ม LMWH ที่นิยมใช้ในประเทศไทยใช้ในการยับยั้งการจับตัวของโปรตีนในกระแสเลือด มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันในระยะเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) ผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันที่ขาดำ (deep vein thrombosis)¹ ซึ่งยามีฤทธิ์เป็นกรดจะส่งผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายขึ้นทั้งแบบรุนแรง (Major bleeding) และไม่รุนแรง (Minor bleeding) ซึ่งแบบรุนแรง ได้แก่ ก้อนเลือดออกใต้ผิวหนัง (Hematoma) เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal hemorrhage : UGIH) แบบที่ไม่รุนแรง ได้แก่ รอยเลือด Bruise/Ecchymosis Epitaxis Hematuria, Melena และ Hemoptysis² สำหรับเลือดที่ออกใต้ผิวหนังในบริเวณที่ฉีดยาบางรายอาจเกิดรอยจ้ำเลือดขนาดเล็ก (Bruise) บางรายอาจเกิดก้อนเลือดขนาดใหญ่ (hematoma) ได้

ผิวหนัง แม้ว่าพยาบาลผู้ฉีดยาจะฉีดด้วยวิธีมาตรฐานแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังมีอีกหลายปัจจัยร่วมที่จะส่งผลต่อการเกิดเลือดออกง่าย เช่น ในผู้สูงอายุ จำนวนขนาดของ Enoxaparin การใช้ร่วมกันกับยาอื่น ได้แก่ Aspirin Clopidogrel หรือ Warfarin เทคนิคการฉีดยาไม่ถูกต้อง การฉีดยาซ้ำในตำแหน่งเดิม การเลือกตำแหน่งที่ฉีด ขนาดของเข็มที่ฉีด การดูดอากาศเข้าในเข็มก่อนฉีด การคลึงการนวดภายหลังฉีดยา และระยะเวลาในการฉีดยา³ และภาวะแทรกซ้อนที่พบที่สำคัญอีกเรื่องคือเกิดภาวะเจ็บปวดจากการฉีดยา⁴ เพราะขณะแทงเข็มเข้าผิวหนัง เนื้อเยื่อเส้นประสาทถูกทำลาย (Nociceptive pain) เป็นความเจ็บปวดที่เป็นผลจากการที่ตัวรับความเจ็บปวด (Nociceptors) ถูกกระตุ้น ซึ่งเกิดกลไกของความเจ็บปวดส่งสัญญาณไปยังไขสันหลังก่อนส่งสัญญาณไปรับรู้ความปวดที่สมองอธิบายด้วยทฤษฎีของความปวด⁵

ผู้วิจัยได้ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาลเพื่อลดปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา Enoxaparin ซึ่งเป็นยาที่ใช้บ่อยในโรงพยาบาลชลบุรี โดยงานวิจัยนี้เป็น การวิจัยและพัฒนาเพื่อและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นการต่อยอดจากการทำ CQI เรื่องแนวทางการบริหารยา Enoxaparin สำหรับพยาบาล (ปีงบประมาณ 2558-2559) และพัฒนาต่อยอดหมุนวงล้อคุณภาพ (PDSA) ต่อในปีงบประมาณ 2563 ปรับปรุงจนกระทั่งตกผลึกเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์หรือผู้ป่วยอายุครรภ์หญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี

เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยบริการพยาบาลและนอกหน่วยบริการพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เนื่องจากนโยบายเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) เป็นนโยบายสำคัญที่จะสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน มีความสมดุล มีการพัฒนาเชิงระบบ ด้วยการมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน โดยได้มีการลงนามในปฏิญญาการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกันของ 15 องค์กรที่เกี่ยวข้องและเป็นการพัฒนาที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน

ผู้วิจัยได้ดำเนินงานโดยเริ่มจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับยาดังกล่าวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งพบว่าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 6 โรงพยาบาลชลบุรี มีผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) เข้ารับการรักษาจำนวนมาก โรคก่อนเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขา (Deep Vein Thrombosis: DVT) และโรคก่อนเลือดอุดตันที่ปอด (Pulmonary Embolism: PE) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin จากการสำรวจอัตราการเกิดจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดดำแหน่งที่ฉีดยา ตั้งแต่เดือนตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยเกิดรอยจ้ำเลือด (Ecchymosis) หลังฉีดยาร้อยละ 35 ก้อนเลือด (Hematoma) ร้อยละ 13 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 304 ราย^๑ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปวดรู้สึกไม่สุขสบาย และสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งผู้ป่วยอายุรกรรมมีปัจจัยร่วม

ที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วยหลายปัจจัย เช่น เป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรคซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือด้านการแข็งตัวของเลือดหลายตัว เป็นต้น

จากนั้น วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาหรือความเสี่ยงดังกล่าว พบว่า ทีมการพยาบาลมีทักษะไม่เพียงพอในการบริหารยา Enoxaparin ขาดการประเมินที่ต่อเนื่อง ขาดการตระหนักซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังได้รับยาฉีด Enoxaparin ทีมงานได้ร่วมกันวางแผนและวางแผนงานแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin โดยมีแพทย์และเภสัชกรเป็นที่ปรึกษา ทบทวนมาตรฐานการบริหารยา แนวทางการวัดตำแหน่งมาปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้แนวทางบริหารยา Enoxaparin ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ ที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือเพิ่มเติม และศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยคาดหวังว่าสามารถนำไปเป็นมาตรฐานสำหรับองค์กร โดย

1. เสริมสร้างความรู้เรื่องยาและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ให้แก่ทีมการพยาบาล โดยเน้นที่พยาบาลจบใหม่และผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการฉีดยาด้านการแข็งตัวของเลือดมาก่อน

2. จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin และทบทวนแนวทางปฏิบัติทุก 3-6 เดือน และทุกครั้งเมื่อเกิดอุบัติการณ์

3. จัดทำแบบฟอร์มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งอาการและตำแหน่งที่ฉีดยา

4. จัดทำเอกสารข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งอาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อพบ ผู้วิจัยได้

ประเมินผลการดำเนินงานโดยติดตามเฝ้าระวัง ปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา Enoxaparin ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ อัตราการเกิด อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ได้แก่ Major bleeding และ Ecchymosis : เลือดออกใต้ผิวหนังไม่มีขอบเขตนเส้นผ่านศูนย์กลาง มากกว่า 10 มิลลิเมตร และอาการปวด ความ เป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติ และความพึง พอใจของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ ได้รับยา Enoxaparin และผลการเปลี่ยนแปลง ภายหลังการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพด้านการ พยาบาลเพื่อลดปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์
2. ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึง ได้แก่ Major bleeding และ Ecchymosis เลือดออกใต้ผิวหนังไม่มีขอบเขตนเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 10 มิลลิเมตร และอาการปวด
3. ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติ ของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin
4. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิด การจัดการคุณภาพและวงจรเดมมิงของ William Edwards Deming (PDCA)⁷ โดยมีขั้นตอนการ ดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหาสถานการณ์และการปฏิบัติงานด้านการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับ ยา Enoxaparin (Root cause analysis: RCA) ระยะที่ 2 พัฒ นา แนว ทาง ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จาก การได้รับยา Enoxaparin และการทดลองใช้ ระยะ ที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการ ไม่พึงประสงค์ ในการกำหนดกิจกรรมการพัฒนา แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็น ระบบที่สำคัญกับการบริหารความเสี่ยง ความ ปลอดภัย การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาและ ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี โดยประเมินกระบวนการของ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล ชลบุรี ได้แก่ (1) การปฏิบัติตามแนวทางของ พยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin และ (2) ความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์กับผู้ป่วยทุก รายที่ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin ได้แก่

ลดอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ได้แก่ Major bleeding และ Ecchymosis : เลือดออกใต้ผิวหนังไม่มีขอบนูนเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 10 มิลลิเมตร โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือน สิงหาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีจำนวนประชากรที่จะศึกษามีจำนวนไม่เกิน 100 จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 % จากตารางสำเร็จรูปของเพชร์น้อย สิงห์ขางชัย^๑ ได้กลุ่มผู้ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 18 คน และกลุ่มผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติการบริหารยา Enoxaparin สำหรับพยาบาล คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin ในผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก. 6 โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนสิงหาคม 2564 จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. อยู่ในภาวะวิกฤติหรือเสียชีวิต
2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ไม่ครบ 3 วัน

ซึ่งในการศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องคัดออกจากการศึกษา เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีภาวะวิกฤติหรือเสียชีวิตหรือเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมไม่ครบ 3 วันตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์ถอนออก (Withdrawal criteria)

1. อาสาสมัครถอนตัว
2. งดยาฉีด หรือฉีดยาไม่ครบ 6 เข็ม
3. ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวินิจฉัย แบบบันทึกการฉีดยา Enoxaparin ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบบันทึกการฉีดยาที่สามารถบันทึกตำแหน่งของภาวะเลือดออกผิดปกติที่ผิวหนังของผู้ป่วยพร้อมทั้งขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ได้ค่า CVI 0.9 แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.88

1.2 แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้ถ้าสามารถปฏิบัติได้ให้ลงเครื่องหมายในช่อง "ปฏิบัติได้" ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้บางส่วนให้ลงในช่อง "ปฏิบัติไม่ได้" พร้อมทั้งให้เหตุผลหรือข้อเสนอนแนะ ได้ค่า CVI 0.9 แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.88

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับจำนวน 7 ข้อ คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย ค่า CVI 0.9 แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย

วารสารกองการพยาบาล

คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือประกอบการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 2 หมวด ได้แก่

1.1 หลักการบริหารยาให้ปลอดภัย การให้ยา 7R ประกอบด้วย (1) right client ผู้ที่รับยาต้องถูกคน (2) right drug ให้ยาถูกชนิด (3) right dose ให้ยาในขนาดที่ถูกต้อง (4) right route วิธีการให้ยาถูกต้อง (5) right time ให้ยาถูกต้องตามเวลา (6) right technique การให้ยาต้องปฏิบัติโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ และ (7) right documentation การบันทึกการให้ยาถูกต้อง

1.2 เทคนิคการฉีดยาให้ปลอดภัย จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเทคนิคการฉีดยากลุ่ม LMWH คู่มือประกอบการใช้แนวทางการบริหารยา Enoxaparin สำหรับพยาบาลและแบบฟอร์มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งอาการและตำแหน่งที่ฉีดยา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อให้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญการโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน เกสัชกรที่ชำนาญด้านยาโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลซึ่งเป็นผู้ชำนาญการด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) 0.9

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin ดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบฟอร์มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งอาการและตำแหน่งที่ฉีดยา ประกอบด้วย จำนวนปริมาณยาที่ใช้ต่อวัน การบันทึกตำแหน่งที่ได้รับการฉีดยา การบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา ได้แก่ Major bleeding และเลือดออกใต้ผิวหนัง และการบันทึกระดับความปวด ประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scales:NRS) โดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง โดยคะแนน 0 คือไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด ได้ค่า CVI 0.9 แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.88

การตรวจสอบความตรง (Validity)

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อให้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของแนวทางการปฏิบัติการบริหารยา Enoxaparin สำหรับพยาบาลและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้ชำนาญการด้านโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ผู้ชำนาญการและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 2 ท่าน และเกสัชกรที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปใช้

ในการวิจัย ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Enoxaparin จำนวน 10 ราย และพยาบาลวิชาชีพตามคุณสมบัติของประชากรจำนวน 10 คน นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่น 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2564 มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์และการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี โดยผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ.2562-2563) มีขั้นตอน คือ

1. ศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี จากอุบัติการณ์ที่พบและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย

2. วิเคราะห์ระบบ ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า/ตัวป้อนระบบ กระบวนการ กลไกการควบคุมและผลผลิตจากแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อกำหนดเป้าหมาย (ตัวชี้วัด)

ผลลัพธ์: ข้อมูลอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ที่สะท้อนถึงสภาพปัญหา การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและข้อมูลเชิงระบบเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า/ตัวป้อน ระบบ

กระบวนการ กลไกการควบคุมและผลผลิตของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่าย

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin โดยใช้วงจร PDCA มีขั้นตอน คือ

1. ทบทวนเอกสาร วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิบัติการบริหารยา Enoxaparin สำหรับพยาบาล และผลจากการวิเคราะห์ระยะที่ 1 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

2. ออกแบบ (ร่าง) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการจำหน่าย เพื่อกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การบริหารทรัพยากร และการติดตามประเมินผล และตรวจสอบคุณภาพของโครงร่างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์โดยผู้เชี่ยวชาญ

3. ทดลองใช้ (ร่าง) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์เริ่มต้น โดยการประชุมชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบโครงการวิจัย การทดลองปฏิบัติ ประเมินผลควบคุมกำกับ และทบทวนผลลัพธ์ที่ได้ เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับปรุงแนวปฏิบัติ เป็นระยะ ๆ ทุก 3 เดือน

4. นำผลการทดลองแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติสร้างแนวปฏิบัติ ของผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ยกร่างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

วาระการพิจารณา

ด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ ซึ่ง 2 ส่วน จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

1. หลักการบริหารยาให้ปลอดภัย ได้แก่

1.1 ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ก่อนเตรียมยาทุกครั้ง

1.2 ตรวจสอบชื่อยา ชนิด ขนาด วันหมดอายุ และลักษณะผิดปกติของยาก่อนการเตรียมยา และ

มีการตรวจสอบการให้ยาโดยพยาบาล 2 คน

1.3 ล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมยา

1.4 สอบถามชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วยให้ตรงกับใบบันทึก การให้ยา หรือตรวจสอบ

กับป้ายชื่อมือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารได้

1.5 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและอธิบายถึงชนิดฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงรวมทั้งข้อปฏิบัติที่ควรทราบ

1.6 เลือกตำแหน่งสำหรับฉีดยาและจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม

1.7 ฉีด ยา ถูก ต้อง ตาม หลัก 7R ซึ่งประกอบด้วย 1) right client ผู้ที่รับยาต้องถูกคน 2) right drug ให้ยาถูกชนิด 3) right dose ให้ยาในขนาดที่ถูกต้อง 4) right route วิธีการให้ยาถูกต้อง 5) right time ให้ยาถูกต้องตามเวลา 6) right technique การให้ยาต้องปฏิบัติโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ และ 7) right documentation การบันทึกการใช้ยาถูกต้อง

1.8 สังเกตการออกฤทธิ์ของยาและอาการผิดปกติขณะ และหลังฉีดยา

1.9 ล้างมือให้สะอาดหลังการฉีดยา

1.10 ลงบันทึกการฉีดยาในแบบบันทึกการให้ยาอย่างถูกต้อง และครบถ้วน

2. เทคนิคการฉีดยาให้ปลอดภัย ได้แก่

2.1 วางถุงน้ำแข็งบริเวณหน้าท้องประมาณ 5 นาที ก่อนและหลังฉีดยา เนื่องจากความเย็นจะช่วยลดความเจ็บปวดขณะฉีดยาและลดการเกิดรอยจ้ำเลือดภายหลังการฉีดยา

2.2 จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าที่สบายชันเข่าทั้ง 2 ข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งเพื่อให้ผิวหนังหน้าท้องหย่อน

2.3 เริ่มฉีดยาเข็มแรกบริเวณหน้าท้องทางด้านขวาของผู้ป่วยตำแหน่งที่ 1 ตาม Model ห่างจากสะดือ 5 เซนติเมตร เพื่อหลีกเลี่ยงเส้นเลือดดำอัมบิลิคัล (umbilical) และเปลี่ยนสลับด้านที่ฉีดยาตาม Model ทุกครั้ง ถ้าพบว่ามียารอยจ้ำ จ้ำเลือดหรือก้อนเลือด (Hematoma) ให้เลื่อนจุดที่ฉีดยาออกไปห้ามฉีดซ้ำรอยเดิม

2.4 ห้ามใส่ฟองอากาศออกจากกระบอกฉีดยาเนื่องจากฟองอากาศจะช่วยดันยาให้เข้าไปอยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง ป้องกันการย้อนกลับของยาตามรอยรูเข็มที่ทำให้เกิดรอยจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดใต้ผิวหนัง

2.5 ความจำเป็นที่ต้องให้ยาขนาดน้อยกว่า 60 มิลลิกรัม เนื่องจากยา enoxaparin ที่มีใช้ในโรงพยาบาล มีเฉพาะขนาด 60 มิลลิกรัมเท่านั้นทำได้โดยไลยาทิ้ง ซึ่งมีเทคนิคไลยาที่แตกต่างจากการฉีดยาทั่วไป โดยไม่ให้ฟองอากาศในกระบอกยาหายไป ให้คว่ำกระบอกยาลง เข็มชี้ลงพื้น ฟองอากาศลอยอยู่ด้านบน ไลยาทิ้งให้เหลือ โดย 1 ซีซี ซึ่งเท่ากับ 10 มิลลิกรัม

2.6 ใช้สาลีแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้องตำแหน่งที่จะฉีดยาอย่างนุ่มนวล ใช้มือข้างที่ถนัดจับกระบอกฉีดยา ส่วนมือข้างที่ไม่ถนัดจับผิวหนังขึ้นด้วยนิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ และนิ้วกลางฉีดยาโดยปักเข็มในแนวตั้งฉาก (90 องศา) กับผิวหนังหน้าท้อง ไม่ต้องดึงแกนใน

ของกระบอกฉีดยาขึ้นเพื่อทดสอบ ตำแหน่งของปลายเข็มว่าเข้าไปในหลอดเลือดหรือไม่ เพราะการดึงแกนในของกระบอกฉีดยาจะทำให้เกิดแรงดันลมในกระบอกฉีดยาจนถึงตำแหน่งของปลายเข็ม ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดเล็กบริเวณปลายเข็มแตกได้ การฉีดยาจึงให้ดันยาลงไปทันทีที่ปักเข็มและให้ดันยาอย่างช้า ๆ พร้อมทั้งดันอากาศที่อยู่ในกระบอกฉีดยาตามลงไปด้วยให้หมดดั่งเข็มฉีดยาออกในแนวตรงในเวลา 30 วินาที

2.7 เมื่อเดินยาหมด กดลงเต็มทีระบบนิรภัยจะถูกทำงานอย่างอัตโนมัติ เพื่อป้องกันอันตรายจากการ ใช้เข็มดั่งเข็มฉีดยาออกในแนวตรง ขณะเดียวกันยังไม่ปล่อยมือข้างที่จับดั่งผิวหนังไว้ใช้สาลีแห้งปิด รอยที่ฉีดยาโดยกดเบา ๆ ให้ผิวหนังยุบลงประมาณ 1 เซนติเมตร กดเพื่อห้ามเลือดประมาณ 30 วินาที (ห้ามนวดหรือ คลึงผิวหนัง) จากนั้นนำถุงน้ำแข็งมาวางที่ผิวหนังหน้าท้องอีกครั้งประมาณ 5 นาที ใช้สาลีกดไว้ และปิดพลาสเตอร์ทับ

2.8 ก่อนและหลังฉีดยาทุกครั้งให้สังเกตและประเมินรอยจุด (Spot) จ้ำเลือด (Bruise) หรือก้อน เลือด (Hematoma) ด้วยการวัดขนาดและลงบันทึกในตารางการฉีดยากลุ่ม LMWH และบันทึกในแบบ บันทึกทางการพยาบาล

2.9 บันทึกทางการพยาบาล พร้อมส่งข้อมูลตำแหน่งที่ฉีดยา Enoxaparin ที่ไปบันทึกการให้ยาของผู้ป่วย เฝ้าระวัง และประเมินภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดยา Enoxaparin อย่างต่อเนื่อง

2.10 หลังฉีดยา 48 ชั่วโมง ประเมินขนาดจ้ำเลือด หรือก้อนเลือด โดยผู้ประเมินเป็นคนละคนกับผู้ที่ฉีดยา

การตรวจสอบคุณภาพ (ร่าง) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย

Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา การพยาบาล การบริหารยาจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความสอดคล้องโครงร่างของแนวทางปฏิบัติฯ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานที่ประกอบด้วย การวางแผน กำหนดเป้าหมาย และวิธีการประเมิน การดำเนินการประเมิน ตรวจสอบ และวิเคราะห์ผลการประเมิน จากนั้นนำมาเป็นข้อเสนอแนะ ดำเนินการประเมิน ดังนี้

1. ประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ ประเมินกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ในช่วงเวลาดังกล่าว และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย ประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนด ได้แก่ Major bleeding และ Ecchymosis: เลือดออกใต้ผิวหนัง ไม่มีขอบเขตนเส้นผ่านศูนย์กลาง > 10 มม. มากกว่า 20% และ Pain หลังได้รับยาลดลงมากกว่า 20%

พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ โดยประเมินผลจากการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

2. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ (1) ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ และ (2) ผลของการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2564

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลชลบุรีเลขที่โครงการ 143/63/N/q ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และสิทธิในการเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วม รวมถึงการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการได้ลงนามในใบยินยอม การรายงานและนำเสนอผลการวิจัย ทำในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ พบว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ได้จริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรีได้ เนื่องจากทีมผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิมมาปรับปรุง และพบประเด็นปัญหาดังต่อไปนี้

ด้านผู้ป่วย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ มีความบกพร่องการทำงานของไต ได้รับยาพร้อมที่มีผลต่อภาวะเลือดออก ไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นก่อนได้รับยา มีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งส่งผลทำให้อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยารุนแรงเพิ่มมากขึ้น

ด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin ตามความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิม การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ขาดการเฝ้าระวังอย่างเป็นแบบแผน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรง ได้แก่ เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ก้อนเลือดหรือจ้ำเลือดบริเวณที่ฉีดยา

ด้านอุปกรณ์ พบว่า ไม่มีอุปกรณ์ในการวัดตำแหน่งฉีดยาทำให้เกิดการฉีดยาซ้ำตำแหน่งเดิมการวัดขนาดของก้อนเลือดหรือจ้ำเลือด ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีคู่มือในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาให้กับผู้ป่วย

ด้านวิธีการ พบว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่มีอยู่เดิมไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนขาดการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่พบเหล่านี้ ทีมผู้วิจัยจึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ ตั้งแต่ก่อนได้รับยาจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนได้รับยา การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาล และการประเมินการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์

2. ผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ Major bleeding และ Ecchymosis : เลือดออกใต้ผิวหนังไม่มีขอบเขตน เส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 10 มิลลิเมตร และอาการปวด

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 20 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 75) อายุมากที่สุดคือ 85 ปีอายุน้อยที่สุดคือ 43 ปี อายุเฉลี่ย 66.5 ปี การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ กลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีการยกสูงของเอสทีเซกเมนต์ (NSTEMI) จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 30) โรคร่วมส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 25) ยาที่ได้รับรวมและมีผลต่อภาวะเลือดออกส่วนใหญ่ คือ ยา ASA, Clopidogrel

จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 75) ส่วนใหญ่มีภาวะไตเสื่อมในระดับปานกลาง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35)

ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์จากผู้ป่วย พบว่า เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15) ได้แก่ รอยจ้ำเลือด 1 ครั้ง ปัสสาวะเป็นเลือด (hematuria) 1 ครั้ง เสมหะเป็นเลือด 1 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ก่อนการพัฒนา พบว่ามีแนวโน้มลดลง รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์จากผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2562-2564

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1. Major bleeding	0	13	1	0
2. Ecchymosis: เลือดออกใต้ผิวหนัง ไม่มีขอบุน เส้นผ่านศูนย์กลาง > 10 มม. มากกว่า 20%	ลดลงมากกว่า 20%	40	35	0
3. Pain หลังได้รับยา	ลดลงมากกว่า 20%	60	20	10

3. การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin

การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทั้งหมด 20 ข้อ พบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ทั้งหมด 17 ข้อ ที่ปฏิบัติไม่ได้ 3 ข้อ ได้แก่ ด้านหลักการบริหารยาให้ปลอดภัย มีสังเกตการออก

ฤทธิ์ของยาและอาการผิดปกติขณะ และหลังฉีดยา ปฏิบัติไม่ได้ร้อยละ 88.89 และลงบันทึกการฉีดยาในแบบบันทึกการให้ยาอย่างถูกต้อง และครบถ้วน ปฏิบัติไม่ได้ร้อยละ 88.89 เช่นกัน ส่วนด้านเทคนิคการฉีดยาให้ปลอดภัยบันทึกทางพยาบาล พร้อมส่งข้อมูลตำแหน่งที่ฉีดยา Enoxaparin ที่ใบบันทึกการให้ยาของผู้ป่วย เฝ้าระวัง และประเมินภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดยา Enoxaparin อย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติไม่ได้ร้อยละ 61.11 รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ
การรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ ปีงบประมาณ 2564

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล	ผลการประเมิน	
	ปฏิบัติได้ (%)	ปฏิบัติไม่ได้ (%)
1. หลักการบริหารยาให้ปลอดภัย		
1.1 ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ก่อนเตรียมยาทุกครั้ง	100	0
1.2 ตรวจสอบชื่อยา ชนิด ขนาด วันหมดอายุ และ ลักษณะผิดปกติของยาก่อนเตรียมยา และมีการตรวจสอบการให้ยาโดยพยาบาล 2 คน	100	0
1.3 ล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมยาเกิดขึ้น	100	0
1.4 สอบถามชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิด ของผู้ป่วยให้ตรงกับใบบันทึก การให้ยา หรือตรวจสอบกับป้ายชื่อมือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารได้	100	0
1.5 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและอธิบายถึงชนิด ฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงรวมทั้งข้อปฏิบัติที่ควรทราบ	100	0
1.6 เลือกตำแหน่งสำหรับฉีดยาและจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม	100	0
1.7 ฉีดยาถูกต้องตามหลัก 7R ซึ่งประกอบ ด้วย (1) right client ผู้ที่รับยาต้องถูกคน (2) right drug ให้ยาถูกชนิด (3) right dose ให้ยาในขนาดที่ถูกต้อง (4) right route วิธีการให้ยาถูกต้อง (5) right time ให้ยาถูกต้องตามเวลา (6) right technique การให้ยาต้องปฏิบัติโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ และ (7) right documentation การบันทึกการให้ยาถูกต้อง	100	0
1.8 สังเกตการออกฤทธิ์ของยาและอาการผิดปกติขณะ และหลังฉีดยา	89.89	11.11
1.9 ล้างมือให้สะอาดหลังการฉีดยา	100	0
1.10 ลงบันทึกการฉีดยาในแบบบันทึกการให้ยาอย่างถูกต้อง และครบถ้วน	89.89	11.11
2. เทคนิคการฉีดยาให้ปลอดภัย		
2.1 วางถุงน้ำแข็งบริเวณหน้าท้องประมาณ 5 นาที ก่อนและหลังฉีดยา เนื่องจากความเย็นจะช่วยลดความเจ็บปวดขณะฉีดยาและลดการเกิดรอยจ้ำเลือดภายหลังการฉีดยา	100	0
2.2 จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าที่สบายชันเข่าทั้ง 2 ข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งเพื่อให้ผิวหนังหน้าท้องหย่อน	100	0
2.3 เริ่มฉีดยาเข็มแรกบริเวณหน้าท้องทางด้านขวาของผู้ป่วยตำแหน่งที่ 1 ตาม Model ห่างจากสะดือ 5 เซนติเมตร เพื่อหลีกเลี่ยงเส้นเลือดดำอัมบิลิคัล (umbilical) และเปลี่ยนสลับด้านที่ฉีดยาตาม Model ทุกครั้ง ถ้าพบว่ามีรอยช้ำ จ้ำเลือด หรือก้อนเลือด (Hematoma) ให้เลื่อนจุดที่ฉีดยาออกไปห้ามฉีดซ้ำรอยเดิม	100	0
2.4 ห้ามใส่ฟองอากาศออกจากกระบอกฉีดยาเนื่องจากฟองอากาศจะช่วยดันยาให้เข้าไปอยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง ป้องกันการย้อนกลับของยาตามรอยเข็มที่ทำให้เกิดรอยจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดได้ผิวหนัง	100	0
2.5 ความจำเป็นที่ต้องให้ยานานน้อยกว่า 60 มิลลิกรัม เนื่องจากยา enoxaparin ที่มีใช้ในโรงพยาบาล มีเฉพาะขนาด 60 มิลลิกรัมเท่านั้น ทำได้โดยไลยาทิ้ง ซึ่งมีเทคนิคไลยาที่แตกต่างจากการฉีดยาทั่วไป โดยไม่ให้ฟองอากาศในกระบอกยาหายไป ให้คว่ำกระบอกยาลง เข็มชี้ลงพื้นฟองอากาศลอยอยู่ด้านบน ไลยาทิ้งให้เหลือ โดย 1 ซีซี ซึ่งเท่ากับ 10 มิลลิกรัม	100	0

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ
การรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ ปีนงบประมาณ 2564 (ต่อ)

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล	ผลการประเมิน	
	ปฏิบัติได้ (%)	ปฏิบัติไม่ได้ (%)
2.6 ใช้สาลีแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้องตำแหน่งที่จะฉีดยาอย่างนุ่มนวล ใช้มือข้างที่ถนัดจับกระบอกฉีดยา ส่วนมือข้างที่ไม่ถนัดจับผิวหนังขึ้นด้วยนิ้วหัวแม่มือนิ้วชี้ และนิ้วกลางฉีดยาโดยปักเข็มในแนวตั้งฉาก (90 องศา) กับผิวหนังหน้าท้อง ไม่ต้องดึงแกนในของกระบอกฉีดยาขึ้นเพื่อทดสอบ ตำแหน่งของปลายเข็มว่าเข้าไปในหลอดเลือดหรือไม่ เพราะการดึงแกนในของกระบอกฉีดยาจะทำให้เกิดแรงดันลมในกระบอกฉีดยาจนถึงตำแหน่งของปลายเข็ม ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดเล็กบริเวณปลายเข็มแตกได้ การฉีดยาจึงให้ดันยาลงไปทันทีที่ปักเข็มและให้ดันยาอย่างช้า ๆ พร้อมทั้งดันอากาศที่อยู่ในกระบอกฉีดยาตามลงไปด้วยให้หมดดึงเข็มฉีดยาออกในแนวตรงในเวลา 30 วินาที	100	0
2.7 เมื่อฉีดยาหมด กดลงเต็มที่จะระบบนิรภัยจะถูกทำงานอย่างอัตโนมัติ เพื่อป้องกันอันตรายจากการ ใช้เข็มดึงเข็มฉีดยาออกในแนวตรง ขณะเดียวกันยังไม่ปล่อยมือข้างที่จับดึงผิวหนังไว้ใช้สาลีแห้งปิด รอยที่ฉีดยาโดยกดเบา ๆ ให้ผิวหนังยุบลงประมาณ 1 เซนติเมตร กดเพื่อห้ามเลือดประมาณ 30 วินาที (ห้ามนวดหรือ คลึงผิวหนัง) จากนั้นนำถุงน้ำแข็งมาวางที่ผิวหนังหน้าท้องอีกครั้งประมาณ 5 นาที ใช้สาลีกดไว้ และปิดพลาสติกทับ	100	0
2.8 ก่อนและหลังฉีดยาทุกครั้งให้สังเกตและประเมินรอยจุด (Spot) จ้ำเลือด (Bruise) หรือก้อนเลือด (Hematoma) ด้วยการวัดขนาดและลงบันทึกในตารางการฉีดยากลุ่ม LMWH และบันทึกในแบบ บันทึกทางการพยาบาล	100	0
2.9 บันทึกทางการพยาบาล พร้อมส่งข้อมูลตำแหน่งที่ฉีดยา Enoxaparin ที่ใบบันทึกการให้ยาของผู้ป่วย เฝ้าระวัง และประเมินภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดยา Enoxaparin อย่างต่อเนื่อง	61.11	38.89
2.10 หลังฉีดยา 48 ชั่วโมง ประเมินขนาดจ้ำเลือด หรือก้อนเลือด โดยผู้ประเมินเป็นคนละคนกับผู้ฉีดยา	100	0
รวม	86.36	13.64

4. การประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ
การรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแล
ผู้ป่วยที่ได้รับ Enoxaparin ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม
หญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 18 ราย เป็น
เพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ มีอายุ

ระหว่าง 24-42 ปี จำนวน 10 ราย คิดเป็น ร้อยละ
55.55 อายุมากที่สุด 42 ปีอายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุ
เฉลี่ย 40.83 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับ
ปริญญาตรี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่
มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี จำนวน 7 คน (ร้อย
ละ 38.9) พยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการปฏิบัติ
ตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการ
รักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ใน

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ(ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. แนวปฏิบัติมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ	100		
2. แนวปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	100		
3. มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	100		
4. แนวปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน	88.89	11.11	
5. แนวปฏิบัติช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น	100		
6. แนวปฏิบัติใช้ได้ผลดีในผู้ป่วย	100		
7. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	100		
รวม	85.71	14.29	

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีการวิเคราะห์ RCA ตาม แนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล⁹ ในการวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้สามารถทราบปัญหาตามสภาพจริงได้อย่างชัดเจน ครอบคลุมทั้งระบบ ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ประยุกต์วิธีการเชิงระบบมาใช้ในการพัฒนา เริ่มตั้งแต่ (1) การวิเคราะห์แนวปฏิบัติเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการ จุดบกพร่องต่าง ๆ สำรวจทรัพยากรที่มีอยู่ และที่ ต้องการ (2) สังเคราะห์แนวปฏิบัติรวบรวมข้อมูลจากแนวปฏิบัติเดิมเพื่อนำไปสร้างแนวปฏิบัติใหม่ (3) การจัดลำดับของการพัฒนาตามองค์ประกอบของ ระบบ กระบวนการ กลไกการควบคุม และผลผลิต และ (4) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้เพื่อแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยใช้วงจรเดมมิ่งเป็นเครื่องมือการปรับปรุงกระบวนการทำงาน

ของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องช่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรค ซึ่งพบว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ ทำให้ได้สารสนเทศในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ดังนี้ ด้านปัจจัยนำเข้า พบประเด็นปัญหาด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร ด้านวิธีการ และกระบวนการ ตลอดจนผลลัพธ์ แนวปฏิบัติสามารถดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติจนสามารถ นำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin มีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา ในช่วงก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 15) ได้แก่ รอยจ้ำเลือด 1 ครั้ง ปัสสาวะเป็นเลือด (hematuria) 1 ครั้ง เสมหะเป็นเลือด 1 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ก่อน

การพัฒนา พบว่ามีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่าการประเมินสภาพผู้ป่วยการประเมินความเสี่ยงก่อนได้รับยา เทคนิคการบริหารยาที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสามารถลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงไทย ไตรยวงศ์และคณะ⁹ ศึกษาผลการพัฒนาการฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าได้ผิวหนังต่อการเกิดรอยจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/อุดตัน โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 65 รายพบว่า การเกิดจ้ำเลือดหรือก้อนเลือดภายหลังฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือดเข้าได้ผิวหนังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .010$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์ สำหรับหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สก.6 โรงพยาบาลชลบุรี พัฒนามาจากการวิเคราะห์ ปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตั้งแต่เข้ารับการรักษาพยาบาลจนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยตั้งแต่การซักประวัติการได้รับยาที่มีผลภาวะเลือดออก จำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ ออกจากกลุ่มเสี่ยงต่ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น เมื่อประเมินความเสี่ยงพยาบาลมีการรายงานแพทย์ เพื่อให้ปรับขนาดยา Enoxaparin ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ การสังเกตอาการผิดปกติทุก 8 ชั่วโมง การเฝ้าระวังอาการต่อภายหลังหยุดยา 48 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังฉีดยา ทราบวิธีการสังเกตอาการผิดปกติขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการผิดปกติ พยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ร้อยละ 100 ทั้งหมด 17 ข้อ จาก 20 ข้อ

ด้วยเหตุนี้ทำให้อัตราการเกิด อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Enoxaparin ลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ใช้ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการนั้นผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยต่อการรักษาพยาบาลที่ทำการพยาบาล มีแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติงาน การเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะตามแนวความคิดแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม และได้มีการทดลองปฏิบัติและปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้จริง ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติรู้สึกมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติการพยาบาลและไม่ถือว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มภาระงาน¹⁰

อย่างไรก็ตามการศึกษารั้งนี้ พบว่าแนวทางปฏิบัติที่ปฏิบัติไม่ได้ในร้อยละที่สูง 3 ข้อ ได้แก่ ได้แก่ ด้านหลักการบริหารยาให้ปลอดภัย มีสังเกตการออกฤทธิ์ของยาและอาการผิดปกติขณะและหลังฉีดยา ปฏิบัติไม่ได้ร้อยละ 88.89 และลงบันทึกการฉีดยาในแบบบันทึกการให้ยาอย่างถูกต้อง และครบถ้วน ปฏิบัติไม่ได้ร้อยละ 88.89 เช่นกัน ส่วนด้านเทคนิคการฉีดยาให้ปลอดภัย บันทึกทางการพยาบาล พร้อมส่งข้อมูลตำแหน่งที่ฉีดยา Enoxaparin ที่ใบบันทึกการให้ยาของผู้ป่วยเฝ้าระวัง และประเมินภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดยา Enoxaparin อย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติไม่ได้ร้อยละ 61.11 ส่วนใหญ่เกิดกับพยาบาลจบใหม่ ผู้วิจัยจึงได้มีการประชุมปรึกษากับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งจัดอบรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Enoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์โดยการประเมินก่อนให้ยาได้ให้ประเมินตามสภาพผู้ป่วย

วารสารกองการพยาบาล

ความรุนแรงของภาวะเลือดออกผิดปกติจากผลการดำเนินงานทั้งหมดได้ มีการนำเสนอในที่ประชุม คณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพสาขาอายุรกรรมของ โรงพยาบาลชลบุรี เพื่อหาแนวทางร่วมกันในข้อที่ยัง ปฏิบัติไม่ได้อยู่ในขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อใช้เป็น แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการ สามารถนำไปใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ จากการได้รับยา Enoxaparin ในหอผู้ป่วยอายุร

กรรมที่ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยา Enoxaparin เพื่อ ใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

2. ด้านการบริหาร สามารถนำไปปรับปรุง ระบบการเฝ้าระวังยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) ในโรงพยาบาลชลบุรีร่วมกับแผนกเภสัชกรรม เฝ้าระวังในการให้ยา anticoagulant ร่วมกับยา ปฏิชีวนะซึ่งส่งผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะ เลือดออกผิดปกติ

3. ด้านการศึกษาวิจัย สามารถนำไป ศึกษาต่อเนื่องในเรื่องของวิธีการฉีดยาการระงับ อาการปวดจากการฉีด Enoxaparin ได้

References

1. Hirsh J, Anand SS, Halperin JL, Fuster V. Guide to anticoagulant therapy: heparin, a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001; 103: 2994-3018.
2. Macie C, Forbes L, Foster GA, Douketis JD. Dosing Practices and Risk Factors for Bleeding in Patients Receiving Enoxaparin for the Treatment of an Acute Coronary Syndrome. *CHEST*. 2004;125,1616-2.
3. Besir, F. H., Gul, M., Ornek, T., Ozer, T., Ucan, B. & Kart, L. Enoxaparin-associated giant retroperitoneal hematoma in pulmonary embolism treatment. *North American Journal of Medical Sciences*, 2012,3(11): 524-526.
4. Arunee Sittihong, Nittayaporn Channakorn, Tassanee Daekhunthod, Development of a nursing network for STEMI patients with acute myocardial infarction in network hospitals, Sakon Nakhon Province [Internet]. 2012 [accessed October 13, 2020]. bunuliana: http://www.udo.moph.go.th/work_staff/r2r/data/CA0102.doc. Thai..
5. Lee, M. C., Nickisch, F. & Limbird, R. S. Massive retroperitoneal hematoma during enoxaparin treatment of pulmonary embolism after primary total hip arthroplasty: case reports and review of the literature. *The Journal of Arthroplasty* 2006; 21(8): 1209-1214.
6. Medical records, Chonburi Hospital, 2019. Thai..
7. Amphan Kadwilas, Rinrat Wangkawi, Amporn Yamsuan. Results of quality improvement to reduce problems from enoxaparin administration in wards of Mae Sot Hospital, Tak Province, 2006-2007. *Sawanpracharak Medicine* 2008; 5(3): 1-10. Thai.
8. Petchnoi S. Nursing research: Principles and processes. Songkhla: All-Blind Press.1992 .Thai.
9. Saengthai Triyong and team. Results of the development of anticoagulant injection techniques under the skin to bruises or blood clots in patients with coronary artery disease/obstruction Mukdahan Hospital [Research] 2011. Thai..
10. Potter, P.A., Perry, A.G. Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice (3rd ed.). Mosby Year Book, St. Louis, 1993;1685 -1695.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน งาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

ศุภวิ วรรณง* ปพ.ส. รป.ม.
ภัครินทร์ ชิตดี** พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ธิดารัตน์ พรหมกลีกร** ปพ.ส.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ดำเนินการ 4 ระยะ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบการพยาบาล (3) นำสู่การปฏิบัติ (4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน จำนวน 72 ราย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนารู้พยาบาลวิชาชีพ และแนวปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพโดยความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกคุณภาพการรักษายาพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ .81 แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบความเชื่อมั่น โดย KR-20 เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ สถิติ pair t- test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนารู้พยาบาลวิชาชีพและเครือข่าย และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ประสิทธิภาพของรูปแบบ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล คือ ความรู้ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้น ส่วนผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพ ได้แก่ การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast tract) การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 60 นาที และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน พบว่า มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพิ่มขึ้น ทำให้เข้าถึงช่องทางด่วนสูงขึ้น ผู้ป่วยได้ยา rt-PA ภายใน 60 นาที เพิ่มขึ้น และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉินลดลง

คำสำคัญ : หลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน รูปแบบการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Corresponding e-mail: Lookchin08@gmail.com

The Development of Nursing Model for Acute Ischemic Stroke at Emergency Department, Amnatchareon Hospital.

Dussadee Rongrang* B.Sc., M.P.A.

Phakarin Chiddee** M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Tidarat Promkasikorn** B.Sc.

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effectiveness of the nursing model for patients with acute ischemic stroke at emergency department, Amnatchareon Hospital. The study consisted of 4 phase: (1) situation analysis, (2) development of the nursing model, (3) implementation, and (4) evaluation. The sample composed of 72 patients with acute ischemic stroke and 32 professional nurses. The research instrument included the knowledge development program of registered nurses and nursing practice guidelines. This instrument was assessed for content validity using 5 experts. Data collecting tools consisted of the medical quality record form and personnel satisfaction questionnaire. These tools were tested for Cronbach's alpha coefficient, yielding the number of .81 for whole questionnaire. The knowledge test of the nurses was examined using KR-20, yielding a number of .88. Data were analyzed using descriptive statistics and pair t- test.

The results showed that the nursing model for acute ischemic stroke patients consisted of the professional nurse competency development program and the network, and nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients. The effectiveness of the model included nursing quality outcomes such as knowledge and satisfaction of the nurses, and compliance with nursing practice guidelines. Health service outcomes consisted of emergency medical service call 1669, stroke fast tract, fibrinolysis treatment rt- PA within 60 minutes, and the patient care duration from onset of the symptoms until discharge from the emergency room. It was found that the volume of 1669 emergency medical service calls increased, increased access to stroke fast tract, increased exposure to rt-PA within 60 minutes, and duration of care from the onset of symptoms until discharge from the emergency room was reduced.

Key words: acute ischemic stroke, nursing model.

*Specialized Professional Nurse head nurse Amnat Charoen Hospital.

**Professional Nurse

Corresponding e-mail: Lookchin08@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง และสูงเป็นอันดับสองในเพศชาย และภาวะรวมสถิติอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนใน ปี พ.ศ. 2558-2560 พบสูงถึง 43.3, 48.7 และ 47.8 ตามลำดับ² โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันจัดเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตรุนแรงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง และความพิการเรื้อรังที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่สมองอย่างเฉียบพลัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ หรือได้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุด ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก หลังเกิดอาการเพื่อลดอัตราตาย และลดความพิการ³

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอำนาจเจริญ การพัฒนาระบบช่องทางด่วนในห้องฉุกเฉิน และพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลลูกข่าย ให้สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้รวดเร็ว และเก็บ specimen ก่อนนำส่งโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างรวดเร็ว

การทบทวนผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2561-2563) พบปัญหาอัตราการเข้าถึงระบบช่องทางด่วนเพียงร้อยละ 30, 40 และ 39.45 อัตรา

การได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียงร้อยละ 4.28, 6.06 และ 4.9 อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 60 นาที ร้อยละ 58.33, 75 และ 55.55 และยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะเลือดออกในสมองแบบมีอาการหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดสูงถึงร้อยละ 8.33, 12.5 และ 11.11 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60

การทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงในปี 2563 จำนวน 10 ราย⁴ พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค ความล่าช้าก่อนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ที่ไม่ทราบว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรค จึงรอดูอาการที่บ้าน หรือการนำส่งโดยผู้พบเห็น โดยไม่เรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ไม่ได้รับการประเมินคัดกรอง ณ จุดเกิดเหตุ การจัดการดูแล ณ ห้องฉุกเฉินพบว่า ความล่าช้า เกิดจากระบบการคัดกรองระดับรุนแรงที่ไม่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ณ ห้องฉุกเฉินที่ยังไม่มีแบบแผนชัดเจน

นอกจากนี้ พบรายงานอุบัติเหตุการนำส่งผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างการนำส่งไปยังหอผู้ป่วย และระหว่างการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 10 ราย การทบทวนพบว่าขาดแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต มีเพียงแนวทางการดูแลตามคำสั่งแพทย์ ขาดการสื่อสารข้อมูล และการประสานงานที่ทีมจัดการดูแลผู้ป่วย และยังไม่มีการกำหนดรูปแบบการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ทำให้การปฏิบัติการพยาบาล มักขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เป็นผลทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และการดูแลผู้ป่วยยังเป็นแบบแยกส่วน ขาดผู้

ประสานงานการดูแล ร่วมกันทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันนั้น ต้องมีการกำกับระยะเวลาทุกขั้นตอน เนื่องจากทุกนาทีที่เกิดความสูญเสีย คือการที่สมองถูกทำลาย หน่วยงานฉุกเฉินจึงนับว่าเป็นหน่วยงานที่สำคัญมากที่จะช่วยผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการ การตรวจวินิจฉัย และการรักษาในเวลารวดเร็วที่สุด

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาลและเมื่อมาถึงแผนกฉุกเฉิน มีความสำคัญมากถ้าสามารถตรวจพบอาการได้อย่างรวดเร็วผู้ป่วยก็จะมีโอกาสในการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้น โดยพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพคนแรกๆที่เข้าถึงผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป พ.ศ.2554 ของสถาบันประสาทวิทยาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จากการเก็บข้อมูลผลการดูแล

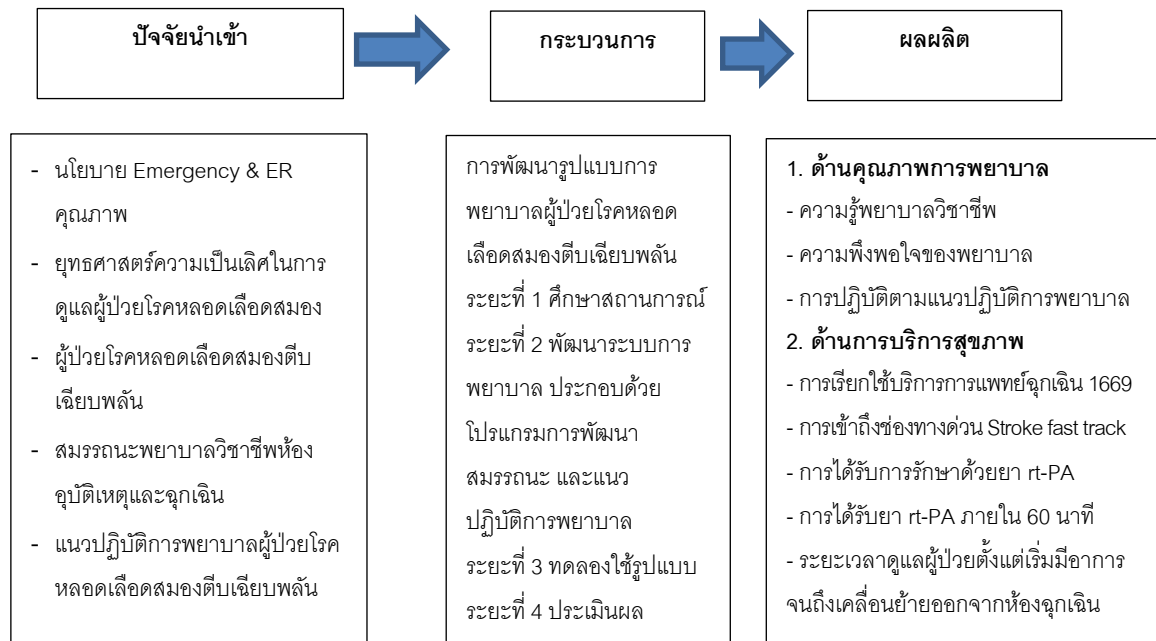
ผู้ป่วยพบว่าผลลัพธ์การดูแล ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่เขามารับการรักษาในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เพื่อนำผลมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน
2. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการจัดการดูแลเชิงระบบ (System approach)⁵ เป็นกรอบในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โดยระบบการพยาบาล และประสิทธิผลของระบบการพยาบาล มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้ มีขั้นตอนดำเนินการ 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ร่วมกับศึกษาข้อมูลสถิติการให้บริการ ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลย้อนหลัง 3 ปี และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ปี 2563 จำนวน 365 ฉบับ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเครือข่าย และจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผู้ป่วย แผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน และทฤษฎีการพยาบาล เพื่อนำมากำหนดโครงสร้างและเนื้อหา รวมทั้งเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

2.2 จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและอบรม

บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปใช้ในการจัดเก็บเอกสาร

2.3 ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้

ในการวิจัยตามโครงสร้างที่กำหนด โดยการเชิญตัวแทนของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน อายุรแพทย์ 2 คน อายุรแพทย์ระบบประสาท 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน 1 คน และ

พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่อง 1 คน มาร่วมประชุมเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

2.4 ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน กำหนดการดูแลออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และระยะการดูแลหลังจำหน่าย

2.4.1 การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล (Pre hospital) ประกอบด้วย การประเมินและคัดกรองการสื่อสาร และการส่งต่อผู้ป่วย

2.4.2 การดูแลในโรงพยาบาล (In hospital) ประกอบด้วย การดูแลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การดูแลระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม กำหนดให้มีการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน แบบประเมินอาการแผนการจำหน่าย

2.4.3 การดูแลหลังจำหน่าย (Post hospital) ก่อนจำหน่าย พยาบาลวิชาชีพ ประเมินปัญหา ความต้องการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อ ข้อมูลการดูแลงานดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเยี่ยมหลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย 72 คน และบุคลากรพยาบาล 32 คน ดังนี้ (1) จัดประชุม อบรมวิชาการ ความรู้เรื่องโรค และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน สำหรับบุคลากรและเครือข่าย (2) ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาล (3) นำรูปแบบไปใช้ (4) เก็บรวบรวมผลการดำเนินการ และ (5) ผู้วิจัยทำหน้าที่พี่เลี้ยง ที่ปรึกษา และผู้ประสานงาน

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการพยาบาล ได้แก่

4.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้พยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

4.2 ผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast track) การเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA การได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ใช้บริการ และกลุ่มผู้ให้บริการ

1. กลุ่มผู้ใช้บริการ **ประชากร** คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญโดยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ เข้ารับการรักษา ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอำนาจเจริญและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย โดยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 20 คน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายจังหวัดอำนาจเจริญแห่งละ 2 คน 6 แห่ง จำนวน 12 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน อายุรแพทย์ 2 คน อายุรแพทย์ระบบประสาท 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้วิจัยสร้างขึ้น รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โครงการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เครือข่ายจังหวัดอำนาจเจริญ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิอ่าน และตรวจสอบความเข้าใจว่าตรงกันหรือไม่ หาก 3 ใน 4 มีความเห็นตรงกันถือว่ามีความเที่ยง ผลการตรวจสอบความเที่ยง พบว่า มีความเห็นตรงกัน ร้อยละ 100

1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิโดยคะแนนแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 60 ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย นำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย การรับรู้อาการระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล การเข้าถึงระบบช่องทางด่วน การคัดกรอง การประเมิน การคัดแยกระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด การบริหารยาละลายลิ่มเลือดการ

ดูแลในระยะวิกฤตเร่งด่วน การสื่อสารและการประสาน การวางแผนการจำหน่ายในระยะเปลี่ยนผ่านจากห้องฉุกเฉิน ไปยังหอผู้ป่วยหนักและการดูแลในระยะวิกฤต 24 ชั่วโมงแรก

2.2 แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ แบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า มีความเห็นตรงกัน ร้อยละ 100

2.3 แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบมี 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

ความรู้ด้านการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ คะแนนเต็ม 2 คะแนน

ความรู้ด้านการจัดการในระยะวิกฤตเร่งด่วน จำนวน 3 ข้อคะแนนเต็ม 3 คะแนน

ความรู้ด้านการบริหารยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ความรู้ด้านการสื่อสารและการประสานงาน จำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 3 คะแนน

ความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยใน จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ความรู้ระยะนำส่งจากห้องฉุกเฉิน จำนวน 2 ข้อ คะแนนเต็ม 2 คะแนน

แบบวัดความรู้มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 30 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน จำนวน 30 คน นำผลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาหาค่า KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.88

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิด

เลือกตอบ และมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาล ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านผลงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านความไม่เข้าใจของกิจกรรม จำนวน 2 ข้อ ด้านความต่อเนื่องของบริการ จำนวน 2 ข้อ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 7 ข้อ ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 18 ข้อ ทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ ได้ค่า .81 กำหนดคะแนนชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นมาก

คะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นน้อย

คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจต่อการปฏิบัติ/กิจกรรมนั้นน้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความพึงพอใจรายด้านและโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้⁶

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ และการทบทวนตัวชี้วัดย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563)

2. ข้อมูลจากการวัดผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ได้แก่

2.1 ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาล ใช้แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาล รวบรวมจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 ราย ที่เข้ารับการรักษาระหว่าง 1 สิงหาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564

2.2 การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ใช้แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล โดยผู้วิจัย ประเมินผลการปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 20 คน ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2564

2.3 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ใช้แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยประเมินผลโดยการวัดความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจำนวน 32 คน

2.4 ความพึงพอใจของพยาบาล ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล นำมาเก็บรวบรวมข้อมูลในระบะการนำระบบการพยาบาลที่พัฒนาแล้วไปใช้ จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และโรงพยาบาลชุมชนใน
เครือข่ายจำนวน 32 คน

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับ
อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เลขที่ 9/2564 ลงวันที่ 19
สิงหาคม 2564 ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรม
การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ โดยการตอบรับ ปฏิเสธ มี
หรือถอนตัวจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ และ
เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็น
ความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Pair T-test

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ โดยการทบทวน
ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (2561-2563) พบ
ปัญหาอัตราการเข้าถึงระบบช่องทางด่วนเพียงร้อยละ
30, 40 และ 39.45 ตามลำดับ อัตราการได้รับยา
ละลายลิ่มเลือดเพียงร้อยละ 4.28, 6.06 และ 4.9
ตามลำดับ อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน
60 นาที ร้อยละ 58.33, 75 และ 55.55 ตามลำดับ
และพบอัตราการเกิดภาวะเลือดออกในสมองแบบมี
อาการหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดสูงถึงร้อยละ 8.33,
12.5 และ 11.11 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์
เป้าหมาย และการทบทวนจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต
ภายใน 24 ชั่วโมงในปี 2563 จำนวน 10 ราย⁴ พบว่า
สาเหตุการเสียชีวิตนั้น มีความเกี่ยวข้องกับความ
รุนแรงของโรค ความล่าช้าในระยะก่อนมาถึง
โรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากทั้งตัวผู้ป่วยเอง ที่ไม่ทราบว่า
เป็นสัญญาณเตือนของโรคจึงรอดูอาการที่บ้าน การ
นำส่งโดยผู้พบเห็น ไม่เรียกใช้บริการระบบการแพทย์
ฉุกเฉิน ทำให้ไม่ได้รับการประเมินคัดกรอง ณ จุดเกิด

เหตุ ส่วนการจัดการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน พบว่า ความ
ล่าช้า เกิดจากระบบการคัดกรองระดับรุนแรงไม่
สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ส่งผล
ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และการรักษาด้วยยา
ละลายลิ่มเลือดล่าช้า ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะ
วิกฤต ณ ห้องฉุกเฉินยังไม่มีแบบแผนชัดเจน
นอกจากนี้ยังพบรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง
ระหว่างการนำส่งไปยังหอผู้ป่วย และระหว่างการดูแล
โดยเฉพาะ อย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรกจำนวน 10 ราย
จากการทบทวนพบว่าขาดแนวทางปฏิบัติร่วมกันใน
การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต มีเพียงแนวทางการดูแล
ตามคำสั่งแพทย์ ขาดการสื่อสารข้อมูลและการ
ประสานงานที่ดี เพื่อการดูแลผู้ป่วยและยังไม่มี
กำหนดสมรรถนะทางการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองการปฏิบัติการพยาบาล จึง
ขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตบเฉียบพลันที่พัฒนาในครั้งนี้ มี 2
องค์ประกอบ ได้แก่ (1) โปรแกรมการพัฒนาความรู้
พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ
เครือข่าย ได้แก่ แผนกพัฒนาความรู้ และ (2) แนว
ปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผู้ป่วย แผนการ
จำหน่าย ครอบคลุม การดูแลก่อนการนำส่ง
โรงพยาบาล การดูแลในโรงพยาบาล และการดูแล
หลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีลักษณะเป็นการดูแลแบบ
องค์รวม ต่อเนื่อง โดยมีการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่ง
โรงพยาบาล การประเมินและการคัดกรอง การสื่อสาร
และการส่งต่อผู้ป่วย การดูแลในโรงพยาบาล
ประกอบด้วย การดูแลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การดูแล
ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กำหนดให้มีการ
ดูแลตาม แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผู้ป่วย
และแผนการจำหน่าย มีการวางแผนการจำหน่าย
ร่วมกัน การดูแลหลังจำหน่าย ก่อนจำหน่าย พยาบาล
วิชาชีพ ประเมินปัญหา ความต้องการดูแลต่อเนื่อง ส่ง

ต่อข้อมูลการดูแลงานดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามการ
เยี่ยมหลังจำหน่าย

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

3.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล
ได้แก่ (1) ความรู้พยาบาลวิชาชีพ (2) ความพึงพอใจ
ของพยาบาลวิชาชีพ และ (3) การปฏิบัติตามแนว
ปฏิบัติการพยาบาล

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน พบว่า ก่อน
การพัฒนา พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เฉลี่ย
15.62 หลังการพัฒนามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 26.50 สูง
กว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา

	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	5.19	1.03	8.16	.85	21.47	.000
2. ด้านการประเมินคัดกรองผู้ป่วย	1.44	.50	2.00	.00	6.31	.000
3. ด้านการจัดการในระยะวิกฤตเร่งด่วน	1.97	.65	2.87	.34	9.67	.000
4. ด้านการบริหารยาละลายลิ่มเลือด	1.78	.61	4.25	.51	27.55	.000
5. ด้านการสื่อสารและการประสานงาน	2.03	.65	2.88	.34	9.27	.000
6. ด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย	1.81	.69	4.34	.48	25.25	.000
7. ระยะเวลาส่งจากห้องฉุกเฉิน	1.41	.50	2.00	.00	6.73	.000
คะแนนความรู้โดยรวม	15.63	1.58	26.50	1.22	41.69	.000

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อ
รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
เฉียบพลัน พบว่า หลังพัฒนา บุคลากรพยาบาลมีความ
พึงพอใจโดยรวม (Mean 4.73, SD .12) และรายด้านทุก

ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยความพึงพอใจด้าน
ผลงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean 4.88, SD .17)
รองลงมา คือ ด้านความต่อเนื่องของบริการ (Mean
4.78 SD .25) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ความพึงพอใจของบุคลากร	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1) ด้านผลงาน	4.88	0.17	มากที่สุด
2) ด้านความไม่ซ้ำซ้อนของกิจกรรม	4.73	0.63	มากที่สุด
3) ด้านความต่อเนื่องของกิจกรรม	4.78	0.25	มากที่สุด
4) ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	4.63	0.19	มากที่สุด
5) ด้านการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม	4.70	0.28	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	4.73	0.12	มากที่สุด

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ส่วนที่ปฏิบัติได้น้อย คือ ด้านการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ 1) การรายงานแพทย์เร่งด่วนภายใน 1 นาที กรณีผลการตรวจพิเศษ (ร้อยละ 85) 2) การประเมินสภาพและการบันทึกข้อมูล ปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ยกเว้นเรื่อง การดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือด ปฏิบัติได้ ร้อยละ 90 และเรื่อง การควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด ปฏิบัติได้ร้อยละ 90 การซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และลักษณะเริ่มแรกของอาการที่แน่นอน ความสัมพันธ์ของอาการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ดีขึ้นหรือเลวลงของภาวะการเจ็บป่วย ทำได้ ร้อยละ 100 และ 3) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (ร้อยละ 85)

3.2 ผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (ก่อน คือ 20 สิงหาคม 2563-31 ธันวาคม 2563, หลัง คือ 20 สิงหาคม 2564-31 ธันวาคม 2564)

การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 พบว่าหลังการพัฒนาจำนวนการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 161 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 70 สูงกว่าก่อนพัฒนาที่มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 81 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.63 รายละเอียดในตารางที่ 4

การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast track) พบว่าหลังการพัฒนาจำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ภายใน 4.5 ชั่วโมง จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.72 จำนวนเพิ่มขึ้นแต่เมื่อเทียบสัดส่วนร้อยละต่ำกว่าก่อนพัฒนาที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ภายใน 4.5 ชั่วโมง 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.77 รายละเอียดในตารางที่ 4

การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA พบว่าหลังการพัฒนาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.38 สูงกว่าก่อนพัฒนาที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.39 รายละเอียดในตารางที่ 4

การได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที พบว่า หลังการพัฒนาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 60 นาที จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.38 สูงกว่าก่อนพัฒนาที่มี

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 60 นาที จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.75 รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ของผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เฉียบพลัน

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย stroke ทั้งหมด	190		230	
1. การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669	81	42.63	161	70.00
2. การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast track)	63	77.77	72	44.72
3. การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA	16	25.39	37	51.38
4. การได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที	7	43.75	29	78.38

ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่เข้าระบบ Stroke fast track ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยนำเสนอแยกระยะเวลาการให้บริการเป็นช่วง พบว่าระยะเวลาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล ก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 108.45 นาที SD 35.49 หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 94.38 นาที SD 44.18 (2) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการประเมินโดยพยาบาล ก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 7.08 นาที SD 4.58

หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 4.57 นาที SD 2.3 (3) ระยะเวลาตั้งแต่ถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับยา ก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 76 นาที SD 6.54 หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 55.51 นาที SD 9.60 (4) ระยะเวลาตั้งแต่ถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 48.65 นาที SD 5.55 หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 18.07 นาที SD 5.62 (5) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน ก่อนดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 83.78 นาที SD 6.79 หลังดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย 74.44 นาที SD 11.02) รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล	108.49	35.49	94.38	44.18	2.057	.042
2. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการประเมินโดยพยาบาล	7.08	4.58	4.57	2.3	3.94	.000
3. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการตรวจโดยแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน	10.68	5.11	11.19	5.89	0.54	.590
4. ระยะเวลาตั้งแต่ถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	48.65	5.55	18.07	5.62	31.76	.000
5. ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉินจนได้ยา rtPA	76.00	6.54	55.21	9.69	14.39	.000
6. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน	83.78	6.79	74.44	11.02	5.99	.000

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้จากการพัฒนาร่วมกันของทีมสหสาขา ประกอบด้วย

1.1 การพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพและเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาลและเมื่อมาถึงแผนกแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสำคัญมากถ้าสามารถตรวจพบอาการได้อย่างรวดเร็วผู้ป่วยก็จะมีโอกาสในการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้นโดยพยาบาลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพคนแรกที่เขาถึงผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย

หลอดเลือดสมองตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาล หรือที่เรียกว่า Pre hospital เป็นกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเกิดโรคด้วยการให้ความรู้ประชาชน และกลุ่มเสี่ยงให้ตระหนักกับสัญญาณเตือนของโรค ทั้งที่เป็นอาการเตือนเฉพาะ และอาการที่ไม่เฉพาะ พร้อมทั้งการรณรงค์ให้เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดระบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้รวมถึงการให้ความรู้แก่ ทีมการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานในระบบการ แพทย์ฉุกเฉิน และศูนย์สั่งการโดยศูนย์สั่งการประเมินคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยใช้เครื่องมือในการคัดกรอง อาการทางวาจา คัดกรองอาการเบื้องต้นทางโทรศัพท์ ทีมการแพทย์ฉุกเฉินทำการประเมินซ้ำ ณ จุดเกิดเหตุ และมีการแจ้งทีมเพื่อ

เตรียมพร้อมในการดูแลตั้งแต่จุดเกิดเหตุสอดคล้องกับ Yperzeele L. et al.⁷ ที่กล่าวว่า การลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ และเพิ่มโอกาสในการรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้น ต้องมีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีตั้งแต่ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีการให้ความรู้แก่ทีม มีเครื่องมือในการคัดกรองอาการ การ activated stroke code และนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ และการศึกษาของ Quain DA. et.al.⁸ ที่พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลจะเพิ่มการเข้าถึงการรักษาเฉพาะมากขึ้น โดยพบว่าสามารถเพิ่มการเข้าถึง rt-PA จากร้อยละ 4.7 เป็น ร้อยละ 21.4 ลดระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีอาการจาก 150 นาที เป็น 90.5 นาที

1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ปรับใช้ให้เหมาะสมในบริบทของพื้นที่ มีความครอบคลุมในปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการล่าช้า และการรักษาที่ล่าช้า ตลอดจนความปลอดภัยในการดูแลในช่วง 24 ชั่วโมง แรก ซึ่งเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้น แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจึงเริ่มตั้งแต่ระยะผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาล ระยะการดูแลในห้องฉุกเฉินและการดูแลหลังรับไว้ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับ Middleton S. et al.⁹ ที่พัฒนารูปแบบทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลันด้านการคัดกรอง การรักษา และการส่งต่อ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้

พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถประเมิน คัดกรอง และจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้ในเวลาที่รวดเร็ว โดยมีการให้ความรู้และฝึกทักษะพยาบาลในห้องฉุกเฉินให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้จนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดการดูแลผู้ป่วยใน ระยะส่งต่อจากห้องฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยหนักได้ทันที่ลดระยะเวลาการรอคอย ที่ห้องฉุกเฉิน ตลอดจนมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับไว้ดูแลในระยะวิกฤติชัดเจน โดยมีพยาบาลนำแนวทางคลินิก เป็นผู้ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยลดอัตราการตาย ความพิการ และ เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดี อย่างไรก็ตามในการวิจัยในครั้งนี้มีข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้าถึงบริการและการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของสมองที่รุนแรง เกิดการตีบตันในเส้นเลือดสมองเส้นใหญ่ Middle Cerebral Artery ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ร่วมกับมีโรคร่วมอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติการรับยาไม่ต่อเนื่อง ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นควรมีการพัฒนาและติดตามประเมิน ผลลัพธ์ในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าความสำเร็จของการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันเกิดจากการมองเห็นปัญหาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและเข้าใจในระบบบริการต้องการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงสถานบริการที่มีศักยภาพเพื่อลดอัตราการตายพิการ ที่ส่งผลให้

ผู้ให้บริการได้รับ การดูแลตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ

2. ประสิทธิภาพ ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

2.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล จากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับสูงมากต่อระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากเป็นการส่งเสริมการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้นทำให้มีแนวทางการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกันมีการวางรูปแบบที่ชัดเจนเป็นการสร้างคุณค่าและความมั่นใจ แก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารารัตน์ ส่งสิทธิกุล¹⁰ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดโรงพยาบาลราชบุรี

2.2 ผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 2) การเข้าถึงช่องทางด่วน (Stroke fast track) 3) การเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA 4) การได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที 5) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน ซึ่งผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล และด้านบริการสุขภาพ มีแนวโน้มดีขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการรักษายาบาลโดยการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่มีบทบาทหน้าที่ที่สหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน และมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้ร่วมกันพัฒนานั้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์มีแนวโน้มดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญรัตน์ เพิกเดช¹¹ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. เชิงนโยบาย

1.1 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน เป็นการใช้หลักการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ทำให้คุณภาพการดูแลทางคลินิกมีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นควรขยายผลโดยการกำหนดเป็นนโยบาย ของโรงพยาบาล ให้ดำเนินการครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกหอผู้ป่วย มีการใช้การวิเคราะห์ผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค นำปัญหาที่ได้มาพัฒนา รวมถึงมีการนิเทศติดตาม ประเมินผลการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับหอผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญ กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้แสดงความคิดเห็นในการพัฒนางาน ทำให้เกิดความยั่งยืน เพราะได้มาจากการยอมรับของผู้ปฏิบัติ เป็นแนวทางที่สามารถแก้ไข ปัญหาในหน่วยงาน ผู้ให้บริการมีความเต็มใจ และภาคภูมิใจ มีผลทำให้ผู้รับบริการเกิดการยอมรับ

2. ด้านปฏิบัติ

ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ สิ่งหนึ่งคือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่นำมาใช้ร่วมกัน ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมใหม่ แต่การที่จะคงไว้ และทำให้แนวปฏิบัติที่มีความทันสมัยและเหมาะสมกับผู้ป่วยทุกสภาวะการณ์ และทีมสุขภาพเล็งเห็นความสำคัญและเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัตินั้น หัวหน้าหน่วยงานควรเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการเป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนและพัฒนาแนวปฏิบัตินั้นทุกครั้ง

พร้อมกับมีการกำหนดระยะเวลาในการทบทวนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน อย่างต่อเนื่อง โดยการนำ

เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เป็นฐานข้อมูลที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่นๆ ต่อไป

References

1. World Stroke Organization. Worldstroke campaign. [cited 2021 July 3]. Available from:
<http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>
2. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Strategy and Planning Division. (2017). Annual public health statistics. (2017). [cited 2021 July 5]. Available from:
http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
3. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008;359(13):1317-29.
4. Stroke Patient Care Committee, Amnat Charoen Hospital. (2021). Minutes of the Stroke Board of Directors Meeting, No. 1 dated 20 August 2021.
5. Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. New York, NY: Oxford University Press. Erickson, S. M. (1998).
6. Prakong Karnasut. (1999) Statistics for Behavioral Science Research. Krongthep : Chulalongkorn University.
7. YperzeeleL, et al. Pre-hospital Stroke Care: Limitations of Current Interventions and Focus on New Developments. Cerebrovasc Dis 2014; 38: 1–9.
8. Quain DA, et al. Improving access to acute stroke therapies: a controlled trial of organised pre-hospital and emergency care. Med J Aust 2008; 189(8): 429-3.
9. Middleton S, Grimle R, Alexandrov AW. Triage, Treatment, and Transfer Evidence-Based Clinical Practice Recommendations and Models of Nursing Care for the First 72 Hours of Admission to Hospital for Acute Stroke. Stroke 2015; 46: e18-e25.
10. Tararat Songsitthikul, Orawan Health. Development of a nursing service system for vascular disease patients. Cerebral thrombosis treated with thrombolytic drugs Ratchaburi Hospital. Journal of Nursing, Ministry of Public Health. 2016; 26(3): 142-53.
11. Boonyarat Pekdej. Development of a care model for stroke patients. Phetchabun Hospital. District Medical Journal 11. 2020; 34(3): 7-21.

ผลของการใช้ Role play simulation ต่อความมั่นใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล

รังสรรค์ มาระเพ็ญ* ปร.ด.(พัฒนศึกษา)

อริยา ดีประเสริฐ** พย.ม.(สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ role play simulation ต่อความมั่นใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่ม 5 กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) แบบประเมินความมั่นใจ (2)แบบประเมินทักษะการสื่อสาร (3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผลของการใช้ Role play simulation ต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean 3.88, SD 0.23 และ Mean 3.68, SD 0.26) เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t 6.07) คะแนนทักษะการสื่อสารในการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลหลังใช้ role play simulation อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองส่วนใหญ่ปฏิบัติได้อย่างชำนาญ จากผลการศึกษาสามารถนำการใช้ Role play simulation มีช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมทักษะการสื่อสารในการเยี่ยมบ้านและส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: การแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์, ความมั่นใจ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

*อาจารย์ สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

**อาจารย์ สาขาสภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Correspondence e-mail : deeariya@gmail.com

Effect of using Role-play simulation on self confidence, communication skills and practice skills in Nursing home visits of Nursing student

Rangson Maraphen* Ph.D. (Development Education)

Ariya Deeprasert** M.N.S. (Mental and Psychiatric Health Nursing)

Abstract

This research was a quasi-experimental research with 1 pre-experimental group. The objective of this study was to study the effect of role play simulation on confidence, communication skills and nursing practice skills for nursing students' home visits. The sample consisted of 50 third-year nursing students enrolled in community health nursing, the first semester of the academic year 2021. The sample were recruited using purposive sampling and divided into 5 groups, in which composed of 10 students per each group. The research instruments consisted of (1) Self-confident assessment form (2) communication skills assessment form (3) home visiting nursing skills assessment form Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and paired sample t-test.

The results showed that the effect of Role play simulation on the confidence in nursing home visits among nursing students after the trial was higher than before (Mean 3.88, SD 0.23 and Mean 3.68, SD 0.26) when Comparing the results before and after the experiment, it was found that the mean scores of nursing students' confidence in nursing home visits were significantly different at the .05 level (t 6.07). The nursing students' home visits after role play simulation were at the highest level. and the scores of nursing home visit practice skills of nursing students after weaving, most of them practiced proficiently. Based on the results of this study, the use of role play simulations can help increase confidence in performing home visits. It can promote communication skills in home visits and promote nursing practice skills in home visits of nursing students.

Key words: role play simulation, self confidence, communication skills, practice skills in nursing home visits

*Nurse Instructor (Community Health Nursing) Department of Community Health Nursing Faculty of Nursing, Suandusit University

** Nurse Instructor (Mental and Psychiatric Health Nursing) Department of Psychiatric and Mental Health Nursing Faculty of Nursing, Suandusit University

Correspondence e-mail : ariya_dee@dusit.ac.th

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลเป็นหนึ่งในวิชาชีพด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะในศตวรรษที่ 21 จึงต้องมีการพัฒนาการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับนโยบายและสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ในวิชาภาคทฤษฎีผู้สอนมีบทบาทสำคัญที่จะออกแบบการเรียนรู้ให้นักศึกษาเพื่อให้บรรลุตามสมรรถนะที่กำหนด โดยการนำ active learning มาใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้รูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เช่น VDO, PBL, case study, role play และ simulation¹⁻³ เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ของรายวิชา โดยเฉพาะในรายวิชาชีพทางการพยาบาลมีการใช้หุ่นจำลองประกอบกับสถานการณ์เสมือนจริงซึ่งสามารถตอบโจทย์ในการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพมาก³⁻⁴

การจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนซึ่งเป็นวิชาภาคทฤษฎี โดยจุดมุ่งหมายหลักที่สำคัญของรายวิชานี้ คือ เมื่อเรียนจบแล้วผู้เรียนต้องมีทักษะในการเยี่ยมบ้าน โดยใช้ทักษะการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการช่วยคลี่คลายปัญหา ความไม่สบายใจจากสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยมีวิธีการเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในตัวบุคคลที่มีความผิดปกติ โดยผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาของตน สามารถหาทางออกในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาได้มีการจัดกิจกรรมให้นักศึกษาดูวิดีโอและวิเคราะห์กรณีศึกษา แต่ยังไม่เคยการจัดการเรียนการสอนด้วยการทดลองปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านจริง ทำให้นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถสื่อสารกับผู้รับบริการได้อย่างเป็นธรรมชาติ นักศึกษากลัว ไม่มั่นใจในการ

สนทนา ไม่กล้าที่จะเดินเข้าไปเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ รู้สึกอึดอัด กลัวใช้คำพูดไม่เหมาะสม เมื่อต้องอยู่ในบ้านของผู้รับบริการ จะยังทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ประหม่า ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถนำองค์ความรู้จากวิชาทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านได้⁵

การสะท้อนคิดของผู้เรียน พบว่า สาเหตุเกิดจากการในการศึกษาภาคทฤษฎีผู้เรียนมองไม่เห็นภาพของชุมชน และการเข้าเยี่ยมบ้าน เพราะนักศึกษาเคยผ่านประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติเฉพาะในคลินิกบริการซึ่งมีแต่ผู้ป่วย เมื่อมาพบกับผู้รับบริการในชุมชนที่มีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม มีทั้งคนปกติ คนเสี่ยง และคนป่วยซึ่งแตกต่างจากที่เคยพบมา จึงทำให้ไม่มั่นใจในการสื่อสาร และปฏิบัติการพยาบาลได้ไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยเห็นปัญหาและให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจึงได้ทบทวนวรรณกรรม แล้วพบว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่จะช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้ คือ การใช้ role play⁶⁻⁷ ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนชนิดนี้ เป็นวิธีหนึ่งของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดและได้ลงมือปฏิบัติจริง โดยการให้ผู้เรียนสวมบทบาทในสถานการณ์ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสภาพการณ์ความเป็นจริง และแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิดของตน และนำเอาการแสดงออกของผู้แสดงทั้งด้านความรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตมาเป็นข้อมูลอภิปรายวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบนี้ สามารถช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นเนื่องจากเกิดการเรียนรู้ในการเอาใจเขามาใส่ใจเรา เกิดการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ เกิดความเข้าใจในความรู้สึกและพฤติกรรมทั้งของตนเองและผู้อื่น⁸

การที่ได้ลงมือทำซ้ำ ๆ จะส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ในการปฏิบัติและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในครั้งต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา ทิพย์มนตร์⁴ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้การแสดงบทบาทสมมติในการสอน “ภาษาอังกฤษเพื่อการบริการ” พบว่า นักศึกษามีความสามารถในการพูดภาษาอังกฤษเพื่อการบริการหลังการเรียนบทเรียนภาษาอังกฤษเพื่อการบริการที่ใช้การแสดงบทบาทสมมติสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก ($g = 4.64$) มีทัศนคติในการ เรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงในสถานประกอบการจริงอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.64)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาของเกศสุดา ปงลังกา¹ ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถด้านการพูดภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารโดยใช้กิจกรรมแสดงบทบาทสมมติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวชิรธรรมโศภิต อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความสามารถในการพูดภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสาร โดยใช้กิจกรรมบทบาทสมมติของผู้เรียนสูงกว่าก่อนการทดลอง ผู้เรียนมีการพัฒนาด้านการพูดภาษาอังกฤษอย่างต่อเนื่องและมีความมั่นใจในการพูดภาษาอังกฤษมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวนิดา ตันติชัชวาลวงศ์ (2556)⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาทักษะการสนทนาภาษาอังกฤษ 1 โดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ เรื่อง Opinions ของผู้เรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 และพบว่า ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้รายวิชาการสนทนาภาษาอังกฤษ 1 หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบแสดงบทบาทสมมตินอกจากสามารถพัฒนาทักษะ

ทางด้านภาษาแล้วยังสามารถพัฒนาทักษะในด้านอื่น ๆ ได้อีกด้วย

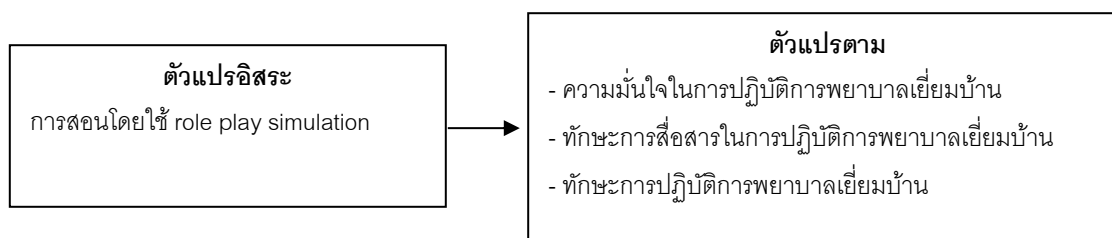
ผลการวิจัยของศุภาวิณี โลหะประเสริฐ² ที่ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมมารการกล้าแสดงออกโดยใช้วิธีการแสดงบทบาทสมมติของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สาขาวิชาการจัดการธุรกิจท่องเที่ยวที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาอุตสาหกรรมมารการท่องเที่ยว พบว่า หลังจากใช้การเรียนการสอนแบบแสดงบทบาทสมมติในรายวิชาดังกล่าว ระดับพฤติกรรมมารการกล้าแสดงออกของนักศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงกว่านักเรียนก่อนใช้การแสดงบทบาทสมมติ การศึกษาของสุภาวดี เครือโชติกุล และคณะ¹⁰ ศึกษาผลการเรียนรู้แบบบทบาทสมมติต่อการรับรู้สมรรถนะนักศึกษาพยาบาลในวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองหลังการแสดงบทบาทสมมติ โดยมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเรียนบทบาทสมมติและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากแนวคิดและงานวิจัยที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงศึกษาผลการออกแบบการเรียนรู้ในหัวข้อการเยี่ยมบ้าน โดยใช้ role play เพื่อช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล เพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน พัฒนาการแสดงออกและพฤติกรรมของผู้เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 รวมถึงมีทักษะในศตวรรษที่ 21 อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้ role play simulation ต่อความมั่นใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้ Role play simulation ต่อความมั่นใจ ทักษะการสื่อสารและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 99 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวน 48 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจจนครบตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการวิจัย ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 และยินดีเข้าร่วมโครงการ วิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย หรือออกจากวิจัย ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด และไม่ยินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน ถึง ธันวาคม 2564

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of the test) ที่ระดับร้อยละ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (medium effect size) ที่ระดับ .05 ทดสอบสถิติด้วย T-Test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน เนื่องจากอาจมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการสอนโดยใช้ role play simulation โดยนำมาจากสถานการณ์ที่พบบ่อยในการเยี่ยมบ้านจริงในชุมชน จำนวน 15 สถานการณ์ ประกอบด้วย สถานการณ์เยี่ยมบ้านผู้รับบริการในภาวะปกติ 5 สถานการณ์ สถานการณ์เยี่ยมบ้านผู้รับบริการในภาวะเสี่ยง 5 สถานการณ์ และ สถานการณ์เยี่ยมบ้านผู้รับบริการในภาวะป่วย 5 สถานการณ์

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของแผนการสอน

วาระของการพยาบาล

โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการสอน และการพยาบาล
จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1

2. แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการ
พยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล ของรังสรรค์
มาระเพ็ญ¹¹ จากวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนาแบบการ
จัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือน
จริงในการศึกษาการพยาบาลอนามัยชุมชน และแนวคิด
student satisfaction and self confidence in learning
(National League for Nursing, 2005)¹² ประกอบด้วย
ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยแบบประเมินชุดนี้ เป็นมาตร
วัดแบบ Likert scale 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้

- 5 หมายถึง มีความมั่นใจในระดับมากที่สุด
 - 4 หมายถึง มีความมั่นใจในระดับมาก
 - 3 หมายถึง มีความมั่นใจในระดับปานกลาง
 - 2 หมายถึง มีความมั่นใจในระดับน้อย
 - 1 หมายถึง มีความมั่นใจในระดับน้อยที่สุด
- มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้¹³

ระดับ	ความหมาย
4.51 - 5.00	มากที่สุด
3.51 - 4.50	มาก
2.51 - 3.50	ปานกลาง
1.51 - 2.50	น้อย
1.00 - 1.50	น้อยที่สุด

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content
validity) และความชัดเจนของการใช้ภาษาของแบบ
ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความ
สอดคล้องเท่ากับ 1 และทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล
ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความ
เชื่อมั่น สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

3. แบบประเมินทักษะการสื่อสารในการ
ปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล
ผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก Health Communication
Assessment Tool (HCAT)¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม
จำนวน 18 ข้อ ซึ่งใช้มาตรวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ
และแปลความหมายการให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง การไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัติ
ไม่ถูกต้อง

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติถูกต้อง แต่ไม่
เหมาะสมกับสถานการณ์

คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติถูกต้อง เหมาะสม
กับสถานการณ์ แต่ไม่คล่องแคล่ว

คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติถูกต้อง เหมาะสม
กับสถานการณ์ คล่องแคล่ว

คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติถูกต้อง เหมาะสม
กับสถานการณ์ คล่องแคล่วมาก

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบ
ประเมินนี้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนการพยาบาล
อนามัยชุมชน จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา
(IOC) เท่ากับ 1 และทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มี
คุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้
ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ
0.93

4. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล
เยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล ของรังสรรค์ มาระเพ็ญ¹¹
จากวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนาแบบการจัดการ
เรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงใน
การศึกษาการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นแบบประเมินที่
ผู้วิจัยพัฒนาการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำมาจัดทำ
เป็นขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน จำนวน 9 ข้อ มี 3 ระดับ คือ

ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติไม่ชำนาญ และปฏิบัติชำนาญ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

2 หมายถึง ปฏิบัติชำนาญ

1 หมายถึง ปฏิบัติไม่ชำนาญ

0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความชัดเจนของการใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 และทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต และได้รับการอนุมัติรับรองเลขที่ SDU-RDI-SHS 2021-015 โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนรับทราบข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยอิสระ กรตัดสินใจไม่มีผลต่อคะแนนการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้ซักถามในกรณีที่มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม หรือมีข้อสงสัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ หรือแสดงข้อความที่สามารถระบุถึงผู้ร่วมโครงการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลการสอนโดยใช้ role play จากสถานการณ์เสมือนจริง ตามที่กำหนดไว้ 15 สถานการณ์ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

- การเตรียมผู้ป่วยจำลองโดยใช้นักศึกษา กลุ่มละ 1 คนต่อ 1 สถานการณ์ มาซักซ้อม และทำความเข้าใจบทบาทการเป็นผู้ป่วยจำลอง ก่อนทำการฝึกในสถานการณ์จริง

- ปฐมนิเทศ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนโดยใช้ role play และการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนรับทราบ

- แบ่งกลุ่มนักศึกษาพยาบาลออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

- มอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลเข้าเรียนเนื้อหาการเยี่ยมบ้านใน (WORK-BASED BLENDED LEARNING AND TECHNOLOGICAL SCAFFOLDING SYSTEM: WBSC) ก่อนทำ role play และก่อนเข้าชั้นเรียน

2. ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มนักศึกษาออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน มอบหมายนักศึกษาให้เป็นผู้รับบริการ 1 คน ญาติผู้รับบริการ 1 คน พยาบาลจำนวน 2 คน และเป็นผู้สังเกตการณ์จำนวน 6 คน ให้ทำ role play simulation และอัดวิดีโอ role play จากสถานการณ์เสมือนจริงที่ได้รับมอบหมาย กลุ่มละ 3 สถานการณ์ ประกอบด้วยผู้รับบริการที่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพเสี่ยง และภาวะสุขภาพปกติ โดยให้สมาชิกในกลุ่มสลับบทบาทกันในแต่ละสถานการณ์ หลังจากนั้นมอบหมายให้นักศึกษาทุกกลุ่มนำวิดีโอที่บันทึกวิดีโอ role play simulation มาเปิดดูเพื่อเตรียมอภิปรายร่วมกันที่สถานการณ์ในช่วงโมงเรียนทฤษฎี หัวข้อการเยี่ยมบ้าน ใช้ระยะเวลาในการเรียนการสอน 7 ชั่วโมง แบ่งเป็น pre brief 10 นาที เป็นการชี้แจงรายละเอียดให้นักศึกษาทุกคนฟังก่อนปล่อยให้นักศึกษาฝึกแสดงบทบาทสมมติ ใช้เวลาสถานการณ์ละ 25 นาที จากนั้นในชั้นเรียนช่วง role play scenario ได้เปิดวิดีโอให้นักศึกษาทุกคนดูพร้อมกันเริ่มจากสถานการณ์เยี่ยมบ้านผู้รับบริการในภาวะปกติ 5 สถานการณ์ และสรุป de brief 15 นาที สถานการณ์เยี่ยมบ้านผู้รับบริการในภาวะเสี่ยง 5 สถานการณ์ และสรุป de brief 15 นาที

วาระสารกองการพยาบาล

สถานการณ์เยี่ยมบ้านผู้รับบริการในภาวะป่วย 5 สถานการณ์ และสรุป de brief 15 นาที (รอบละ 140 นาที)

3. ระยะหลังการทดลอง หลังจากจบการเรียนรู้ การสอน กลุ่มตัวอย่างทุกคนทำแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน และผู้วิจัยประเมินทักษะการสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษา ภายหลังจากสิ้นสุดการเรียนรู้การสอนทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน คะแนนทักษะการสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน และคะแนนทักษะการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง ด้วย paired t-test

ผลการวิจัย

ผลของการสอนโดยใช้ role play simulation ต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ role play simulation หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ role play simulation

ความมั่นใจในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	mean	SD	mean	SD		
1. มีความมั่นใจในการประเมินสภาพผู้รับบริการในการเยี่ยมบ้าน	3.53	0.80	3.96	0.68		
2. มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน	3.64	0.79	3.85	0.71		
3. มั่นใจในการใช้ความรู้เพื่อการดูแลแก้ปัญหาผู้รับบริการในการเยี่ยมบ้าน	3.36	0.79	3.63	0.73		
4. มีความมั่นใจในการตัดสินใจในการดูแลผู้รับบริการในการเยี่ยมบ้านเมื่อเกิดปัญหาเฉพาะหน้า	3.47	0.88	3.58	0.79		
5. มีความมั่นใจในการทำงานเป็นทีม	4.21	0.81	4.33	0.60		
6. มีความมั่นใจในการประสานเครือข่ายเพื่อขอความช่วยเหลือในกรณีเกินขีดความสามารถ	3.51	0.80	3.90	0.83		
7. มีความมั่นใจในสื่อสารกับผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน และทีมการพยาบาล	3.64	0.79	3.83	0.83		
8. ภาพรวมมีความมั่นใจในการลงไปปฏิบัติงานจริงในชุมชน	3.64	0.79	3.96	0.80		
ภาพรวมความมั่นใจในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน	3.63	0.26	3.88	0.23	6.07	.001*

ผลของการสอนโดยใช้ role play simulation ต่อทักษะการสื่อสาร และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาล

มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับปฏิบัติชำนาญ รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนทักษะการสื่อสารและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านในการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาลหลังการใช้ role play simulation

ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน	mean	SD
ทักษะการสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน	4.25	0.71
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน	1.58	0.51

อภิปรายผล

1. ผลของการสอนโดยใช้ role play simulation ต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนหลังพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ โดยการสวมบทบาทเป็นพยาบาลเยี่ยมบ้าน ทำให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ได้ใช้ทักษะสื่อสารกับผู้ป่วยบริการ

ทำให้เกิดความมั่นใจในการเยี่ยมบ้านมากขึ้น และการสวมบทบาทเป็นผู้ป่วยทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ความรู้สึก และความต้องการในมุมมองของผู้ป่วย นำไปสู่การสร้างปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (ภาพที่ 1 บทบาทสมมติกรณีเยี่ยมบ้านผู้รับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วยและได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยนักศึกษาที่สวมบทบาทเป็นพยาบาลกำลังพูดคุยซักถามอาการ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่สวมบทบาทโดยนักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วย)



ภาพที่ 1 บทบาทสมมติกรณีเยี่ยมบ้านผู้รับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วยและได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

นอกจากนี้ การได้ลงมือทำซ้ำ ๆ จะส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ในการปฏิบัติและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในครั้งต่อไป สอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถด้านการพูดภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารโดยใช้กิจกรรมแสดงบทบาทสมมุติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนนวมิยวรณมโศภิต อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการพูดภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารโดยใช้กิจกรรมบทบาทสมมุติของผู้เรียนสูงกว่าก่อนการทดลอง ผู้เรียนมีการพัฒนาด้านการพูดภาษาอังกฤษอย่างต่อเนื่องและมีความมั่นใจในการพูดภาษาอังกฤษมากขึ้น¹

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมกรการกล้าแสดงออกโดยใช้วิธีการแสดงบทบาทสมมุติของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สาขาวิชาการจัดการธุรกิจท่องเที่ยวในรายวิชาอุตสาหกรรมกรท่องเที่ยว ที่ผลการวิจัยพบว่า หลังจากใช้วิธีการเรียน

การสอนแบบแสดงบทบาทสมมุติในรายวิชานี้ นักศึกษามีระดับพฤติกรรมกรการกล้าแสดงออกที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้วิธีการเรียนการสอนแบบแสดงบทบาทสมมุติ² และการใช้บทบาทสมมุติในสถานการณ์เสมือนจริงในการรักษาโดยใช้ทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า การใช้แบบทดสอบบทบาทสมมุติเป็นเครื่องมือการสอนที่มีคุณค่าสำหรับนักศึกษาที่เรียนทางด้านสุขภาพจิตทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติในคลินิกอีกทั้งการใช้บทบาทสมมุติสามารถช่วยเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์และความมั่นใจของนักศึกษาอีกด้วย³ (ภาพที่ 2 บทบาทสมมุติกรณีเยี่ยมบ้านผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยนักศึกษาที่สวมบทบาทเป็นพยาบาลกำลังพูดคุยซักถามอาการ และซักประวัติผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่สวมบทบาทโดยนักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อม)



ภาพที่ 2 บทบาทสมมุติกรณีเยี่ยมบ้านผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2. ผลของการสอนโดยใช้ role play simulation ต่อทักษะการสื่อสารในการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีทักษะการสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เนื่องจากการสวมบทบาทแสดงเป็นพยาบาลและมีผู้แสดงเป็นบทบาทผู้รับบริการทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างกัน ได้ฝึกแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าผ่านการสื่อสารกับผู้รับบริการจะยิ่งเพิ่มความสามารถในการสื่อสารให้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้การแสดงบทบาทสมมติในการสอน “ภาษาอังกฤษเพื่อการบริการ” พบว่านักศึกษามีความสามารถในการพูดภาษาอังกฤษเพื่อการบริการหลังเรียนบทเรียนภาษาอังกฤษเพื่อการบริการที่ใช้การแสดงบทบาทสมมติสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก ($g = 4.64$) มีทัศนคติในการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงในสถานประกอบการจริงอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.64)⁴

การศึกษากการพัฒนาความสามารถด้านการพูดภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารโดยใช้กิจกรรมแสดงบทบาทสมมุติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวชิรธรรมโศภิต อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัย พบว่าความสามารถในการพูดภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารโดยใช้กิจกรรมบทบาทสมมุติของผู้เรียนสูงกว่าก่อนการทดลอง ผู้เรียนมีการพัฒนาด้านการพูดภาษาอังกฤษอย่างต่อเนื่องและมีความมั่นใจในการพูดภาษาอังกฤษมากขึ้น¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาทักษะการสนทนา

ภาษาอังกฤษ 1 โดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมุติเรื่อง opinions ของผู้เรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 พบว่า ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้รายวิชาการสนทนาภาษาอังกฤษ 1 หลังเรียนด้วยกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมุติสูงกว่าก่อนเรียน⁵

นอกจากนี้ การศึกษาที่ใช้การแสดงบทบาทสมมติในการสอนการสื่อสารด้วยเทคนิค Situation, Background, Assessment, Recommendation: SBAR กับนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนด้วยวิธีการสอนแบบการแสดงบทบาทสมมติจะมีทักษะการสื่อสารที่ดีกว่าและมีความผิดพลาดน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลที่ใช้วิธีการสอนแบบเดิม⁵

การศึกษาระสิทธิภาพผลของการใช้โปรแกรมจำลองสถานการณ์ในการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับเทคนิค SBAR พบว่า โปรแกรมจำลองสถานการณ์ในการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับเทคนิค SBAR ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการสื่อสารในการส่งต่อข้อมูลกับแพทย์ และทำให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะด้านการสื่อสาร⁶ จากการศึกษาการผสมผสานวิธีการใช้บทบาทสมมติและการใช้วิดีโอประกอบการสอนในนักศึกษาพยาบาลช่วยในการปรับปรุงทักษะการสื่อสาร รวมถึงยังเพิ่มคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย⁷ (ภาพที่ 3 บทบาทสมมุติกรณีเยี่ยมบ้านผู้รับบริการที่มีสุขภาพแข็งแรง โดยนักศึกษาที่สวมบทบาทเป็นพยาบาลกำลังพูดคุยซักถาม ชักประวัติ และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่มีสุขภาพดีสวมบทบาทโดยนักศึกษาที่ได้รับการเตรียมความพร้อม)



ภาพที่ 3 บทบาทสมมติกรณีเยี่ยมบ้านผู้รับบริการที่มีสุขภาพแข็งแรง

3. ผลของการสอนโดยใช้ role play simulation ต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้านอย่างชำนาญ เนื่องจากการให้ผู้เรียนสวมบทบาทในสถานการณ์ซึ่งมีความใกล้เคียงกับความเป็นจริง และแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิดของตน และนำเอาการแสดงออกของผู้แสดงทั้งด้านความรู้ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตมาเป็นข้อมูลอภิปราย วิธีการนี้จะช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้นเนื่องจากเกิดการเรียนรู้ในการเอาใจเขามาใส่ใจเรา เกิดการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ เกิดความเข้าใจในความรู้สึกและพฤติกรรมทั้งของตนเองและผู้อื่น⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการกล้าแสดงออกโดยใช้วิธีการแสดงบทบาทสมมุติของนักศึกษาชั้นปีที่1 สาขาวิชาการจัดการธุรกิจท่องเที่ยวในรายวิชาอุตสาหกรรม การท่องเที่ยว ผลการวิจัยพบว่าหลังจากใช้การเรียนการสอนแบบแสดงบทบาทสมมุติในรายวิชา ระดับพฤติกรรมการ

กล้าแสดงออกของนักศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงกว่านักศึกษา ก่อนใช้การแสดงบทบาทสมมุติ¹ และการศึกษาผลการเรียนรู้แบบบทบาทสมมุติต่อการรับรู้สมรรถนะนักศึกษาพยาบาลรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองหลังการแสดงบทบาทสมมุติมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเรียน บทบาทสมมุติและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

การศึกษาผลการใช้บทบาทสมมุติในสถานการณ์เสมือนจริงและการสาธิตทักษะการให้สวมน้ำในเด็กในนักศึกษาพยาบาล พบว่า การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์เสมือนจริงและการสาธิตทักษะปฏิบัติการพยาบาล เป็นวิธีการเพิ่มทักษะการปฏิบัติความรู้ และความมั่นใจให้แก่ นักศึกษาพยาบาลและถือ ว่าเป็นวิธีการสอนที่ใช้ในการพัฒนาทักษะการพยาบาล ได้ค่อนข้างดี¹⁰ นอกจากนี้ ผลการศึกษาการใช้บทบาทสมมุติซึ่งเป็นกลยุทธ์การสอนที่มีความสนุกในการเรียนรู้ ยังพบว่า การใช้บทบาทสมมุติในการจัดกิจกรรมการ

วารสารกองการพยาบาล

เรียนเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการสอน นั่นคือเป็น การพัฒนาทักษะการฝึกปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ส่งเสริม พัฒนาทักษะสร้างสรรค์ ความรับผิดชอบ และการ ตัดสินใจ นักศึกษามีความสนุกจากการที่ลงมือปฏิบัติ ด้วยตนเองและมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจในความ หลากหลายของผู้รับบริการซึ่งได้ประสบการณ์จาก กระบวนการที่ใช้สถานการณ์เสมือนจริง¹⁶

นอกจากนี้ การศึกษามุมมองของนักศึกษา พยาบาลต่อรูปแบบการสอนโดยใช้บทบาทสมมติใน วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลใน วิทยาลัยพยาบาล Riyadh และมหาวิทยาลัย King saud bin abdulaziz ผลการศึกษาพบว่า การใช้บทบาท สมมติเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสอนการ พยาบาลสุขภาพจิตช่วยในการปรับปรุงทักษะการ สื่อสารให้กับนักศึกษาและยังเป็นการบูรณาการศาสตร์ ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติและยังช่วยให้เกิดทักษะความคิด

สร้างสรรค์อีกด้วยทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการ สอนและการทำงานเป็นทีม¹⁷ จากการศึกษาการใช้ บทบาทสมมติทางคลินิกและการสะท้อนคิดในการ เรียนรู้ทักษะการสื่อสารในการรักษาในการศึกษา สุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่าการใช้บทบาทสมมติเป็น การเน้นการมีส่วนร่วมของนักศึกษา การเพิ่มศักยภาพใน ตนเองและการมีความเห็นอกเห็นใจในการฝึกปฏิบัติการ พยาบาลสุขภาพจิต¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางให้ผู้สอนและผู้สนใจได้นำ วิธีการจัดการเรียนรู้โดยใช้ role play ไปใช้ในการเรียน การสอนในวิชาอื่นต่อไป
2. นำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการเพิ่มพูน ทักษะต่าง ๆ ให้นักศึกษา เช่น ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ

References

1. Ketsuda Ponglangka A study of the use of role-play activities in the development of speaking abilities. English of Mathayomsuksa 5 students. Thesis. Master of Arts degree program. Department of Teaching English as a Foreign Srinakharinwirot University. 2007. Thai.
2. Supavinee Lohaprasert. Research report in the classroom on the development of assertive behavior using the method Role play of first year students in Tourism Business Management in industrial course Tourism, semester 1/2013 (Research Report). Yala : Yala Rajabhat University. 2013. Thai.
3. Arnone MJ, Conti PR, Preckajlo HJ. Roleplay simulation of therapeutic communication for nursing students in a psychiatric nursing course. International Journal of nursing. 2021;8(2): 1-7.
4. Suchada Thimontri. The effectiveness of the use of role-playing in teaching. Songkhla: Prince of Songkla University. 2013. Thai.
5. Kesten, KS. Role-play using SBAR technique to improve observed communication skill in senior nursing students. [Electrical version]. Journal of Nursing Education, 2011. 50(2), 79-87. PMid: 21210611.
6. Mi Yu, Kyung ja Kang. Effectiveness of a role-play simulation program involving the SBAR technique: A quasi-experimental study. [Electrical version]. Nursing Education Today, 2017. 53, 41-47.
7. Tomova S, kilikova M, Bartonickova D, Kalankova D. Combination of the role-playing method and video training in undergraduate nursing studies. Journal of nursing and social sciences related to health and illness.2020;22(1): 27-32.
8. Tisana Kamanee. Science of teaching. 19th ed. Bangkok : Chulalongkorn University printing press. 2015. Thai.
9. Wanida Tantichatchawanwong. Developing English Conversation Skills 1 by role-playing activities on Opinions of 2nd year vocational certificate students in sales field, Wimon Sriyan College of Technology (Research Report). Bangkok : Ramkhamhaeng University. 2013. Thai.
10. Supawadee Kruachottikul, Sakawduean Oatme. The Effects of using role-Play to self-efficiency in maternal-child nursing and midwifery I student nurses of Saint Louis college. Journal of health and health management, 2020;6(2):28-38. Thai.

11. Rangson Maraphen. Development of learning instructional model by using standardized patient in simulation base in community health nursing. Program of Ph. D. Development Education Graduate School, Silpakorn University Ph. D. 2019. 297. Thai.
12. Reiersen IÅ, Sandvik L, Solli H, Haukedal TA, Husebø SE. (2020). Psychometric testing of the Norwegian version of the Simulation Design Scale, the Educational Practices Questionnaire and the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale in nursing education. International Journal of Nursing Studies Advances, 2, 100012. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100012>.
13. Boonchom Srisaat. Preliminary research. (10th edition). Bangkok : Suwiriyan. 2017. Thai.
14. Baird T, Corey VR, Sissom J, Weber J, Campbell SH. (2021). Testing the Validity and Reliability of the Adapted Health Communication Assessment Tool©. Clinical Simulation in Nursing, 52, 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.11.001>.
15. Valizadeh I, Akbarzadeh B, Ghiyasvandian S. et al. The effects of role play simulation and demonstration on pediatric peripheral venous catheter insertion skill among nursing students: A three group experimental study. Nursing and midwifery studies. 2021;10: 1-6.
16. Khan S. Role play: A teaching strategy that adds fun in learning. International Journal of current research. 2017;9(8) :55916-55919.
17. Dawood E. Nursing students' perspective about role-play as a teaching strategy in psychiatric nursing. Journal of education and practice. 2013;4(4): 38-48.
18. Ronning S, Bjorkly S. The use of clinical role-play and reflection in learning therapeutic communication skills in mental health education: an integrative review. Advances in medical education and practice.2019;10: 415-425.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสุโขทัย

อุไรวรรณ จัยต่าย* ศษ.ม. (การบริหารการศึกษา)

วัญญู บุญยมนิ** พย.ม.(บริหารการพยาบาล)

ศิริพร วงศ์จันทร์มณี** พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติและศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 80 คน และ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ แบบติดตามและเฝ้าระวังการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง แบบประเมินความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = 1.0

ผลการวิจัย พบว่า การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ด้านผู้ให้บริการ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องยาและการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 80 และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติโดยรวมในระดับมาก (Mean 4.06, SD .24) ด้านผู้ใช้บริการ อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการใช้ยาเสี่ยงสูงของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ลดลงจาก 10.86 เป็น 3.21 ครั้งต่อ 1,000 วันให้ยาเสี่ยงสูง สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ลดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, หลอดเลือดดำอักเสบ, ยาเสี่ยงสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสุโขทัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุโขทัย

Corresponding e-mail: kobbankluay@gmail.com

Development of a Nursing Practice Guidelines to High Alert Drugs Administration in Patients with septic shock for Prevention Extravasation of Registered Nurses at Sukhothai Hospital

Uraiwan Juytay* M.Ed. (Educational Administration)

Wachanya Bunyamani** M.N.S.(Administration)

Siriporn Wongjantharamanee** M.N.S.(Adult Nursing)

Abstract:

This research aimed to developed the nursing practice guidelines and assess the results of using the high alert drugs administrative nursing practice guidelines in patients with septic shock to prevent extravasation of registered nurses at Sukhothai Hospital. The samples were purposive selected and consisted of 80 registered nurses and 90 septic shock patients. The research instruments included the high alert drugs administrative nursing practice guidelines, high alert drugs nursing practice guidelines feasibility assessment form, high alert drugs administrative monitoring-surveillance form, and knowledge test on high alert drugs administration. Content validity of the instruments were examined by 5 experts, yielding CVI of 1.0.

The results revealed that the implementation of the high alert drugs administrative nursing practice guidelines with multidisciplinary improved quality and effectiveness of the nursing practices. On service providers, the knowledge score of the nurses after training was significant higher than before training ($p < .01$). More than 80 percent of the nurses followed the guidelines and the overall satisfaction with the nursing guidelines was at a high level (Mean 4.06, SD .24). On the patients, the incidence of extravasation from high alert drug administration in sepsis patients decreased from 10.86 to 3.21 times per 1,000 days of receiving high alert drug. It was concluded that the developed high alert drugs administrative nursing practice guidelines can reduce the incidence of extravasation and promote patient safety from high alert drugs usage in the hospitals.

Keywords: nursing practice guidelines, extravasation, high alert drugs

* Registered nurse, senior professional level, Chief of Nursing, Sukhothai Hospital

** Registered nurse, senior professional level, Sukhothai Hospital

Corresponding e-mail: kobbankluay@gmail.com

บทนำ

ภาวะติดเชื้อ (sepsis) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของปฏิกิริยาการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อที่ก่อให้เกิดการอักเสบกระจายไปทั่วร่างกาย เป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตตามมา เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั่วโลก ซึ่งคาดการณ์ว่าในปีหนึ่ง ๆ จะพบผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อได้ถึง 19 ล้านราย ในประเทศไทย อุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี จะพบว่าผู้ป่วย Sepsis 1 รายเกิดขึ้นทุก 3 นาทีและเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2560 ร้อยละ 32.03^{1,2} แนวทางการดูแลรักษา Septic shock แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ตั้งแต่ชั่วโมงแรกที่เริ่มให้การรักษา ได้แก่ 1) การให้ยาปฏิชีวนะและการกำจัดแหล่งติดเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วในระยะแรกของ Septic shock จะทำให้อัตราการรอดเพิ่มขึ้น 2) การให้สารน้ำเพื่อเพิ่มให้ปริมาตรหลอดเลือดกลับมาเร็วที่สุด โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เริ่มการรักษา ควรเริ่มให้สารน้ำในอัตราเร็วเช่น 500-1,000 มิลลิลิตรใน 15 นาที-1 ชั่วโมง แล้วแต่สภาพของผู้ป่วยและโรคทางระบบหัวใจหรือไหลเวียนเลือดที่มีอยู่เดิม 3) การให้ยากระตุ้นความดันโลหิตในกรณีที่ตรวจพบว่าปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดของผู้ป่วยเพียงพอแล้วแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะช็อกโดยทั่วไปจะใช้ Dopamine เป็นยาเริ่มต้น เพิ่มความดันเลือด การใช้ Norepinephrine เนื่องจาก ทำให้ความดันเลือดขึ้นได้เร็วและดีกว่า ทำให้ Splanchnic perfusion เพิ่มขึ้นได้และยังเกิดปัญหา Tachycardia น้อยกว่า Dopamine 4) การเฝ้าระวังความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

5) การรักษาจำเพาะ 6) การรักษาประคับประคองอื่น ๆ ซึ่งการให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด (vasopressors) นั้น พยาบาลควรบริหารยาทางหลอดเลือดดำที่มีขนาดใหญ่เนื่องจากพบว่า มีอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะ Tissue necrosis จากยาที่รั่วไหลออกนอกหลอดเลือด หากเป็นไปได้ควรให้ยาทาง Central line ถ้าไม่สามารถให้ยาทาง Central line ได้ควรผสมยาให้มีความเจือจาง เช่น ผสมยา 4 มิลลิกรัมต่อสารละลาย 250 มิลลิลิตร สารละลายที่แนะนำให้ใช้ในการผสมยาได้แก่ 5%DW หรือ 5%D/NSS หลังจากให้ยาแล้ว พยาบาลควรประเมินความดันโลหิตทุก 15 นาทีแล้วปรับขนาดยาตามคำสั่งของแพทย์ ควรใช้ยาที่น้อยที่สุดที่จะทำให้ความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้การมีสารน้ำมากเกินไปในกระบบไหลเวียนเลือด (circulatory overload) และการปนเปื้อนในสารน้ำ (pyrogen reaction) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ ที่พบบ่อยได้แก่ 1) ของเหลวแทรกซึมอยู่ในเนื้อเยื่อ (infiltration) เกิดจากเข็มแทงทะลุออกนอกหลอดเลือดหรือของเหลวรั่วออกจากหลอดเลือด 2) หลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) เกิดจากการระคายเคืองของหลอดเลือดเนื่องจากการเสียดสีจากเข็ม ตัวยาที่ให้หรือการอักเสบของลิ้นเลือดบริเวณปลายเข็ม และ 3) การมีเยื่อแทรกซึมเข้าใต้ผิวหนังบริเวณที่แทงเข็ม (extravasation) เกิดจากการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือดมาสู่เนื้อเยื่อโดยรอบจนทำให้เกิดการระคายเคืองบริเวณเนื้อเยื่อ อาจทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น^{3,4,5,6}

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย 3 ปีย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2560-2562 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น มีจำนวน 369, 702 และ 635 ราย ตามลำดับ มีอัตรา

เสียชีวิตร้อยละ 44.98, 54.95 และร้อยละ 50ตามลำดับ และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) มีรายงานอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 2-4 จากยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug : HAD) ได้แก่ ยา Dopamine (2:1) และยา Norepinephrine (4:100 และ 8:100) ปี 2560-2562 = 15.89 ครั้ง, 18.12 ครั้ง และ 18.23 ครั้ง ต่อ 1,000 วันที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามลำดับ⁷ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการทบทวนวิเคราะห์อุบัติการณ์ดังกล่าวพบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากองค์ความรู้ของพยาบาล ในการบริหารยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) ในประเด็นการเตรียมยา การเลือกเส้นเลือดดำ และการเฝ้าระวังการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลมีการบริหารยาในกลุ่มนี้ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เมื่อเกิดความผิดพลาดในการบริหารยาอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลเพิ่มขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการพยาบาล และภาพลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลอีกด้วย

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาล และเป็นทีมนำตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง และการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ จึงได้ทบทวน

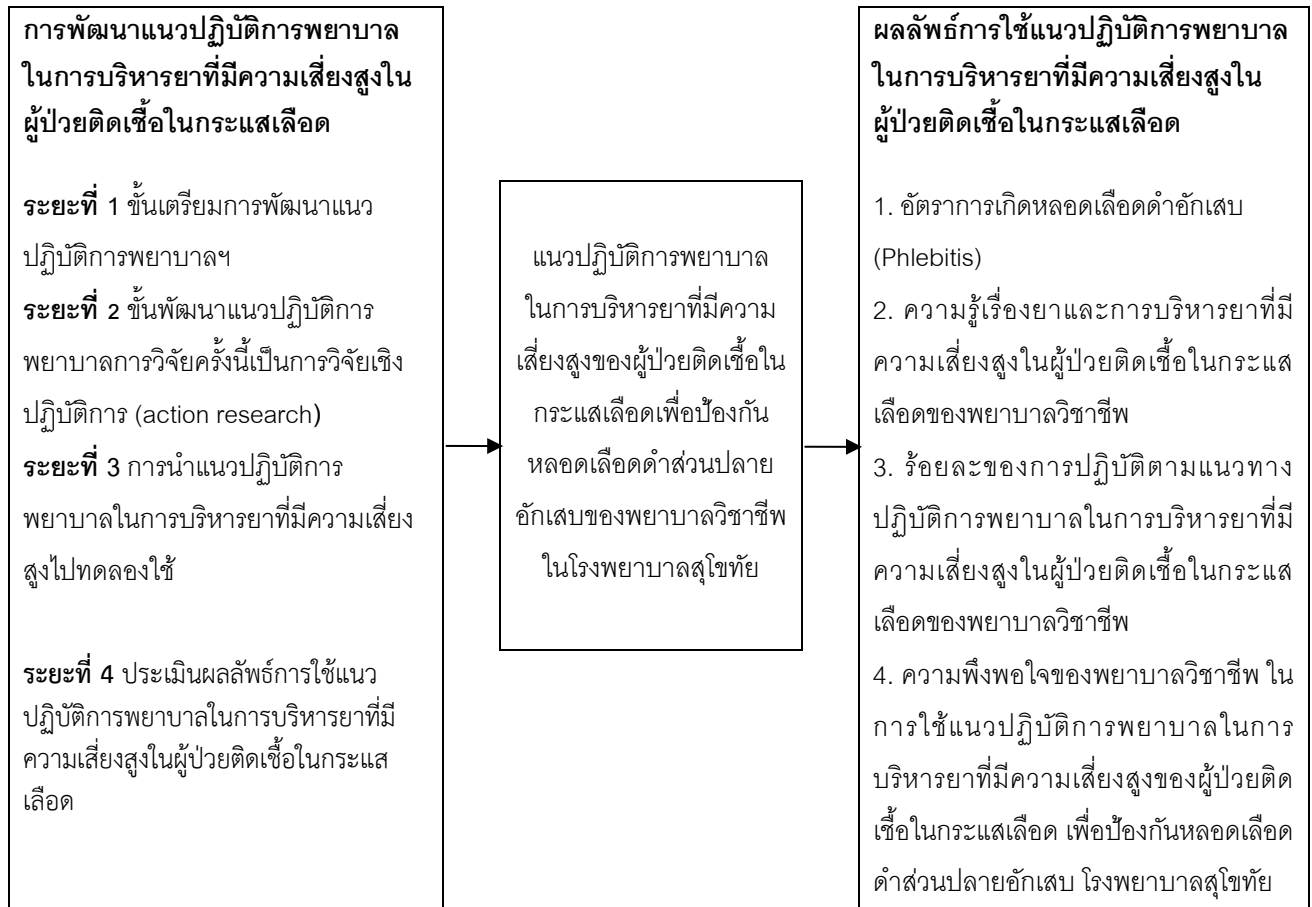
วรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและพัฒนางานและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือช่วยลดความเสี่ยงในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง และลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบระดับ 2-4 จากยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระบบการจัดการและบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุโขทัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ใช้กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกกาต (Kemmis and Mc Taggart) รายละเอียด ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) และมีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ยา Dopamine และยา Norepinephrine อย่างน้อย 1 ชนิด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย และมีวันนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2564

2. พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีใบประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ที่มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ยา Dopamine และยา Norepinephrine ที่มีวันนอนในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2564 จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) และมีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ยา Dopamine และยา Norepinephrine อย่างน้อย 1 ชนิด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ที่มีวันนอนในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2564 จำนวน 90 ราย

2. พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2564 จำนวน 80 คน (ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย) และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ที่มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ยา Dopamine และยา Norepinephrine ที่มีวันนอนในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์และตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ประกอบด้วยแพทย์ทางด้านอายุรกรรม เกษตรกรจำนวน พยาบาลทางด้านอายุรกรรม พยาบาลทางด้านศัลยกรรม และอาจารย์พยาบาล ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity: CVI = 1.0)

เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบติดตามและเฝ้าระวังการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ⁸

2. แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

3. แบบประเมินความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุโขทัย

4. แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = 1.0

ขั้นตอนการวิจัย มี 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ใช้เวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2564 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาปัญหาและสถานการณ์ จำนวนอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ 3 ปีย้อนหลัง และขออนุญาตทบทวนระเบียบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลางเดือนเมษายนหลังผ่านการพิจารณาและให้จัดทำงานวิจัยได้ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย เพื่อศึกษาการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ยา Dopamine และยา Norepinephrine อย่างน้อย 1 ชนิด

ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ใช้เวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2564 ผู้วิจัยประชุมระดมสมองส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และผู้ช่วยวิจัย 5 คน รวม 10 คน ในการยกร่าง

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงสะท้อนความคิดเห็น สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง การปฏิบัติการพยาบาลขณะให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง การปฏิบัติการพยาบาลหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านรูปแบบ ความตรงตามเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษา แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้เครื่องมือมีความชัดเจนด้านภาษาและครอบคลุมสาระสำคัญตามคำถามการวิจัยก่อนนำไปสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงไปทดลองใช้ ใช้เวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2564 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย-หญิง และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงกับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 80 คน ทำแบบสอบถามความรู้เรื่องการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงก่อนและหลังการอบรม

2. ประชุมพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) และมีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ยา Dopamine และยา Norepinephrine อย่างน้อย 1 ชนิด ที่มีวันนอนในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน จำนวน 30

วาระสารกองการพยาบาล

ราย (Pilot Study) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ฉบับร่าง การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ความยากง่ายในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ เพื่อศึกษาความคิดเห็นและความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้นในด้านความเข้าใจในการใช้ ความสอดคล้องกับการปฏิบัติ ความครอบคลุมด้านเนื้อหา ความสะดวกในการนำไปใช้ ความเหมาะสมในการนำไปใช้ และปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวทางปฏิบัติ และได้ปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ใช้ระยะเวลา 4 เดือน (เดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2564) ดังนี้

1. นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงมาใช้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) และมีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ ยา Dopamine และยา Norepinephrine อย่างน้อย 1 ชนิด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 ราย

2. ประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงไปใช้ ได้แก่

- 2.1 ด้านผู้ป่วย อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2.2 ด้านผู้ปฏิบัติ

- 2.2.1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการอบรม

- 2.2.2 ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ

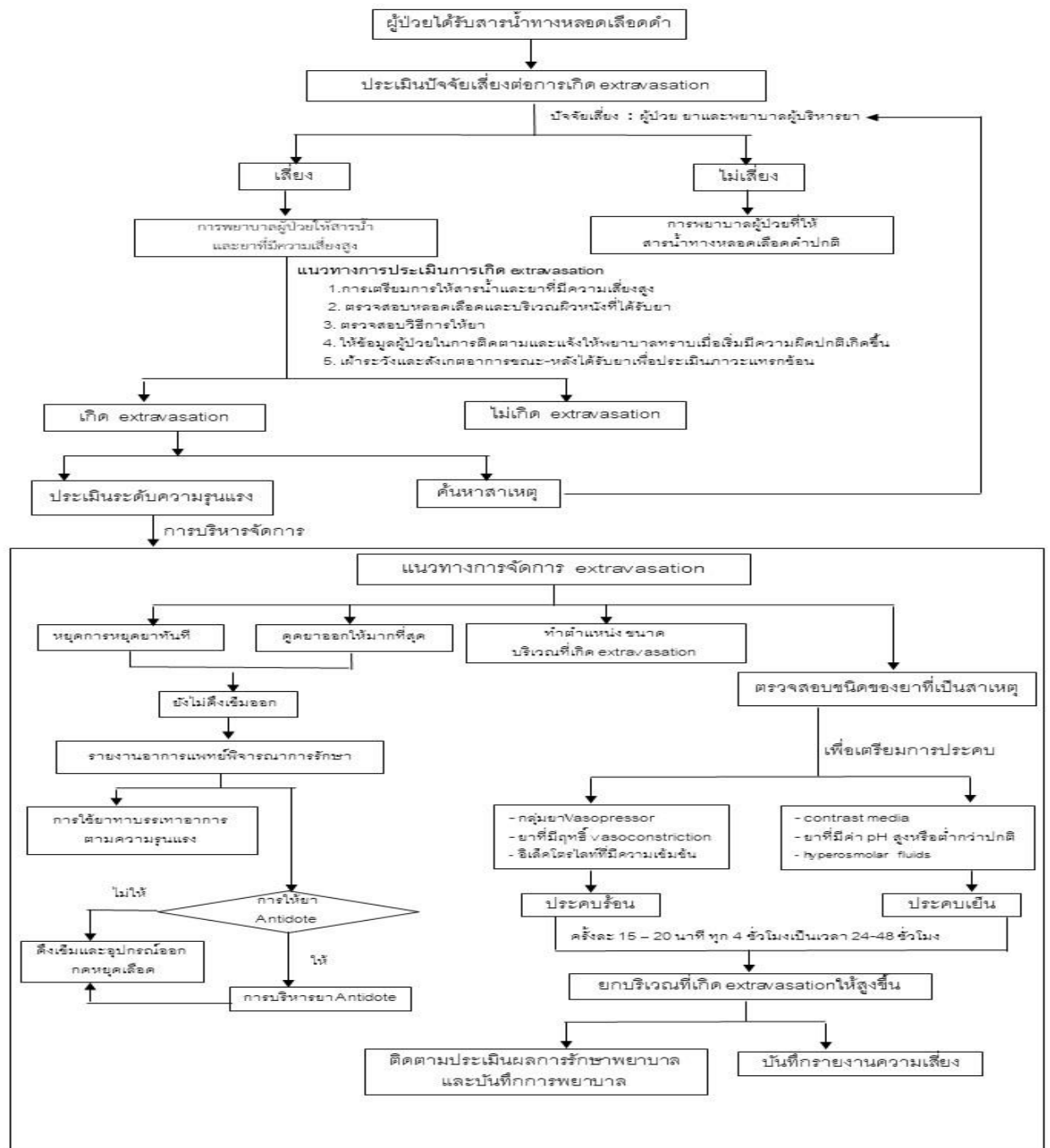
- 2.2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โรงพยาบาลสุโขทัย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย เลขที่ IRB23/2021 วันที่ 7 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 6 เมษายน 2565 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การขอคำยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยตามความสมัครใจ การนำเสนอข้อมูลผลการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสุโขทัย แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง
เพื่อป้องกันการเกิด Extravasation โรงพยาบาลสุโขทัย

วารสารกองการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางปฏิบัติ มีความคิดเห็นว่า แนวทางปฏิบัตินี้ มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้จริง สามารถใช้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้ ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ใช้ง่าย ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน ถูกต้องตามหลักวิชาการ⁸

ความคิดเห็นด้านสามารถนำไปใช้ได้จริงมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.38 รองลงมา คือ ใช้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้ ค่าเฉลี่ย 4.35 ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ย 4.30 และมีความพึงพอใจแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยรวม ค่าเฉลี่ย 4.06

ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อมีผลดี มีผลลัพธ์ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้ใช้บริการ⁹ ดังนี้

ด้านผู้ให้บริการ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อมีผลดีของพยาบาลวิชาชีพภายหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ (ตารางที่ 1)

ค่าร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อมีผลดีของพยาบาลวิชาชีพ แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลก่อนและหลังได้รับการอบรม

รายการ	คะแนน		คะแนน		t	p
	ความรู้ก่อนอบรม		ความรู้หลังอบรม			
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เรื่องยาและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ	30.99	2.543	35.41	.852	-16.031	0.000

ตารางที่ 2 การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของพยาบาล

รายการประเมิน	การปฏิบัติตามแนวทางฯ (ร้อยละ)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
- ก่อนให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูง ต้องมีการตรวจสอบวันอายุ วัตถุประสงค์ในการให้ยา	100	-
- ล้างมือแบบhygienic ก่อนการให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูง	93.75	6.25
- เตรียมอุปกรณ์ที่ให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูงปราศจากเชื้อ	100	-
- สวมถุงมือสะอาดก่อนการให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูง	100	-
- เลือกขนาดและตำแหน่งเส้นเลือดที่เหมาะสมในการให้ยา	80.00	20.00
- ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 70% แอลกอฮอล์ ให้สะอาด	100	-
- รอให้ 70%แอลกอฮอล์แห้ง หรือใช้เวลา30 วินาที	95.00	5.00
- ใช้พลาสติกหรือก๊อบปปราศจากเชื้อปิดบริเวณที่ให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูง ปิดทับด้วยพลาสติกสะอาด	90.00	10.00
- ปิดแถบสีตามวันที่ครบกำหนดเปลี่ยนหรือ ลงวันเดือนปี บริเวณแทงเข็ม	88.75	11.25
- ล้างมือแบบhygienic หลังการให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูง	100	-
- ประเมินหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงตรวจสอบทำความสะอาดข้อต่อ จุกต่างๆของชุดสารน้ำด้วย 70%แอลกอฮอล์ ทุกครั้งหลังจากให้ยา/ เปลี่ยนชุดสารน้ำ	96.25	3.75
- Dressing บริเวณที่ให้สารน้ำเมื่อมีการเปื่อยขึ้นหรือสกปรก	96.25	3.75
- เปลี่ยนบริเวณที่ให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง พร้อมติดแถบสี	95.00	5.00
- ตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ได้รับยา และตรวจสอบโดยดูเลือดแล้วมีเลือดย้อน flush NSS ก่อนให้ยาอย่างน้อย 10-20 มิลลิลิตร หากดูเลือดไม่ได้ ควรเปลี่ยนตำแหน่งที่แทงเข็มใหม่	100	-
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการติดตามและแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อเริ่มมีความผิดปกติเกิดขึ้น	96.25	3.75
- การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน หากเกิด extravasation ให้หยุดการหยุดยาทันที และดู extravasated solution ออก (ไม่ flush line) แล้วดึงอุปกรณ์ออก พร้อมยกบริเวณที่เกิดให้สูงขึ้น และใช้ dry warm compresses พร้อมทั้งรายงานแพทย์รับทราบ	98.75	1.25
- บันทึกการได้รับยา การประเมินผลจากการได้รับยาทุกครั้ง	100	-

วารสารกองการพยาบาล

ด้านผู้ให้บริการ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการใช้ยาเสี่ยงสูงของผู้ป่วยติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงโดยการติดตามเฝ้าระวัง และการบริหารยาที่มีความ

เสี่ยงสูง พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการใช้ยาเสี่ยงสูงลดลงจาก 10.86 เป็น 3.21 ครั้งต่อ 1,000 วัน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง

ระยะดำเนินการ	อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (ครั้งต่อ 1,000 วัน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย)
ก่อนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ	10.86
หลังการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ	3.21

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงของผู้ป่วยติดเชื้อมีความเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสุโขทัย จากการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า สามารถช่วยลดโอกาสการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความเสี่ยงสูง และเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสุโขทัย โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทาการ์ด ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

เมื่อนำแนวทางสู่การปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งใช้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ถูกต้องตามหลักวิชาการระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.38 และมีความพึงพอใจแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมระดับมากค่าเฉลี่ย 4.06 สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ และคันสนีย์ ชัยบุตร⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.3

คะแนนความรู้เรื่องยาและการบริหารยาเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อน

การอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของประกายรุ่ง ต้นทัพไทยและชนินฐา วรธงชัย¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติและลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเสี่ยงสูง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ผลการทดสอบค่าที พบว่าค่าคะแนนความรู้หลังการอบรมแตกต่างกับคะแนนก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$)

อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการใช้ยาเสี่ยงสูงของผู้ป่วยติดเชื้อมีการติดตามเฝ้าระวังการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงจาก 10.86 เป็น 3.21 ครั้งต่อ 1,000 วัน ให้ยาเสี่ยงสูง แสดงให้เห็นว่า การมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยติดเชื้อมีการลดลงส่งผลให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของปาจารย์ ศักดิ์วิมลสุกุลและอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม¹¹ ที่ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอโรพินเฟริน พบว่าหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วน

ปลายอักเสบในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.25 เท่า ($OR = 2.25, 95\% CI .51-9.99$) รวมทั้งการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ซึ่งพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการบริหาร หัวหน้าหอผู้ป่วยควรส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์เพื่อนำมาเรียนรู้สู่การพัฒนาคุณภาพในเชิงระบบและเกิดวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยต่อไป

2. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การพยาบาลให้เข้าสู่งานประจำ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่องค์กรพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การพยาบาลให้เข้าสู่งานประจำ และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพศึกษาพัฒนางานประจำสู่การวิจัย ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้

References

1. Ladda Jampat , A Development of Caring Model for Patients with Sepsis in Surat Thani Hospital Nursing, Health, and Education Journal. 2020; 3(2):56-66. Thai.
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D.2017. [Internet]. 2018 [cited 2021, March 19]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf Thai.
3. Panya Tuandoung, Nataya Kamsawang, Nursing Care System Development For Sepsis and Septic Shock Patients, Buddhachinaraj Medical Journal. 2019; 36(2):180-195. Thai.
4. Sudarat Sutharapan, Thanawan Sanpanya. Development of Nursing Practice Guideline for Prevention High Alert Drugs Administration in PHRAE Hospital. Journal of Nursing Division .2009; 36(3):76-95. Thai.
5. Thitiporn Pathomjaruwat. Effect of implementing Nursing Guideline for prevention of extravasation on incidences of extravasation in patients at risk. Journal of Nursing Division. 2016; 31(2): 95-108. Thai.
6. Thitiporn Pathomjaruwat. Prevention and Management of Extravasation in Infusion Therapy. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017; 37(2): 169-181. Thai.
7. Medication error statistics. Center for Quality and Safety Management. Sukhothai Hospital. 2017 - 2019. Thai.
8. Surapee Ethongchai, Orawan Somboonjan, Development of a Nursing Practice Guidelines for High Alert Drugs Administration, Samut-Sakhon hospital. Journal of Nursing. 2020; 47(1): 34-47. Thai.
9. Kittirat Sawasrak, Sunsanee Chaiyabutra, The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Peripheral Intravenous Catheters. Chaiyaphum Medical Journal. 2018; 38(3):50-60. Thai.
10. Prakayrung Tontupthai , Kanittha Vorathongchai , Effects of a Professional Nurse Coaching Program on Adherence to Guidelines and Reduction of Error Rates in the Administration of High Alert Drugs. Journal of Nursing and Health Care. 2020; 38(1): 59-68. Thai.

11. Pajaree Sakvalysakul, Ussanee Siriwongprom, The Effect of Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention Extravasation from Norepinephrine Injection, Christian University Journal. 2019; 25(2): 92-108. Thai.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สิริพรรณ อีระกาญจน์* ส.ม. (สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต)

รินดา เจวประเสริฐพันธุ์** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์*** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ใช้แนวคิด Chronic Care Model และขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย การวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนกลับ ระยะเวลาศึกษา 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวาน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 45 คน และผู้ให้บริการ จำนวน 35 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นทีมหมอบรรอบครัวดูแลประชากรเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ Application Line เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pair sample t- test และ One Way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง หลังการใช้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่า ภาพรวมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบนี้ในระดับมาก การประเมินความเป็นไปได้ของผู้ให้บริการในการนำรูปแบบไปใช้ อยู่ในระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ แนวปฏิบัติสามารถแก้ไขปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

** โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

*** โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Corresponding e-mail: siriphan.65@hotmail.com

Developing of diabetes care model in urban area during the COVID -19 pandemic

Siriphan Theerakarn*	M.P.H.(Public Health)
Rinda Jewprasertpan**	M.N.S. (Community Nurse Practitioner)
Rachada Pipatsart***	M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a diabetes care model in urban areas during COVID-19 pandemic using the Chronic Care Model concept. The action research process of Kemmis & McTaggart was applied and comprised of planning, action, observation, and reflection. The duration of the project was six months.

A sample of 45 diabetes patients was recruited using purposive sampling according to inclusion criteria. A sample of 35 healthcare workers also enlisted and consisted of physicians, nurses, and public health technical officers. These healthcare personnel functioned as family care team and take care of population in in the Phitsanulok Municipality area. The research instrument included urban diabetes care model. Data collection tools consisted of Application Line, fingertip blood glucose device, diabetic self-care behavior questionnaire, satisfaction questionnaire of service providers, and feasibility questionnaire of the model. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired sample t-test, and One Way ANOVA.

The result revealed that HbA1c of the diabetes patients before and after using the model were not differ. The average self-care behaviors scores on diet control, taking medication, and continuity of care, after applying the diabetes care model, were significantly higher than before the diabetes care model implementation ($p < .05$). Healthcare providers reported a high level of satisfaction with the diabetes care model. They also gave a high score on the feasibility of the diabetes care model implementation. The aspect on the guideline can solve problems and have a positive effect on the patients got the highest average score.

Key words: urban diabetes care model, Coronavirus disease 2019 pandemic

* Buddhachinaraj hospital

** Buddhachinaraj hospital

*** Buddhachinaraj hospital

Corresponding e-amil: siriphan.65@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของการเผาผลาญของร่างกายซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลสูงในเลือด ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 783 ล้านคน¹ ประเทศไทย จากรายงานปี 2560 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลปี 2559-2561 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 1,292.7 1,344.9 1,439.0 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และพบว่ามีจำนวน และอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเป็น 22.01 , 21.96 , 21.87 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ² สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 2 และจังหวัดพิษณุโลก จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยข้อมูลเขตบริการสุขภาพที่ 2 ปี 2559-2561 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 1,276.87 1,311.53 1,401.51 ต่อแสนประชากรตามลำดับ³

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ซึ่งการควบคุมโรค เป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วย ที่จะได้ทำได้โดยลำพัง เพราะ นอกจากการดูแลตัวเองของผู้ป่วยด้วยการกินยา หรือ การควบคุมอาหาร ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้านโภชนาการของโรคเบาหวาน การ

ออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอง ยังส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย⁴

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นจากการค้นพบรายงานโรคปอดอักเสบติดเชื้อที่ไม่ทราบสาเหตุที่เมืองอู่ฮั่นประเทศจีน เมื่อ 31 ธันวาคม 2562 จากนั้นเกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและ ลุกลามไปทั่วโลก ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการระบาดของโรคกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2528 ซึ่งการระบาดระลอกแรกช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2563 นั้น เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ทำให้การรับมือต่อสถานการณ์การระบาดของโรคไม่มีความพร้อม ส่งผลกระทบ ต่อประชาชนเป็นวงกว้าง การกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด เช่น การเว้นระยะห่าง การเก็บตัวอยู่บ้าน การงดกิจกรรมหรือรวมกลุ่มทางสังคม ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของประชาชนต้องเปลี่ยนแปลง ใช้ชีวิตในแบบ ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) ผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ต้องเตรียมความพร้อมของทรัพยากรต่างๆ ให้พร้อมรับสถานการณ์การระบาดที่อาจรุนแรงขึ้น² กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good control) และกลุ่มควบคุมโรคพอใช้ได้ (Moderate Control) ให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพพิจารณาให้จัดยาเดิมให้ผู้ป่วย ได้ตามความเหมาะสม เช่น จัดส่งยาที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข แจ้งผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้านยาคุณภาพหรือจัดส่งยาทางไปรษณีย์ นโยบายดังกล่าวมี

ผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยขาดการดูแลต่อเนื่อง

ศูนย์สุขภาพเมือง พิษณุโลก มีผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบพื้นที่เขตเทศบาลนครพิษณุโลก ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 4,776 คน ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง และมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับคนปกติ ซึ่งในภาวะปกติก่อนมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศูนย์สุขภาพเมือง พิษณุโลก ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผู้ป่วยทุกรายต้องเข้ามาใช้บริการตรวจรักษาพบแพทย์ในศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก ต่อเนื่องทุก 1-3 เดือน แต่หลังจากมีการระบาดของโรคฯ ดังกล่าว ในปี พ.ศ.2564 ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก ปรับรูปแบบการให้บริการ ลดการเข้ารับการรักษาที่สถานบริการในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรง เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการดำเนินการพบว่า อัตราการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยในเขตเทศบาลนคร พิษณุโลก ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 46.47 ปีงบประมาณ 2564 ลดลงเหลือ ร้อยละ 41.34 ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม อัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ ก็ลดลงเช่นเดียวกัน โดยในปีงบประมาณ 2563 อัตราการควบคุมโรคความดัน

โลหิตสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 50.96 ปีงบประมาณ 2564 ลดลงเหลือ ร้อยละ 37.17

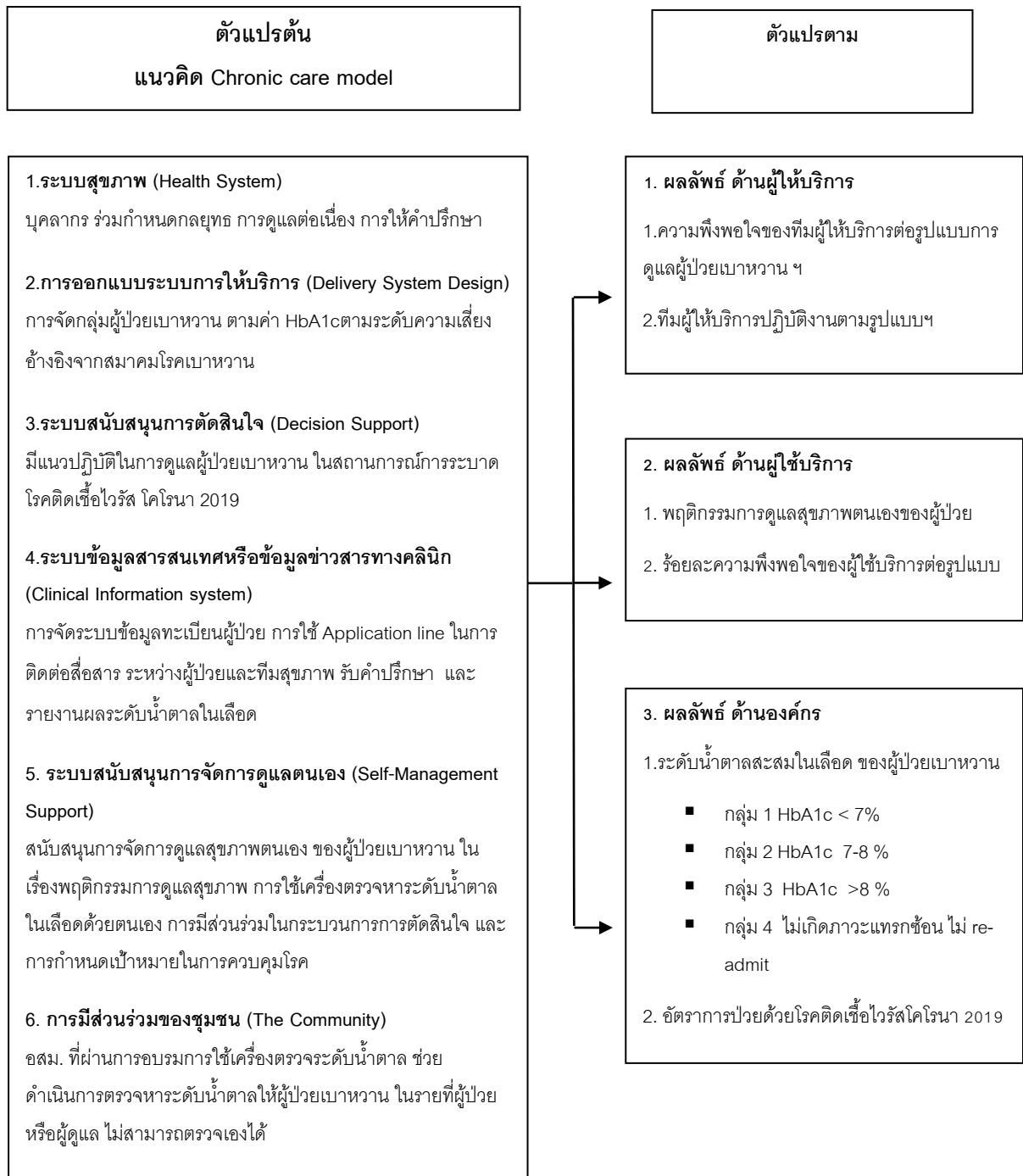
ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ของกลุ่ม 608 ที่ต้องให้ความสำคัญระมัดระวังเป็นพิเศษ ในฐานะผู้วิจัยมีบทบาทในการพัฒนางานบริการพยาบาลในชุมชน จึงต้องหาวิธีการที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตามเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวคิด Chronic Care Model รายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วยแพทย์พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ทำหน้าที่เป็นทีมหมอครอบครัว ดูแลประชากรเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก ทั้ง 7 ทีม และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเป็นผู้จัดการทีมสุขภาพ ทุกคน รวมจำนวน 35 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

Inclusion Criteria คือ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

Exclusion criteria คือ ต้องการยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย

2. กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่พักอาศัยในพื้นที่เขตเทศบาลนคร พิษณุโลก และรับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพเมือง พิษณุโลก จำนวน 45 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

ผู้ป่วยเบาหวานอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ รับการรักษาและอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพเมือง พิษณุโลก เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย สามารถอ่านออก และเขียนได้ และผู้ป่วยหรือผู้ดูแล สามารถใช้ Application Line เพื่อการสื่อสาร ส่งข้อมูลได้ และสามารถใช้เครื่องมือตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว หรือมีอาสาสมัครสาธารณสุขใกล้บ้านดูแล

Exclusion criteria คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษาได้ มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานระดับรุนแรง ที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบ

คุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการ ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ประกอบด้วย (1) แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (2) Application Line ที่ติดตั้งบนโทรศัพท์ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล แยกกลุ่มตามพื้นที่รับผิดชอบของทีมหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพเมือง พิษณุโลก เพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมหมอครอบครัว (3) เครื่องตรวจน้ำตาลที่ได้รับการสอบเทียบค่าแล้ว ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จะได้รับการฝึกปฏิบัติในการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลแบบเจาะเลือดปลายนิ้ว ผู้ป่วยแจ้งผลการตรวจใน Application Line กับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 15 ของเดือน เมื่อครบ 3 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมาย เพื่อตรวจหาค่าระดับน้ำตาลสะสม เพื่อประเมินหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ชุดที่ 1 ประกอบด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป และ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ของ ผู้ป่วย เบา หวาน ซึ่ง ดัด แปลง มา จาก ของ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ของสุปรียา เสี่ยงดัง⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ชุดที่ 2 ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ให้บริการ แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 มีทั้งหมด 4 ข้อ และ แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปใช้ มีทั้งหมด 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดทั้ง 2 ชุด ของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ให้บริการ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่า Alpha Coefficient เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาข้อมูลงานวิจัย ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับประเด็นปัญหา และวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อมูลบริบทพื้นที่ จัดทำโครงร่างวิจัย และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ คือดำเนินการวิจัยตามแผนปฏิบัติการตามแนวความคิดของ Kemmis & Mc Taggart 4 ขั้นตอนหลัก ดำเนินการ 2 รอบ ในวงรอบที่ 1 ได้แก่

2.1 การวางแผน (planning) วิเคราะห์สถานการณ์ในช่วงเริ่มต้นมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย พบว่าผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หน่วยบริการต้องปรับการจัดบริการรักษาพยาบาล ลดความแออัดโดยจำกัดจำนวนผู้ป่วย ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าเข้ามาใช้บริการที่หน่วยบริการเช่นกัน ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง เกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ส่วนผู้ให้บริการ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน นำไปสู่การวางแผนปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแนวใหม่

2.2 การปฏิบัติตามแผน (action) การปรับระบบบริการ โดยทบทวนการรักษาจากข้อมูลการรักษาเดิม แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ (1) กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ แพทย์จะส่งจ่ายยาล่วงหน้า แบบเติมยา (drug refilled) พยาบาลโทรนัดผู้ป่วยรับยา นอกอาคารสถานบริการ โดยไม่ต้องพบแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางเข้ามารับยาเดิมได้ เจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข จะเป็นผู้นำส่งยาให้ที่บ้าน (2) กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี พยาบาลโทรนัดหมาย โดยจำกัดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วน

2.3 การสังเกตผล (observation) จากการปรับระบบบริการเป็นการเติมยา (Drug refilled) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยเริ่มมีระดับน้ำตาลสูง ควบคุมโรคไม่ได้ และไม่มีระบบติดตามที่ชัดเจน

2.4 การสะท้อนผล (reflection) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า หลังปรับระบบบริการสามารถลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อได้ แต่ยังพบปัญหาในบางขั้นตอน เช่น การสื่อสารนัดหมายในการมารับการเติมยา ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด ไม่สามารถติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง และแนวปฏิบัติในการจัดกลุ่มผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 นำผลสรุปการดำเนินการในวงรอบที่ 1 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทดลองใช้รูปแบบเป็นขั้นตอนคือ

3.1 การวางแผน (planning) จากปัญหาในวงรอบที่ 1 นำไปสู่การวิเคราะห์วางแผนปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดังนี้

กลุ่ม 1 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) < 7 mg%

กลุ่ม 2 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) 7-8 mg%

กลุ่ม 3 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) > 8 mg%

กลุ่ม 4 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีประวัติภาวะแทรกซ้อน ประวัติการ Re-admit

อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง

ในแต่ละกลุ่มจะมีแนวทางการจัดบริการที่แตกต่างกัน ตามความเหมาะสม ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จะได้รับการฝึกปฏิบัติในการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง ผู้ป่วยเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลและแจ้งผลในระบบ Application Line กับทีมหมอครอบครัว เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 15 ของเดือน

3.2 การปฏิบัติตามแผน (action) ปรับปรุงระบบเพิ่มเติมได้แก่ มีระบบการดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาผ่าน Application Line หรือทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมายการควบคุมโรค การรับรู้สถานะสุขภาพและความรู้ในการดูแลตนเอง กลุ่ม 1 กลุ่มควบคุมโรคดี และกลุ่ม 2 กลุ่มควบคุมโรคพอใช้ ใช้ระบบการเติมยา (Drug refilled) ทุก 3 เดือน กลุ่ม 3 และกลุ่ม 4 กลุ่มควบคุมโรคไม่ดี นัดพบแพทย์ ทุก 1 เดือน และทั้ง 4 กลุ่ม พบแพทย์ตรวจ ร่างกาย ตรวจ Lab ตรวจหา Target organ damage อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผู้ป่วยกลุ่ม 1-3 เจาะเลือดตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง หรือผู้ดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมในการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วจากพยาบาลทีมหมอครอบครัว กำหนดส่งผลระดับน้ำตาลเดือนละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยกลุ่ม 4 ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ 1 - 2 ครั้งต่อปีสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ สามารถเข้าพบแพทย์ได้ตามความเหมาะสม

3.3 การสังเกตผล (observation) จากการปรับระบบในวงรอบที่ 2 พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระบบที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่สามารถทำตามระบบใหม่ได้ง่ายขึ้น เชื้อต่อการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด -19 ผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการใช้เครื่องมือตรวจหาน้ำตาลในเลือด และส่งผลการตรวจให้เจ้าหน้าที่ ตรงตามเวลานัดหมาย

3.4 การสะท้อนผล (reflection) หลังจากได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจนและทดลองใช้แล้วพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความสะดวกมากขึ้นและง่ายต่อการดูแลผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อแก่ผู้ป่วยได้ ลดความแออัดในสถานบริการ ผู้ป่วยปลอดภัย พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมไม่แตกต่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบการให้บริการ สามารถนำรูปแบบนี้ขยายผลและปรับใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย นำเสนอผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบและขยายผลการดำเนินงาน นำรูปแบบไปใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการเครือข่าย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ IRB 014/65 พัททพิทักษ์สิทธิ ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่าง

สามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ไม่มีผลกระทบใดๆ และลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย และไม่มีการระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ด้วยสถิติค่าที (t- test)

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของกลุ่มผู้ให้บริการ และการประเมินความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ ด้วยสถิติ One-way ANOVA

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ในระบบสุขภาพ บุคลากร มีส่วนร่วมในการกำหนดกลยุทธ์ การดูแลต่อเนื่อง การให้คำปรึกษา และร่วมออกแบบระบบการให้บริการ โดยการจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ตามค่า HbA1cตามระดับความเสี่ยง มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 และใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ มีการนำระบบข้อมูลสารสนเทศ มาจัดระบบข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย การใช้ Application line ในการติดต่อสื่อสาร

ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ รับคำปรึกษา และรายงานผลระดับน้ำตาลในเลือด มีระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การใช้เครื่องตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรค ให้ อสม. ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาล มีส่วนร่วมดูแลดำเนินการตรวจหาระดับน้ำตาลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ในรายที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ไม่สามารถตรวจเองได้

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

เบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ของผู้ให้บริการ จำแนกตามประเภทผู้ให้บริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข มีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.44, 3.87, 3.87 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้ให้บริการ กลุ่มแพทย์ พึงพอใจด้านการประหยัดเวลามากสุด (ค่าเฉลี่ย 3.78) ผู้ให้บริการกลุ่มพยาบาล พึงพอใจต่อระบบสนับสนุน ทั้ง คน เงิน สิ่งของ จากหน่วยงาน มากสุด (ค่าเฉลี่ย 4.00) ผู้ให้บริการ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข พึงพอใจด้านสามารถใช้รูปแบบนี้ได้อย่างสะดวก และ พึงพอใจต่อระบบสนับสนุน ทั้ง คน เงิน สิ่งของ จากหน่วยงาน มากสุด (ค่าเฉลี่ย 4.00 เท่ากัน) รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองตามประเภทผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	ประเภทผู้ให้บริการ	Mean	SD	F	P
การประหยัดเวลาในการให้บริการ	แพทย์	3.78	.441	.366	.696
	พยาบาลวิชาชีพ	3.83	.618		
	นักวิชาการ	4.00	.535		
	สาธารณสุข				
สามารถใช้รูปแบบนี้ได้อย่างสะดวก	แพทย์	3.67	.500	.933	.404
	พยาบาลวิชาชีพ	3.72	.575		
	นักวิชาการ	4.00	.535		
	สาธารณสุข				
พึงพอใจต่อระบบสนับสนุน ทั้ง คน เงิน สิ่งของ จากหน่วยงาน	แพทย์	3.22	.667	3.248	.052
	พยาบาลวิชาชีพ	4.00	.767		
	นักวิชาการ	3.88	.835		
	สาธารณสุข				
รู้สึกปลอดภัย จากความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโควิด -19 จากผู้รับบริการ	แพทย์	3.11	.782	3.391	.046
	พยาบาลวิชาชีพ	3.94	.802		
	นักวิชาการ	3.63	.744		
	สาธารณสุข				
ความพึงพอใจภาพรวม	แพทย์	3.44	.496	2.203	.127
	พยาบาลวิชาชีพ	3.87	.563		
	นักวิชาการ	3.87	.481		
	สาธารณสุข				

p < .05

การประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ของผู้ให้บริการในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองไปใช้จำแนกตามประเภทผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างทั้ง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ สาธารณสุข ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มแพทย์ ค่าเฉลี่ย 2.75, 2.64, 2.61 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยการประเมินความเป็นไปได้ของผู้ให้บริการในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เขตเมืองไปใช้ ของทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่าง ทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กลุ่มแพทย์ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เรื่องแนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 2.78) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เรื่องความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน และแนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 2.72 เท่ากัน) กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ประเมิน

วารสารกองการพยาบาล

ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ด้านแนวปฏิบัติ สามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน

คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 2.88 เท่ากัน) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองไปใช้ตามประเภทผู้ให้บริการของผู้ให้บริการ

ความเป็นไปได้ของรูปแบบ	ประเภทผู้ให้บริการ	Mean	SD	F	P
1.มีความความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้	แพทย์	2.67	.500	0.72	.931
	พยาบาลวิชาชีพ	2.67	.594		
	นักวิชาการสาธารณสุข	2.75	.463		
2.มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	แพทย์	2.44	.726	.303	.741
	พยาบาลวิชาชีพ	2.61	.502		
	นักวิชาการสาธารณสุข	2.63	.518		
3.มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	แพทย์	2.56	.726	.296	.746
	พยาบาลวิชาชีพ	2.72	.575		
	นักวิชาการสาธารณสุข	2.75	.463		
4.ประหยัด ลดต้นทุนด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	แพทย์	2.56	.527	.038	.963
	พยาบาลวิชาชีพ	2.56	.511		
	นักวิชาการสาธารณสุข	2.63	.916		
5.แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	แพทย์	2.78	.441	.207	.814
	พยาบาลวิชาชีพ	2.72	.575		
	นักวิชาการสาธารณสุข	2.88	.641		
6.มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	แพทย์	2.67	.500	.560	.577
	พยาบาลวิชาชีพ	2.61	.608		
	นักวิชาการสาธารณสุข	2.88	.641		
ความเป็นไปได้ในภาพรวม	แพทย์	2.61	.525	.177	.838
	พยาบาลวิชาชีพ	2.64	.453		
	นักวิชาการสาธารณสุข	2.75	.564		

p < .05

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกรายกิจกรรม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกรายกิจกรรม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง

พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเอง	ก่อน		หลัง		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร	15.71	1.714	18.35	2.267	-6.930	<0.001
ด้านการรับประทานยา	17.84	2.582	18.52	2.048	-2.604	0.011
ด้านการออกกำลังกาย	2.56	1.099	2.71	1.100	-0.765	0.448
ด้านการจัดการกับความเครียด	6.68	1.564	6.95	1.845	-0.837	0.407
ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง	13.64	0.908	14.13	1.375	-3.664	0.001
คะแนนโดยรวมทั้ง 5 ด้าน	56.28	4.625	58.42	4.550	-2.822	0.007

p < .05

สำหรับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ทุกข้อ โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการติดตามดูแลต่อเนื่อง และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพของเจ้า

หน้าที่ รองลงมา คือ ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจ ที่น้อยที่สุดคือ คำแนะนำในการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด โดยการเจาะปลายนิ้ว รายละเอียดในตารางที่ 4

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ผู้ป่วย	ระดับ มาก	%	ระดับ ปานกลาง	%	ระดับ น้อย	%
1. ความพึงพอใจต่อการติดตามดูแลต่อ เนื่อง และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ของ เจ้าหน้าที่	45	100	0	0	0	0
2. ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน ไลน์เพื่อการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่	43	95.6	2	4.4	0	
3. ความพึงพอใจ ความรู้เรื่องกิจกรรม การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเอง ที่ได้รับ	41	91.1	4	8.2	0	
4. ความพึงพอใจ คำแนะนำในการใช้ เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด โดยการ เจาะปลายนิ้ว	38	84.4	7	15.6	0	
5. ความพึงพอใจ ในการแจ้งข้อมูล สุขภาพและ ผลการตรวจระดับน้ำตาล ในเลือดด้วยตนเอง ผ่านระบบ แอปพลิเคชันไลน์	42	93.3	3	6.7	0	

2.3 ด้านองค์กร	ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาล
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม	สะสมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ	ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	6.86	1.228	-0.191	0.849
หลังการใช้รูปแบบ	6.89	1.149		

$p < .05$

อัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 3 กลุ่ม ใน
ระหว่างการทดลองใช้รูปแบบ ไม่มีผู้ป่วยเบาหวาน
ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 อัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน	จำนวนติดเชื้อ (ราย)	ร้อยละ
กลุ่ม 1 (ค่า HbA1c < 7 mg%)	31	0	0
กลุ่ม 2 (ค่า HbA1c 7-8 mg%)	11	0	0
กลุ่ม 3 (ค่า HbA1c > 8 mg%)	3	0	0
รวม	45	0	0

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าภาพรวมผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบงานวิจัย นี้ ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าระบบดังกล่าว สามารถนำไปใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานได้ดี รูปแบบที่พัฒนานี้เป็นไปตามแนวคิด Chronic Care Model 6 องค์ประกอบ คือ ระบบสุขภาพ (Health System) มีการกำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระบบสนับสนุนการทำงาน การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การวางกลยุทธ์แนวปฏิบัติ และการตัดสินใจในการดำเนินการให้บริการเป้าหมายที่กำหนดไว้ การอำนวยความสะดวกในประสานงานทั้งภายในและระหว่างองค์กร การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของ

ผู้ป่วย กำหนดบทบาท หน้าที่ และภาระงาน ในทีมให้บริการ มีการวางแผนการดูแล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดบริการ การจัดการรายการกรณีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีระบบติดตามต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) ทีมสหวิชาชีพร่วมออกแบบแนวทางปฏิบัติ แนวทางการจัดการโรค คู่มือการให้บริการ คู่มือปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical Information system) จัดระบบการดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษา ส่งผลการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ผ่าน Application Line หรือทางโทรศัพท์ ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมายการควบคุมโรค การรับรู้สถานะสุขภาพ และความรู้ในการดูแลตนเอง สนับสนุนเครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะปลายนิ้ว และรายงานทุกวันที่ 15 ของเดือน และการมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community) สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่ม Line เดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลคนในชุมชน

ผลการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้แนวคิด Chronic care model นี้ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง ที่พบว่าภายหลังนำกระบวนการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอยู่ในระดับที่ควบคุมได้มากขึ้น⁶ และการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-care) ส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น⁷

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 มีการพัฒนา และปรับปรุงเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ก่อนมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และประชุมร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ในสถานกรณ์ปกติ และ เมื่อมีการระบาดของโรค⁸ จากนั้นมีการวางแผนกำหนดรูปแบบ นำไปทดลองใช้ ติดตามผล และสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จนได้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจ เป็นไปตามแนวคิด ของ Kemmis&McTaggart ที่กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของบุคคล ในการสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การร่วมวางแผน การปฏิบัติตามกระบวนการที่วางแผนร่วมกัน การสังเกตการณ์เพื่อเฝ้าดูความเป็นไปหรือการเปลี่ยนแปลงและนำมาสะท้อนกลับให้กับบุคคลได้ทราบเพื่อนำ ไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนวงรอบแล้ววงรอบเล่าจนเห็นผลสำเร็จ⁹ และในระหว่างการทดลองใช้รูปแบบในกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานติดเชื้อไวรัสโควิด 2019

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมือง ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมไม่แตกต่าง พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น จากการได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงช่องทางการให้คำปรึกษากับผู้ให้บริการ และการให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบการให้บริการ ส่งผลให้มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และการนำไปใช้ นอกจากผลลัพธ์ดังกล่าวแล้ว รูปแบบการให้บริการนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยได้ ดังนั้น ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเขตเมืองนี้ ไปขยายผลและปรับใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ปานกลาง กลุ่มควบคุมโรคไม่ดี

1.2 ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมโรคไม่ดี ควรได้รับการดูแลแบบจัดการรายกรณี และการสนับสนุนการดูแลตนเอง

1.3 ควรใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสะดวก

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือ นำไปศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ

References

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas [Internet] 2022.[cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://diabetesatlas.org/en>.
2. Department of disease control. Situation of COVID-19. [Internet] 2022.[cited 2022 Jun20]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf> Thai.
3. The Office of Disease Prevention and Control 2 Phitsanulok. Annual Report 2017. Phitsanulok; 2017.
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes- 2017 Abridged for Primary Care Providers. Clinical diabetes : a publication of the American Diabetes Association. 2017; 35(1): 5-26. doi:10.2337/cd16-0067
5. Siangdung S. Self - Care Behaviors of Patients with Uncontrolled DM. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(1):191-203. Thai.
6. Pannongpon S, Promasatayaprot V, Chumanaborirak P. Development of Care for Patients with Type 2 Diabetes under the Chronic Disease Management Model (Chronic Care Model) in Diabetes Clinic Khunhan Hospital, Khunhan District, Sisaket Province. Academic Journal of Community Public Health. 2020; 6(2):55-69. Thai.
7. Homchui P, Wanaratvijid C, Pratoomsoot C. Effect of Self-Management Support for Self-Care Behavior and Blood Glucose Level in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2563; 12(1):240-54. Thai.
8. Thailand Development Research Institute. [Internet] 2021. [cited 2022 Jun 20]. Available from: https://tdri.or.th/2021/05/covid-119/?fbclid=IwAR3-dVJ_QWLbhMIMYkn6oQFOQSHxQfLP2KczPy5K8ZSZfeGtgFAoKEU71jY. Thai.
9. Kemmis, S, McTagart, R. The Action Research Planer. (3rd ed.). Victoria :Deakin University. 1998.

สร้างคุณค่าเพื่อการคงอยู่ของพยาบาล Gen X และ Gen Y

ยूरืพรรณ วณืชไยบล*

ศืรืพร แย้มนืล**

กมลพร สอนศืรื***

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพเป็นทุนมนุษย์ด้านสุขภาพของระบบบริการสุขภาพ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าทางวิชาชีพ ผู้ที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ ต้องมีการสั่งสมความเชี่ยวชาญ ทักษะ ความรู้ในงานการพยาบาล ซึ่งได้จากการฝึกอบรมและประสบการณ์ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วย ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการล้มเหลวของพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าการทวงถามมาตรฐานการเร่งรัดบุคลากรพยาบาล แต่ไม่สามารถบรรลุเป็นข้าราชการได้ทั้งหมด อีกทั้งภาระงานที่มากขึ้น ทำให้เกิดการลาออก ซึ่งเป็นการสูญเสียทั้งความเชี่ยวชาญและต้นทุนการพัฒนาบุคลากร ดังนั้นการสร้างคุณค่าเพื่อการธำรงรักษาให้บุคลากรพยาบาลคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพจนเกษียณอายุราชการ ช่วยให้ประชาชนได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน และเพิ่มประสิทธิผลของการบริการสุขภาพ ซึ่งพยาบาลกลุ่ม generation X และกลุ่ม generation Y เป็นบุคลากรส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และมีความต้องการที่แตกต่างกัน บทความวิชาการนี้จึงเป็นการสังเคราะห์วรรณกรรมและนำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาลกลุ่ม generation X และกลุ่ม generation Y ในประเด็น (1) แนวคิดการคงอยู่ในองค์กร (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในองค์กรของบุคลากรพยาบาล และ (3) แนวทางการสร้างคุณค่าบุคลากรพยาบาลเพื่อการคงอยู่ในองค์กร อันที่จะสามารถเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการทุนมนุษย์ด้านการพยาบาลขององค์กรพยาบาลในส่วนของธำรงรักษามูลค่าให้คงอยู่ในองค์กรหรือระบบบริการสุขภาพภาครัฐต่อไป

คำสำคัญ: สร้างคุณค่า, การคงอยู่, พยาบาล Gen X Gen Y

* หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะและการจัดการภาครัฐ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชานโยบายสาธารณะและการจัดการภาครัฐ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชานโยบายสาธารณะและการจัดการภาครัฐ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding e-mail: yureephan3@hotmail.com

Creating value for the retention of Gen X and Gen Y nurses

Yureephan Vanichayobol*

Siriporn Yamnill**

Gamolporn Sonsri ***

Abstract

Registered nurses are the health human capital of the health service system. A valuable professional human resource who can practice nursing must have accumulated expertise, skills, and knowledge in nursing from their training and experience nursing patients. During the past 20 years, the number of patients has increased. The health service system is growing rapidly. As a result, the number of professional nurses is insufficient to care for the patients. Although the Ministry of Public Health has accelerated the production of nursing personnel, it cannot be all civil servants. In addition, the workload increased, causing a resignation. This is a loss of both expertise and the cost of human resource development. Therefore, the creation of value for the retention of nursing personnel in the health service system until retirement helps people to receive quality and standard care and increases the effectiveness of health services. Generation X and Generation Y nurses make up the majority of the staff currently working and have different demands. This academic paper, therefore, synthesizes the literature and presents issues related to the persistence of Generation X and Generation Y nursing personnel on the issues of (1) the concept of persistence in the organization; (2) factors affecting the persistence of the nurses in the organization; and (3) guidelines for creating value for nursing personnel for retention in the organization, which can be useful for application in human capital management in nursing organizations in the aspect of maintaining personnel in the organization or the public health service system.

Key words: Creating Value, Retention, Gen X and Gen Y Nurses

* Doctor of Public Administration Program in Public Policy and Public Management, Social Sciences Department, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

** Associate Professor of Public Administration Program in Public Policy and Public Management, Social Sciences Department, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

*** Associate Professor of Public Administration Program in Public Policy and Public Management, Social Sciences Department, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

Corresponding e-mail: yureephan3@hotmail.com

บทนำ

การบริหารจัดการทุนมนุษย์ (human capital) เป็นหลักการบริหารในยุคปัจจุบันที่มีแนวคิดแตกต่างจากการบริหารทรัพยากรบุคคลเดิม โดยเปลี่ยนมุมมองจากคนคือค่าใช้จ่าย (cost) เป็นสินทรัพย์ (asset) เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไปทรัพยากรบุคคลจะไม่เสื่อมสภาพ แต่กลับเพิ่มมูลค่าจากความเชี่ยวชาญที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ ทั้งจากการอบรมเรียนรู้เพิ่มเติมและการทำงาน¹ รูปแบบการบริหารจัดการจึงมุ่งเน้นการบริหารพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานเป็นการประสานความเชี่ยวชาญและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรเพื่อบรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์องค์กร รวมไปถึงการสร้างความสามารถในการแข่งขันกับองค์กรอื่น และผลผลิตภาพที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล องค์กร และประเทศ²⁻³ มนุษย์เป็นเสมือนคลังความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ ทุนมนุษย์จึงหมายถึงทุนแห่งปัญญา ทุนทางสังคม และทุนด้านองค์กร³ ที่มีค่าควรแก่การธำรงรักษาไว้ให้คงอยู่ในองค์กรจนเกษียณอายุงาน แนวคิดทุนมนุษย์มีการนำมาใช้ในประเทศไทยอย่างแพร่หลาย โดยนำมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2545-2549) จนถึงฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี รวมถึงยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพทุกสาขาให้มีศักยภาพ ธรรมภิบาล และความสุขในการทำงาน⁴

“การพยาบาลเป็นการปฏิบัติกับชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ทุกวัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนในทุกภาวะสุขภาพ โดยบูรณาการความรู้ศาสตร์ทางการแพทย์ ศาสตร์ทางการแพทย์ ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หลักฐานเชิงประจักษ์ จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ศิลปะการพยาบาล กฎหมาย

และประสบการณ์”⁵ จากความรับผิดชอบภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ บุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าทางวิชาชีพ ผู้ที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ นั้นต้องจบการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลศาสตรระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สอบผ่าน ขึ้นทะเบียน และมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ รวมถึงต้องมีการฟื้นฟูความรู้ผ่านการอบรมระยะสั้นหรืออบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ และมีหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องอย่างน้อย 50 หน่วยเพื่อใช้ต่ออายุใบอนุญาตทุก 5 ปี เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการถูกต้องตามหลักทางวิชาการพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐาน และมีคุณภาพ⁵ จะเห็นได้ว่าการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานการพยาบาลได้จากการฝึกอบรมและปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง องค์ความรู้ที่มีจึงมีทั้งส่วนที่เป็น tacit และ explicit knowledge ซึ่งใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในความรับผิดชอบของตนเองให้มากยิ่งขึ้น และหากมีการถ่ายทอดแบ่งปันไปยังกลุ่มเพื่อน รุ่นน้อง เครือข่าย และองค์กรคู่เทียบ จะเป็นการเพิ่มมูลค่าของงานให้กว้างออกไปในระดับองค์กรและประเทศ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าบุคลากรพยาบาลเป็นทุนมนุษย์ซึ่งมีการเพิ่มมูลค่าอย่างต่อเนื่อง¹ และจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการเพื่อการสร้างคุณค่าและธำรงรักษา

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด สืบเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เพิ่มอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและเศรษฐกิจ ประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น จากนวัตกรรมด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพ⁶ ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบาย

และดำเนินการเร่งผลิตบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยผลิตได้เฉลี่ยปีละ 10,843 คนต่อปี สัดส่วนพยาบาลต่อประชากรในปี พ.ศ. 2563 จึงลดลงเป็น 1 ต่อ 371 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 ที่มีสัดส่วน 1 ต่อ 436⁷ อย่างไรก็ตาม จากรายงานการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาระงานและกำลังคนพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราเพิ่มของภาระงานปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 59.75 ของปี พ.ศ. 2550 ในขณะที่อัตราเพิ่มของพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 25.48 แสดงถึงยังคงมีการขาดแคลนในระยะยาว แม้จะมีการเร่งผลิตบุคลากรพยาบาล ทั้งนี้สาเหตุหลักของการขาดแคลนเกิดจากการสูญเสียบุคลากรออกจากระบบบริการสุขภาพ⁸

การวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า กระทรวงสาธารณสุขสูญเสียบุคลากรพยาบาล ร้อยละ 2.71, 2.99 และ 3.29 ตามลำดับ⁹ โดยกลุ่ม young nurse หรือมีอายุราชการน้อยกว่า 10 ปีลาออก เนื่องจาก (1) เป็นลูกจ้างวิชาชีพไม่มีกรอบตำแหน่งการบรรจุเป็นข้าราชการ (2) ต้องการปฏิบัติงานในภาคเอกชนที่มีผลตอบแทนสูงกว่า (3) ต้องการมีอิสระและความยืดหยุ่นของเวลาปฏิบัติงาน และ (4) ต้องการความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว สำหรับกลุ่ม Middle nurse หรือปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี ลาออก เนื่องจาก (1) ไม่มีความก้าวหน้าในงาน กรอบตำแหน่งระดับที่สูงขึ้นมีจำกัด (2) ขาดความสมดุลระหว่างการทำงานและครอบครัว (3) เบื้องหน้าหรือหมดไฟในการทำงาน และ (4) ภาระงานมาก เครียด และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ¹⁰⁻¹¹ นอกจากนี้ มีรายงานวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร และภาวะหมดไฟมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความตั้งใจในการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ¹¹ ซึ่งส่งผลโดยตรงให้เกิดความขาดแคลนของบุคลากรพยาบาลทั้งในด้านจำนวนและทุนมนุษย์ขององค์กร

การขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้าหรือไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน พยาบาลปฏิบัติงานล่วงเวลาเกินกว่ามาตรฐานชั่วโมงการทำงานและเจ็บป่วย หน่วยบริการและระบบบริการสุขภาพของประเทศจำเป็นต้องเพิ่มต้นทุนการจัดการทรัพยากรบุคคลทั้งด้านจำนวนและความเชี่ยวชาญ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าภาระงานมีมากกว่าอัตรากำลัง แต่ความรับผิดชอบที่มีผลต่อชีวิตของผู้ป่วยยังคงเป็นเหตุผลการพยาบาลวิชาชีพทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลและไม่เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย ผลที่ตามมา คือ ความเหนื่อยล้า การเจ็บป่วย และลาออกในที่สุด¹² ซึ่งเป็นวัฏจักรที่ส่งผลกระทบต่อไม่มีที่สิ้นสุดหากไม่สามารถธำรงรักษานักวิชาการพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในระบบและแก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรพยาบาลในภาครัฐ

แนวคิดการคงอยู่จึงมีการนำมาใช้ในการส่งเสริมให้บุคลากรมีความตั้งใจอยู่ในองค์กร ทำงานในความรับผิดชอบให้สำเร็จ และไม่คิดลาออก เพื่อคงไว้ซึ่งทุนมนุษย์และเพิ่มประสิทธิผลขององค์กรเพิ่มรวมถึงให้ความสำคัญกับความต้องการของบุคลากรที่มี generation แตกต่าง บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์วรรณกรรมและนำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาลกลุ่ม generation X และกลุ่ม generation Y ซึ่งมีมากที่สุดในปัจจุบัน ได้แก่ แนวคิดการคงอยู่ในองค์กร ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในองค์กรของบุคลากรพยาบาล และแนวทางการสร้างคุณค่าบุคลากรพยาบาลเพื่อการคงอยู่ในองค์กร อันที่จะสามารถเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการทุนมนุษย์ด้านการพยาบาลขององค์กรพยาบาลในส่วนของการธำรงรักษานักวิชาการให้คงอยู่ในองค์กรหรือระบบบริการสุขภาพภาครัฐจนเกษียณอายุราชการต่อไป

แนวคิดการคงอยู่ในองค์กร (retention)

การคงอยู่ในองค์กร หมายถึง การที่บุคลากรยังคงปฏิบัติงานเดิมหรืออยู่ในองค์กรเดิมจนถึงปัจจุบัน รู้สึกพึงพอใจในการทำงาน มีความจงรักภักดี และทุ่มเทตั้งใจจะปฏิบัติงานต่อไปอย่างยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจนสิ้นสุดการจ้างงานหรือเกษียณอายุราชการด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีความคิดหรือมีลาออกจากงาน ดังนั้น หากสามารถธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในองค์กรได้นานเสมือนเป็นการธำรงรักษาผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญและสมรรถนะขององค์กรไปพร้อมกัน¹³ เช่นเดียวกันกับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นกลุ่มวิชาชีพขาดแคลน ต้องการผู้มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน มีคุณภาพ ป้องกันความผิดพลาดเคลื่อนจากการดูแล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและทุเลาหายจากการเจ็บป่วยตามแผนการพยาบาล¹⁴⁻¹⁶ แนวคิดการคงอยู่ในองค์กรมีการอธิบายไว้ในหลายแง่มุม ดังนี้

1. แนวคิด The Meso Paradigm¹⁷ อธิบายว่า การคงอยู่ในองค์กรมีปัจจัยเชิงสาเหตุมาจากการบูรณาการระหว่างปัจจัยระดับจุลภาคหรือปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และความผูกพันต่อองค์กร และปัจจัยระดับมหภาคหรือปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การรับรู้ต่อการสนับสนุนจากองค์กร และนโยบายด้านทรัพยากรมนุษย์ แนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมองค์กรที่มีต่อการคงอยู่ของบุคลากรได้ชัดเจนครอบคลุมปัจจัยภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมภายนอก

2. แนวคิดของเมทิสและแจ๊คสัน¹⁸ อธิบายว่าการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการคงอยู่ในองค์กรของบุคลากรได้นั้น จำเป็นต้องมีองค์ประกอบ 6 ประการ ได้แก่ (1) คุณลักษณะขององค์กรและการจัดการ (2) สัมพันธภาพในการทำงาน (3) ความสมดุลระหว่าง

ชีวิตและการทำงาน (4) ผลการปฏิบัติงาน ค่าตอบแทน และประโยชน์ที่ได้รับ (5) การพัฒนาบุคลากร และ (6) นโยบายและการบริหารของผู้นำองค์กร แนวคิดนี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลการบริหารจัดการขององค์กรต่อการคงอยู่ของบุคลากร ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การวางแผนปรับปรุงองค์กรให้สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุที่แท้จริง

3. แนวคิดของทาวนตันและคณะ¹⁹ อธิบายว่า บุคลากรที่ตั้งใจคงอยู่ในงานจะมีความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติและมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับมาก ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านบุคลากร ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ภาวะครอบครัว เป็นต้น (2) ด้านภาระงาน ได้แก่ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ ตำแหน่งหน้าที่ การมีส่วนร่วมในงาน เป็นต้น (3) ด้านองค์กร ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร การบริหารค่าตอบแทน โอกาสความก้าวหน้าในงาน สิ่งแวดล้อม บรรยากาศขององค์กร เป็นต้น และ (4) ด้านผู้บริหาร ได้แก่ คุณลักษณะของผู้บริหาร การบังคับบัญชา รูปแบบการบริหารงาน เป็นต้น แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน สะท้อนปัจจัยสาเหตุเชิงลึกที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและความผูกพันที่จะนำไปสู่การคงอยู่ของบุคลากร

แนวคิดการคงอยู่ในองค์กรของบุคลากรดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การที่บุคลากรพยาบาลมีความตั้งใจ และคงอยู่ในงานการพยาบาลขององค์กรภาครัฐจนเกษียณอายุราชการนั้น บุคลากรจะต้องได้รับการส่งเสริมปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งระดับบุคคล และระดับองค์กร ดังนั้น องค์กรพยาบาลและระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ของบุคลากร รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กร

ปัจจัยส่งเสริมการคงอยู่ของบุคลากร พยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการคิดหรือตัดสินใจคงอยู่ในงานของบุคลากรพยาบาลมีทั้งปัจจัยที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งผู้บริหารองค์กรพยาบาลสามารถนำไปปรับใช้ในการสร้างคุณค่าบุคลากรพยาบาลเพื่อการคงอยู่ให้เหมาะสมได้ตามบริบท ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลโดยตรง (direct factors) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ที่ไม่แตกต่างกันของบุคลากรพยาบาลกลุ่ม gen X และ gen Y

ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร (organizational commitment/ engagement) เป็นแนวคิดที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับองค์กร พฤติกรรมการแสดงออกถึงความผูกพัน แบ่งเป็น 3 ด้าน²⁰ คือ (1) ด้านจิตใจ (affective commitment) เป็นความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะทำงานเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ยอมรับทิศทางขององค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายของตนเอง และมีเจตคติที่ดีต่อองค์กร (2) ด้านการคงอยู่ (continuance commitment) แสดงออกโดยการทำงานอยู่กับองค์กรอย่างต่อเนื่อง ไม่มีความคิดที่จะย้ายหรือเปลี่ยนที่ทำงาน เชื่อว่าการอยู่กับองค์กรจะเป็นผลดีและมีประโยชน์กับตนเอง และ (3) ด้านบรรทัดฐานทางสังคม (normative commitment) เป็นการแสดงออกถึงความจงรักภักดีและตอบแทนองค์กรที่มีคุณประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลจากบรรทัดฐานและจริยธรรมภายในตัวบุคคล เมื่อบุคลากรพยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ซึ่งเป็นความรู้สึกด้านบวก จะมุ่งมั่นตั้งใจพัฒนางาน สร้างผลงานและซื่อสัตย์ให้กับองค์กร ความผูกพันจึงเป็นปัจจัยสำคัญให้บุคลากรอยู่ในองค์กรต่อไป

ปัจจัยความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) เป็นแนวคิดที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับงาน ความรู้สึกที่ดีต่องานเป็นแรงกระตุ้นให้บุคลากรมีความรับผิดชอบ และตั้งใจปฏิบัติงาน

บุคลากรจะพึงพอใจในงานเมื่อพึงพอใจต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ประกอบด้วย (1) เงินเดือน หรือผลประโยชน์อื่น ๆ (2) ความเป็นอิสระของวิชาชีพในการใช้ความรู้และสร้างสรรค์ผลงาน (3) ลักษณะงานในหน้าที่ความรับผิดชอบ (4) นโยบาย ระเบียบข้อบังคับ ขององค์กร (5) สถานภาพหรือภาพลักษณ์ของวิชาชีพทั้งจากตนเองและการมองจากผู้อื่น และ (6) การมีปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือภายในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ²¹ ดังนั้น เมื่อบุคลากรพยาบาลมีความอิสระระหว่างวิชาชีพกับผู้บริหาร อิสระในการคิดริเริ่มงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงาน และได้รับผลตอบแทนตามที่คาดหวัง บุคลากรพยาบาลจะมีเจตคติที่ดีและพึงพอใจในงาน ส่งผลให้ต้องการอยู่ในงานที่ตนเองพึงพอใจให้นานที่สุด

2. ปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมจะส่งผลต่อปัจจัยที่มีผลโดยตรง (direct-indirect factors) อาจเหมือนหรือต่างกันในกลุ่มบุคลากรพยาบาลกลุ่ม gen X และ gen Y

ปัจจัยด้านบุคคล

(1) ความแตกต่างของ generation โดยบุคคลที่ generation ต่างกันจะมีคุณลักษณะและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อมุมมองที่มีต่องานและองค์กร ดังนั้นองค์กรที่มีความหลากหลายของ Generation จึงต้องการความหลากหลายของการบริหารจัดการบุคลากร แบ่งเป็น

- กลุ่ม generation X (gen X) คือ ประชากรที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2507-2519 (ค.ศ. 1964-1976) ซึ่งเป็นยุคที่พ่อและแม่ทำงานนอกบ้าน บุคคลในกลุ่มนี้ต้องเรียนรู้ แสวงหาโอกาส และพึ่งพาความรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้มีความเป็นปัจเจกบุคคล (individualist) อุปนิสัยในการทำงานจะชอบการพัฒนา ความก้าวหน้า และท้าทายในการทำสิ่งใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงานอยู่เสมอ ใช้หลัก

การทำงานแบบ work smart, not harder ต้องการความเป็นอิสระและการยอมรับทางสังคม มีชีวิตที่สมดุลระหว่างงานกับชีวิต (work-Life balance) มีความยืดหยุ่น มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงานปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงได้ดี²² ดังนั้น การเสริมสร้างบรรยากาศการทำงานที่มีความเป็นอิสระและยืดหยุ่นจะสนับสนุนความตั้งใจในการทำงานของบุคลากรพยาบาล gen X ได้มากขึ้น²³

- กลุ่ม generation Y (gen Y) คือ ประชากรที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2520-2542 (ค.ศ. 1977-1999) เป็นยุคที่ได้รับการดูแลอย่างดีจากพ่อและแม่ และพร้อมไปด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ชอบความรวดเร็ว และความหลากหลาย ไม่ชอบการทำงานในสิ่งเดิม ๆ หรือเป็นทางการ อุปนิสัยในการทำงานจะชอบทำงานเป็นทีม ไม่ทำตามกฎระเบียบหรือวิธีการเดิม ๆ ไม่ชอบคำสั่งหรือคำแนะนำเชิงบังคับ ใช้ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์และเทคโนโลยีช่วยในการทำงานให้สำเร็จ ดังนั้นจึงแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี มีความคิดสร้างสรรค์ คาดหวังและมุ่งความสำเร็จมากกว่าการวางแผนหรือให้ความสำคัญกับวิธีการ แต่มักมีความอดทน ยึดมั่นผูกพัน หรือภักดีต่อองค์กรต่ำ และให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าจำนวนเงินหรือตำแหน่งที่สูงขึ้น²² ดังนั้น การเข้าถึงอย่างไม่เป็นทางการ การมอบหมายงานที่หลากหลายและท้าทาย สนับสนุนเทคโนโลยีที่ทันสมัย และบริหารจัดการให้เกิดความสมดุลของชีวิตและการทำงาน จะสามารถลดความเบื่อหน่าย ช่วยให้พยาบาล gen Y มีความสุขในการทำงานมากขึ้น²³

(2) ภาวะสุขภาพ กลุ่มบุคลากรพยาบาลที่ได้รับการปรับเปลี่ยนให้ปฏิบัติงานในหน้าที่ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ จะมีการรับรู้ถึงความใส่ใจและได้รับการดูแลจากองค์กร จึงเพิ่มความพึงพอใจและความตั้งใจคงอยู่¹⁵ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่ปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี หรือกลุ่ม gen X

(3) รายได้ ค่าตอบแทน สัมพันธ์กับการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งหากมีความสมดุลของรายได้และรายจ่าย บุคลากรพยาบาลจะยังคงอยู่ในองค์กร^{10,15} ซึ่งพบได้ทั้งในกลุ่ม gen X และ gen Y

(4) การรับรู้คุณค่าของงานการพยาบาลว่าเป็นงานที่เสียสละ มุ่งมั่นช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพดี เป็นงานที่มีเกียรติและศักดิ์ศรี เป็นที่ยอมรับและยกย่องของสังคม บุคลากรพยาบาลที่มีความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในวิชาชีพการพยาบาลจะมีความยึดมั่นผูกพันกับวิชาชีพ และตั้งใจปฏิบัติงานการพยาบาล¹⁰ ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่ปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี หรือกลุ่ม gen X

ปัจจัยด้านองค์กร

ผู้นำการเปลี่ยนแปลง บริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล เป็นแบบอย่างที่ดี รับฟังและร่วมแก้ไข ปัญหา บริหารจัดการทรัพยากรบุคคลด้วยการสร้างโอกาส ความก้าวหน้า การทำงานเป็นทีม มีระบบพี่เลี้ยง แผนการเลื่อนตำแหน่งตามเกณฑ์ โปร่งใส และเป็นธรรม ปฏิบัติต่อบุคลากรอย่างมีศักดิ์ศรี และดูแลให้ได้รับสวัสดิการที่พึงได้^{13,24} ปัจจัยด้านองค์กรส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่ปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี หรือกลุ่ม gen X

ด้านสิ่งแวดล้อมและลักษณะงาน

(1) ความสมดุลของงานกับชีวิต เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการคงอยู่ในองค์กรของบุคลากรพยาบาล gen X และ gen Y มากที่สุด ลักษณะงานที่มีความสมดุลของงานกับชีวิต คือ งานที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดตารางปฏิบัติงาน มีความยืดหยุ่นของการแลกเปลี่ยนเวรหรือการลางาน สามารถจัดการเวลาให้กับตนเอง ครอบครัว และงานในความรับผิดชอบ ส่งผลให้ตนเองและครอบครัวมีความสุข^{23,24}

(2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงานขององค์กร ได้แก่ ร่วมตัดสินใจในกระบวนการดูแลรักษา

การบริหารงาน และการพัฒนาคุณภาพงาน ความรู้สึกมีคุณค่า บรรยากาศการทำงานเป็นทีม และสัมพันธภาพที่ดีภายในองค์กร มีผลต่อความผูกพันและความตั้งใจที่จะคงอยู่^{13,25}

(3) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ โดยลักษณะของงานที่ตรงกับความสามารถหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีโอกาสประสบความสำเร็จ ก้าวหน้า และมั่นคง โดยเฉพาะในหน่วยงานภาครัฐ การได้รับบรรจุเป็นข้าราชการ และมีตำแหน่งสูงขึ้น สนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลภาคภูมิใจและผูกพันกับงาน^{13,15,23}

(4) สภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัย ชีวิตและทรัพย์สิน การมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่ออกกำลังกาย สถานเลี้ยงเด็กหรือผู้สูงอายุ ห้องพักหรือหอพัก เครื่องมือเพียงพอ ทันสมัย และส่งเสริมการเรียนรู้ จะเพิ่มแรงจูงใจในการคงอยู่^{10,15}

(5) วัฒนธรรมองค์กร ซึ่งแสดงถึงความเป็นหนึ่งเดียว การบริหารจัดการมีแบบแผนที่ดี มีวัฒนธรรมของการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน บุคลากรความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเป็นส่วนหนึ่งกับวัฒนธรรมองค์กร จะมีผลอย่างมากต่อความจงรักภักดี ตั้งใจรักษาไว้ซึ่งความดีงาม และเผยแพร่ชื่อเสียงองค์กร¹⁶

แนวทางการสร้างคุณค่าบุคลากรพยาบาลเพื่อการคงอยู่ในองค์กร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาลทั้งในกลุ่ม generation X และ generation Y สะท้อนถึงสิ่งที่บุคลากรพยาบาลคาดหวังจากองค์กรและระบบบริการสุขภาพของประเทศ บุคลากรต้องการทั้งปัจจัยสนับสนุนการทำงานและปัจจัยส่งเสริมการรับรู้ที่ดีที่มีต่อองค์กร หากบุคลากรพยาบาลได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังจะส่งผลให้บุคลากรรับรู้ได้ว่าตนเองมีคุณค่าสำหรับองค์กร และตั้งใจคงอยู่ในงานในที่สุด แนว

ทางการสร้างคุณค่าบุคลากรพยาบาลเพื่อการคงอยู่ในองค์กรจึงเป็นแนวทางการทำความเข้าใจและสร้างคุณค่าด้วยการตอบสนองในสิ่งที่บุคลากรคาดหวัง ทั้งในระดับบุคคล องค์กร และนโยบาย

แนวทางการสร้างคุณค่าบุคลากรพยาบาล

กลุ่ม generation X

ควรมุ่งเน้นการให้อำนาจในการตัดสินใจ ให้โอกาสในการสร้างผลงาน และยกย่องให้เกียรติในการเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จขององค์กร ดังนี้

1. ระดับบุคคล

โดยการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและงานในความรับผิดชอบ ผ่านการปฏิบัติ การพยาบาลประจำวันกับผู้ใช้บริการและทีมการพยาบาล การเป็นผู้นำและต้นแบบกับบุคลากรรุ่นใหม่ และให้อิสระในการตัดสินใจ¹⁶

2. ระดับองค์กร โดย

2.1 เพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานพยาบาล gen X ซึ่งมีภาระงานทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล บริหาร วิชาการ และพัฒนาคุณภาพ องค์กรพยาบาลควรมีการวิเคราะห์และมอบหมายงานให้สอดคล้องกับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ มีความยุติธรรมทั้งปริมาณงานและโอกาสสร้างสรรค์ผลงาน และมอบหมายงาน non-nursing ให้บุคลากรกลุ่มอื่นรับผิดชอบ เช่น อุดการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้เต็มศักยภาพ และมีชั่วโมงการทำงานเหมาะสม^{8,12}

2.2 เสริมสร้างการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร โดยเปิดโอกาสให้พยาบาล gen X มีส่วนให้เห็นในการกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการ และการพัฒนาคุณภาพองค์กร มีอิสระในการตัดสินใจภายใต้อำนาจหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงงาน ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) จะสนับสนุนให้บุคลากรคงอยู่ในงานเพื่อรับผิดชอบให้งานบรรลุเป้าหมาย²⁵

2.3 ส่งเสริมทักษะความเชี่ยวชาญ โดยองค์กรพยาบาลมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในสาขาความเชี่ยวชาญที่องค์กรต้องการและแผนการก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นสำหรับผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้ได้บังคับบัญชาและผู้เกี่ยวข้อง ความก้าวหน้าสนับสนุนให้บุคลากรตั้งใจแสดงผลงานที่ดีตามที่ได้รับมอบหมายไว้อย่างเต็มที่²⁴

2.4 สนับสนุนแรงจูงใจในการทำงาน โดยองค์กรพยาบาลสนับสนุนปัจจัยส่งเสริมแรงจูงใจสำหรับพยาบาลกลุ่ม gen X ได้แก่ การจ่ายค่าตอบแทนตามภาระรับผิดชอบ มีส่วนร่วมตัดสินใจทางการบริหาร สัดส่วนชั่วโมงการทำงานบริหารบริการ และชีวิตส่วนตัว และการดูแลสุขภาพ¹⁶

2.5 บริหารจัดการความเหนื่อยหน่ายและภาวะหมดไฟ ด้วยการเพิ่มโอกาสในงานและสร้างประสบการณ์ใหม่ เช่น ให้อบรมศึกษาต่อในสาขาที่สนใจ เปิดโอกาสให้เลือกงานหรือหมุนเวียนงาน มอบหมายงานที่เป็นตัววัดความสำเร็จขององค์กร ให้โอกาสวางแผนความสมดุลของงานและชีวิตด้วยตนเอง ส่งเสริมและฟื้นฟูทักษะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และมอบหมายการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น เป็นต้น²⁵

3. ระดับนโยบาย โดย

3.1 สร้างความเข้มแข็งของสถานภาพวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาล gen X ปฏิบัติงานในวิชาชีพมาเป็นเวลานาน จึงเป็นต้นแบบที่ดี ดังนั้นการมีนโยบายให้องค์กรพยาบาลจัดกิจกรรมเสริมสร้างวัฒนธรรมเชิงวิชาชีพ และระบบการดูแลแบบพี่น้องลดช่องว่างระหว่าง generation ในวิชาชีพ รวมถึงให้บทบาทเป็นผู้สอน ผู้จัดการ หรือหัวหน้าทีม ในการพัฒนาคณะใหม่ เมื่อรับรู้คุณค่าของตนเองในวิชาชีพ บุคลากรจะคงอยู่และไม่คิดลาออก¹⁶

3.2 มีนโยบายลดความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพ ทั้งในประเด็นค่าตอบแทน บทบาทในระบบ

บริการสุขภาพ และการบริหารความสำเร็จของระบบสุขภาพ เป็นการให้คุณค่ากับคำว่า “ทีมสุขภาพ” ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น⁸

3.3 มีนโยบายด้านอัตราค่าจ้าง เช่น การกระจายอัตราค่าจ้างตามภาระงาน การกำหนดชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม การเลื่อนไหลของตำแหน่งที่สูงขึ้น ยกเลิกหลักเกณฑ์การยุบเลิกตำแหน่งว่างเพื่อใช้สำหรับตำแหน่งที่สูงขึ้น และยกเลิกอัตราเงินเดือนเดิมขึ้น เป็นต้น การสร้างคุณค่าด้วยภาระงานที่เหมาะสมเป็นการจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานจนเกษียณอายุราชการ⁸

แนวทางการสร้างคุณค่าบุคลากรพยาบาลกลุ่ม Generation Y

ควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การสร้างความหลากหลาย ยืดหยุ่น และแสดงให้เห็นว่าเป็นทีมเดียวกัน ดังนี้

1. ระดับบุคคล

โดยการส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลกลุ่ม gen Y เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานหรือบุคลากร gen อื่น เช่น การจับคู่ทำงาน การมอบหมายงานเป็นกลุ่ม กีฬา สันทนาการ เป็นต้น เพิ่มคุณค่าในงานจากความไว้วางใจของทีม²³

2. ระดับองค์กร โดย

2.1 เสริมสร้างความเชี่ยวชาญ โดยใช้ข้อมูลระดับความรู้ความสามารถ สมรรถนะ และความเชี่ยวชาญ ของบุคลากรพยาบาลในองค์กรเพื่อจัดทำแผนเสริมสร้างศักยภาพและส่งเสริมประสบการณ์ให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการพัฒนาและสร้างสรรค์ผลงานตามเกณฑ์และเป็นธรรม²⁵ โดยไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มข้าราชการ

2.2 ส่งเสริมความก้าวหน้า โดยจัดทำแผนการบรรจุเป็นข้าราชการในกลุ่มพยาบาลลูกจ้างวิชาชีพ และแผนการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในกลุ่มข้าราชการ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ เป็นธรรม และเหตุผล

เป็นที่ยอมรับสอดคล้องทั้งผู้ปฏิบัติและผู้บริหารระดับสูง^{23,25}

2.3 เพิ่มประสิทธิภาพระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานและการจ่ายค่าตอบแทน โดยควบคุม กำกับให้การบริหารค่าตอบแทน สวัสดิการ และการให้รางวัลทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินสอดคล้องกับระเบียบ มีความเหมาะสมกับภาระงานและผลการปฏิบัติงาน เพิ่มการรับรู้ต่อระบบบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาลให้กับบุคลากร¹⁶

2.4 เพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานพยาบาล gen Y โดยปรับรูปแบบการมอบหมายงาน การปฏิบัติงาน เวิร์กผลัด และการติดตามกำกับ การปฏิบัติงาน ด้วยการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการออกแบบ ยอมรับในความคิดสร้างสรรค์หากไม่ผิดกฎระเบียบ มีช่องทางสื่อสารคำชมเชยและแสดง ผลงานที่เป็นตัวอย่างที่ดีแบบสาธารณะ เป็นการเพิ่มคุณค่าจากความภาคภูมิใจในงานและการเป็นที่ยอมรับ²³

2.5 ปรับรูปแบบการบริหารให้มีความหลากหลาย ยืดหยุ่น เหมาะสมกับกลุ่ม gen Y รับฟัง และให้ทางเลือกมากกว่าการใช้คำสั่ง สนับสนุนเทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และส่งเสริมให้ทำงานภายใต้กฎระเบียบ จรรยาบรรณ และจริยธรรมวิชาชีพ ผ่านการดูแลผู้ป่วย เป็นการสร้างคุณค่าจากความเข้าใจในความเป็นบุคคล สนับสนุนให้เต็มใจปฏิบัติและลดความเครียดในการทำงาน²⁵

2.6 เสริมสร้างความพึงพอใจในงาน โดยเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศการทำงานที่มีความพร้อมและความเพียงพอของสิ่งสนับสนุนการทำงาน ได้แก่ ความพร้อมด้านบุคลากร เช่น การปฐมนิเทศ (orientation) การมีระบบพี่เลี้ยง (preceptorship) การมีระบบให้คำปรึกษา (mentorship) และการสอน (coaching) เป็นต้น ความพร้อมด้านการทำงาน เช่น วัสดุ อุปกรณ์ แหล่งเรียนรู้ เทคโนโลยี คอมพิวเตอร์ เป็นต้น และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น

การดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัย ห้องพัก หอพัก การดูแลความปลอดภัยชีวิตและทรัพย์สิน เป็นต้น²⁴

2.7 สร้างสมดุลของงานกับชีวิตในองค์กร ซึ่งองค์กรพยาบาลที่มีภาวะขาดแคลนกำลังคนพยาบาล และมีปัญหาจำนวนชั่วโมงการทำงานเวิร์กผลัดของพยาบาลเกิน สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีโดยผู้บริหารและผู้บริหารร่วมกันออกแบบการจัดตารางเวรผลัดให้มีความยืดหยุ่นแต่ไม่กระทบกับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการพยาบาล รวมถึงเหมาะสมกับความหลากหลายของบุคลากร gen Y เป็นการลดความเครียดและเพิ่มความตั้งใจในงานที่รับผิดชอบ²⁵

3. ระดับนโยบาย โดย

3.1 สร้างความเข้มแข็งของสถานภาพวิชาชีพ โดยมีนโยบายปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ด้วยการจัดและสนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลกลุ่ม gen Y เข้าร่วมกิจกรรมหมู่ที่แสดงถึงสัญลักษณ์เชิงวิชาชีพ และการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นการสร้างคุณค่าจากความภาคภูมิใจและเกียรติศักดิ์ศรีของวิชาชีพ¹⁶

3.2 มีนโยบายการเพิ่มกรอบอัตรากำลัง การใช้ตำแหน่งข้าราชการพยาบาลเกษียณ และระบบการศึกษาพยาบาลที่ผูกพันการชดใช้ทุนเป็นข้าราชการ เพื่อให้สามารถบรรจุพยาบาลลูกจ้างวิชาชีพเป็นข้าราชการ หรือปรับให้ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมีสวัสดิการที่ไม่แตกต่างกัน⁸ รวมถึง มีนโยบายอัตราเงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการที่เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ¹⁶

3.3 มีนโยบายการดูแลสุขภาพบุคลากรในทุกกรณี ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และสวัสดิการเมื่อเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บทั้งจากการทำงานและไม่ใช้จากการทำงาน มีเกณฑ์ที่ชัดเจนเหมาะสมกับผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งในกลุ่มข้าราชการและลูกจ้างวิชาชีพ^{16,25}

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การคงอยู่ในระบบบริการพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐ บุคลากรพยาบาลกลุ่ม gen X จะอยู่ในระบบนานกว่าบุคลากรพยาบาลกลุ่ม gen Y เนื่องจากปัจจัยส่งเสริมการคงอยู่ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านงาน พยาบาลรับรู้ว่าเป็นงานที่มีเกียรติและเป็นกลุ่มข้าราชการทั้งหมด จึงมีความมั่นคงในงานมากกว่าบุคลากรพยาบาลกลุ่ม gen Y ที่ยังคงมีบางส่วนเป็นลูกจ้างวิชาชีพ รับรู้ว่าจะไม่มีความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ที่สำคัญของทั้ง 2 กลุ่ม คือ ความสมดุลในงานและชีวิต เนื่องจากสัดส่วนอัตรากำลังพยาบาลมีน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณงานหรือจำนวนผู้รับบริการ โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การสร้างคุณค่าบุคลากรพยาบาลเพื่อการคงอยู่ในองค์กรสำหรับกลุ่ม gen X จึงมุ่งเน้นคงไว้ซึ่งทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ สัดส่วนชั่วโมงการทำงานบริหารและบริการสมดุลกับชีวิตครอบครัว เสริมพลังอำนาจด้วยการเป็นผู้นำ ให้อำนาจในการตัดสินใจ เป็นต้นแบบให้กับพยาบาลรุ่นใหม่ และเป็นส่วนสำคัญในความสำเร็จขององค์กร พร้อมทั้งบริหารค่าตอบแทนและความก้าวหน้าให้สอดคล้องกับผลงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลกลุ่ม gen Y มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าด้วยนโยบายการบรรจุเป็นข้าราชการ ให้โอกาสมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการบริหารองค์กร และได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ รวมถึงสนับสนุนแรงจูงใจด้วยการให้โอกาสแสดงผลงาน บริหารค่าตอบแทน สวัสดิการอย่างเป็นธรรม และยืดหยุ่นเวลางานเพื่อความสมดุลของงานและชีวิตส่วนตัว การรับรู้การมีคุณค่าต่อองค์กรของบุคลากรพยาบาล

สนับสนุนความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กร และตั้งใจคงอยู่กับองค์กรในที่สุด

นโยบายการจ้างรักษากุศลกรเป็นกลยุทธ์สำคัญของการรักษาไว้ซึ่งทุนมนุษย์ด้านการพยาบาลที่มีค่าต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทั้งยังสามารถลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลในระบบบริการสุขภาพภาครัฐในระยะยาว นอกจากนี้ยังมีกลยุทธ์อื่น ๆ ที่จัดการกับการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล โดยการใช้ข้อมูลผลการวิเคราะห์ความต้องการของบุคลากรพยาบาล เป็นแนวทางจูงใจให้พยาบาลเข้าสู่ระบบภาครัฐและตั้งใจอยู่ต่อไปโดยไม่คิดลาออกหรือย้ายงาน เช่น การจ้างงานแบบ full-time และ part-time การขยายระยะเวลาเกษียณอายุราชการ การใช้ทีมการพยาบาล out-source การบรรจุหรือย้ายงานเพื่อปฏิบัติงานในภูมิภาค สวัสดิการสำหรับกลุ่มทำงานในเมืองมีค่าครองชีพสูง กลุ่มทำงานในชนบท พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ชายขอบ หรือพื้นที่เสี่ยงภัย เป็นต้น ดังนั้น ควรพิจารณากลยุทธ์เหล่านั้นมาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการและไม่ควรใช้วิธีการเดียวกันกับทุกกลุ่ม จะเพิ่มโอกาสความสำเร็จและค้ำค่าค้ำทุนมากขึ้น สรุปได้ว่า แนวทางการสร้างคุณค่าเพื่อการคงอยู่ของพยาบาล gen X และ gen Y เป็นความหลากหลายของวิธีการที่ให้ความสำคัญกับความต้องการของบุคลากร สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั้งระดับบุคคล องค์กร และนโยบาย ทั้งนี้องค์กรจำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานและความต้องการของบุคลากรที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้แผนงานส่งเสริมการคงอยู่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง

References

1. Chinnawat Chueasraku, Vichai Premmanisakul, Tara Singkasa. Human capital vs. human resources management: The applicable approach for Thai organizations. *Journal of HRintelligence*. 2019; 14(1): 88-104. Thai.
2. Baron A, Armstrong M. Human capital management: Achieving added value through people. London: Kogan, 2007.
3. Surasak Chamaram. Human capital management (HCM) meaning importance evolution and trends. *RMUTP Research Journal Humanities and Social Sciences*. 2017; 2(1): 56-67. Thai.
4. Ministry of Public Health. 20-year National Strategic Plan (Public Health) [Internet]. 2016 [cited 2021 November 20]; Available from: <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>. Thai.
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional Nursing and Midwifery Act B.E.2528 (1985), Revision of the Act B.E.2540 (1997) [Internet]. 1997 [cited 2021 November 20]; Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/122> Thai
6. Thailand Development Research Institute. TDRI Report, No. 152, May [Internet]. 2019 [cited 2021 November 20]; Available from: <https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2019/08/wb152.pdf>. Thai.
7. Information and Communication Technology Center, National Statistical Office. Ratio of medical staff to population 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 November 20]; Available from: http://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=60. Thai.
8. Krisada Sawaengdee. Crisis of nursing shortage in health service facilities under Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health: Policy recommendations. *Journal of Health Science*. 2017; 26(2): 456-468. Thai.
9. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. National Nursing Service Strategy 2017 - 2021 [Internet]. 2018 [cited 2021 November 20]; Available from: https://www.don.go.th/?page_id=917. Thai.
10. Marufu TC, Collins A, Vargas L, Gillespie L, Almghairbi D. Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *British Journal of Nursing*. 2021; 30(5): 302-308.
11. Thanyanan Boonyoo. The structural influence of factors affecting the retention of professional nurses in hospitals and medical centers, Ministry of Public Health. *Journal of Management Science Review*. 2021; 23(1): 67-79. Thai.
12. Tassana Boonthong, Somchit Hanucharunkul. Strategies for development and retention of nurse within nursing profession. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2016; 3(2): 15-24. Thai.
13. Ghunyanutt Sathagathonthun, Anucha Kornpuang. The Causal relationship model of job retention for nurses in government hospitals. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2018; 12(1S): 58-74. Thai.

14. Das BL, Baruah M. Employee retention: A review of literature. *Journal of business and management*. 2013; 14(2): 8-16.
15. Juntima Rerkluenrit, Rukchanok Kochakri. A study of the relationship between selected personal factors, professional practice environment, and job retention of registered nurses in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(3): 195-203. Thai.
16. Maleewan Lertsakornsiri, Malinee Pandee, Wilawan Phengpanich. Strengthening job satisfaction and retention in the organization of new graduate registered nurses. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2020; 31(2): 201-212. Thai.
17. House R, Rousseau DM, Thomas-Hunt M. The Meso paradigm: A framework for the integration of micro and macro organizational behavior In Cumming LL, Staw BM (Eds.) *Research in organizational behavior* (pp.77-114). Greenwich: JAI Press, 1995.
18. Mathis R, Jackson J. *Human resource management* (11th eds.). Ohio: South Western, 2010.
19. Taunton RL, Krampitz SD, Woods CQ. Manager impact on retention of hospital staff part 2. *Journal of Nursing Administration*. 1989; 19(4): 15-19.
20. Bell M, Sheridan A. How organisational commitment influences nurses' intention to stay in nursing throughout their career. *International Journal of Nursing Studies Advances*. 2020; 2:100007.
21. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. *The motivation to work* (2nd eds.). New York: John Wiley and Sons, 1959.
22. Reisenwitz TH, Lyer R. Differences in generation X and generation Y: Implications for the organization and marketers. *The Marketing Management Journal*. 2009; 19(2): 91-103.
23. Jaruda Kumpira, Laddawan Daengthern, Jirarat Ruetrakul. Factors influencing the job retention of generation X and generation Y professional nurses in Phichit Hospital. 2018; 12(3): 167-177. Thai.
24. Tanait Padumanonda, Suchonnee Metiyothin, Banpot Wirunraj. Structural equation model of intention to stay among professional nurses in regional hospital operated by Ministry of Public Health Office of the Permanent Secretary. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*. 2017; 11(3): 81-96. Thai.
25. Kittiya Chutchawanchanchanakij, Jidapa Thirasirikul, Porntep Siriwanarangsun. Management factors affecting the retention of scarce professional nurses in organization. *Journal of Social Academic*. 2019; 12(1): 188-194. Thai.

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อัญติมา กิจศรีนภดล* พย.ม.
 ณัฏฐา ปัญญากรชยะกูร** ป.พ.ส.
 เรืองฤทธิ์ ทองอยู่*** พย.ม.
 พรพิมล ชัยสา* พย.ม.

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ก่อให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทางลบ การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จะช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคของชีวิตด้วยพลังจิตที่ดีและเข้มแข็ง และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ ผ่านการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ผลการนำรูปแบบการดูแลไปใช้สามารถช่วยให้ระดับความทุกข์ลดลง และมีระดับพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยกรณีศึกษา และการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลควรเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษา วัตถุประสงค์ความรู้สึของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถใช้เทคนิคในการให้การปรึกษา และเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตได้เหมาะสมตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

*** อาจารย์วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Corresponding e-mail: peang_zhou@hotmail.com

Resilience Quotient Enhancement: A Case Study of Cancer Patients and Relatives of Cancer Patients

Altima Gidsrinopdon*	M.N.S.
Nutcha Punyakornchayakoor**	Dip in Nursing Science
Rerngrit Thongyu***	M.N.S.
Pornpimon Chaisa*	M.N.S.

Abstract

Patients and their relatives who have been diagnosed with cancer as emotional and mental suffering when confronted with difficult situations, leads to decreases their quality of life. Nursing care based on Acceptance and Commitment Therapy group counselling on Resilience Quotient Enhancement will enable patients and their relatives overcome from major negative life events and bounce back in a positive way. Resilience Quotient Enhancement includes "I have", "I am", and "I can" with Acceptance and Commitment Therapy group counselling process. The result of implementing this care model showed the case study had decreased level of pain distress and increased level of mental health power. A nurse who applies this care model should be expertise in consulting and sensitive to changes and to the variety of context patients and their relatives encounter. The consultants make achieving goal easier, deploying their skills to improve their ability to be resilient quotient.

Key words: resilience quotient enhancement, cancer patients, relatives of cancer patients

* RN., Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

** RN., Senior Professional Level, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

*** Instructor, College of Nursing Pibulsongkram Rajabhat University

Corresponding e-mail: peang_zhou@hotmail.com

บทนำ

โรคมะเร็ง เกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเจริญเติบโตอย่างควบคุมไม่ได้¹ จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2020 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ จำนวน 19.3 ล้านราย ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 30.2 ล้านราย และพบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก² โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย พบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรในภูมิภาค³ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสถิติของยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 พบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง 170,495 ราย และในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่า 191,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตจากปี พ.ศ. 2558 จำนวน 113.7 เป็น 128.2 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 แสดงให้เห็นถึงโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ⁴

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมุ่งเน้นการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายก่อนด้านจิตใจ⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ต้องเผชิญกับความตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา⁶ ซึ่งการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ถือเป็นภาวะวิกฤตหนึ่งในชีวิตของผู้ป่วยและญาติ⁷ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจต่อชาวร้ายที่ได้รับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดความรู้สึกล้มเหลวและวิตกกังวลหลายอย่าง เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด กลัวการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และกลัวตาย⁸ ทำให้เกิดความเครียด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ปฏิเสธการรับรู้ความจริง โกรธ รู้สึกผิด ท้อแท้ และไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้⁹ โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคในครั้งแรกร้อยละ 9.97 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด¹⁰ และจะมีความทุกข์ด้านจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หลังได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นเวลานานนับเดือนหรือปี¹¹ ทำให้พบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยร้อยละ 40 และร้อยละ 53 มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการลุกลามของโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้น¹⁰ ในขณะเดียวกันปัญหาเหล่านี้ยังมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่สำคัญ¹² ทำให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.9 และร้อยละ 32.1 ตามลำดับ⁷ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการรักษาในระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยควบคู่กัน¹³

ปัจจุบันมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างหลากหลายที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ด้านจิตใจ เช่น การเสริมสร้างสัมพันธภาพของครอบครัว¹⁴ การสอนให้ความรู้¹⁵ การให้คำปรึกษาและสุขศึกษาผ่านทางโทรศัพท์¹⁶ การให้คำปรึกษาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต¹⁷ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁸ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา¹⁹ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา²⁰ การบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีทางอารมณ์²¹ การฝึกจิต²² การให้สุขภาพจิตศึกษา²³ การบำบัดทางจิตสังคม²³ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม²⁴ จิตบำบัดอัตถิภาวนิยม²⁵ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ²⁶ สามารถช่วยลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์จากการศึกษาดังกล่าวสามารถพัฒนาทักษะของบุคคลได้เพียงบางทักษะ เช่น ทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะการติดต่อสื่อสาร การตระหนักรู้แห่งตน ความคิดสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม และทักษะด้านการจัดการอารมณ์¹² เหล่านี้ ล้วนเป็นทักษะสำคัญในการเพิ่มศักยภาพในตัวบุคคล จำเป็นต้องอาศัยความสามารถของแต่ละทักษะร่วมกัน เพื่อให้บุคคลเผชิญ

กับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม ยอมรับความเป็นจริงของชีวิตที่ต้องมีทั้งด้านดีและด้านไม่ดี สามารถปรับมุมมองชีวิต มีจิตมั่นคง ทนทานทางอารมณ์ แสดงพฤติกรรมในทางบวก จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และเรียนรู้เหตุการณ์นั้น ๆ ได้ด้วยพลังใจที่เข้มแข็ง²⁷ ซึ่งเรียกรวมกันว่า “การสร้างพลังสุขภาพจิต” อันเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจที่แท้จริง²⁸

พลังสุขภาพจิต (resilience quotient) เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง ให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้สำเร็จ ซึ่งเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถฝึกฝน และสร้างขึ้นได้³⁰ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ฉันมี (I have) คือการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมและการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (2) ฉันเป็น (I am) คือลักษณะความเข้มแข็งภายในตัวของบุคคล และ (3) ฉันสามารถ (I can) คือความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการจัดการกับปัญหาโดยกรมสุขภาพจิต ได้แบ่งการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตเป็น 3 องค์ประกอบเช่นกัน ได้แก่ (1) พลังฮึด คือทนทานกับความทุกข์ใจได้ (2) พลังฮึด คือมีกำลังใจไม่ท้อถอย และ (3) พลังสู้ คือพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาหรืออุปสรรค³⁰ การสร้างพลังสุขภาพจิตเปรียบเสมือนเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่³¹ เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล โดยการปรับวิธีคิดให้สามารถเผชิญปัญหาและความกดดันของชีวิตอย่างสร้างสรรค์ สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียด ตระหนักรู้คุณค่าของตนเอง เกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาในอนาคต³² ซึ่งมี

การศึกษาเกี่ยวกับการสร้างพลังสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จะรับรู้ความสามารถของตนเอง ปรับตัวได้ดี จัดการกับอารมณ์ มีพฤติกรรมทางบวก เผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ลำบากในชีวิตได้ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง³³ การศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ผู้ป่วยที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดี³⁴ การศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางด้านจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และในระยะติดตามผลญาติผู้ดูแลยังมีความคงทนของระดับความเข้มแข็งด้านจิตใจ เนื่องจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตนเอง เพื่อให้พ้นวิกฤตในชีวิต³⁵ การศึกษาการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญภาวะวิกฤต และนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้³⁶ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเอาชนะอุปสรรคที่ตนเองเผชิญอยู่ จัดการปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีความสมดุลทางอารมณ์และจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง และเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ยากลำบากกับปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยปกป้องจากภายนอก เช่น ลักษณะส่วนตัวของบุคคล ความฉลาดทางอารมณ์ การให้ความหมายหรือคุณค่าของสิ่งที่เกิดขึ้น บรรยากาศในครอบครัว สัมพันธภาพกับครอบครัว

แรงสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ และประสบการณ์เดิม³⁷ ดังนั้นเพื่อให้บุคคลสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคของชีวิตด้วยพลังจิตที่ดีและเข้มแข็ง ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรมีการบูรณาการวิธีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับบุคคล และเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาหรือควบคุมได้³¹ โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นวิธีการที่มีการกำหนดแนวทางในการช่วยเหลือให้บุคคลได้ใช้ศักยภาพของตนเอง ในการส่งเสริมจิตใจให้เหมาะสมอย่างมีเสถียรภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความผาสุก บรรเทาความทุกข์ใจ เพิ่มความสมบูรณ์ให้ตนเอง และค้นพบเป้าหมายของชีวิต³⁸ ซึ่งกระบวนการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จะส่งผลให้บุคคลได้ค้นหา เข้าใจสิ่งที่คุกคามจิตใจ และแสวงหาหนทางในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง พร้อมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในกลุ่มที่มีจุดสนใจร่วมกัน ภายใต้ความสัมพันธ์เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะเป็นแรงเสริมทางบวก ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึก และการกระทำที่นำไปสู่ทิศทางที่ดีขึ้น³⁹ ดังการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เป็นรูปแบบการให้การปรึกษากับสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาชนิดเดียวกันหรือสภาพปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่ต่างกันที่สาเหตุและสภาพจิตใจของบุคคล จึงสามารถส่งเสริมศักยภาพในการจัดการปัญหาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้⁴⁰ และเป็นรูปแบบการให้การปรึกษาแบบกลุ่มจึงทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประสบการณ์ทางสังคมทั้งในรูปแบบของแรงจูงใจ การหยั่งรู้ อารมณ์ หรือความรู้สึก รวมถึงยังสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม⁴¹

บทความนี้ กล่าวถึงแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้าง

สุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในการบรรเทาความทุกข์และเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง

แนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต (resilience quotient) เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง ให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้สำเร็จด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง²⁹ สามารถเผชิญชีวิตได้อย่างมีสติ มีจิตใจมั่นคง รับความจริงของชีวิตที่ต้องมีทั้งด้านดีและด้านไม่ดี และอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ มีความหยุ่นตัวในภาวะวิกฤต เรียนรู้ที่จะล้มแล้วลุกยืนใหม่ได้อย่างรวดเร็ว มีความหมายและมีคุณค่า²⁸ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก²⁹ ได้แก่ (1) ฉันมี (I have) หรือสิ่งที่ฉันมี คือ การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมและการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การเป็นผู้ที่ได้รับการรักอย่างไม่มีเงื่อนไข การมีบุคคลที่ช่วยสอนหลักการหรือทักษะปฏิบัติเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่ในสังคม ซึ่งสามารถช่วยพัฒนาต่อไปทางด้านฉันเป็น และฉันสามารถ (2) ฉันเป็น (I am) หรือสิ่งที่ฉันเป็น คือ ลักษณะความเข้มแข็งภายในตัวของบุคคล หรือพลังที่จะทำให้สามารถสู้กับสถานการณ์ยากลำบากได้ มีลักษณะเป็นความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตัวเอง และ (3) ฉันสามารถ (I can) หรือความสามารถที่ฉันสามารถ คือ ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการจัดการกับปัญหา

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิต ได้มีการแบ่งการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตเป็น 3 องค์ประกอบเช่นกัน ประกอบด้วย (1) พลังฮึด หรือด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คือ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ทนทาน ไม่ให้อ่อนไหวง่าย อดทนกับแรงกดดันโดยไม่

เสียสุขภาพจิต (2) พลังฮึด หรือด้านกำลังใจ คือ ความสามารถในการสร้างความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน และ (3) พลังสู้ หรือด้านการจัดการกับปัญหา คือ ความสามารถในการต่อสู้กับอุปสรรคและปัญหา มีความมั่นใจและความพร้อมในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น³⁰ ซึ่งที่กล่าวมาเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่นำมาใช้สำหรับการประเมินพลังสุขภาพจิต ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีระดับพลังสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

พลังสุขภาพจิต เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่บุคคลนำมาป้องกัน ปกป้องตนเองเพื่อเอาชนะหรือผ่านพ้นประสบการณ์ด้านลบในชีวิตตนเอง ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตรที่สามารถพัฒนา และบั่นทอนให้ลดลงได้²⁹ ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพลังสุขภาพจิต 2 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มผลลัพธ์ทางลบ และเป็นอุปสรรคในการพัฒนา การเรียนรู้และการเจริญเติบโต มักเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยพร้อมกัน และ (2) ปัจจัยปกป้อง (protective factor) เป็นเงื่อนไขในการกันชนตอบโต้ หรือปกป้องผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านครอบครัว ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ชุมชน สังคม และวัฒนธรรม

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เป็นวิธีการที่สามารถผสมผสานร่วมกับการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา สามารถให้การปรึกษาได้ทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม ในบทความนี้จะนำเสนอความคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยผ่านกระบวนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีเป้าหมาย จัดขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือ แก้ไข ส่งเสริม พัฒนา และป้องกันปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา⁴² โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการปรึกษาที่มีปัญหาคลายคลึงกันมา

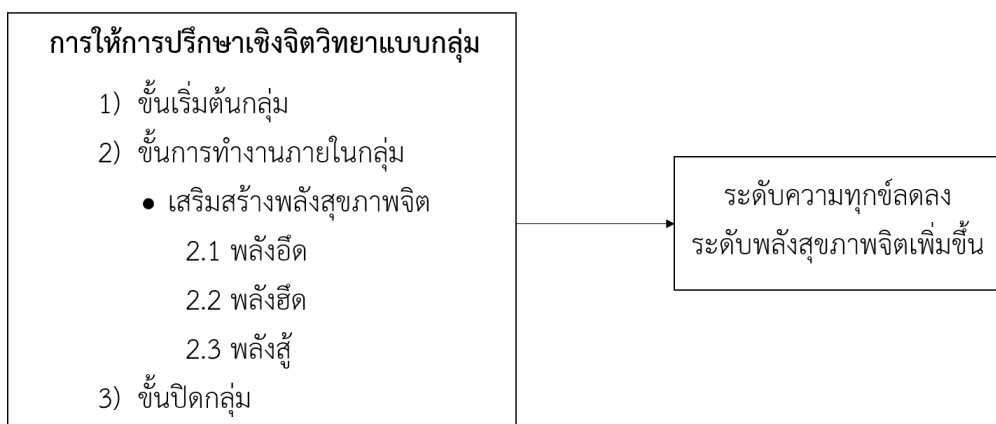
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม ซึ่งผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมด้านจิตวิทยาโดยเฉพาะ และมีประสบการณ์ในการให้การปรึกษากับผู้ที่มีความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจ ให้การช่วยเหลือเอื้ออำนวย ให้มีบรรยากาศแบบกัลยาณมิตร เกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเรียนรู้ รู้จักและเข้าใจตนเอง ค้นพบทางเลือกที่จะไปสู่จุดหมายของชีวิต รู้จักให้และรับความรัก ความผูกพันกับผู้อื่น รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยกัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่นำไปสู่ทิศทางที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวได้ดี แก้ไขปัญหา และดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความงอกงามและเห็นคุณค่าในชีวิต³⁹

หลักการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จะต้องมีการวางแผนการให้การปรึกษาอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดปัญหาที่ปรึกษา ซึ่งควรเป็นปัญหาที่แท้จริง มีความหมายและสำคัญต่อผู้รับบริการปรึกษา และเป็นปัญหาของผู้รับบริการปรึกษาทุกคนภายในกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะปัญหาหรือสภาพปัญหาคลายคลึงกัน แต่ต่างกันในสาเหตุและสภาพจิตใจของเจ้าของปัญหา³⁹ โดยกำหนดจำนวนสมาชิกของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป แต่ไม่เกิน 15 คน ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมคือ จำนวนสมาชิก 5-8 คน จัดกลุ่มโดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการจัดกลุ่ม อายุของสมาชิก ประสบการณ์ของผู้ให้การปรึกษา ลักษณะปัญหาของสมาชิก ทฤษฎีและเทคนิคที่นำมาใช้⁴³ เพื่อให้เกิดกระบวนการกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินการจัดกิจกรรมได้สำเร็จลุล่วงทันเวลา ซึ่งมีลำดับขั้นของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน⁴⁴ ได้แก่ (1) ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม เป็นขั้นตอนในการพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยการสร้างบรรยากาศแบบเป็นกันเอง ไม่เป็นทางการ ผู้นำกลุ่มหรือผู้ให้การปรึกษาจะมีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการให้การปรึกษา

ตลอดจนจรรยาบรรณในการเก็บรักษาความลับของข้อมูล เพื่อช่วยเอื้ออำนวยให้สมาชิกเกิดความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัย ยอมรับกลุ่ม และกล้าเปิดเผยข้อมูลตามความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง (2) ขั้นตอนการทำงานภายในกลุ่ม สมาชิกจะได้เล่าประสบการณ์ ความรู้สึก และปัญหาของตนเอง แล้วนำให้สมาชิกคนอื่นมีส่วนร่วม เข้าใจถึงปัญหา และถือเอาปัญหานั้นเป็นปัญหาของทุกคน โดยผู้นำกลุ่มจะดำเนินให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและอยู่กับปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเชื่อมโยงให้มีการสนทนาระหว่างกัน อภิปรายร่วมกันในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจการกระทำที่ต้องการ และ (3) ขั้นปิดกลุ่ม เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมใหม่ โดยผู้นำกลุ่มจะมีการสรุปบทวนสิ่งที่ประสบความสำเร็จ และความก้าวหน้า และสิ่งที่ขาดไปจากเป้าหมายที่สมาชิกแต่ละคนตั้งไว้หลังการยุติกลุ่มในแต่ละครั้ง และเมื่อดำเนินการมาจนครบตามแผน หรือปัญหาได้รับการแก้ไขจนบรรลุวัตถุประสงค์ จะมีการแจ้งสมาชิกให้ทราบล่วงหน้าก่อนการยุติการให้การศึกษา และจะเน้นให้มีการนำประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถ

อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่คาดฝันหรือไม่สามารถควบคุมได้ ประกอบกับปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้อง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการมีพลังสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล จึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นและเรียนรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถปรับตัวได้ดี มีจิตมั่นคง จัดการกับปัญหา และดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ จึงต้องมีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วยพลังสามด้าน คือ พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ โดยใช้การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการให้การศึกษาอย่างเป็นระบบ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม ขั้นการทำงานภายในกลุ่ม และขั้นปิดกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเข้าใจในตนเอง รู้จักวิธีที่จะป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่ตามศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถบรรเทาความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และมีความเข้มแข็งทางจิตใจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม

การประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม: กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 58 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปอดครั้งแรก แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีลูกสาวอายุ 26 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม

ก่อนเริ่มดำเนินการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม พยาบาลทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ายคลึงกันเพื่อใช้ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และทำการประเมินปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์โดยการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวัน ด้านครอบครัว ด้านอารมณ์ ด้านความเชื่อ/ศาสนา และด้านร่างกาย เพื่อจัดกลุ่มสนทนาในการดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตผ่านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และทำการประเมินระดับความทุกข์โดยใช้แบบวัดระดับความทุกข์ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าคะแนน 0-10 คะแนนของระดับความทุกข์ที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีอยู่ ณ ขณะนั้น เพื่อทราบลักษณะของปัญหา

การประเมินผู้ป่วย พบว่า มีปัญหาที่เป็นผลกระทบจากโรคมะเร็งคือ ด้านร่างกายและด้านครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และมีความกังวลว่าหลังรักษาแล้วร่างกายจะไม่แข็งแรงเหมือนเดิมต้องพึ่งพาถูกไปตลอด “เห็นคนแถวบ้านเป็นมะเร็งแล้วรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แล้วดูอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ทำงานหนักก็ไม่ได้ ทำงานไม่ได้เหมือนเก่า กลัวว่าจะเป็นภาระลูกเขา” “โรคนี้เห็นเขาเป็นกันและข้างบ้านที่เป็นเขาก็บอกว่าต้องรักษาไปเรื่อย ๆ ไม่ให้มันลามไปมาก

กว่าเดิม กว่าจะหายก็ใช้เวลาหรือไม่หายก็มี ยาเคมีก็ทำให้แพ้ ผอมว้าง คลื่นไส้ อาเจียน การกินก็ต้องระมัดระวังกลัวจะติดเชื้อ” และการประเมินระดับความทุกข์โดยใช้แบบวัดระดับความทุกข์พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์เท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับทุกข์มาก จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา เนื่องจากมีการรับรู้ข้อมูลที่หลากหลายส่งผลให้เกิดความทุกข์ด้านจิตใจต่อการเผชิญความเจ็บป่วยในครั้งนี้ และประเมินญาติผู้ป่วยพบว่า มีความวิตกกังวลด้านร่างกายของผู้ป่วย “กลัวโรคมะเร็งจะทำให้แม่เจ็บปวด ยิ่งต้องรักษาด้วยเคมีบำบัดอีก กลัวแม่จะทรมานจะรับไม่ไหว” และประเมินระดับความทุกข์โดยใช้แบบวัดระดับความทุกข์พบว่า ญาติผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์เท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับทุกข์มาก

หลังจากรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการจัดกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีลักษณะปัญหาหรือสภาพปัญหาล้ายคลึงกันแล้ว จากนั้น พยาบาลจะดำเนินการตามขั้นตอนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ดังนี้

(1) **ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม** ขั้นตอนนี้พยาบาลจะสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม โดยกล่าวทักทายแนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงกระบวนการให้การปรึกษา วัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการเข้าร่วมกลุ่ม การรักษาความลับของเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนบทบาทของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความคุ้นเคยกัน กล่าวทักทาย และแนะนำตัวซึ่งกันและกัน โดยการสร้างบรรยากาศให้เป็นแบบกันเอง อย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ เชื่อถือ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง และนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

(2) **ขั้นการทำงานภายในกลุ่ม** พยาบาลเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าประสบการณ์ ความรู้สึก และ

ปัญหาของตนเอง โดยพยาบาลจะตั้งใจในการรับฟัง ทำความเข้าใจพฤติกรรม ความรู้สึกความคับข้องใจ ของปัญหาที่เกิดขึ้น

พยาบาล “จากประสบการณ์ที่ตนเองรับรู้มา เกี่ยวกับโรคที่เป็น ส่งผลกระทบต่อตัวเราอย่างไรบ้าง”

ผู้ป่วย “โรคนี้เป็นโรคที่อันตราย ส่วนใหญ่รักษา ไม่หาย พอเป็นแล้วต้องใช้เวลาในการรักษานาน ยาที่ใช้รักษาก็แรง แพ้ง่าย ผอมร่วง ติดเชื้อง่าย” “เสียเวลา เสียเงินอีก อาจจะอยู่ได้อีกไม่นาน” พยาบาลสังเกตสีหน้าผู้ป่วยดูกังวล จึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา โดยการเล่าความกังวลที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับโรคและการได้รับยาเคมีบำบัดจะส่งผลต่อร่างกายของผู้ป่วยทำให้อ่อนเพลีย และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม และต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดไป หากเป็นมากขึ้นอาจทำให้เสียชีวิต นอกจากนี้พยาบาลจะทำการสังเกตญาติผู้ป่วยร่วมด้วยพบว่า มีสีหน้าวิตกกังวล นั่งจ้องมองที่ผู้ป่วยตลอดเวลา จึงเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก

ญาติผู้ป่วย “รู้ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง ถ้าเป็นมากขึ้น มีการลามมากขึ้น สุขภาพก็จะยิ่งแย่ลง บางคนก็รู้เวลาของตัวเองว่า จะมีชีวิตอยู่ได้นานแค่ไหน มันท้อ”

จากข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความวิตกกังวลในด้านร่างกายและด้านครอบครัว มีแนวโน้มที่จะไม่มารับการรักษาหรือดูแลตนเอง ส่งผลถึงญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลด้านร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ และซึมเศร้า ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากหรืออุปสรรคของชีวิตที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์และจิตใจ และการจัดการกับปัญหา จากนั้นพยาบาลจะใช้เทคนิคการสะท้อนกลับ (reflecting feeling) ในการสื่อสารความเข้าใจกลับไปยังสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม พร้อมทั้งเชื่อมโยง (linking) ให้สมาชิกคนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องที่สมาชิก

กำลังเล่า มีการสนทนาระหว่างสมาชิก ให้ในกลุ่มรู้สึก ว่าปัญหานี้เป็นปัญหาของทุกคนในกลุ่ม เป็นการกระตุ้นความสนใจ มีการอภิปรายร่วมกันเพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งพยาบาลจะคอยสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกได้มองเห็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ต้องการให้ได้ นั่นคือ การมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง ทนทานทางอารมณ์ มีกำลังใจในการฝ่าฟันอุปสรรคที่เข้ามา และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ โดยการประเมินพลังสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีลักษณะข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ให้คะแนนข้อละ 1-4 คะแนน พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 24 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนด้านกำลังใจ 14 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนด้านการจัดการกับปัญหา 10 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ผลการประเมินพลังสุขภาพจิตในญาติผู้ป่วยพบว่ามีความมั่นคงทางอารมณ์ 22 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนด้านกำลังใจ 12 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนด้านการจัดการกับปัญหา 10 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ แล้วรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้เล่าปัญหาต่าง ๆ แสดงออกด้านอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและการกระทำ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนได้เรียนรู้ ค้นพบ และเข้าใจสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของตนเอง

พยาบาลจะช่วยเหลือเอื้ออำนวยให้สมาชิกได้วางแผนแก้ไขปัญหา และสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเอง ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างพลังจิต เป็นการเน้นการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เพื่อให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย และนำไปสู่การเกิดสติในการเผชิญปัญหา ได้แก่ การให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การฝึกการหายใจเพื่อให้ร่างกาย

ได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใสและผ่อนคลาย และการฝึกคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เพื่อลดการหดเกร็ง บรรเทาความเจ็บปวด รวมถึงทำให้เกิดสมาธิขณะฝึก 2) การเสริมสร้างพลังชีวิต เป็นการสร้างกำลังใจทั้งจากภายในตัวบุคคล และจากคนใกล้ชิด เพื่อให้เข้าใจจุดอ่อนจุดแข็งของตนเอง และมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง ให้สามารถสื่อสารและกล้าที่จะขอความช่วยเหลือได้ และ 3) การเสริมสร้างพลังผู้ เป็นการสนับสนุนให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล และเต็มใจ โดยพยาบาลจะร่วมคิดร่วมทำกับสมาชิกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งมีวิธีการ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดทางด้านลบให้เป็นด้านบวก หรือเป็นกลางจะช่วยให้มีความพร้อมในการรับมือกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ การวางแผนแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ และการรู้จักหาสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น บุคคลที่เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ สนับสนุนด้านการเงินหรืออาชีพ เป็นต้น และการส่งเสริมให้สมาชิกได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหา จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับสมาชิก ได้แก่ การฟัง การสังเกต การถาม การเจียบ การสะท้อนความรู้สึก การทวนซ้ำ และการสรุปความ เป็นต้น

จากนั้นพยาบาลจะสรุปประเด็นสำคัญที่สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยกัน และย้ำให้เห็นถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหามที่สมาชิกจะต้องนำไปปฏิบัติ และนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

(3) **ขั้นการปิดกลุ่ม** ในแต่ละครั้งที่พบกลุ่มพยาบาลจะมีการสรุป ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้สมาชิกสามารถตัดสินใจในการเลือกแนวทางปฏิบัติได้ และเป็นการตรวจสอบความเข้าใจของสมาชิก และเมื่อดำเนินการมาจนครบตามแผนหรือปัญหาได้รับการแก้ไขจนบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย จะให้

เวลาสมาชิกได้สรุป ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นของตนเอง เน้นการนำประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงได้กล่าวชื่นชมเพื่อนสมาชิกคนอื่น หรือแสดงความรู้สึกที่ดีให้แก่กันและกัน เพื่อให้สมาชิกสามารถยอมรับการสิ้นสุดการให้การปรึกษ ด้วยความสงบและอบอุ่นได้

จากนั้นพยาบาลจะประเมินระดับความทุกข์ และประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติของผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์เท่ากับ 3 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับทุกข์ต่ำ และญาติผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์ 4 คะแนน อยู่ในระดับทุกข์มาก ส่วนคะแนนพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยพบว่า มีค่าคะแนนด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 27 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนด้านกำลังใจ 16 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนด้านการจัดการกับปัญหา 14 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับญาติผู้ป่วยผลการประเมินพบว่า มีค่าคะแนนด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 25 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ค่าคะแนนด้านกำลังใจ 14 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าคะแนนด้านการจัดการกับปัญหา 16 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจากผลการประเมินดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีระดับความทุกข์ลดลง และมีระดับพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด ยอมรับความจริงของชีวิต เข้าใจตนเองและผู้อื่น และมีความมั่นใจที่จะดูแลและจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นของตนเอง “รู้สึกว่าตัวเองยังโชคดีที่ยังได้อยู่กับคนที่เรารัก โรคภัยไข้เจ็บเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ แต่ตัวเราเองต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นว่าจะทำอย่างไรให้ตัวเรากับโรคที่มีอยู่นั้นอยู่ร่วมกันได้ ไม่เบียดเบียนหรือสร้างความทุกข์ให้แก่กันและกัน” “ได้เข้ากลุ่มแบบนี้ ทำให้ได้รับรู้ความรู้สึกของลูก ได้เข้าใจเขามากขึ้นว่าเขาเป็นห่วงเรามากแค่ไหน เขาไม่ได้คิดเรื่องการเป็นภาระหรืออะไรเลย” “เราก็อพร้อมที่จะสู้

เหมือนที่เขาจะสู้เพื่อเรา” และญาติผู้ป่วยได้เรียนรู้และเข้าใจการดำเนินของโรค แผนการรักษา และคลายความวิตกกังวล “รู้สึกเบาใจ มีกำลังแรงกำลังใจ” “ไม่ใช่แค่คนเดียวที่ต้องพบเจอกับปัญหาเหล่านี้ ทุกคนมีปัญหาเกิดขึ้นได้หมดแต่จะเจอในรูปแบบไหนมากน้อยแค่ไหนนั่นเอง” “อะไรเกิดขึ้นมาแล้วก็ต้องปรับตัวอยู่กับมัน” “เข้าใจเหตุผลความคิดความรู้สึกของแม่มากขึ้น พร้อมทั้งจะอยู่เคียงข้าง เป็นกำลังใจให้กันและกันไม่ว่าจะเจอกับอะไร จะอยู่กับปัจจุบัน ทำ ณ วันนี้ให้ดีที่สุด และมีความสุขที่สุดที่เราได้อยู่ด้วยกัน”

สรุป

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการให้การปรึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลให้เข้มแข็ง มีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกหรือความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่กดดัน เพื่อให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย อันนำไปสู่การเกิดสติในการเผชิญปัญหาด้วยเทคนิคต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับปัญหา และมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งสามารถปรับตัว แก้ไขปัญหาวิกฤตในชีวิต และมี

คุณภาพชีวิตที่ดีได้ ผลการศึกษานี้ทำให้ได้เรียนรู้รูปแบบการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งพลังกลุ่มมีความสำคัญในการสนับสนุนปัญหาต่าง ๆ ของสมาชิก ตั้งแต่ปัญหาที่เล็กน้อยถึงปัญหาที่รุนแรง และความหลากหลายของความทุกข์ด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของแต่ละบุคคล ทำให้มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจะเสริมสร้างสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จึงต้องเข้าใจความแตกต่างของบุคคล

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

การนำการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มไปใช้ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ควรเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษา วัตถุประสงค์รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถใช้เทคนิคในการให้การปรึกษาได้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และพยาบาลควรเป็นบุคคลที่ได้ดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลือและพัฒนาทักษะในการปรับตัว การใช้ชีวิต และการเผชิญหรือยืนหยัดกับภาวะวิกฤตที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

References

1. National Institute of Health. Understanding cancer. [Internet]. 2021. [cited 14 Aug 2021]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding>
2. World Health Organization. All cancer fact sheet. [Internet]. 2020. [cited 14 Aug 2021]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
3. International Agency for Research on Cancers. Population factsheets. [Internet]. 2018. [cited 16 Aug 2021]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>
4. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2019. Bangkok: New thammada press; 2020. Thai.
5. Davis LE, Bogner E, Coburn NG, et.al. Stage at diagnosis and survival in patients with cancer and a pre-existing mental illness: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2020; 74(1),84-94. doi: 10.1136/jech-2019-212311
6. Cook SA, Salmon P, Hayes G, Byrne A, Fisher PL. Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: a systematic review of the literature. *Psycho-oncology*. 2018; 27(3), 791-801. doi: 10.1002/pon.4601
7. Aubin M, Vézina L, Verreault R, et.al. Distress experienced by lung cancer patients and their family caregivers in the first year of their cancer journey. *Palliative & Supportive Care*. 2021; 1-7. doi: 10.1017/S1478951521000377
8. Hildenbrand GM, Benedict BC. Examining Variation in Emotional Distress among Individuals with a Cancer Diagnosis. *Western Journal of Nursing Research*. 2021; 0193945921994118. doi: 10.1177/0193945921994118
9. Gabriel, Creedy D, Coyne E. A systematic review of psychosocial interventions to improve quality of life of people with cancer and their family caregivers. *Nursing open*. 2020; 7(5), 1299-1312.
10. Zhu J, Fang F, Sjölander A, Fall K, Adami HO, Valdimarsdóttir U. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Annals of Oncology*. 2017; 28(8), 1964-1969. doi: 10.1093/annonc/mdx265
11. Park JH, Chun M, Jung YS, Bae SH. Predictors of psychological distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Asian nursing research*. 2017; 11(4), 268-275. doi: 10.1016/j.anr.2017.10.003
12. Streck BP, Wardell DW, LoBiondo, Wood, G, Beauchamp JE. Interdependence of physical and psychological morbidity among patients with cancer and family caregivers: review of the literature. *Psycho-oncology*. 2020; 29(6), 974-989. doi: 10.1002/pon.5382

13. Dieperink KB, Coyne E, Creedy DK, Stergaard B. Family functioning and perceived support from nurses during cancer treatment among Danish and Australian patients and their families. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(1-2), e154-e161. doi: 10.1111/jocn.13894
14. Li Y, Qiao Y, Luan X, Li S Wang, K. Family resilience and psychological well-being among Chinese breast cancer survivors and their caregivers. *European journal of cancer care*. 2019; 28(2), e12984.
15. Belgacem B, Auclair C, Fedor MC, et. al. A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: a randomised clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17(6), 870-876.
16. Badger TA, Segrin C, Sikorskii A, et.al. Randomized controlled trial of supportive care interventions to manage psychological distress and symptoms in Latinas with breast cancer and their informal caregivers. *Psychology & health*. 2020; 35(1), 87-106.
17. Cernvall M, Carlbring P, Wikman A, Ljungman L, Ljungman G, von Essen L. Twelve-month follow-up of a randomized controlled trial of internet-based guided self-help for parents of children on cancer treatment. *Journal of medical Internet research*. 2017; 19(7), e273. doi: 10.2196/jmir.6852
18. Hendrix CC, Bailey DE, Steinhauser KE, et.al. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 24(1), 327-336.
19. Washington KT, Demiris G, Parker OD, Albright DL, Craig KW, Tatum P. Delivering problem-solving therapy to family caregivers of people with cancer: A feasibility study in outpatient palliative care. *Psycho-oncology*. 2018; 27(10), 2494-2499. doi: 10.1002/pon.4859
20. Meyers FJ, Carducci M, Loscalzo MJ, Linder J, Greasby T, Beckett LA. Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *Journal of palliative medicine*. 2011; 14(4), 465-473.
21. McLean LM, Walton T, Rodin G, Esplen MJ, Jones JM. A couple-based intervention for patients and caregivers facing end stage cancer: outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*. 2013; 22(1), 28-38.
22. van den Hurk DG, Schellekens MP, Molema J, Speckens AE, van der Drift MA. Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: results of a mixed methods pilot study. *Palliative medicine*. 2015; 29(7), 652-660. doi: 10.1177/0269216315572720
23. Treanor CJ, Santin O, Prue G. et.al. (2019). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; (6).

24. Ledderer L, la Cour K, Mogensen O, et.al. Feasibility of a psychosocial rehabilitation intervention to enhance the involvement of relatives in cancer rehabilitation: pilot study for a randomized controlled trial. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2013; 6(3), 201-212.
25. Thurn T, Brandstätter M, Fensterer V, Küchenhoff H, Fegg M J. Existential behavioral therapy for informal caregivers of palliative patients: Barriers and promoters of support utilization. *Palliative & supportive care*. 2015; 13(3), 757-766.
26. Borjalilu S, Shahidi S, Mazaheri MA, Emami A H. Spiritual care training for mothers of children with cancer: Effects on quality of care and mental health of caregivers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016; 17(2), 545-552. doi: 10.7314/APJCP.2016.17.2.545
27. Hoseinzadeh F, Radfar M, Moghaddamtabrizi F, Khalkhali H. Effect of resilience-based group therapy intervention on coping in mothers of children with cancer: A randomized clinical trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2019; 24(4), 291.
28. Sucaromana A. Resilience quotient. *Journal of MCU Peace studies*. 2016; 4(1), 209-220. doi: 10.14456/jmcpupeace.2016.13 Thai.
29. Grotberg EH. Resilience for tomorrow. [Internet]. 2005. [cited 16 Aug 2021]. Available from: http://www.resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2005_resilience-for-tomorrow-razil.pdf
30. Department of mental health. Resilience quotient manual. Bangkok: Beyond publishing. 2020. Thai.
31. Chayakul K, Ponkratok P. Factors related to resilience quotient among elderly with chronic disease in rural area of nakhon ratchasima province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2020; 7(2), 127-137. Thai.
32. Chavapattanakul P., Wongkumsin T., Kongkasuwan R. The Relationship between Resilience Quotient, Social Support and Spiritual Well-Being of Caregivers of Patients with Hemiplegia. *Siriraj Medical Journal*. 2020; 72(3), 245-252. doi: 10.33192/Smj.2020.33
33. Panthong K. The effect of resilience quotient emphasizing mindfulness-based program on depression in older persons with major depressive disorder. (Dissertation). Chulalongkorn University; 2016. Thai.
34. Dalodom K, Pacheun O, Boonshuyar C. Social support, depression and resilience quotient in relation to self-care among hiv infected person. *Quality of Life and Law Journal*. 2018; 14(2), 12-26. Thai.
35. Khwan-on K, Phaensomboon P, Buddhist psychology for building resilience quotient in family caregivers of patients with non-communicable diseases. *Mahachula Academic Journal*. 2020; 7(1), 160-172. Thai.

36. Sungprakhong K, The effect of resilience enhancement program to the resilience of caregivers of violent behaviors schizophrenia patients. *Journal of Health Research and Innovation*. 2019; 2(2), 1-20. Thai.
37. Toender A, Munk-Olsen T, Vestergaard. et.al. Impact of severe mental illness on cancer stage at diagnosis and subsequent mortality: a population-based register study. *Schizophrenia research*. 2018; 201, 62-69.
38. Scheel MJ, Stabb SD, Cohn TJ, Duan C, Sauer EM. Counseling psychology model training program. *The Counseling Psychologist*. 2018; 46(1), 6-49. doi: 10.1177/0011000018755512
39. Corey G. *Theory and Practice of Group Counseling*. (8th ed.). Belmont: Tomson Brooks/Cole. 2012.
40. Gropper S, van der Meer E, Landes T, Bucher H, Stickel A, Goerling U. Assessing cancer-related distress in cancer patients and caregivers receiving outpatient psycho-oncological counseling. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 24(5), 2351-2357.
41. Cipolletta S, Simonato C, Faccio E. The effectiveness of psychoeducational support groups for women with breast cancer and their caregivers: a mixed methods study. *Frontiers in psychology*. 2019; 10, 288. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00288
42. Ohlsen, Merle M. *Group counseling*. 2ed. New York: Holt Rinehart and Winston; 1977.
43. Yalom, ID, Leszcz, M. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Hachette; 2020.
44. Ohlsen MM, Arther MH, Charles FL. *Group counseling*. 3ed. New York: Holt Rinehart and Winston; 1988.

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ เพื่อตีพิมพ์วารสารกองการพยาบาล (ฉบับปรับปรุง กค. 2564)

ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความวิชาการ หรือบทความวิจัยทางด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาล สามารถส่งต้นฉบับได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการกำหนดเงื่อนไขการพิจารณาผลงาน การเตรียมต้นฉบับ และสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ดังนี้

1. เงื่อนไขการพิจารณาบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือผลงานวิจัยที่ส่งตีพิมพ์ ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น หรือไม่เป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการ ในรูปแบบการนำเสนอปากเปล่า หรือ การนำเสนอโปสเตอร์
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
3. ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์ต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล หรือมหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง ทั้งนี้ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต้องมีอายุไม่เกิน 3 ปี
4. ผลงานวิจัย หรือบทความวิชาการแต่ละเรื่อง จะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน โดยกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา และผู้เขียนต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปในฉบับถัดไป
5. ผู้เขียนต้องตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และรูปแบบที่วารสารกำหนด โดยต้องส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปในฉบับถัดไป
6. ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
7. กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสาร และไม่ส่งคืนต้นฉบับให้แก่ผู้แต่ง
8. ผู้ที่ประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัย หรือบทความวิชาการในวารสารกองการพยาบาล จะต้องเป็นสมาชิกของวารสารกองการพยาบาล อย่างน้อย 2 ปี จึงจะได้รับการตีพิมพ์

2. คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (MS word) ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบบน 3.05 ซม. ขอบล่าง 3.05 ซม. ขอบซ้าย 3.56 ซม. และ ขอบขวา 2.54 ซม.
2. พิมพ์บนกระดาษ ขนาด A 4 โดยไม่ต้องใส่เลขหน้าลงในบทความต้นฉบับ
 - 2.1 บทความวิจัย ความยาวไม่เกิน 15 หน้า โดยนับตั้งแต่บทคัดย่อ จนถึงเอกสารอ้างอิง
 - 2.2 บทความวิชาการ ความยาวไม่เกิน 10 หน้า โดยนับตั้งแต่บทคัดย่อ จนถึงเอกสารอ้างอิง
3. กรณีนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง กำหนดให้มีจำนวน ไม่เกิน 2 ตาราง โดยใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมไว้เหนือตาราง

4. กรณีมีแผนภูมิ หรือรูปภาพ กำหนดให้มีจำนวน ไม่เกิน 2 แผนภูมิ หรือรูปภาพ โดยใส่ชื่อแผนภูมิ หรือรูปภาพ หรือคำอธิบายเพิ่มเติมไว้ได้แผนภูมิ หรือรูปภาพ ทั้งนี้ ผู้เขียนต้องส่งแผนภูมิ หรือรูปภาพ โดยเขียนหมายเลข ลำดับแผนภูมิ หรือรูปภาพไว้ด้วย พร้อมคำอธิบายแผนภูมิ หรือรูปภาพ ที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ให้กับวารสาร กองการพยาบาลโดยส่งแยกจาก file ต้นฉบับ
5. การเขียนบทความภาษาไทยให้ยึดหลักการเขียนตามราชบัณฑิตยสถาน ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำภาษาอังกฤษ ยกเว้นกรณีจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล ถ้าใช้คำภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้น ชื่อเฉพาะให้ใช้ตัวใหญ่
6. ส่ง file ต้นฉบับจำนวน 1 ชุด file แผนภูมิ หรือรูปภาพ พร้อมคำอธิบาย จำนวน 1 ชุด พร้อมจดหมายนำส่ง ระบุ ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และ E-mail address ได้ทางระบบออนไลน์ โดยสามารถเข้าไปศึกษา รายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnd> หรือ <https://www.tci-thaijo.org>
7. กำหนดเวลาในการส่งต้นฉบับ เพื่อพิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล
 - ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 ต.ค. ของทุกปี
 - ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 28 ก.พ. ของทุกปี
 - ฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. ของทุกปี

หากพ้นกำหนดในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะถูกเลื่อนการพิจารณาไปลงในฉบับต่อไป
8. การรับเรื่องต้นฉบับ เพื่อพิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล
 - 8.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้ง/ตอบรับให้ผู้เขียนทราบ เพื่อปรับแก้ไขตามรูปแบบที่วารสารกำหนด หรือขอเอกสารเพิ่มเติม พร้อมแจ้งชำระค่าลงตีพิมพ์ทาง E-mail
 - 8.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่ไม่ส่งต้นฉบับคืน

3. รูปแบบ และการเรียงลำดับหัวข้อของบทความวิจัย

1. **บทคัดย่อภาษาไทย** (ดูตัวอย่าง รูปแบบบทคัดย่อ ในหน้า 176)
 - 1.1 **ชื่อเรื่อง** ให้พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 16 pt. ตัวหนา
 - 1.2 **ชื่อ-นามสกุลผู้เขียนทุกคน และคุณวุฒิ** ให้พิมพ์เยื้องไปทางขวามือ และอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดย ชื่อ-สกุล ผู้เขียนใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ตัวหนา สำหรับคุณวุฒิของผู้เขียน ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ตัวธรรมดา
 - 1.3 **เนื้อหาบทคัดย่อ** ความยาวไม่เกิน 300 คำ ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 12.5 pt. เรียงลำดับเนื้อหาตาม หัวข้อ ดังนี้
 - **บทนำ:** (เขียนโดยย่อ) และวัตถุประสงค์
 - **วิธีการวิจัย:** รูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล และสถิติที่ใช้
 - **ผลการวิจัย:**
 - **สรุปผล:**
 - **คำสำคัญ:** ภาษาไทยไม่เกิน 3 คำ

ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัด ต่อจากคำสำคัญ โดยใส่ Email address ของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อหลัก (Corresponding author) ต่อท้ายด้วย กรณีต้องการระบุสถานะของบทความวิจัยว่าเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ให้พิมพ์ไว้ที่เชิงบรรทัด

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ดูตัวอย่าง รูปแบบบทคัดย่อ ในหน้า 176)

2.1 **ชื่อเรื่อง** ให้พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 16 pt. ตัวหนา

2.2 **ชื่อ-นามสกุลผู้เขียนทุกคน และคุณวุฒิ** ให้พิมพ์เยื้องไปทางขวามือ และอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดย ชื่อ-สกุลผู้เขียนใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ตัวหนา สำหรับคุณวุฒิของผู้เขียน ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ตัวธรรมดา

2.3 **เนื้อหาบทคัดย่อ** ความยาวไม่เกิน 300 คำ ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 12.5 pt. เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย โดยลำดับเนื้อหา มีดังนี้

- **Background:** (well-defined and concise including objectives)
- **Method:** Design, sample, research tools, data collection, and data analysis
- **Results:**
- **Conclusion:**
- **Keywords:** ภาษาอังกฤษไม่เกิน 3 คำ

ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัด ต่อจากคำสำคัญ โดยใส่ Email address ของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อหลัก (Corresponding author) ต่อท้ายด้วย กรณีต้องการระบุสถานะของบทความวิจัยว่าเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ให้พิมพ์ไว้ที่เชิงบรรทัด

3. เนื้อหาในบทความวิจัย ประกอบด้วย

3.1 บทนำ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาโดยย่อ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.2 กรอบแนวคิดการวิจัย ใช้เป็นแผนภูมิ หรือรูปภาพ และกล่าวอธิบายโดยย่อ

3.3 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6 ผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยให้กระชับและชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ที่มีตัวเลข หรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง จำนวนไม่เกิน 2 ตาราง โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบพร้อมด้วย หรืออาจนำเสนอด้วยรูปภาพ จำนวนไม่เกิน 2 รูปภาพ

3.7 อภิปรายผล

3.8 สรุปและข้อเสนอแนะ

3.9 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบการอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) และ ต้องแปลรายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยกำหนดให้มีรายการอ้างอิงได้ ไม่เกิน 25 รายการ ยกเว้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เช่น Systematic review หรือ Meta-analysis

ตัวอย่างหน้าบทคัดย่อภาษาไทยบทความวิจัย

ชื่อเรื่องภาษาไทย (ขนาด 16 pt. พิมพ์ตัวหนา)

ชื่อ-สกุลผู้แต่งคนที่ 1 (ขนาด 14 pt. พิมพ์ตัวหนา) * คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด (พิมพ์ขนาดปกติ)

ตัวอย่าง พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ชื่อ-สกุลผู้แต่ง คนที่ 2 (ขนาด 14 pt. พิมพ์ตัวหนา)**

คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด

บทคัดย่อ (ขนาด 16 pt. พิมพ์ตัวหนา โดยข้อความในเนื้อหาบทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ โดยใช้อักษรขนาด 12.5 pt.)

บทนำ:

วิธีการวิจัย:

ผลการวิจัย:

สรุปผล:

คำสำคัญ: ภาษาไทย ไม่เกิน 3 คำ

* ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้แต่งคนที่ 1, E-mail ของผู้แต่งหลักที่ต้องการใช้ติดต่อกับวารสาร

** ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้แต่งคนที่ 2

ตัวอย่างหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษบทความวิจัย

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 pt. พิมพ์ตัวหนา)

ชื่อ-สกุลผู้แต่งคนที่ 1 (ขนาด 14 pt. พิมพ์ตัวหนา) * คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด (พิมพ์ขนาดปกติ)

ตัวอย่าง M.N.S. (Adult Nursing)

ชื่อ-สกุลผู้แต่ง คนที่ 2 (ขนาด 14 pt. พิมพ์ตัวหนา) **

คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด

Abstract (ขนาด 16 pt. พิมพ์ตัวหนา โดยข้อความในเนื้อหาบทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ โดยใช้อักษรขนาด 12.5 pt.)

Background:

Method:

Results:

Conclusion:

Key words: ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 3 คำ

* ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้แต่งคนที่ 1, E-mail ของผู้แต่งหลักที่ต้องการใช้ติดต่อกับวารสาร

** ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้แต่งคนที่ 2

4. รูปแบบ และการเรียงลำดับหัวข้อของบทความวิชาการ

1. บทคัดย่อบทคัดย่อภาษาไทย (ดูตัวอย่าง รูปแบบบทคัดย่อ ในหน้า 178)

- 1.1 ชื่อเรื่อง ให้พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 16 pt. ตัวหนา
- 1.2 ชื่อ-นามสกุลผู้เขียนทุกคน และคุณวุฒิ ให้พิมพ์เยื้องไปทางขวามือ และอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดย ชื่อ-สกุลผู้เขียน ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ตัวหนา สำหรับคุณวุฒิของผู้เขียน ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ตัวธรรมดา
- 1.3 เนื้อหาบทคัดย่อ ความยาวไม่เกิน 350 คำ ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 12.5 pt. เนื้อหาประกอบด้วย
เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ โดยเขียนให้เห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน
 - **คำสำคัญ:** ภาษาไทยไม่เกิน 3 คำตำแหน่ง และสถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ ต่อจากคำสำคัญ โดยใส่ Email address ของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อหลัก (Corresponding author) ต่อท้ายด้วย กรณีต้องการระบุสถานะของบทความวิชาการว่าเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ให้พิมพ์ไว้ที่เชิงอรรถ

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ดูตัวอย่าง รูปแบบบทคัดย่อ ในหน้า 178)

- 2.1 ให้พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 16 pt. ตัวหนา
- 2.2 ชื่อ-นามสกุลผู้เขียนทุกคน และคุณวุฒิ ให้พิมพ์เยื้องไปทางขวามือ และอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดย ชื่อ-สกุลผู้เขียน ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ตัวหนา สำหรับคุณวุฒิของผู้เขียน ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 14 pt. ตัวธรรมดา
- 2.3 เนื้อหาบทคัดย่อ ความยาวไม่เกิน 300 คำ ใช้อักษร CordiaUPC ขนาด 12.5 pt. เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทยประกอบด้วย เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้
 - **Keywords:** ภาษาอังกฤษไม่เกิน 3 คำตำแหน่ง และสถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ ต่อจากคำสำคัญ โดยใส่ Email address ของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อหลัก (Corresponding author) ต่อท้ายด้วย กรณีต้องการระบุสถานะของบทความวิจัยว่าเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ให้พิมพ์ไว้ที่เชิงอรรถ

3. เนื้อหาในบทความวิชาการ

- 3.1 บทนำ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- 3.2 เนื้อเรื่อง ประกอบด้วย การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์วิจารณ์ อาจมีการนำเสนอด้วยแผนภูมิ จำนวนไม่เกิน 2 แผนภูมิ หรือ รูปภาพ จำนวนไม่เกิน 2 รูปภาพ
- 3.3 สรุป
- 3.4 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบการอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) และ ต้องแปลรายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยกำหนดให้มีรายการอ้างอิงได้ ไม่เกิน 30 รายการ ยกเว้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เช่น Systematic review หรือ Meta-analysis

ตัวอย่างหน้าบทคัดย่อภาษาไทยบทความวิชาการ

ชื่อเรื่องภาษาไทย (ขนาด 16 pt. พิมพ์ตัวหนา)

ชื่อ-สกุลผู้แต่งคนที่ 1 (ขนาด 14 pt. พิมพ์ตัวหนา) *	คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด (พิมพ์ขนาดปกติ) ตัวอย่าง พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ชื่อ-สกุลผู้แต่ง คนที่ 2 (ขนาด 14 pt. พิมพ์ตัวหนา)**	คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด

บทคัดย่อ (ขนาด 16 pt. พิมพ์ตัวหนา โดยข้อความในเนื้อหาบทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ โดยใช้อักษรขนาด 12.5 pt.)

เนื้อหา เขียนแบบความเรียง โดยเริ่มจากเกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ เขียนให้เห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน

คำสำคัญ: ภาษาไทย ไม่เกิน 3 คำ

* ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้แต่งคนที่ 1, E-mail ของผู้แต่งหลักที่ต้องการใช้ติดต่อกับวารสาร

** ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้แต่งคนที่ 2

ตัวอย่างหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษบทความวิชาการ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 pt. พิมพ์ตัวหนา)

ชื่อ-สกุลผู้แต่งคนที่ 1 (ขนาด 14 pt. พิมพ์ตัวหนา) *	คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด (พิมพ์ขนาดปกติ) ตัวอย่าง M.N.S. (Adult Nursing)
ชื่อ-สกุลผู้แต่ง คนที่ 2 (ขนาด 14 pt. พิมพ์ตัวหนา) **	คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด

Abstract (ขนาด 16 pt. พิมพ์ตัวหนา โดยข้อความในเนื้อหาบทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ โดยใช้อักษรขนาด 12.5 pt.)

เนื้อหา เขียนแบบความเรียง โดยเริ่มจากเกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ เขียนให้เห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน

Key words: ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 3 คำ

* ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้แต่งคนที่ 1, E-mail ของผู้แต่งหลักที่ต้องการใช้ติดต่อกับวารสาร

** ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้แต่งคนที่ 2

5. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

5.1 การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาตามระบบ Vancouver ให้ใช้ตัวเลขอารบิกในการอ้างอิง โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา เช่น¹ การอ้างอิงซ้ำในรายการเดิมให้ใช้หมายเลขเดิม ถ้ามีการอ้างอิงมากกว่า 1 รายการ ให้ใช้เครื่องหมาย “,” กันระหว่างตัวเลขอ้างอิง เช่น^{2,3} ถ้าเลขอ้างอิงต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมาย “-” เช่น⁴⁻⁵

การอ้างอิงในเนื้อหาถึงงานที่มีผู้แต่ง ไม่เกิน 3 คน ให้ใส่เฉพาะชื่อ ของผู้แต่งทุกคน โดยใช้คำเชื่อม “และ” ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย เช่น อุษณีย์, เยาวลักษณ์ และ ชูเกียรติ¹ ถ้าผู้แต่งเป็นชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Pearson, Field and Jordan²

การอ้างอิงในเนื้อหาถึงงานที่มีผู้แต่ง เกิน 3 คน ให้ใส่เฉพาะชื่อของผู้แต่งคนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “คณะ” เช่น เนาวรัตน์ และคณะ³ ถ้าผู้แต่งเป็นชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Ahman et al.⁴

5.2 การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (References)

ลำดับตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ต้องตรงกับ ลำดับตัวเลขการอ้างอิงในเนื้อหา โดยเขียนเรียงลำดับจากตัวเลข ชื่อผู้แต่ง และนามสกุล กรณีเป็นบทความภาษาไทย ถ้าเป็นบทความภาษาอังกฤษ ให้เขียนเรียงลำดับ จากนามสกุล แล้วตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลาง ตามตัวอย่าง

1. Choe MC. The pathophysiology of concussion. Curr Pain Headache Rep. 2016;20(6):42

การเขียนอ้างอิงท้ายบทความต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ โดยขึ้นต้นด้วยชื่อผู้แต่ง แล้วตามด้วยนามสกุลผู้แต่ง และปิดรายการว่า Thai ตามตัวอย่าง

1. Ubol Saruthanajarean. Potential Development of Caregivers in Health Promotion among Diabetic Patients by Using Participatory Action Research. Kuakarun Journal of Nursing. 2014;21(1):57-69. Thai.

6. ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงท้ายบทความที่ใช้อยู่ มีดังนี้

6.1 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสารมาตรฐาน

รูปแบบการเขียน : นามสกุลผู้แต่ง ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ลำดับปี (Volume): เลขหน้าแรก – หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

- 1.1 ผู้แต่ง ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้เขียนทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามตัวอย่าง

1. Sullivan JJ, Bretschneider J, McCaisland MP. Designing a leadership development program for nurse managers: An evidence-driven approach. JONA. 2003;35(10):544 – 9.

- 1.2 ผู้แต่ง เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้เขียน 3 คนแรก แล้วตามด้วย et al. ตามตัวอย่าง

1. Rose ME, Huerbin MB, Melick J, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.

ข้อสังเกต

- 1) ชื่อเรื่องใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะ

- 2) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อ โดยไม่มีเครื่องหมายวรรคตอน และต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สามารถศึกษารายละเอียดได้จาก <http://nlm.nih.gov>
- 3) เครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ ประกอบด้วย
 - “.” ใช้หลังคำย่อชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย หลังคำว่า et al หลังชื่อเรื่อง หลังชื่อย่อวารสาร และท้ายสุดของประโยค
 - “,” ใช้คั่นระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคน
 - “;” ใช้คั่นระหว่างปี ค.ศ.ที่พิมพ์ กับ volume ของหนังสือโดยไม่มีการเว้นช่องว่างคั่นก่อน และหลังเครื่องหมาย
 - “:” ใช้คั่นระหว่าง volume กับเลขหน้าโดยไม่มีการเว้นช่องว่างคั่นก่อนและหลังเครื่องหมาย
 - “-“ ใช้คั่นระหว่างเลขหน้าแรกกับเลขหน้าสุดท้ายของเรื่องที่นำมาอ้างอิงโดยไม่มีการเว้นช่องว่างคั่นก่อนและหลังเครื่องหมาย
- 4) ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัวย่อสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 544-9 แทนที่ 544-549 หรือ 878-84 แทนที่ 878-884

1.3 ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

1. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.

1.4 ผู้แต่งเป็นทั้งบุคคลและหน่วยงาน

1. Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003;169(6):2257-61.

1.5 ไม่มีชื่อผู้แต่ง

1. 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325(7357):184.

1.6 ฉบับเสริม (Volume with supplement)

1. Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

1.7 ฉบับย่อยที่มีฉบับเสริม (Issue with supplement)

1. Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

1.8 มีเลขหน้าเป็นอักษรโรมัน

1. Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

6.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือหรือตำรา

2.1 มีชื่อผู้แต่ง

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. Berry PH, Dahl JL. The new JCAHO pain standard: Implication for pain management. 1st ed. New York: Delmar Publishers Inc.; 2000.

2.2 เอกสารอ้างอิงหนังสือหรือตำราที่มีชื่อบรรณาธิการ/ผู้รวบรวม

ชื่อบรรณาธิการ/ผู้รวบรวม. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์; หน้าแรก – หน้าสุดท้าย.

1. Brown MR, Sourkes B, editors. Textbook of pediatric psychosomatic medicine. Arlington: American psychiatric publishing, 2010; 245-57.

2.3 เอกสารอ้างอิงบทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์; หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Goldman A, Frager G, Pomietto M. Pain and palliative care, In: Schechter N, Berde CB, Yaster M, eds. Pain in Infants, children, and adolescents 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 539-62.

2.4 หนังสือชุมนุมบทความ การประชุม หรือสัมมนา

ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม/สัมมนา; ปี เดือน วันที่ประชุม; เมืองที่ประชุม/สัมมนา, ประเทศที่ประชุม/สัมมนา. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์; หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Shaw RJ, Demaso DR, editors. Pediatric palliative care. Proceeding of the 4th International Congress of palliative care; 2010 April 15-19; New York: The United States of America; 2010; 1-10.

2.5 วิทยานิพนธ์/ปริญญานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. (ประเภทนิพนธ์). เมือง :สถาบัน; ปีที่พิมพ์.

1. Kuber-Ross E. On death and dying: The elderly's access and utilization. (Dissertation). New York: Scribner; 2005.

2.6 เอกสารที่ยังไม่ได้พิมพ์ หรือรอตีพิมพ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. รอตีพิมพ์ในปี.

1. Meylan N, Elia N, Lysakowski C, Trame MR. Benefit and risk of intrathecal morphine without local anesthetic in patients undergoing major surgery: meta-analysis of randomized trials. Br J Anesth. In press 2010.

6.3 เอกสารอ้างอิงจากหนังสือ/สิ่งพิมพ์/สื่ออื่นๆ

3.1 บทความที่เสนอในที่ประชุม

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อการประชุม/สัมมนา; ปี เดือน วันที่ประชุม; เมืองที่ประชุม/สัมมนา, ประเทศที่ประชุม/สัมมนา. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์; หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Bengtsson S, Solheim BG. Emf or cement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff O, editors. MEDINFO 92 Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992; 1561-5.

3.2 หนังสือพิมพ์/นิตยสาร

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์/นิตยสาร ปีที่พิมพ์: วันที่ เดือน : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Heye M, Reeves K. Pain Management: PM's U-turn on Junior doctors pay and conditions. The Times 2003; 15 March: 1-3.

3.3 สื่ออื่น ๆ

ชื่อเรื่อง. [ประเภทสื่อ]. สถานที่ผลิต : ผู้ผลิตสื่อ; ปีที่ผลิต.

1. Back pain in the workplace: management of disability in nonspecific conditions for medical students. [Video recording]. Leicester: Leicester University Audio Visual Services; 2002.

6.4 การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 CD-ROM

(1) ชื่อเรื่อง [ประเภทสื่อ]. ปีที่พิมพ์/ผลิต [ปี เดือน วันที่อ้างอิง]; สถานที่ผลิต : แหล่งที่ผลิต.

1. Clinical Pharmacology: an electronic drug reference and teaching guide [CD-ROM]. [cited 2000 Aug 7]; Gainesville, Fla. : Gold Standard Multimedia.
2. Paracetamol monograph. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 2000 Sept 3]; Englewood, Colo : Micromedex.

(2) ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทสื่อ]. ครั้งที่ผลิต. สถานที่ผลิต: แหล่งที่ผลิต; ปีที่ผลิต.

3. Perkin GD, Hochberg FH, Miller DC. Atlas of Clinical Neurology. [monograph on CD-ROM]. 2nd ed. Version 1.1. London: Mosby; 2001.

4.2 เว็บไซต์

(1) บทความ

ชื่อเรื่อง. [Internet]. ปี เดือน วันที่เผยแพร่ [ปี เดือน วันที่อ้างอิง]; แหล่งที่มา

1. National Organization for Rare Diseases. [Internet]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: <http://www.rarediseases.org/>

วารสารกองการพยาบาล

ชื่อผู้เผยแพร่. ชื่อเรื่อง. [Internet]. ปี เดือน วันที่ ที่เผยแพร่ [ปี เดือน วันที่อ้างอิง]; [จำนวนหน้าที่อ้างอิงถึง]. แหล่งที่มา

1. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [Internet]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screens]. Available from: URL:http://www.rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf_0021.htm

(2) วารสารที่เผยแพร่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร [serial online] ปี เดือนที่เผยแพร่ [ปี เดือน วันที่อ้างอิง]; ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่) : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ระบุแหล่งที่มา

1. Garfinkel PE, Lin E, Goering P. et al. Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br. J. Psych [serial online] 1996 Apr. [cited 1999 Aug 17]; 168(4): 500-506 Available from: URL:<http://biomed.niss.ac.uk>
2. Parkin DM. Breast cancer in Europe: epidemiology and forecast Electronic Journal of Oncology [serial online] 1999 [cited 1999 Aug 21]; 2:45-64. Available from: URL:<http://ejo.univ-lyon1.fr/>