



NDJ

วารสาร กองการพยาบาล Journal of Nursing division

ปีที่ 49 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565 Vol 49 No.3 September-December 2022

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

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 49 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565 Vol. 49 No. 3 September-December 2022 ISSN 0125-7242

วัตถุประสงค์

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

ชื่อวารสาร ภาษาไทย : วารสารกองการพยาบาล
ภาษาอังกฤษ : Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุขหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

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

กำหนดออก

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

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

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: <https://www.don.go.th/>
Tel. 0-2590-6294 Fax 0-2590-6295
E-mail: ndjournal@gmail.com

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล
(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

คณะที่ปรึกษา Advisory Board

- | | | | |
|------------------|-----------|--------------------------|--------------|
| 1. ดร.ธีรพร | สธิรังกูร | Teeraporn Sathira-angura | กองการพยาบาล |
| 2. อาจารย์ศิริมา | ลีละวงศ์ | Sirima Leelawong | สภาการพยาบาล |

บรรณาธิการ Editor

- | | | | |
|---------------------|----------------|-------------------------|--------------|
| 1. อาจารย์อัมรภัสร์ | อรรถชัยวัฒน์ | Armarapas Atthachaiwat | กองการพยาบาล |
| 2. ดร.กนกพร | แจ่มสมบุญ | Dr.Kanogporn Jamsomboon | กองการพยาบาล |
| 3. ดร.ศศมน | ศรีสุทธีศักดิ์ | Dr.Sasamon Srisuthisak | กองการพยาบาล |

กองบรรณาธิการ Editorial Board

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัศดริวิเศษ
(Professor Dr. Usavadee Asdornwised) | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
(Associate Professor Dr. Somjai Puttapitukpol) | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์
(Associate Professor Dr. Bhusita Intaraprasong) | สถาบันบรมราชชนก |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง
(Assistant Professor Dr. Phuangphaka Krethong) | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์
(Assistant Professor Dr. Kamolrat Turner) | สถาบันบรมราชชนก |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุสดา จามจุรี
(Assistant Professor Dr. Danulada Jamjuree) | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์
(Assistant Professor Dr. Suparpit (Maneesakorn) von Bormann) | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ Assistant Editor

- | | | | |
|------------------|---------|------------------|--------------|
| 1. นางวิภา | ตุนาค | Wipa Tunak | กองการพยาบาล |
| 2. นางสาวศุภิสรา | พลครุฑ | Supisara polkrut | กองการพยาบาล |
| 3. นายวชิรา | โพธิ์ไธ | Vachira Posai | กองการพยาบาล |

เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ Management Staff

- | | | |
|-------------------|------------|--------------|
| 1. นายนิชมาน | เทือกปัญญา | กองการพยาบาล |
| 2. นางกนกอร | บุญมาก | กองการพยาบาล |
| 3. นางจรวรรณ | จันทา | กองการพยาบาล |
| 4. นายภูวนาท | ป้อมเมือง | กองการพยาบาล |
| 5. นางสาวรสรินทร์ | บุญเหลี่ยม | กองการพยาบาล |

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

รายนามผู้พิจารณาก่อนการขอรับบทความวิจัย (Peer review)

1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์ ดร.จงกลณี เรืองอัมพร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวงศ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีกทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สถาบันพระบรมราชชนก
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไร่แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุตา จามจุรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
10. ดร.กฤษดา แสงวงศ์ สภาการพยาบาล
11. ดร.รุ่งอรุณ เกศวงษ์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
12. ดร.นวรรตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก
13. ดร.ชลียา วามะลูน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
14. นางศิริมา ลีละวงศ์ สภาการพยาบาล
15. ดร.ธีรพร สติธังกูร กองการพยาบาล
16. ดร.อรรธยา อมรพรหมภักดี กองการพยาบาล
17. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ กองการพยาบาล
18. ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ กองการพยาบาล
19. นางอัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ กองการพยาบาล
20. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ กองการพยาบาล
21. นางสาวอุไรพร จันทะอุมเฒ่า กองการพยาบาล
22. นางสาวโคกิชฐ์ สุวรรณเกษวงษ์ กองการพยาบาล
23. นางสาวพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณาธิการแถลง		Chief Editorial
การถอดบทเรียนการระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ศิริมา ลีละวงศ์ สุวิมล พนาวัฒน์กุล หทัยรัตน์ บุญแก้ว ทพภร วงศ์ศรีวิจิตร ยอดขวัญ เรืองรัตน์	1	The Lessons Learned of The Public Health Surge Capacity in the COVID - 1 9 Pandemic Situation in Bangkok Metropolitan and perimeter Region Sirima Leelawong Suwimon Panawatanakul Hatairat Boonkaew Thayaphon Wongsriwijit Yodkhwan Ruangrat
การพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ	12	The Development of Pain Assessment for Chronic Pain Nipatsorn Boonyasanti
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี จันทร์คำ โพธิ์อ่อง วิภาศิริ นราพงษ์ ธนันณัฐ มณีศิลป์ ธนันธร แดงทองดี	27	Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Surgic Patients with Community Acquired Severe Sepsis and Septic Shock in Surgical Intensive Care Unit,Saraburi Hospital Jankum Pho-ong Wipasiri Naraphong Thanannat Maneesilp Thananthorn Dangthongdee
ผลของการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม เพชรภา ห้วยเรไร แอชตัน นิตรา ชานุชัยเดชชัย พิชญดา โลลูพิมาน สุภาพร หงษ์ทอง	44	The results of the development of a coached learning program to promote nursing ability Operating room for nursing patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery, Nakhonpathom Hospital Petchrada Huairerai Ashton Nitra Chanchaidechachai Pitchada Loluphiman Supaporn Hongthong
ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค บวรวรรณ ดิเรกโกด	58	Work ability in personnel of the Diseases Control in Emergency Division Department of Disease Control Borwornwan Diregpoke
การพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน มาลินี ปันดี มลิวัลย์ ธรรมโชติโก วารี วณิชปัญจพล	73	Development of safety behavior in the work of personnel in the laundry department in KrathumBaen Hospital Malinee Pandee Maliwan Thummachotiko Waree Wanichpunchaphol
การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดยโสธร เยาวลักษณ์ เมณทกานูวงศ์ กลอยใจ แสนวงศ์ จารุณี สุธีร์	87	Development of Nursing Management Model for Receiving and Referral of Myocardial Ischemia Patients at Yasothorn Province Yaowaluk Mentaganuwong Kloychai saenwong Jarunee suthee
ภาวะรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาดในเด็กวัยเรียนที่เรียนออนไลน์ ช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยใช้หลักปลูกวัคซีนใจจากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รุจิรัตน์ มณีศรี ผศ.นวลไย พิศชาติ รุจิตรา วันวิสา ศรีสกุล วัฒนาศรี	100	Paracetamol Overdose in School Ages Children Learn Online During the Covid 19 Pandemic By Using the Principle of Vaccine mine from The Family-Centered Care Concept Rujiruth Maneesri Assistant Professor Nualyai Pisachart Rujitra Wonwicha Srisakul Wattanasri

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับที่ 3 ปี พุทธศักราช 2565 นี้ ได้จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 49 ต่อเนื่องจากฉบับที่ 2 ปีที่ 49 พุทธศักราช 2565 และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากได้แต่งตั้งกรรมการกองบรรณาธิการชุดใหม่และได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็น Peer review เพื่อตรวจสอบและคัดสรรบทความและงานวิจัยที่มีคุณภาพมีมาตรฐานเหมาะสมในการตีพิมพ์ บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการสหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง ที่ดูแลผู้ป่วยและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรมและบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครสมาชิกวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและ แหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยและชุมชน

เนื้อหาของวารสารฉบับนี้มีทั้งบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ ประกอบด้วยเรื่องที่น่าสนใจ ได้แก่ การถอดบทเรียนการระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค การพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง เป็นต้น

สุดท้ายนี้บรรณาธิการขอเชิญชวนท่านผู้อ่านทุกท่านส่งบทความงานวิจัยหรืองานวิชาการ เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล วารสารนี้จะเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านวิชาการและเผยแพร่งานวิจัยให้มากขึ้นระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆ ที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาลและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งงานวิจัยหรือบทความมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่อง

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2565

การถอดบทเรียนการระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาด โควิด-19 ของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ศิริมา ลีละวงศ์*	วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข)
สุวิมล พนาวัฒน์กุล**	ปร.ด. (อาชีวศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์)
หทัยรัตน์ บุญแก้ว***	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ทยกร วงศ์ศรีวิจิตร***	พย.บ. (พยาบาล)
ยอดขวัญ เรืองรัตน์****	รป.ม. (การบริหารทั่วไป)

บทคัดย่อ

การศึกษาระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายกรณีเกิดการระบาดซ้ำ โดยใช้กรอบแนวคิดการระดมสรรพกำลังในภาวะฉุกเฉิน 4S: (1) พื้นที่ (2) บุคลากร (3) วัสดุอุปกรณ์ (4) ระบบ ศึกษา 3 ระยะ (1) เตรียมความพร้อม (2) เผชิญการระบาด (3)ฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเจาะจง จำนวน 20 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า มีการระดมสรรพกำลังในภาวะฉุกเฉินตามหลัก 4S ดังนี้ (1) ระยะเตรียมความพร้อมด้านพื้นที่และบุคลากร ประกอบด้วย ลดการให้บริการอื่น และปรับปรุงให้มีห้องแยกความดันลบ ด้านวัสดุอุปกรณ์ เพิ่มระยะเวลาสำรองวัสดุอุปกรณ์ และรับบริจาค ด้านระบบ นำแผนรองรับไข้หวัดใหญ่ 2009 และโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางมาปรับใช้ (2) ระยะเผชิญการระบาด ด้านพื้นที่ ลดการให้บริการอื่น จัดตั้ง ARI Clinic ปรับปรุงหอผู้ป่วยเป็น Cohort Ward เพิ่มห้องแยกแรงดันลบ และ ทำ Hospitel สำหรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว ด้านบุคลากร ระดมกำลังแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกฝ่าย จัดเวรผลัด และเหลื่อมเวลา และฝึกอบรมการควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากรทุกระดับ ด้านวัสดุอุปกรณ์ เพิ่มระยะเวลาสำรองวัสดุอุปกรณ์ รับบริจาค และกำจัดขยะตามหลัก Biosafety ด้านระบบ สั่งการแบบ Single command และบูรณาการงานของโรงพยาบาลกับ EOC (3) ฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ ด้านพื้นที่และบุคลากร มีแผนดำเนินการคืนพื้นที่ บุคลากร และกลับมาให้บริการตามปกติ ด้านวัสดุอุปกรณ์ จัดทำฐานข้อมูลวัสดุอุปกรณ์เพื่อให้ง่ายต่อการจัดเตรียม ด้านระบบ ทำงานข้ามสายงาน และปฏิบัติตามมาตรการควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การระดมสรรพกำลังด้านสุขภาพ, โรคโควิด 19, ข้อเสนอเชิงนโยบาย

-
- * ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, e-mail: suwimon_p@mutt.ac.th
 *** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 **** นักวิชาการวิชาชีพ สภาการพยาบาล

The Lessons Learned of The Public Health Surge Capacity in the COVID - 19 Pandemic Situation in Bangkok Metropolitan and perimeter Region

Sirima Leelawong*	M.S. (Public Health Nursing)
Suwimon Panawatanakul**	Ph.D. (Vocational Education for Human Resource Development)
Hatairat Boonkaew***	M.N.S. (Adult Nursing)
Thayaphon Wongsriwijit***	B.N.S (Nursing)
Yodkhwan Ruangrat****	M.P.A. (General management)

Abstract

The study of public health surge capacity in the COVID-19 outbreak aimed to develop policy recommendation for recurrence of the outbreak using the 4S framework for mobilization in emergencies: (1) space, (2) staff, (3) supplies, and (4) system, that assessed in 3 phases: (1) preparation period, (2) pandemic period, and (3) recovery period. Twenty key informants were selected using purposive approach. The research tool was a structured interview. Data were collected and analyzed using focus group discussion and content analysis respectively.

The results revealed the 4S framework for mobilization in emergencies: (1) preparation period: prepare space and staff by reducing non-COVID-19 services and acquiring negative pressure isolation rooms. Preparation of supplies composed of increasing the reserve period and accepting donations. Preparation of system included adopting the 2009 influenza and the Middle East Respiratory Syndrome outbreak response plans. (2) pandemic period: managing space through reduced non-COVID-19 services, established the ARI Clinic, renovated the patient units to be cohort wards, escalated negative pressure isolation rooms and make a hospital to accommodate the green patients. Managing staff consisted of mobilizing doctors, nurses and personnel from all departments, arranging shifts and overlap working time as well as conducting infectious control training for the staff at all levels. Management of supplies composed of increasing the reserve period, accepting donations and waste disposing through biosafety principles. System management included a single command and integrated the hospital work with the EOC. (3) recovery period: set up an action plan to restore space and staff including offer usual services. Management of supply included stock inventory systems for easy preparation. System management consisted of cross-functional working and sustainable implementation of infection control measures in the hospitals.

Keywords: public health surge capacity, COVID - 19, policy recommendations

* Director, Nursing Division, Ministry of Public Health

** Lecturer, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi
e-mail: suwimon_p@mutt.ac.th

*** Professional Nurse, Nursing Division, Ministry of Public Health

**** Professional Academics, Thailand Nursing and Midwifery Council

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) ที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลก (global health security) อีกทั้งการระบาดยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีการกลายพันธุ์ตลอดเวลา ดังนั้น การรับมือต่อการระบาดจำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการและเป็นระบบ นักระบาดวิทยาคาดการณ์ว่า การระบาดใหญ่นี้จะเกิดขึ้นหลายรอบ ใช้เวลายาวนาน และทำนายการระบาดได้ยาก จึงส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจอย่างรุนแรง¹ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดการด้านสุขภาพในภาวะวิกฤติโรคโควิด 19 ตั้งแต่ช่วงก่อนมีผู้ติดเชื้อในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน การรับมือกับการระบาดในช่วงที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพประเทศไทยจนเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลก อีกทั้งยังสามารถพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้เป็นระบบสุขภาพที่มีความคล่องตัว ยืดหยุ่น และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ในบริบทของโรคโควิด 19 หรือการดำเนินชีวิตตามวิถีความปกติใหม่ (new normal) ได้อย่างเต็มที่²

การตอบโต้ในสถานการณ์การระบาดใหญ่นี้ มีการดำเนินการทั่วประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่เป็นพื้นที่เศรษฐกิจ และเป็นพื้นที่ระดับสีแดงเข้ม มีการปรับลดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคทั่วไป (non-Covid) การเปิดโรงพยาบาลสนาม และการระดมอัตรากำลังบุคลากรทุกวิชาชีพเพื่อควบคุมการระบาด³ ซึ่งล้วนเป็นการดำเนินการตามสถานการณ์ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป⁴ ได้เสนอว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทั่วโลกที่รุนแรงนี้ เกี่ยวข้องกับ

การบริหารจัดการสถานการณ์การระบาดเป็นภาพรวมของ “4S” ได้แก่ การจัดการพื้นที่ (space) บุคลากร (staff) วัสดุ อุปกรณ์ (supplies) และระบบ (system) โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะเผชิญการระบาด และระยะฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ สำหรับประเทศไทย คณะทำงานวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข (1 เมษายน 2563)⁵⁻⁶ เสนอหลักการบริหารจัดการสถานพยาบาลทางระบาดวิทยาที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป โดยให้คำแนะนำการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 4 ด้าน คือ การจัดการสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ และระบบ อย่างไรก็ตาม หากสถานการณ์การระบาดยังคงดำเนินอยู่ ร่วมกับการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดเวลา ทำให้มีความยากต่อการคาดการณ์ในอนาคต ดังนั้น การถอดบทเรียน การระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จึงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของหน่วยบริการสุขภาพและผู้กำหนดนโยบายในการวางแผนและเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดขึ้นอีกในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาล เพื่อการจัดบริการสุขภาพ และกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในภาวะวิกฤติโรคโควิด 19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการระดมอัตรากำลัง การบริการในโรงพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการระดมอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอในการระดมสรรพกำลัง “surge capacity” ในภาวะฉุกเฉินตามข้อเสนอของศูนย์ควบคุมป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด และใช้กระบวนการถอดบทเรียน (retrospective study) ที่ประยุกต์มาจาก a guide to capturing lessons learned ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งเป็นพื้นที่สีแดงในการระบาดระลอกที่ 1 ประกอบด้วย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม 2 แห่ง ขนาด 1,500 เตียง และ 2,221 เตียง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาด 300 เตียง โรงพยาบาลเอกชนขนาด 580 เตียง และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครขนาด 395 เตียง จำนวนอย่างละ 1 แห่ง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) แบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คน ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ 3 คน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล 5 คน หัวหน้าห้องปฏิบัติการ 4 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5 คน รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร หัวหน้าศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโรคอุบัติใหม่ และผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้านเทคนิคการแพทย์ อย่างละ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยการศึกษาเอกสาร ทฤษฎี แนวคิด หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ประมวลผลการศึกษาและออกแบบในการสร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งกำหนดเป็นแนวคำถามเริ่มต้นที่สามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สถานการณ์เฉพาะหน้า หรือเพิ่มเติมตามประเด็น (follow-up question) เน้นให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ถ่ายทอดประสบการณ์ บทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงาน การกำกับติดตาม การดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาล และสมรรถนะพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด 19 โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน ซึ่งประยุกต์มาจาก a guide to capturing lessons learned ดังนี้

- 1) การเตรียมพร้อมในการถอดบทเรียน (define the project) โดยเตรียมนักวิจัยให้เข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งพัฒนาทักษะที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
- 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (collect) ใช้เทคนิคในการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต
- 3) การตรวจสอบและสังเคราะห์ข้อมูล (verify and synthesize) เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ครบคลุม และความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นของกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
- 4) การจัดเก็บข้อมูล (store) โดยคำนึงถึงความลับของข้อมูล
- 5) การเผยแพร่ผลการถอดบทเรียน (disseminate)

ผู้วิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการวิเคราะห์ วิพากษ์ และปรับปรุงโดยทีมผู้วิจัย และส่งให้กับผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) เพื่อสอบถามความเข้าใจ และปรับปรุงก่อนเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลส่วนบุคคลจะเก็บเป็นความลับโดยเคร่งครัด ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามที่ไม่อยากตอบ และสามารถออกจากการศึกษาในทุกระยะโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การเก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการจัดประชุมสนทนากลุ่ม 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน โดยใช้ในการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการเล่าเรื่อง (storytelling) จากผู้ให้ข้อมูลหลัก และเก็บข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากแหล่งต่าง ๆ เช่น รายงานการประชุม บทสัมภาษณ์ และอื่น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้หลักการจำแนกคำหลักสำคัญ และตีความ (construct and interpretation) ตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 จำแนกคำ หลักการสำคัญจากข้อมูลสนทนาและจากแนวคิดการระดมสรรพกำลังด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์และตีความ (analytic/interpretive knowledge) ทั้งแนวคิด หลักการ และการปฏิบัติ (technical knowledge) ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ที่เข้าใจให้ ความรู้อะไร และสังเคราะห์องค์ความรู้โดยรวมกัน เป็นหนึ่ง เพื่อพัฒนาให้เกิดสิ่งใหม่เป็นความรู้ใหม่ นำไปสู่การได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือเชิญผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมการสัมภาษณ์
2. นัดหมายวันสัมภาษณ์ โดยการจัดประชุมสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ผ่านการประชุมออนไลน์

3. ประชุมทีมนักวิจัยเพื่อซักซ้อมทำความเข้าใจในแนวทางการสัมภาษณ์ และการจัดบันทึก

4. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามวันเวลาที่นัดหมาย

5. รวบรวมข้อมูล โดยใช้ในการสนทนากลุ่ม วิธีการเล่าเรื่อง (storytelling) ผ่านการเล่าประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักตามประเด็นการสนทนา

6. วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากแหล่งต่าง ๆ นำมาจัดเป็นกลุ่มแยกเป็นเรื่อง ๆ (Themes) จำแนกข้อมูลประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญกับข้อมูลทุติยภูมิ

7. สังเคราะห์ประเด็นกระบวนการดำเนินการบริหารจัดการระดมสรรพกำลังเพื่อตอบสนองสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19

8. เขียนรายงาน และนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การถอดบทเรียนจากประสบการณ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง พบว่า มีการดำเนินการระดมสรรพกำลังตามกรอบแนวคิด 4 S ที่คล้ายคลึงกัน ทั้งการเพิ่มหรือขยายพื้นที่รองรับภาวะวิกฤต (space) การเพิ่มอัตรากำลังและทักษะของกำลังคน (staff) การจัดการวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (supply) และการจัดระบบการสื่อสาร การบริหารจัดการ และการอำนวยความสะดวก (system) ซึ่งการดำเนินงานของโรงพยาบาล มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อม โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง มีแผนรองรับการระบาดโรคอุบัติใหม่ทางเดินหายใจ ตั้งแต่การระบาดของโรคหัดมรณะ (SARS) ในปีพ.ศ. 2546 แม้ว่าจะไม่มีการระบาดในประเทศไทย จากแผนรองรับการระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 และมีการปรับแผนล่าสุด คือ การรองรับผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง

Middle East Respiratory Syndrome: MERS) สำหรับพื้นที่ การเตรียมพื้นที่ให้บริการหลังการระบาดของ MERS ทุกโรงพยาบาลได้มีการปรับปรุงให้มีห้องแยกโรคความดันลบจำนวนหนึ่ง ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อที่จะรองรับการระบาดของโรคโควิด 19 ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนกำลังคนด้านบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีกำลังสำรอง ต้องแก้ไขโดยการลดบริการอื่นๆ ที่ไม่จำเป็นลง จึงสามารถบริหารจัดการให้มีพื้นที่บริการและบุคลากรที่เพียงพอในช่วงแรกของการระบาด มีโครงการพัฒนาศักยภาพอบรมการล้างมือ การใส่ PPE (Personal Protective Equipment) มีการซ้อมแผนการรับคนไข้ แผนการควบคุมป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน มีการจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติ (Work Instruction: WI) การรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ

ระยะที่ 2 เฝ้าระวังการระบาด ในระยะเฝ้าระวังการระบาด การดำเนินงานของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง พบว่า มีการจัดการด้านพื้นที่ (space) บุคลากร (staff) อุปกรณ์เครื่องมือ เวชภัณฑ์ (supplies) และการจัดระบบ (system) มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1) การจัดการพื้นที่ (space) มุ่งลดข้อจำกัดในการขยายพื้นที่และกำลังคน โดยการลดการให้บริการผู้ป่วยอื่น ๆ นอกเหนือจากผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อให้มีพื้นที่ เพียงผู้ป่วย และอัตรากำลังเพียงพอ รวมทั้งมีการขยายพื้นที่อย่างเป็นขั้นตอนตามการคาดการณ์ปริมาณผู้ป่วย มีการจัดตั้ง ARI Clinic แยกออกจากอาคารหลัก มีห้องแยกโรค OPD ER มีห้องแยกโรคความดันลบ (AIIR) มีการปรับปรุงพื้นที่หอผู้ป่วยเป็น Cohort ward รวมทั้งปรับปรุงและเพิ่มห้องแยกความดันลบ ช่วงที่ยอดผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ได้แยกผู้ป่วยสีเขียวไปอยู่ hospitel เพราะโรงพยาบาลรับเฉพาะผู้ป่วยประเภทเหลืองและแดงเท่านั้น เตรียมที่พักสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ชุมชน จัดสิ่งอำนวยความสะดวก ดูแลจัดหาเสื้อผ้าและอาหาร 3 มื้อ มีการทำประกันให้กับ เจ้าหน้าที่ทุกคนที่

ปฏิบัติงาน จัดสถานที่และดูแลบุคลากรที่มีการติดเชื้อหรือบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงและต้องกักตัว

2) การจัดการบุคลากร (staff) มีการระดมกำลังแพทย์ในระยะที่จำนวนผู้ป่วยยังไม่มาก มีแพทย์โรคติดเชื้อเป็นหลัก และใช้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการรองรับ MERS แต่เมื่อมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงมีการจัดเวรแพทย์จาก สาขาอื่น เช่น อายุรศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์เพิ่ม และมีการจัดเวรแพทย์ทุกคนทั้งโรงพยาบาล มีพยาบาลเป็นบุคลากรหลักของโรงพยาบาลที่ทำงานทุกจุดบริการ รวมทั้งโรงพยาบาลสนาม พยาบาลอายุรกรรมและ ICU อายุรกรรมเป็นทีมหลัก แล้วจัดสมาชิกทีมจากแผนกอื่น ๆ เข้าร่วมทีมและเรียนรู้ระหว่างทำงาน ทำให้อัตรากำลังเพียงพอจัดเวรผลัดๆ ละ 8 ชั่วโมง ทำงาน 7 วันหยุด 7 วัน โดยมีการเหลื่อมเวลา และจำนวนอัตรากำลังเป็นไปตามความหนักเบา เช่น ผู้ป่วยวิกฤตจัดพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 1:1 ผู้ป่วยกึ่งวิกฤตจัดพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 1:2 และมีทีมช่วยเหลือรอบนอกเพิ่ม ส่วนที่มดูแลผู้ป่วยสีเขียวจัดพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 1:8 จัดเวร 12 ชั่วโมงเพื่อประหยัด อัตรากำลัง มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มาตรฐานการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้แก่แพทย์พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่น ๆ รวมทั้งพนักงานด้านหน้า เช่น เเวรเปล และแม่บ้านทั้งหมด โดยฝึกซ้อมจนทุกคนทำได้อย่างชำนาญ และเน้นการใช้กำลังคนอย่างเต็มศักยภาพ ทำงานแบบ cross function โดยการ Re-skill/Up-skill สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงที่มีการระบาดมาก ผู้ป่วยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้มีการเพิ่มรอบในการตรวจทุก 3-4 ชั่วโมง สำหรับบุคลากรที่ติดเชื้อในหน่วยงาน ทำให้บุคลากรขาดแคลนมากขึ้นจึงมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ใน Cohort ward และบางโรงพยาบาลใช้เวลา 21 วันเพื่อกักตัวก่อนกลับมาปฏิบัติงาน

3) การจัดการอุปกรณ์เครื่องมือ เวชภัณฑ์ (supplies) มีการจัดระบบคลัง โดยเพิ่มการสำรอง เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ PPE และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็น จาก 1 เดือนเป็น 3 เดือน ร่วมกับมีของที่ ได้รับบริจาคมาสมทบ การกำจัดขยะติดเชื้อจาก ห้องปฏิบัติการดำเนินการตามหลัก Biosafety มีการ ใช้บริการบริษัทกำจัดขยะที่มีการควบคุมคุณภาพ

4) การจัดการระบบ (system) ผู้บริหารทุกระดับ ลงปฏิบัติงานหน้างาน เน้นการเสริมสร้างกำลังใจและ การแก้ปัญหาที่หน้างาน การจัดตั้ง war room คณะกรรมการและศูนย์บัญชาการเหตุการณ์เป็นผู้ ตัดสินใจกำหนดนโยบาย มีการสั่งการในลักษณะ single command ผ่าน Line มีการจัดระบบปรับปรุง (update) ข้อมูลโดยการสื่อสารทุกวัน อีกทั้งสามารถ ขอคำปรึกษาผู้บริหารได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้การ ดำเนินงานเป็นระบบและมีบูรณาการ มีศูนย์สั่งการ EOC และศูนย์สั่งการของโรงพยาบาลทำงานร่วมกับ กรมควบคุมโรคและกระทรวงสาธารณสุข มีการประชุม คณะกรรมการ EOC ของโรงพยาบาล ทุกวัน เพื่อ ประเมินสถานการณ์และวางแผนล่วงหน้า เช่น การ เตรียมขยายหรือยุบหอผู้ป่วย เน้นการสื่อสารในภาวะ วิกฤต โดยหัวหน้างานเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ มีการ สร้างระบบเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอก เช่น การ มอบหมายแพทย์ประสานเรื่องเตียง เรื่องส่งต่อคนไข้ และมอบเภสัชกรประสานเรื่องยาและเวชภัณฑ์ นอกจากนี้ ยังมีกรนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้มาก เช่น การสร้าง chat bot และ Platform การสื่อสารกับ ผู้ป่วยที่เลื่อนนัดหรือเพื่อการติดตามผู้ป่วย รวมทั้งมี การจัดการความรู้ใหม่ มีการสื่อสารทุกวัน

ระยะที่ 3 พื้นฟูสู่ภาวะปกติ การ ดำเนินการฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ พบว่าทุกโรงพยาบาล มีแผนดำเนินงานเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ทั้งการ คืนพื้นที่ กำลังคน และการเตรียมการรองรับผู้ป่วยที่ ถูกเลื่อนนัดหมาย หรือผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายเร็วกว่า

กำหนด รวมทั้งการทำแผนสำรอง แผนประคองกิจการ มีการลงทุนกับเทคโนโลยีดิจิทัล และการใช้ระบบ การแพทย์ทางไกล (telemedicine) รวมทั้งการพัฒนา ระบบที่เคยดำเนินการได้ดีในช่วงเผชิญเหตุ เช่น การ จัดส่งยาทางไปรษณีย์ การปรับปรุงหอผู้ป่วยหนัก ความดันลบ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีความ พร้อมในการทำงานข้ามสายงาน การเรียนรู้จาก โรงพยาบาลเอกชน เรียนรู้จากการจัดหาอุปกรณ์ ป้องกัน หน้ากากอนามัยชนิด N95 ให้เหมาะสมกับ เจ้าหน้าที่ แล้วนำมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติ ในการทำ Fit test เจ้าหน้าที่ทุกคนตั้งแต่รับเข้ามาทำงาน มีการ จัดทำฐานข้อมูลไว้เพื่อให้ง่ายต่อการจัดการเตรียม อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ ในคลังพัสดุ เป็นต้น และโรงพยาบาลทุกแห่งให้ความสำคัญกับ การสร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม การทำงานข้าม สายงาน และการปรับพฤติกรรมบุคลากรในการ ปฏิบัติตามมาตรฐานการควบคุมป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาลให้ยั่งยืนต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีการระดม สรรพกำลังทั้งการเพิ่มจำนวนและขีดความสามารถ ทางแพทย์ สอดคล้องกับ The CNA Corporation Institute for Public Research⁷ ที่กล่าวว่า การระดม สรรพกำลังทางการแพทย์เชิงปริมาณ (medical surge capacity) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการคาดการณ์ว่า สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเกินขีด ความสามารถที่จะดำเนินงานได้ อนึ่ง จากผลการวิจัย พบการระดมสรรพกำลังเป็นภาพรวมของ 4 S ที่ ดำเนินการใน 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมความพร้อม ด้านบริหาร จัดการระบบและพื้นที่ พบว่าโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง สามารถประยุกต์ใช้แผนการรองรับการระบาดของโรค

หัดมรณะ (SARS) ในปีพ.ศ. 2546 และแผนรองรับการระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 รวมทั้งแผนการรองรับผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือ (MERS) และเพิ่มพื้นที่บริการโดยการลดบริการอื่น ๆ ที่ไม่จำเป็นลง รวมถึงการเตรียมพร้อมห้องแยกความดันลบที่มีอยู่แล้ว การจัดเตรียม Cohort ward, Cohort ICU ซึ่งสามารถบริหารจัดการให้มีพื้นที่บริการได้เพียงพอในช่วงแรกของการระบาด รวมทั้งยังสามารถเพิ่มอัตรากำลังจากจุดบริการอื่นมาช่วยบริการผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพราะโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งไม่มีอัตรากำลังสำรอง จึงทำให้มีพื้นที่และอัตรากำลังเพียงพอในช่วงแรก สอดคล้องกับการระดมสรรพกำลังเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของเครือข่ายในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ (Australia-New Zealand Intensive Care Society: ANZICS)⁸ ที่นอกจากการสำรวจทรัพยากรแล้ว ยังลดการให้บริการที่ไม่จำเป็น เช่น การเลื่อนนัดผ่าตัด การกระจายผู้ป่วย Non-COVID ไปยังโรงพยาบาลเอกชน เพื่อใช้ศักยภาพโรงพยาบาลรัฐอย่างเต็มที่ในการรองรับผู้ป่วยโรคโควิด 19⁹ และมีการสำรองอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ให้เพียงพอสำหรับระยะเวลา 3 เดือน

2. ระยะเผชิญการระบาด โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีการดำเนินการระดมสรรพกำลังด้านการจัดการพื้นที่และกำลังคนสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินการระดมสรรพกำลังในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ในเขตสุขภาพของสุวิมล และคณะ⁹ และข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกภาคพื้น ยุโรปในภาพรวมของ 4S¹⁰ ได้แก่ การลดบริการอื่น การเลื่อนนัดผู้ป่วยนอก รวมทั้งการระดมอัตรากำลังจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลอื่นภายในเขตรวมทั้งภาคเอกชน ซึ่งสะท้อนถึงการจัดการการระบาดที่ไม่สามารถรับมือได้เพียงพอควรเตรียมการจัดระบบมอบหมายงานบุคลากร

ให้ทำงานข้ามแผนกหรือสายงาน การฝึกอบรมภายใน (Inservice training) เรื่อง การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และการดูแลผู้ป่วยหนักเพื่อ การพัฒนาและเพิ่มขีด (Re-skill และ Up-skill)

3. ระยะการฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ พบว่า ถึงแม้โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง มีแผนเปิดให้บริการผู้ป่วยตามปกติ และลดพื้นที่ในการให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด 19 ลง แต่ยังมีแผนการสำรองเตียงรองรับสถานการณ์การระบาดที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต สอดคล้องกับ Burns et al.¹¹ ที่ได้ให้ข้อเสนอว่า แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จะดีขึ้น แต่ยังคงมีความเสี่ยงที่จะกลับมาแพร่ระบาดได้อีกในอนาคต นอกจากนี้ ยังมีการลงทุนกับเทคโนโลยีดิจิทัล และการใช้การแพทย์ทางไกล (telemedicine) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล และคณะ⁹ ที่พบว่า ในระยะการจัดการเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ได้มีแผนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากระยะเผชิญการระบาด โดยใช้ในการวางระบบ การใช้ อุปกรณ์เครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ รวมทั้งใช้ในการพัฒนาเครือข่ายร่วมจัดบริการกับภาคเอกชน เพื่อแก้ปัญหาคอขวด ได้แก่ ความแออัด ให้บริการไม่ทันรอการเบิกยาด้านไวรัส

ปัจจัยความสำเร็จ ในการระดมสรรพกำลังด้านสาธารณสุขจากการศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ในการตัดสินใจบนข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและในเวลาที่เหมาะสมทันกาล

2. การให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคลทั้งการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถ (Re-skill/Up skill) การมอบหมายงานให้สามารถใช้ศักยภาพได้อย่างเต็มที่ การสร้างขวัญกำลังใจและความเชื่อมั่น

การสร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการดูแล
สุขภาพ สวัสดิการของบุคลากร

3. ความมุ่งมั่น และความเสียสละของ
บุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลเป็นกำลังหลักที่สำคัญมาก

4. การมีระบบข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสาร
ภายในองค์กรในภาวะวิกฤติช่วยลดช่องว่างการ
สื่อสารระหว่างผู้บริหารแต่ละระดับ และผู้บริหารกับ
ผู้ปฏิบัติ

5. การมีผู้เชี่ยวชาญ และสามารถให้
ประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญได้อย่างเต็มศักยภาพ

6. ความยืดหยุ่นและการปรับตัวขององค์กร
ในภาวะวิกฤติ ซึ่งผู้นำพร้อมที่จะรับผิดชอบ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการศึกษานี้ มีข้อเสนอเชิงนโยบาย
ที่สำคัญ ดังนี้

1. องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการ
ประกอบวิชาชีพ (regulatory body) ควรร่วมมือกัน
ทบทวนขอบเขตและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพ เพื่อ
ส่งเสริมให้บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถทำงาน ได้
อย่างเต็มศักยภาพ

2. ผู้กำหนดนโยบายด้านกำลังคนควรศึกษา
แนวทางการเพิ่มกำลังคนสำรอง และทบทวน การวาง
แผนพัฒนากำลังคนรองรับโรคอุบัติใหม่ และการ
ระบาดขนาดใหญ่

3. สถาบันการศึกษา ควรทบทวนและ
ร่วมมือกับโรงพยาบาลในกระบวนการพัฒนาทักษะ

กำลังคนในรูปแบบการฝึกปฏิบัติหน้างาน (on the job
training)

4. ภาครัฐ ควรส่งเสริมให้เกิดเวทีการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานร่วมกัน เพื่อเชื่อมโยง
ประสานการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมทั้งการเชื่อมโยง
ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้ง
ควรใช้กลไกรัฐในการสร้างความเข้มแข็งในความ
ร่วมมือของทุกภาคส่วนให้สามารถดำเนินการได้อย่าง
เต็มศักยภาพ

5. ควรส่งเสริมการศึกษาวิจัย การถอด
บทเรียน ทั้งในมิติของพื้นที่ และวิธีการทำงานที่
ได้ผลดีในการเตรียมการ การเผชิญเหตุ และการ
เตรียมออกจากภาวะวิกฤติเข้าสู่ภาวะปกติ และ
นำไปสู่ การสร้างคู่มือการดำเนินงานรองรับภาวะ
วิกฤติด้านสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะในการทำ
วิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริหาร
จัดการในสถานการณ์วิกฤตของโรคระบาดอุบัติใหม่

2. ควรมีการวิจัยถอดบทเรียนการระดม
สรรพกำลังด้านสาธารณสุข ในบริบทของศูนย์ดูแล
ผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง หรือประชาชนในกลุ่มอื่น ๆ
รวมถึงพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการ
สถานการณ์วิกฤตโรคระบาดอุบัติใหม่เพื่อรองรับใน
แต่ละกลุ่มให้ครอบคลุม

References

- 1 Emerging Communicable Diseases Task Force, Division of Communicable Diseases Academic Development. [Internet]. The Situation of Coronavirus-2019 (COVID-19) The public health measures and barriers to disease control prevention in travelers. [Internet]. 2021. [cited 2021 Aug 30]; Available from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>. Thai.
- 2 Ministry of Public Health. Public Health Guidelines for the Management of the COVID-19 Pandemic in accordance with the provisions of Section 100.1. 9 of the decree on public administration in emergency situations 2005 (No. 1). [Internet]. 2020 [cited 2021 May 30]; Available from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf. Thai.
- 3 Division of Communicable Disease, Department of Disease Control. Guidelines for surveillance, prevention, and control of COVID-19 for healthcare workers. [Internet]. 2021. [cited 2021 June 15]; Available from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf>. Thai.
- 4 Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for organizing hospital services in cases of Covid-19 infection outbreaks on a large scale (draft). Guidelines for the organization of hospital services in cases of Covid-19 infection outbreaks on a large scale (draft). [Internet]. 2020. [cited 2021 June 15]; 1-5. Available from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/G33_2.pdf. Thai.
- 5 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Public health emergency preparedness and response capabilities. Atlanta, GA: U.S. [Internet]. 2019. [cited 2019 Dec 7]; Available from: https://ainq.com/disaster-and-emergency-preparedness-guide-ga/?gclid=CjwKCAjw0a-SBhBkEiwApljU0gEYnlqtznBDppGFwUaDtVBzZoJpH0UPxY1IP1_WGFGiLYFk2f1BRoC-t4QAvD_BwE
- 6 Wexner, SD, Cortes-Guiral D, Darzi A. Lessons Learned and Experiences Shared from the Front Lines: United Kingdom. The American Surgeon. [Internet]. 2020. [cited 2019 Dec 7]; Available from: <https://journals.sagepub.com/home/asu>.
- 7 Litton E, Bucci T, Chavan S, et.al. Surge capacity of intensive care units in case of acute increase in demand caused by COVID-19 in Australia. 2020. Air Medical Journal; 212(10): 463-67.
- 8 Burns H, Hamer B, Bissell A. COVID-19: Implications for the Australian healthcare workforce. [Internet]. 2020. [cited 2021 Dec 17]; Available from: <https://www.pwc.com.au/important-problems/coronavirus-covid-19/australian-healthcareworkforce.html>
- 9 Suwimon Panawatanakul, Nuntarat Sriwachirangkoon, Apinya Pianpijam. The Retrospective Study of The Health Services' Surge Capacity in the COVID -19 Pandemic Situation in The Health Regions. Journal of Health Science. In press 2022. Thai.

- 10 WHO Regional Office for Europe. Strengthening the Health Systems Response to COVID- 19: Creating surge capacity for acute and intensive care. 2020; WHO -EURO-2020-670-40405-54163-Eng.
- 11 Burns,H, Hamer B, Bissell, A. COVID- 19: Implications for the Australian healthcare workforce. [Internet]. 2020. [cited 2021 Sep 10]; Available from: <https://www.pwc.com.au/important-problems/coronavirus-covid-19/australian-healthcareworkforce.html>

การพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง

นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ* พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย (SPAASMS Score for chronic pain Thai version) ทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงภายใน โดยใช้ขั้นตอนพัฒนา ของจรรยาณิต⁽¹⁾ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) พัฒนา (2) ตรวจสอบคุณภาพ (3) ประเมินคุณสมบัติ และ (4) สรุปผลและนำไปใช้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 60 คน และผู้ป่วยปวดเรื้อรังหรือปวดในระยะท้าย จำนวน 60 คน จากแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความปวดเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา construct validity correlation และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการศึกษา พบว่า แบบประเมินความปวดเรื้อรัง มีค่าความตรงเชิงโครงสร้าง เท่ากับ 1 ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีความปวดจากโรคกระดูก และปวดเรื้อรัง ร้อยละ 100 และ 64 ตามลำดับ ค่าความน่าเชื่อถือของแบบ ประเมินความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (alpha coefficient 0.698) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ พบความท้าทายเกี่ยวกับการทำความเข้าใจและความมั่นใจในการใช้แบบประเมิน หลังจากการปรับปรุง และนำไปใช้ พบว่า แบบประเมิน ความปวดเรื้อรัง มีค่าความเที่ยงในการวัดซ้ำอยู่ในระดับดีมาก ($r = 0.943$) และความตรงภายในอยู่ในระดับดีพอใช้ ($r = 0.718$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .0001$ ดังนั้น แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความเหมาะสม สำหรับคนไทย เนื่องจากประเมินได้อย่างรวดเร็ว และครบทุกด้าน นอกจากนี้ ยังมีความเที่ยงตรงในระดับดีมาก และมีค่าความ เชื่อมั่นในระดับดี

คำสำคัญ : แบบประเมินความปวดเรื้อรัง อาการปวดเรื้อรัง ความปวดจากโรคกระดูก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (APN) ผู้จัดการ รายกรณี กลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรัง (Pain Manager) กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี (e-mail :nipatsornb@gmail.com)

The Development of Pain Assessment for Chronic Pain

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

Abstract

The purpose of this research and development study was to develop the SPAASMS Score for chronic pain Thai version and to test its reliability and internal validity using the 4 steps of Jaranit's¹ developmental process: (1) development, (2) quality assessment, (3) attribute evaluation, and (4) conclusion and deployment. The sample were selected according to the criteria and consisted of 60 professional nurses and 60 chronic pain or late-stage pain patients from the medical, surgical and gynecological units, Chonburi Hospital. The research tool included the chronic pain assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, construct validity, correlation, and Cronbach's alpha coefficient.

The results revealed that the structural validity of the chronic pain assessment form was 1. The majority of the patients was female (80%) and reported having cancer pain and chronic pain at 100% and 64%, respectively. The reliability of the chronic pain assessment in the patients was at the moderate level (alpha coefficient 0.698). The challenges found in the professional nurses including understanding and confidence of using chronic pain assessment form. After adjusted and deployed, the repeated measurement of the chronic pain assessment form was at a very good level ($r = 0.943$) and the internal validity was at a fair level ($r = 0.718$) yielding statistical significance at $p < .0001$. Therefore, the developed chronic pain assessment form, Thai version, was suitable for the Thai people due to rapid assessment in all aspects including a very good level of validity and a good level of reliability.

Key word: chronic pain assessment form, chronic pain, cancer pain

* Registered nurse, Advanced Practice Nurse of medical-surgical nursing (APN), Pain Manager, Research and development of nursing department Chonburi hospital. (e-mail :nipatsornb@gmail.com)

บทนำ

อาการปวดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ทำหน้าที่เป็นสัญญาณเตือนภัยที่มีความไวสูง เพื่อบอกให้ทราบว่ามีความผิดปกติหรืออันตรายเกิดขึ้นกับร่างกาย ดังนั้นจึงทำให้อาการปวดถูกจัดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (The Fifth Vital Sign) และอาการปวดที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นซ้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน เป็นความปวดเรื้อรัง จากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับอันตราย เกิดการบาดเจ็บจากการกดเบียด หรือจากการหลังสารเคมี เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความปวด หรือการอักเสบเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งเป็นความไม่สุขสบายทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และอาจเนื่องผลข้างเคียงจากการรักษา อีกทั้งความปวดจากมะเร็งยังทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในทุกระยะของโรค จนถึงระยะสุดท้าย (Pain at the end of life / Pain in Palliative) ซึ่งความปวดในระยะนี้มักเกิดร่วมกับอาการรบกวนทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความสลับซับซ้อน สามารถอธิบายลักษณะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลจากประสบการณ์เดิม ยากที่จะให้ความหมายที่สมบูรณ์ได้^(2,3,4,5,6) ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากความปวด คือ การประเมินความปวดที่ถูกต้องตรงกับความรู้ความปวดและความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น⁽⁷⁾ จากสถิติผู้ป่วยในของคลินิกเจ็บปวด (Pain clinic) โรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่ 3 มกราคม -31 ธันวาคม 2563 พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานจากความปวดเรื้อรัง และส่งปรึกษา 69 ราย ผู้ป่วยปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain) ร้อยละ 75.36 ปวดเรื้อรัง (Chronic pain) ร้อยละ 58 และปวดในระยะสุดท้าย (Pain in Palliative) ร้อยละ 25 และปวดเรื้อรังจากประสาท (Neuropathic pain)

ร้อยละ 43.5 โดยมีวันนอนเฉลี่ยเพื่อรับการดูแลรักษาความปวด 6.27 วัน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม ต้องทนทุกข์ทรมานกับความรุนแรงของความปวดและมีผลอย่างมากต่อการรบกวนการนอนหลับพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม มีอารมณ์แปรปรวนในระยะยาว และส่งผลทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น มีผลต่อคุณภาพชีวิต^(5,7,8,9) ประสพการณ์ความปวดและการจัดการความปวดที่ผ่านมาอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดมากกว่าปกติ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลจัดการที่เพียงพอเหมาะสมจะส่งผลถึงความต้องการปริมาณการใช้ยาเพิ่มขึ้น และต้องการความใส่ใจจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นด้วย⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการประเมินความปวดเรื้อรัง นอกจากประเมินความรุนแรงแล้วจำเป็นต้องประเมินในมิติอื่นๆ ด้วย เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม ความต้องการยาแก้ปวด ความต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลมาตรวจเยี่ยม การพักผ่อนนอนหลับ อารมณ์ และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ข้อคำถามจึงควรใช้เวลาประเมินไม่นาน เข้าใจง่าย แต่สามารถประเมินได้ครบทุกมิติ ติดตามความก้าวหน้าจากการรักษาอาการข้างเคียง และประเมินด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคมด้วย⁽¹¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แม้จะมีแบบประเมินความปวดเรื้อรังหลากหลายแต่ยังมีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีจำนวนข้อคำถามมาก ทำให้ใช้เวลานานในการประเมิน แต่แบบประเมิน SPAASMS Score for chronic pain นี้ใช้ข้อคำถามสั้น เข้าใจได้ง่าย สามารถประเมินได้หลายมิติ ในเวลารวดเร็วและเปรียบเทียบความก้าวหน้าการรักษาได้ จากการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดเรื้อรังและแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ของนิภัสสรณ์ บุญญาสันติ (2564) ได้นำเครื่องมือนี้ไป

พัฒนาโดยปรับให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมไทย แต่ยังไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ SPAASMS Score for chronic pain Thai's version ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนาแบบประเมินความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง เพื่อให้มีคุณภาพและเหมาะสมกับการประเมินความปวดเรื้อรังกับคนไทย

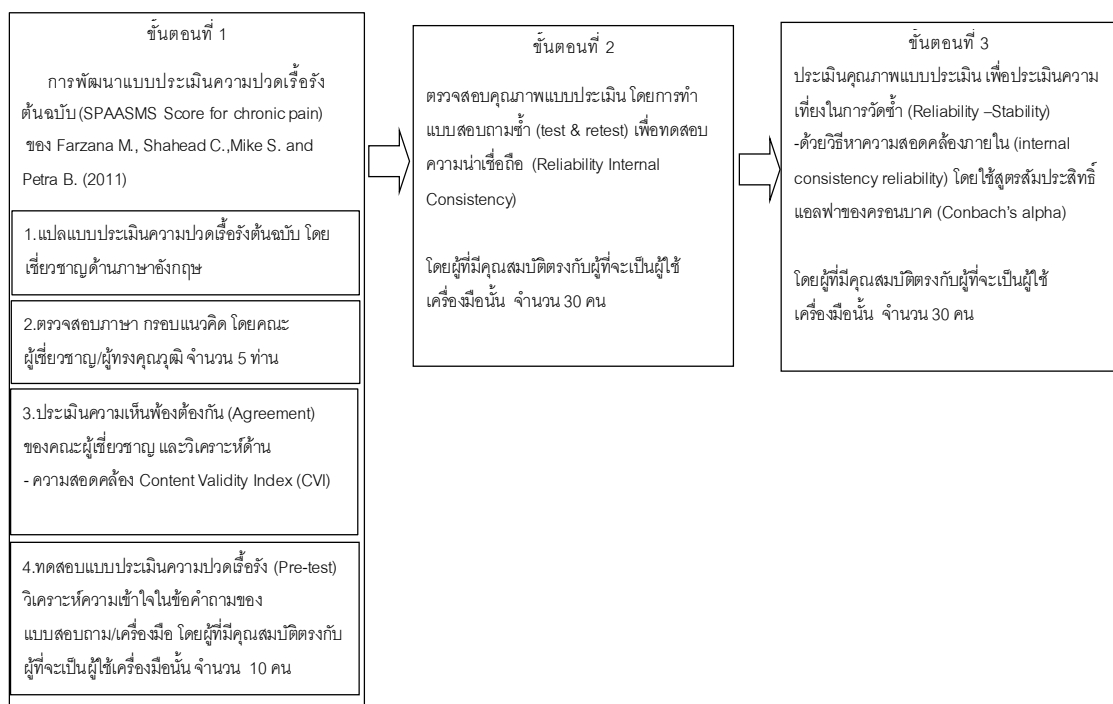
วัตถุประสงค์

1. พัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง (ฉบับภาษาไทย)
2. ทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบประเมินความปวดเรื้อรัง

3. ทดสอบความเที่ยงภายใน (Reliability - Internal consistency) ของแบบประเมินความปวดเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)^(4,12) เป็นแนวทางอธิบายเกี่ยวกับกลไกความปวด และใช้ขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินของจรานิต⁽¹⁾ มาพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง (ฉบับภาษาไทย) จาก SPAASMS Score for chronic pain ของ Farzana M., Shahead C., Mike S., and Petra B., 2011 ดังนี้



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง

การดำเนินการวิจัย

มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง

1.1 เลือกแบบประเมินความปวดเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การประเมินผู้ป่วย

เรื้อรังเพียง Pain Score ไม่เพียงพอต่อการประเมินความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเรื้อรัง จำเป็นต้องประเมินทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความต้องการการเข้ายาและการตรวจรักษาโดยแพทย์แบบประเมินที่ใช้ข้อมูลมีหัวข้อการประเมินหลายข้อยุ่งยากในการใช้งาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง

ได้ไม่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินของ Farzana M., Shahead C., Mike S., and Petra B. (2011) คือ SPAASMS Score for chronic pain (NRS, Physical Activity Levels, Additional Physician visit, Sleep, Mood, Side Effects) มาพัฒนาให้เหมาะสมกับการใช้งานกับคนไทย โดย Farzana M., et.al (2011) ใช้ SPAASMS Score card ศึกษาเปรียบเทียบความเที่ยงตรงในระยะเวลา 3, 6 และ 9 เดือน กับผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังนานกว่า 1 ปี และได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่ม Opioids ที่ The Townsville Hospital Pain Management Clinic ประเทศออสเตรเลีย กับแบบประเมินอื่น คือ VAS, PDI, DASS21 (แบบประเมินความรุนแรงของความปวดเพื่อดูความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยเมื่อมีความปวด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการแสดงเมื่อเกิดความเครียด) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากการประเมินด้วย SPAASMS Score ที่ 6 เดือน ต่ำกว่า VAS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง SPAASMS Score กับ PDI พบว่า SPAASMS มีผลตอบสนองที่ดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาความปวดเรื้อรัง แม้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ไม่มีผลโดยตรงกับระดับความรุนแรงในความปวดเรื้อรัง แต่ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้น เกิดจากระดับความปวดที่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง SPAASMS Score กับ DASS21 พบว่า DASS21 มีความไวต่อการประเมินความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการแสดงเมื่อเกิดความเครียดมากกว่า แต่ที่ระยะเวลา 3 เดือน SPAASMS Score กับ VAD (VAS, PDI & DASS21) สามารถประเมิน ติดตามความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยปวดเรื้อรังได้ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นการใช้ SPAASMS Score card ที่เป็นคำถามง่ายๆ ใช้เวลาน้อย เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงในการประเมินความปวดและอาการแสดงจากความปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถประเมินเองได้ และสามารถใช้สื่อสารกับผู้รักษาให้เข้าใจตรงกันได้

1.2 ผู้วิจัยแปลแบบประเมินจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ และส่งแบบประเมิน SPAASMS Score for chronic pain ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ ตรวจสอบความตรงทางภาษาช่วยพิจารณาปรับแก้เนื้อหา ข้อความ ข้อคำถาม และปรับแก้ตามคำแนะนำ

1.3 ตรวจสอบเนื้อหา โดยผู้วิจัยส่งแบบประเมิน SPAASMS Score for chronic pain ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ (ประธานกรรมการจัดการความปวดโรงพยาบาลชลบุรี) อายุรแพทย์ เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเชี่ยวชาญด้านการบริหารผู้ป่วยระยะท้าย (BCCPM) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการการดูแลผู้ป่วยปวดเรื้อรังและปวดในระยะสุดท้าย (หัวหน้าหอผู้ป่วยอภิบาลชีวิต รพ.สงฆ์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญเฉพาะสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (APN Palliative care) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ตรวจสอบภาษาและกรอบแนวคิด ปรับแก้ข้อความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ แล้วส่งกลับให้ตรวจสอบความถูกต้อง

1.4 ประเมิน ความเห็น พ้องต้องกัน (Agreement) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ คือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและ ความสอดคล้อง Content Validity Index (CVI) = 1 และปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำ แล้วส่งกลับให้ตรวจสอบความถูกต้อง

1.5 ทดสอบแบบประเมิน (Pre-test) เพื่อทดสอบความเข้าใจเชิงภาษา วิเคราะห์ความเข้าใจในข้อคำถามและปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยปวดเรื้อรัง และปวดในระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยนำแบบประเมิน ความปวด ฉบับภาษาไทย

(SPAASMS Score for chronic pain Thai's version) ให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ใช้เครื่องมือในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรม 10 คน ประเมินผู้ป่วย 10 คน ในเดือนตุลาคม 2564 ดังนี้

1) ดำเนินการขอรับหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลชลบุรี

2) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตความเข้าใจเรื่องการใช้แบบประเมินกับพยาบาลในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวช ก่อนเก็บข้อมูล

3) ผู้วิจัยอธิบาย ทำความเข้าใจวิธีการใช้แบบประเมินกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งข้อมูลขอความยินยอมจากผู้ป่วยกลุ่มปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) หรือปวดในระยะท้าย (Pain in Palliative) เพื่อใช้แบบประเมิน SPAASMS Score for chronic pain

4) พยาบาลกลุ่มตัวอย่างใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS Score for chronic pain ประเมินผู้ป่วยปวดเรื้อรัง หรือปวดในระยะท้าย

5) ผู้วิจัยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ การใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย (SPAASMS Score for chronic pain Thai's version) ข้อเสนอแนะอื่นๆ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อราย

6) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากความคิดเห็นพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพื่อสรุป และปรับปรุงแบบประเมินก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพโดยการทำแบบสอบถามซ้ำ

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน เพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือ ด้วยการทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (test & retest)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version หลังปรับปรุงตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากขั้นตอน 1.5 ข้อ 5 มาประเมินความเที่ยงในการวัดซ้ำ (Reliability –Stability) โดยผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ใช้แบบประเมิน คือ พยาบาลประจำการ 30 คน และผู้ป่วย 30 คน ในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรม เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2564 (กลุ่มตัวอย่างไม่ซ้ำกับข้อ 1.5)

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตความเข้าใจเรื่องการใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยวิจัย และพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชเพื่อเก็บข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย อธิบาย ทำความเข้าใจ แจ้งข้อมูลขอความยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version

2.4 พยาบาลกลุ่มตัวอย่างใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version ประเมินผู้ป่วย พร้อมกับผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

2.5 นำข้อมูลที่ได้มาหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)

2.6 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น คำแนะนำ ข้อเสนอแนะอื่นๆ ใช้เวลาเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version ประมาณ 5-10 นาทีต่อราย

2.7 สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพ จากความคิดเห็นพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงแบบประเมินก่อนนำไปประเมินคุณภาพโดยการทำแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินคุณภาพแบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version เพื่อทดสอบความเที่ยงภายใน โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และผู้ป่วยปวดเรื้อรังหรือปวดระยะท้าย 30 คน ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรม ในเดือนธันวาคม 2564

3.1 ผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย เข้าพบผู้ป่วยพร้อมพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง อธิบาย ทำความเข้าใจ แจ้งข้อมูลขอความยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อใช้แบบประเมิน

3.2 พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย ใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version ประเมินผู้ป่วยปวดเรื้อรังหรือปวดระยะท้าย

3.3 นำข้อมูลที่ได้อาภิเคราะห์ด้านความเที่ยงในการวัดซ้ำ (Reliability –Stability) ความเที่ยงภายใน (Reliability Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค Cronbach's alpha

3.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการวิจัย และนำแบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version เสนอต่อคณะกรรมการ จัดการความปวดของโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อนำไปกำหนดไว้ในนโยบายการจัดการความปวดของโรงพยาบาล

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเริ่ม

เก็บข้อมูล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากพยาบาลวิชาชีพ 60 ราย และผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังหรือปวดในระยะท้าย 60 ราย แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี แบ่งเป็น ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลวิชาชีพ 30 คน และผู้ป่วย 30 คน ในเดือน กันยายน – ธันวาคม 2564 ขั้นตอนที่ 3 พยาบาลวิชาชีพ 30 คน และผู้ป่วย 30 คน ในเดือน ธันวาคม 2564 - เมษายน 2564

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1) พยาบาลวิชาชีพ อายุงานตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไปยินดีให้ข้อมูล ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และนรีเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – เมษายน 2565 จำนวน 60 คน

2) ผู้ป่วย ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุกชนิดและโรคที่ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังเกิน 3 เดือน เช่น ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความปวดแบบเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการปวดและอาการรบกวนในระยะที่แพทย์เจ้าของไข้ให้การักษาแบบประคับประคองในระยะท้าย และประเมินคะแนนปวดตั้งแต่ 1 คะแนน ขึ้นไป หรือมีคะแนน SPAASMS ตั้งแต่ 2 คะแนน อายุ 15 ปีขึ้นไป รู้สึกรู้สิดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ยินดีให้ข้อมูล เข้ารับการรักษารักษาแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม หรือนรีเวชกรรม ได้รับการจัดการความปวดตามนโยบายการจัดการความปวดของโรงพยาบาล 60 ราย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – เมษายน 2565

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม (Sedative score =2) อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถประเมินคะแนนปวดได้ด้วยตนเอง ปฏิเสธการรักษาจากคลินิกเจ็บปวด

หรือย้ายออกจากแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม หรือ
นรีเวชกรรม ในระหว่างเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การ
วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
โรงพยาบาลชลบุรี ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
เลขที่ 38-64-N-q เมื่อ 23 กันยายน 2564 ผู้วิจัยชี้แจง
ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการยกเลิกการตอบ
แบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการ
ปฏิบัติงาน หรือการรักษา ข้อมูลที่ได้รับจะใช้เพียงรหัส

ในการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่าง และจะถูกเก็บเป็น
ความลับโดยจะนำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น
และจะนำเสนอในภาพรวมเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ
แล้วจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูล ประเมินความปวด
เชิงวัฒนธรรมภาษาไทย (SPAASMS Score for Chronic
Pain Thai's version)

แบบเก็บข้อมูล ประเมินSPAASMS for Chronic Pain Thai's version						No. แบบสอบถาม.....อายุงาน.....ปี หรือผู้ป่วย.....แผนก.....								
Score ประเมินในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา						ผู้ประเมิน								
ผู้ประเมิน						วันที่								
กลุ่มตัวอย่าง						ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย								
หมายเหตุ														
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pain Score : S			
ไม่ปวด	ปวดเล็กน้อย			ปวดปานกลาง			ปวดมาก			ปวดมากที่สุด				
score		0		1		2		3						
การทํากิจวัตรประจำวัน หรือ motor block		เดินได้ปกติ หรือ No Block		เดิน-เหนื่อย หรือ งอเข้าได้		นั่งข้างเตียง หรือ ขยับทำได้เท่ากัน		อยู่บนเตียง หรือ ขยับขาไม่ได้เลย						
การได้รับยาแก้ปวดเพิ่ม จาก doseปกติ		ไม่เพิ่ม		เพิ่มยาบางวัน หรือ 1 ครั้ง/วัน		เพิ่มยา 2 ครั้ง/วัน		เพิ่มยา > 2 ครั้ง/วัน						
การได้รับการดูแลจาก แพทย์/พยาบาล Pain Clinic		A (หรือ 0 ครั้ง)		ควรได้รับการดูแล 1 ครั้ง/เดือน		ควรได้รับการดูแล >1 แต่ <4 ครั้ง/เดือน		ควรได้รับการดูแล > 1 ครั้ง/สัปดาห์				score3->if On PCA/IV drip,PS≥5 rescue pain>3ครั้ง/day score2->if IV bolus/oral for rescue pain ≤3ครั้ง/day score1->if oral for rescue pain ≤ 1ครั้ง/day or Discharge		
คุณภาพการนอนหลับ		S		หลับสนิท		หลับไม่สนิท		หลับตื่นๆ		ไม่หลับ				
อารมณ์		M		ปกติ		วิตกกังวล-เล็กน้อย		วิตกกังวล-ปานกลาง		วิตกกังวล-มาก				
อาการข้างเคียงของยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids		S		ไม่มี		มีเล็กน้อย		มีปานกลาง		มีรุนแรง				
อาการข้างเคียง				ไม่ต้งใช้ยาแก้อาการ		ดีขึ้นเมื่อใช้ยาแก้อาการ		ไม่ดีขึ้นเมื่อใช้ยาแก้อาการ						
Total score														

Note: คะแนนรวมสูงสุด 25 คะแนน (จาก P 10 คะแนน และคะแนนเต็มแต่ละหัวข้ออีก 3 คะแนน โดยที่ไม่ับรวมคะแนนจากการข้างเคียงของยา)

และ คะแนนรวมสูงสุด 28 คะแนน (นับรวมคะแนนจากการข้างเคียงของยา)

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

ประเมินครั้งแรก หลังให้การรักษา ----->>> 16/28

ประเมินครั้งที่2 -หลังการตรวจเยี่ยม ----->>> 16/28

ประเมินครั้งที่3 ----->>> 20/28

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

ประเมินครั้งที่4 ----->>> 20/28

SPASMS Score สำหรับประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง โดย

S = Pain Score/Score of Pain ตัวเลข ใช้ประเมินความรุนแรงของความปวด โดย 0 =ไม่มีความปวด และ 10 =ปวดมากที่สุด

P = Physical Activity Levels คือระดับความสามารถในการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในขณะที่ควบคุมความปวดได้ ไม่ปวดมากขึ้น เช่น ทํากิจวัตร/เดินได้ปกติ--> เดินได้แต่เหนื่อย--> ลุกขึ้นนั่งได้ข้างเตียง--> อยู่บนเตียงนั่งไม่ไหว

A = Additional Medication คือ ความต้งการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นจากการรับประทานยาแก้ปวดตามปกติ ในแต่ละวันของผู้ป่วย

A = Additional Physician/Nurse Visit คือ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแล/ตรวจเยี่ยมจากแพทย์/พยาบาล Pain Clinic

S = Sleep คือ คุณภาพการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา ซึ่งถ้าปวดมากขึ้นคุณภาพการนอนจะลดลง

M = Mood คือ ความรู้สึกอารมณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับความปวด ถ้าปวดมากขึ้น ความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นจาก น้อย --> มาก(-->20-->80)

2. คำถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจาก
ความคิดเห็นพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการใช้
แบบสอบถาม

2.1 การทํากิจวัตรประจำวัน มีความ
ชัดเจนในการตัดสินใจให้คะแนน ประเมินหรือเข้าใจ
ยากหรือไม่

2.2 การได้รับยาแก้ปวดเพิ่ม มีความ
ชัดเจนในการตัดสินใจให้คะแนน ประเมินหรือเข้าใจ
ยากหรือไม่

2.3 ความต้องการได้รับการดูแลจาก
แพทย์หรือพยาบาล Pain Clinic มีความชัดเจนในการ
ตัดสินใจให้คะแนน ประเมินหรือเข้าใจยากหรือไม่

2.4 คุณภาพการนอน มีความชัดเจนในการตัดสินใจให้คะแนน ประเมินหรือเข้าใจยากหรือไม่

2.5 เรื่องอารมณ์ มีความชัดเจนในการตัดสินใจให้คะแนน ประเมินหรือเข้าใจยากหรือไม่

2.6 อาการข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids มีความชัดเจนในการตัดสินใจให้คะแนน ประเมินหรือเข้าใจยากหรือไม่

2.7 ท่านคิดว่าควรปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามใด อย่างไร และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. บรรยายสรุปผลของการพัฒนา และการนำไปประยุกต์ใช้แบบประเมินความปวดเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย (SPAASMS Score for Chronic Pain Thai's version)

3. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่

3.1 ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (CVI)

3.2 ด้านความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

3.3 ด้านความเที่ยงในการวัดซ้ำ (Reliability- Stability) และความเที่ยงภายใน (Reliability Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการวิจัย

1. แบบประเมินความปวดเรื้อรัง และนำไปทดลองใช้ (Pre-test) พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุงานเฉลี่ย 6.75 ปี ผู้ป่วยมีความปวด (Type of pain) มากสุด คือ Cancer and Chronic pain ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ Cancer and palliative pain ร้อยละ 30.0 และ Chronic pain ร้อยละ 10.0 ส่วนมากเห็นด้วยกับภาษาที่ใช้ อ่านเข้าใจได้ แต่ลังเลในการให้คะแนนเพราะกลัวผิด โดยเฉพาะการให้คะแนนในหัวข้อการได้รับการดูแลจากแพทย์หรือพยาบาล Pain clinic และบ่อยครั้งที่ไม่ได้ประเมินคะแนนใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา จึงปรับแก้แบบประเมินโดยเพิ่มรายละเอียดการพิจารณาให้คะแนนในหัวข้อการได้รับการดูแลจากแพทย์หรือพยาบาล Pain clinic และกำหนดรายละเอียดดัง ภาพที่ 1 แบบประเมินความปวดเรื้อรัง (ปรับแก้หลังจากนำไปทดลองในระยะที่ 1)

แบบบันทึก SPAASMS for Chronic Pain Thai's version (พ.ย. 29 ก.ค.2564)										ชื่อ-สกุล.....HN:.....AN:.....								
NRS											Score ประเมินในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา							หมายเหตุ
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	
ไม่ปวด	ปวดเล็กน้อย		ปวดปานกลาง		ปวดมาก		ปวดมากที่สุด				Pain Score : S							score of Additional Physician/Nurse Visit
score	0		1		2		3											score3->if On PCA/IV drip,PS25
การทํากิจวัตรประจำวัน หรือ motor block	เดินได้ปกติ หรือ No Block		เดิน-เหนื่อย หรือ งอเข้าได้		นั่งข้างเตียง หรือ ขยับเท้าได้เท่ากัน		อยู่บนเตียง หรือ ขยับขาไม่ได้เลย											recue pain>3ครั้ง/day
การได้รับยาแก้ปวดเพิ่มยา doseปกติ	ไม่เพิ่ม		เพิ่มยาบางวัน หรือ 1 ครั้งวัน		เพิ่มยา 2 ครั้งวัน		เพิ่มยา > 2 ครั้งวัน											score2 -> if IV borus/oral for recue pain <3ครั้ง/day
การได้รับการดูแลจาก แพทย์พยาบาล Pain Clinic	A		NA (หรือ 0 ครั้ง)		ควรได้รับการดูแล 1 ครั้ง/เดือน		>1 แต่ <4 ครั้ง/เดือน		ควรได้รับการดูแล > 1 ครั้ง/สัปดาห์								score1->if oral for recue pain< 1ครั้ง /day or Discharge	
คุณภาพการนอนหลับ	S		หลับสนิท		หลับไม่สนิท		หลับตื้นๆ		ไม่หลับ									
อารมณ์	M		ปกติ		วิตกกังวล-เล็กน้อย		วิตกกังวล-ปานกลาง		วิตกกังวล-มาก เบื่อทุกสิ่ง									
อาการข้างเคียงของยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids	S		ไม่มี		มีเล็กน้อย		มีปานกลาง		มีรุนแรง									
Total score of SPAASMS(7 Item)																		
SPAASMS Score สำหรับประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง โดย S = Pain Score/Score of Pain ตัวเลข ใช้ประเมินความรุนแรงของความปวด โดย 0 =ไม่มีความปวด และ 10 =ปวดมากที่สุด P = Physical Activity Levels คือ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในขณะที่ควบคุมความปวดได้ ไม่ปวดมากขึ้น เช่น ทำกิจกรรมเดินได้ปกติ-> เดินได้แต่เหนื่อย-> ลูกเข็นนั่งได้ข้างเตียง-> อยู่บนเตียงนั่งไม่ไหว A = Additional Medication คือ ความต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นจากการรับประทานยาแก้ปวดตามปกติ ในแต่ละวันของผู้ป่วย A = Additional Physician/Nurse Visit คือ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแล/ตรวจเยี่ยมจากแพทย์พยาบาล Pain Clinic S = Sleep คือ คุณภาพการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา ซึ่งถ้าปวดมากขึ้นคุณภาพการนอนจะลดลง M = Mood คือ ความรู้สึก อารมณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับความปวด ถ้าปวดมากขึ้น ความวิตกกังวลจะเพิ่มจาก น้อย --> มาก(->2Q->8Q)										ผู้ประเมิน Note: คะแนนรวมสูงสุด 25 คะแนน (จากPS 10 คะแนน และคะแนนเต็มแต่ละหัวข้ออีก 3 คะแนน โดยที่ไม่มีรวมคะแนนจากการข้างเคียงของยา) และ คะแนนรวมสูงสุด 28 คะแนน (นับรวมคะแนนจากการข้างเคียงของยา) ตัวอย่าง ประเมินครั้งแรก (Base line) ----->>> 22/25 ประเมินครั้งแรก หลังให้การรักษา ----->>> 16/28 ประเมินครั้งที่2 -หลังการตรวจเยี่ยม ----->>> 16/28 ประเมินครั้งที่3 ----->>> 20/28 Action Taken ----->>> Increase dose of Medicine or supportive Therapy ประเมินครั้งที่4 ----->>> 20/28								

ภาพที่ 1 แบบประเมินความปวดเรื้อรัง

2. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบประเมินความปวดเรื้อรัง (SPAASMS Score for chronic pain Thai's version) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 30 คน ผู้ป่วย 30 คน พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.7 ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 61-70 ปี รองลงมาคือ 31-40 ปี และ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 23.3 และ 23.3 ตามลำดับ พักรักษาในแผนกศัลยกรรม นรีเวชกรรม และอายุรกรรม ร้อยละ 53.3, 33.3 และ 13.3 ตามลำดับ ชนิดของความปวด

ที่พบมากที่สุด คือ Cancer & Chronic pain และ Chronic pain ร้อยละ 33.3 และ 33.3 ตามลำดับ รองลงมา คือ Cancer & Palliative pain ร้อยละ 30.0 และน้อยที่สุด คือ Neuropathic pain ร้อยละ 3.3 พบว่าแบบประเมินความปวดเรื้อรัง มีค่าความน่าเชื่อถือ (reliability internal consistency) ในระดับปานกลางสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.663 ($p < .000$)⁽¹³⁾ ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Cronbach's alpha จากการทำแบบสอบถามซ้ำ(test & retest)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0.663	0.698	7

ตารางที่ 2 SPAASMA score for chronic pain item-total Correlation (N=30)

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Score_of_pain	.675	.559
2. Physical_Activity_levels	.088	.700
3. Additional_drug	.433	.612
4. Additional_PhysicalNurse	.519	.610
5. Sleep	.586	.587
6. Mood	.651	.590
7. Side_effect	.095	.680

3. การประเมินความเที่ยงแบบประเมินความปวดเรื้อรัง (SPAASMS Score for chronic pain Thai's version) มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 30 คน ประเมินผู้ป่วย 30 คน ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 31-40 ปี 41-50 ปี และ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3 23.3 และ 23.3 ตามลำดับ แพทย์รักษาในแผนกศัลยกรรม นรีเวชกรรม และ อายุรกรรม ร้อยละ 53.3 30.0 และ 16.7 ตามลำดับ ชนิดของความปวดที่พบมากที่สุด คือ Chronic pain รองลงมาคือ Cancer and Chronic

pain และ Cancer and palliative pain ร้อยละ 36.7 30.0 และ 30.0 ตามลำดับ แบบประเมินความปวดเรื้อรังนี้ มีความเที่ยงในการวัดซ้ำ ในระดับดีมาก ($r=0.943$) และมีความเที่ยงภายใน (internal consistency reliability) ในระดับดี สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.718 ($p < .000$)⁽¹³⁾ รายละเอียดดังตารางที่ 3 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในรายข้อ พบว่า ข้อ P (Physical Activity levels) มีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำกับ ข้อ A (Additional drug) ข้อ A (Additional Physical//Nurse) และข้อ S (Side_effect) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0.718	0.741	7

ตารางที่ 4 SPAASMA score for chronic pain item-total Correlation (N=30)

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Score_of_pain	.649	.629
2. Physical_Activity_levels	.024	.767
3. Additional_drug	.493	.670
4. Additional_Physical/Nurse	.434	.694
5. Sleep	.618	.645
6. Mood	.564	.667
7. Side_effect	.468	.687

ตารางที่ 5 ค่าสหสัมพันธ์รายข้อของข้อคำถาม

ข้อคำถาม	S	P	A(drug)	A (Physical/ Nurse)	S (Sleep)	M (Mood)	S
(Side_effect)							
S (Score_of_pain)	1						
P (Physical_Activity_levels)	0.02	1					
A (Additional_drug)	0.634	-0.16	1				
A (Ational_Physical/ /Nurse)	0.297	-0.095	0.35	1			
S (Sleep)	0.442	0.234	0.296	0.574	1		
M (Mood)	0.47	0.222	0.22	0.296	0.523	1	
S (Side_effect)	0.404	-0.06	0.332	0.272	0.388	0.441	1

อภิปรายผล

1. ในการศึกษาคุณภาพแบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย (SPAASMS Score for chronic pain Thai's version) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดเรื้อรัง และปวดในระยะท้าย (Pain in palliative) พักรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี โดยให้พยาบาลเป็นผู้ถามและประเมินผู้ป่วย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของหน่วยงาน Pain clinic ของโรงพยาบาลชลบุรีในปีงบประมาณ 2564 ผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 73 ทั้งหมดมีความปวดจาก

โรคมะเร็ง รองลงมาคือปวดเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 100 และ 64 ตามลำดับ

2. แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย (SPAASMS Score for chronic pain Thai's version) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดยได้ปรับแก้ไขภาษาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมของไทย ตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อนำไปทดลองใช้ ยังพบปัญหาเรื่องการทำความเข้าใจและความมั่นใจในการใช้แบบประเมิน ได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติ นำมาปรับแบบประเมิน

และนำไปทดลองใช้ พบว่าแบบประเมินมีค่าความเที่ยงในการวัดซ้ำ (Reliability –Stability) 0.943 และความน่าเชื่อถือ (internal consistency reliability) โดยรวมเพิ่มจากระดับปานกลาง (α coefficient=0.698) เป็นระดับดีพอใช้ได้ (α coefficient=0.718)⁽¹²⁻¹³⁾ ซึ่งหัวข้อ การทำกิจวัตรประจำวันหรือ motor block : Physical activity and mobility : P อยู่ในระดับต่ำ (0.024) ซึ่งหากพิจารณาตัดออกจะทำให้ข้อคำถามในแบบสอบถาม มีคะแนนความสัมพันธ์โดยรวมเพิ่มเป็น 0.767 ซึ่งไม่ต่างกันมากนัก จึงไม่ควรตัดออกเพราะความสามารถในการทำกิจกรรมจะเพิ่มขึ้นหากความปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแบบประเมินต้นฉบับที่ผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง SPAASMS Score กับ PDI พบว่า SPAASMS ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาความปวดเรื้อรัง แม้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย จะไม่มีผลโดยตรงกับระดับความรุนแรงในความปวดเรื้อรัง แต่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นหากความปวดลดลง⁽⁹⁾ รวมถึงการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดแตกต่างกันทางด้านร่างกายส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต คือ ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการขยับและนอนหลับ ทำให้ตื่นบ่อยลดลง ด้านจิตใจอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย มีความวิตกกังวล ส่งผลให้ความอดทนต่อการปวดลดลง เกิดความเจ็บปวดตลอดเวลา เกิดภาวะ ท้อถอย ซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจส่งผลให้ผู้ปวยลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้เกิดความท้อถอย และด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิตโดยทำให้รับรู้

และคิดกังวลว่าโรคกำลังแยลง เกิดความเศร้าโศกซึ่งเป็นคุณลักษณะของความทุกข์ทางจิตวิญญาณ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ จากที่กล่าวมานี้จะเห็นว่าแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความปวดเรื้อรังที่ใช้ข้อคำถาม สั้น ง่าย ประเมินได้รวดเร็วและประเมินได้ครบทุกด้าน เหมาะสำหรับสังคมและวัฒนธรรมไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภัสสรณ์และจันจิรา พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยหลังพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรังเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากเมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรัง⁽¹⁸⁾ จึงควรส่งเสริมให้ใช้ประเมินผู้ป่วยปวดเรื้อรังนี้

3. จากผลการวิเคราะห์ ค่าความน่าเชื่อถือ (internal consistency reliability) พบว่าแบบประเมินความปวดเรื้อรัง (SPAASMS Score for chronic pain Thai's version) มีค่าความเที่ยงในการวัดซ้ำ (Reliability –Stability)ในระดับดีมาก ($r=0.943$) และมีค่าความเที่ยงภายใน (internal consistency reliability)ในระดับดี สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.718 ($p < .000$) ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินใหม่จึงมีความเชื่อมั่นได้ว่าสามารถประเมินความปวดเรื้อรังผู้ป่วยได้ในระดับดี⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย (SPAASMS Score for chronic pain Thai's version) ขึ้นใหม่ ดังนั้นอาจมีข้อจำกัด ในเรื่อง กลุ่มผู้ป่วยที่เก็บข้อมูล มีกลุ่มที่ปวดในระยะท้าย ร้อยละ 30 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยพยาธิสภาพของโรค และระดับความรู้สึกตัว รวมถึงอาการรบกวนอื่น ๆ เช่น เหนื่อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้นอาจไม่เหมาะสมในการใช้แบบประเมินนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนดังกล่าว และจากการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ผู้บริหาร คณะกรรมการจัดการความปวด ควรสนับสนุน ผลักดัน กำหนดนโยบาย ให้ใช้แบบประเมินความปวดเรื่องนี้ ทั้งองค์กร
2. ติดตาม นิเทศ ทำความเข้าใจ กับบุคลากรผู้ใช้แบบประเมิน เป็นระยะ เพื่อความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจในการใช้แบบประเมิน
3. วิจัยพัฒนาแบบประเมิน ให้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการผู้ป่วยนอก (OPD) สามารถประเมินได้เอง
4. พัฒนาเป็น Application ที่เข้าถึง และใช้ง่าย สะดวกรวดเร็ว

Reference

1. Jaranit Kaewkangwan. New researcher manual.1st ed. Bangkok: G. S. M. Trading: 2562; 715-804. Thai
2. International association for the study of pain. Classification of chronic pain: Pain definitions. 1994. <http://www.lasp-pain.org>,
3. Thai association for the study of pain. Clinical Practice Guideline for Cancer Pain. 2013; ISBN 978-616-91654-0-8. Thai.
4. Liwan aunapirak. Pathophysiology. 10th eds.Bangkok: V print(1991); 2017.
5. Bonica JJ. Management in post operative pain. Philladephia: Lippincott 1990: 461-67.
6. Chapman CR. The psychophysiology of pain, In: Loeser DJ, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
7. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales. Nursing Care Plan for Pain Management – NurseBuff [serial online] 2019 Aug. [cited 2019 Dec 29]; Available from: URL: <https://www.nursebuff.com/nursing-care-plan-for-pain/>
8. Chapman CR. The psychophysiology of pain, In: Loeser DJ, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
9. Pain: concept & mecchanism. [slide powerpoint, pdf.]. Chonburi hospital: Sunida Apichadkul; 2017. Thai
10. Farzana M, Shahead C. Mike S. Petra B. Measuring clinical outcomes of chronic pain patients. Pactical Pain Management [serial online] 2011 March [cited 2019 Dec 29]; 11(1): Available from: URL:<http://www.practicalpainmanagement.com/resources/diagnostic-tests/measuring-clinical-outcomes-chronic-pain-patients>
11. Whitney W, Brian RT, Mark R. Interpreting the clinical significance of pain questionnaires.Pactical pain management [serial online] 2011 Feb [cited 2019 Dec 29]; 8(2): Available from URL <https://www.practicalpainmanagement.com/resources/diagnostic-tests/interpreting-clinical-significance-pain-questionnaires>.
12. Melzack, R. & Kate, J. The McGill pain questionnaire: appraisal and current status in Turk, C., D.& Melzack, R.(Eds.), Handbook of pain assessmen, (2 nd ed.). U.S.A; 2001: 29-39.

13. Naiyatip Teerapuk. Research tools [Internet]. 2012 Aug [cited 2022 May 25] ; Available from: URL: <http://naiyatip-research.blogspot.com/p/research-tools.html>. Thai
14. Pain management committee. HP-COP-CBH-016 Rev.03 Pain Management Policy. [Intranet online]. 3rd ed. Chonburi : Chonburi Hospital; 2020. Thai.
15. Thai association for the study of pain. Clinical Practice Guideline for Cancer Pain. 2013; ISBN 978-616-91654-0-8. Thai.
16. Niya So-aree. (2546). Nursing care of cancer pain. 1st ed. Songkhla: max media y to k press; 2003. Thai
17. Kalayakorn Chatkaew. Concepts of pain. [Paper]. Thai Red Cross Nursing College: 2011. Thai
18. Nipatsorn Boonyasanti and Chanjira kitkaew. Effects of clinical practice guideline for chronic pain at female medicine internal department Chonburi hospital. Journal of nursing division [serial online] 2021 December [cited 2022 Sep 10]; 48(3) : 114-30. Available from: URL: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/259934>. Thai.
19. Sutheera Chanchompoo. Development of pain assessment tool in older adult with cancer, Nong Bua Lamphu province primary care unit. J Health Science [serial online] 2019 May [cited 2019 Dec 29]; 28(Special Issue) : 152-60 Available from: URL: <https://digitaljournals.moph.go.th/tj/index.php/JHS/article/download/7173/6678>. Thai.
20. Office of medical education development, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Clinical Practice Guidelines of cancer pain. [serial online] 2021 [cited 2021 May 13]; <https://www.rcot.org/pdf/CPG-Cancer%20Pain.pdf>. Thai
21. Srisuda Ngamkham, Nisa Krutchan, Jutarut Sawangchai, et al. Knowledge about pain assessment and management of Thai nurses. J Nurse Health Care [serial online] 2018 Jan [cited 2019 Dec 29]; 36 (1): 81-9 Available from: URL: www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download. Thai
22. Anucha Taiwong, Sujima Tilakarayasrup, Jeerawan Srichanchai, et al. Innovative development for the assessment and management of pain using the evidence Based Practice. Mahasarakham hospital Journal [serial online] 2018 Jan [cited 2019 Dec 29]; 15(1) : 167-75 Available from: URL: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view>. Thai.
23. Intira Pakanta, Aumporn Lincharearn, Siriluk Toolyodpun. A development model of pain management outcome evaluation for tertiary hospital. Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences) [serial online] 2018 [cited 2019 Dec 29]; 11(1) : 129-40. Available from: URL: <http://www.journal.nu.ac.th/JCDR/article/view/1864>. Thai.
24. Idsaratt Rinthaisong. Content validity index. [serial online] 2018 [cited 2021 May 13]; Available from: URL: <https://sites.google.com/site/stats2researchs/student-of-the-month/johndoe>. Thai

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบรุนแรงจากชุมชน ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี

จันทร์คำ โพธิ์อ่อง พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *

วิภาศิริ นราพงษ์ ป.ร.ด. (การพยาบาล) **

ธันณัฐ มณีศิลป์ พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ***

ธันนธร แดงทองดี พย.บ. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ คือ พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ดำเนินการ 4 ขั้นตอน (1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ (2) การพัฒนาแนวปฏิบัติ (3) การใช้แนวปฏิบัติ (4) การประเมินผล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และ ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง จำนวน 72 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล ค่า IOC 0.93 และคู่มือการปฏิบัติ ค่า AGREE II ร้อยละ 89.72 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ ค่า KR-20 คือ 0.81 แบบตรวจสอบการปฏิบัติ และบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ค่า IOC 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบประเมินสมรรถนะ และความเห็นของพยาบาลวิชาชีพ 0.89 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง มี 11 หมวด (1) การประเมินและเฝ้าระวัง (2) การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง (3) การพยาบาลระบบทางเดินหายใจ (4) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (5) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระยะวิกฤต (6) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (7) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ (8) การลดความวิตกกังวล (9) การฟื้นฟูสุขภาพ (10) การวางแผนจำหน่าย (11) บันทึกทางการพยาบาล หลังใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติ มีสมรรถนะ และมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ยใน ICU ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตลดลง และไม่พบอุบัติการณ์ติดเชื้อในกระแสโลหิต

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี, E-mail uankahatong@gmail.com

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสระบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Surgical Patients with Community Acquired Severe Sepsis and Septic Shock in Surgical Intensive Care Unit, Saraburi Hospital

Jankum Pho-ong M.N.S. (Nursing Administration) *

Wipasiri Naraphong Ph.D. (Nursing) **

Thanannat Maneesilp M.N.S. (Adult Nursing) ***

Thananthorn Dangthongdee B.N.S. ****

Abstract

The objective of this research and development study was to develop and examine the results of the clinical nursing practice guidelines for surgical patients with severe septicemia. There were 4 steps: (1) situation analysis, (2) guideline development, (3) guideline implementation, and (4) evaluation. A sample of 30 professional nurses and 72 surgical patients with severe septicemia were selected using purposive sampling technique. The research instrument included the nursing practice guideline yielding IOC of 0.93 and the practical manual, yielding the AGREE II value of 89.72 percent. The data collection tools consisted of the knowledge test yielding KR-20 of 0.81, the practice checklist and the clinical outcomes yielding IOC of 0.93 and 0.95, respectively, and the competency of registered nurses and their opinions toward CNPG using Cronbach's alpha coefficient yielding a value of 0.89 and 0.84 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test and Fisher's exact test.

The results showed that the guideline for nursing surgical patients with severe septicemia consisted of 11 aspects (1) assessment and surveillance (2) nursing of patients with severe septicemia (3) management of respiratory nursing (4) pre- and post-operative nursing (5) evacuation of critically ill patients (6)) prevention of complications (7) promotion of nutrition (8) anxiety reduction (9) health rehabilitation (10) discharge planning (11) nursing records. After using the guideline, professional nurses had statistically significant increase in practice, competency and knowledge ($p < .05$). The number of patients received antimicrobial drugs within 1 hour had increased. Length of stay in ICU, medical expense, and the mortality rate were decreased. The incident rate of septicemia was not found.

Key words: clinical nursing practice guideline, community-acquired severe sepsis, intensive surgical patient.

* Registered Nurse, senior professional level, Surgical intensive care unit Saraburi Hospital, E-mail uankahatong@gmail.com.

** Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

*** Registered Nurse, senior professional level, nurse head of medical ward Saraburi hospital.

**** Registered Nurse, professional level, surgical intensive care unit Saraburi hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ใน 5 ของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตประมาณ 11 ล้านคน¹ ในประเทศไทยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นภาวะวิกฤตที่ควรได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนักตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.2562-2564 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชนทั่วประเทศ (รวมทุกสาเหตุ) จำนวน 79,770, 75,209 และ 79,747 คน พบอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 32.8, 31.9 และ 36.9 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4 พบผู้ป่วยจำนวน 4,939, 4,311 และ 3,928 คน โดยมีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40.8, 39.8 และ 43.7 ตามลำดับ ซึ่งสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ²

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายตติยภูมิระดับสูงในเขตสุขภาพที่ 4 พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน (รวมทุกสาเหตุ) เพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 889, 905 และ 914 คน หรือ ร้อยละ 32.5, 34.0 35.0 ของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และมีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 27.8, 27.6 และ 27.0 ตามลำดับ³ รายงานจากห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (Surgical intensive care unit; SICU) โรงพยาบาลสระบุรี พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน 90, 100 และ 105 ราย/ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตำแหน่งติดเชื้อที่สำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ ติดเชื้อผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน เช่น โรคเนื้อเน่า/เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินน้ำดี และติดเชื้ออวัยวะในช่องท้อง

การทบทวนงานวิจัย พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต คือ จำนวนระบบอวัยวะที่มีการทำงานผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ระบบ⁴ การติดเชื้อในโรงพยาบาล ภาวะเลือดเป็นกรด ระบบสมองทำงานบกพร่อง ไตวายเฉียบพลันที่

ต้องฟอกเลือด⁵ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง สัมพันธ์กับการมีอายุมาก การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาการได้รับการผ่าตัดกำจัดเชื้อล่าช้า การควบคุมแหล่งติดเชื้อที่ไม่ครอบคลุม ความรุนแรงของอวัยวะที่ล้มเหลว เมตาบอลิซึมที่ผิดปกติ และการได้รับยาต้านจุลชีพล่าช้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตายของผู้ป่วย⁶⁻⁸

แผนกสาขาศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรีกำหนดให้ ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง เป็นผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวใน SICU ตั้งแต่ปี 256-2564 พบ การได้รับยาด้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง และการประเมินอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (search out severity; SOS score) ปฏิบัติได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ระยะเวลาการได้รับผ่าตัดผู้ป่วยบางรายล่าช้าเกิน 6 ชั่วโมง การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ ปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia; VAP) การติดเชื้อในกระแสโลหิตสัมพันธ์กับการใส่ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (catheter associated blood stream Infection; CABS) การติดเชื้อแผลผ่าตัด (surgical site infection; SSI) การรั่วซึมของยาบีบหลอดเลือด (Vasopressor drug) ออ ก น อ ก ห ล อ ด เลื อ ด (extravasation) และอัตราเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 22.0, 29.0 และ 30.5 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของหน่วยงาน⁹

ด้านสมรรถนะผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ในปี 2564 พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 63.3 ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 72.5 มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 68.18 วันนอนเฉลี่ยใน SICU 7, 8, และ 8.5 วัน และค่ารักษาเฉลี่ย

158,977, 156,907 และ 183,846 บาท/ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง อาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสม จะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูงและอาจเสียชีวิตได้¹⁰⁻¹¹ พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตที่ถูกต้องรวดเร็ว และมีสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ แบบองค์รวม มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เพื่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด¹² แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) เป็นเครื่องมือที่ใช้กำหนดวิธีการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถให้การพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน

การปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต รวมทั้งการคัดกรองภาวะติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยอาการเฉียบพลันที่มีความเสี่ยงสูงโดยใช้ขั้นตอนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสำหรับการรักษาพยาบาล¹³ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีความยุ่งยาก ซับซ้อน หลายขั้นตอน ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องได้รับการสอน และฝึกปฏิบัติ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงสำหรับผู้ใหญ่ที่หลากหลาย แต่ผลงานวิจัยส่วนใหญ่ เน้นการดูแลผู้ป่วยในสาขาอายุรกรรม และแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี อาจขาดความทันสมัยไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากจัดทำมาเป็นเวลา 8 ปีแล้ว นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านการนิเทศกำกับ การปฏิบัติที่ขาดความต่อเนื่อง และรูปแบบการนิเทศไม่

เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมทุกมิติ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

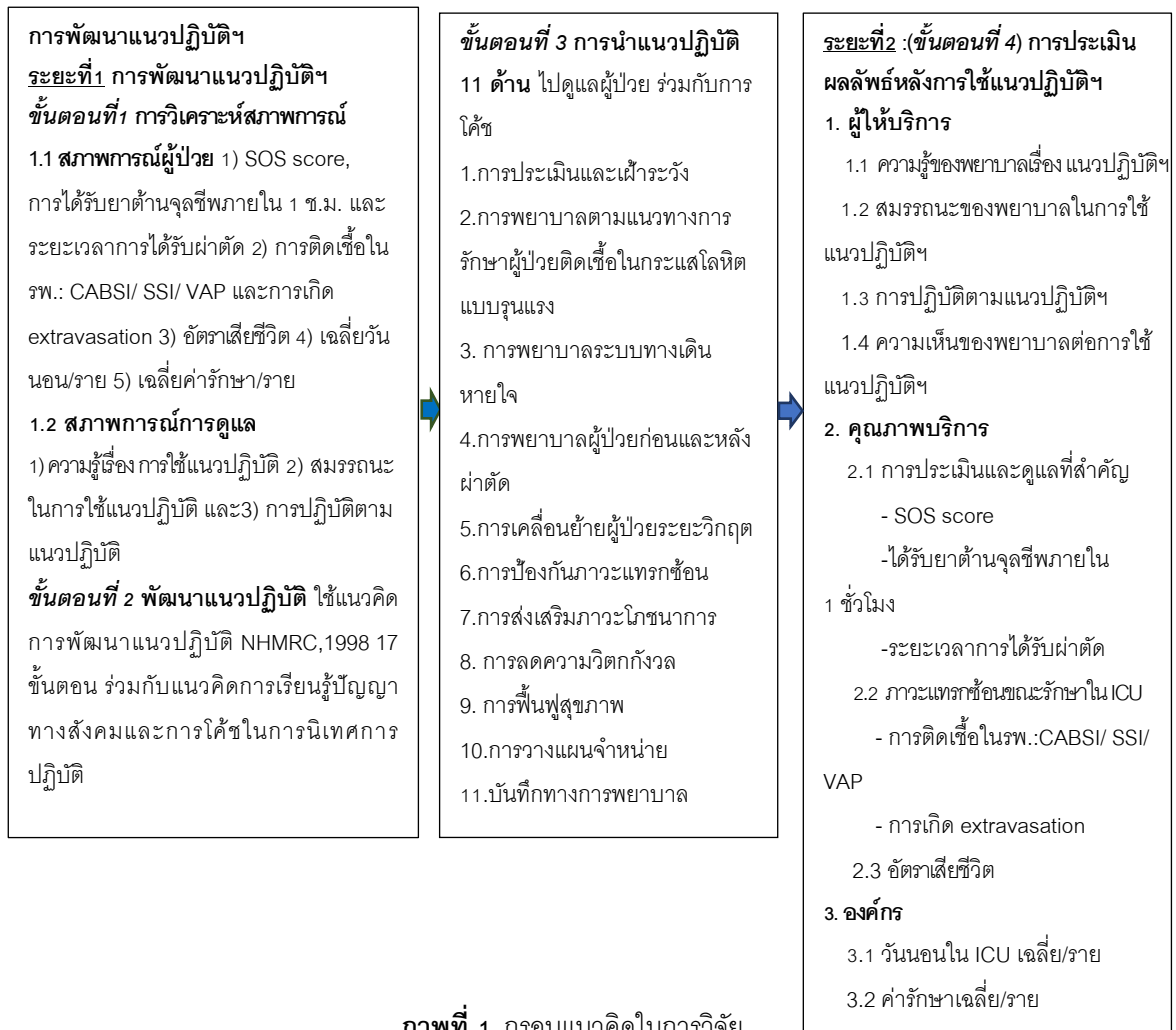
ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรงจากชุมชนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ผู้วิจัยตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่ในระยะวิกฤตจนถึงฟื้นฟูสภาพ จึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชนในห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (social cognitive theory) ร่วมกับการนิเทศควบคุม การปฏิบัติด้วยการโค้ช (coaching) เพื่อทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรงจากชุมชน ห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรงจากชุมชน ห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council; NHMRC, 1998)¹⁴ และทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (social cognitive theory)¹⁵ ร่วมกับการนิเทศควบคุมการปฏิบัติด้วยการโค้ช (coaching)¹⁶ เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน โดยมีการอบแนวคิดการวิจัยตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรงจากชุมชน ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี โดยพิจารณาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทบทวนมาใช้เป็นแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับ

ความชำนาญทางคลินิกของพยาบาลปฏิบัติการและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานให้มีคุณภาพ ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2565 รวมระยะเวลา 11 เดือน ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ (วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์
เพื่อค้นหาปัญหาและประเด็นความต้องการที่จะ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย มีการศึกษา 2 ด้าน ดังนี้

1.1 วิเคราะห์สภาพการณ์ผู้ป่วย โดย
ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี จากเวชระเบียน รายงาน
ผลการดำเนินงาน แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื
ในกระแสโลหิต มีการศึกษาเพิ่มเติมจาก ผู้ป่วยและ
เวชระเบียน ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ คัดเลือกแบบ
เจาะจง คือ ผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแส
โลหิตแบบรุนแรงชนิดจากชุมชนใน SICU ช่วงวันที่ 1
ตุลาคม 2564-28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 36 คน
เป็นระยะก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้แบบบันทึก
การดูแลผู้ป่วยติดเชืในกระแสโลหิต ผ่าน
ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์
พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
ผู้ป่วยหนักและอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน) พบว่า
1) อัตราการได้รับการประเมินอาการเตือนก่อนเข้าสู่
ภาวะวิกฤต (SOS score) ถูกต้องร้อยละ 80.6
2) อัตราการได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง
ร้อยละ 91.7 3) ระยะเวลาการได้รับการผ่าตัดกำจัด
แหล่งติดเชื้อเฉลี่ยเท่ากับ 149.0 นาที พบผู้ป่วย 3 ราย
รอการผ่าตัดนานเกิน 6 ชั่วโมงหลังจากมีแผนการ
รักษา 4) อัตราการติดเชื้อ CABS 8.9 ครั้ง/1000 วัน
ใส่สาย 5) อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด ร้อยละ 11.1
6) อัตราการติดเชื้อ VAP 13.9 ครั้ง/1000 วันใส่เครื่อง
7) อัตราการเกิด extravasation จากยาป้อนหลอดเลือด
ร้อยละ 10.3 8) อัตราการตายของผู้ป่วยร้อยละ 22.2
9) จำนวนวันนอนใน SICUเฉลี่ย 11.1 วัน/ คน
10) ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 373,301.0 บาท/ คน

1.2 วิเคราะห์สภาพการณ์การดูแล
ประเมินและสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
ศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง
ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบ

เจาะจง คือ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานใน ICU >1 ปี
จำนวน 30 คน โดยการทดสอบความรู้ ประเมิน
สมรรถนะ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประชุมปรึกษา
ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย
แพทย์หัวหน้าแผนกศัลยกรรม พยาบาลห้องผ่าตัด
นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบตรวจสอบการปฏิบัติ มีความตรงเชิงเนื้อหา
ค่า IOC 0.93 แบบประเมินสมรรถนะ ของพยาบาล
วิชาชีพ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้
0.89 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีความ
เชื่อมั่นโดยวิธี KR- 20 ได้ 0.81

ผลการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วย
พบ คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ
67.9 (23.7 จาก 35 คะแนน) ค่าเฉลี่ยสมรรถนะในการ
ใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 3.7 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ
ของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 82.0

**ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้แนว
ปฏิบัติ**

พัฒนาแนวปฏิบัติภายใต้กรอบแนวคิดของ
สภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติ
ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹⁴ มี 17 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 - 3 กำหนดความต้องการ/
ขอบเขตของแนวปฏิบัติ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ
วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ที่มีภาวะติดเชื้อใน
กระแสโลหิตแบบรุนแรง ตั้งแต่วะวิกฤตจนถึงฟื้นฟู
สภาพ ครอบคลุมการพยาบาล 11 หมวด ดังนี้ (1) การ
ประเมินและเฝ้าระวัง (2) การพยาบาลผู้ป่วยตามแนว
ทางการรักษาผู้ป่วยติดเชืในกระแสโลหิตแบบรุนแรง
(3) การพยาบาลระบบทางเดินหายใจ (4) การ
พยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (5) การเคลื่อนย้าย
ผู้ป่วยระยะวิกฤต (6) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (7)
การส่งเสริมภาวะโภชนาการ (8) การลดความวิตก

กังวล (9) การฟื้นฟูสุขภาพ (10) การวางแผน
จำหน่าย (11) บันทึกทางการพยาบาล ร่วมกับทีม
พัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ ผู้วิจัยหลัก พยาบาลผู้จัดการ
รายการผู้ป่วยติดเชื้อมีในกระแสโลหิต อาจารย์พยาบาล
หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม อย่างละ 1 คน และพยาบาล
วิชาชีพแกนนำในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 คน

ขั้นที่ 4 กำหนดผลลัพธ์ 3 ด้าน คือ (1) ผู้
ให้บริการ ได้แก่ คณะนัสนเยยความรู้ สมรรถนะ การ
ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และความเห็นของพยาบาล
วิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ (2) คุณภาพบริการ ได้แก่
อัตราการประเณอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต
(SOS score) การได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง
ระยะเวลาการได้รับการผ่าตัดกำจัดแหล่งติดเชื้อ การ
ติดเชื้อ CABSİ การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อ VAP
การเกิด extravasation จากยาปบหลอดเลือด การ
เสียชีวิต และ (3) องค์การ ได้แก่ วันนอนใน SICU และ
ค่ารักษาเยยต่อราย

ขั้นที่ 5 สืบค้น คัดสรร และประเณ
คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสืบค้นจาก
ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ medline/ pubmed,
CINAHL, cochrane library, google scholar, clinical
Key for nursing และฐานข้อมูลงานวิจัย โครงการ
เครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย และสืบค้นด้วยมือ
กำหนดคำสำคัญตามกรอบการสืบค้น PICOT
ช่วงเวลา พ.ศ. 2554-2565 (ค.ศ. 2011-2022) โดย
ประเณคุณภาพ ตามแนวทางของ The Joanna
Briggs Institute (2014) ได้ 69 เรื่อง คัดเลือกมาใช้ใน
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มี
ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง 29 เรื่อง เป็น
งานวิจัยที่ทบทวนอย่างเป็นระบบ 10 เรื่อง วิจัยกึ่ง
ทดลอง 3 เรื่อง วิจัยและพัฒนา 4 เรื่อง การศึกษา
ย้อนหลัง 4 เรื่อง แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ติดเชื้อ
ในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิดจากชุมชน จาก 3

สถาบัน (ในประเทศ 2 แห่ง ต่างประเทศ 1 แห่ง) และ
บทความวิชาการ 5 เรื่อง

ขั้นที่ 6 ยกร่างแนวปฏิบัติ นำแนวปฏิบัติ
ที่ได้ประเณโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย
ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่ม
งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก อย่างละ 1 ท่านและ
อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 และ
ปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นที่ 7-8 นำร่างแนวปฏิบัติไปทดลองใช้
และประเณผล หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้
พยาบาลห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 จำนวน 10 คน
โดยให้อ่านก่อน 1 วัน ชี้แจงเพิ่มอีก 3 ชั่วโมง และ
นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะ
ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง 2 คน ที่ห้อง
ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 ระยะเวลา 5 วัน หลังทดลอง
ใช้พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจในเนื้อหาและ
ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ หน่วยงานมี
ทรัพยากรที่สามารถสนับสนุนการนำสู่การปฏิบัติได้

ขั้นที่ 9-10 ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล 11
หมวด จากนั้นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติรายงาน
กระบวนการพัฒนาต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

ขั้นที่ 11-12 ประเณเนื้อหาของแนว
ปฏิบัติ หลังจากปรับปรุงเนื้อหา ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ใน
ขั้นที่ 6 ตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.93 และ
ประเณคุณภาพตามแนวปฏิบัติทางคลินิก The
Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
(AGREE II) 23 ข้อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ร้อยละ
89.27 ได้แนวปฏิบัติและคู่มือแนวปฏิบัติที่พร้อม
นำไปใช้

ขั้นที่ 13 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจง
การใช้แนวปฏิบัติ พร้อมทั้งคู่มือแนวปฏิบัติ ให้พยาบาล
วิชาชีพที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 และ 2 จำนวน 30

คน โดย เสริมความรู้ ทักษะการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ๔ สอนสาธิตวิธีการประเมินสารน้ำแบบต่าง ๆ SOS score, capillary refill time จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 5 คน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง/ ครั้ง พร้อมทั้งใส่แฟ้มเพื่อทบทวนขณะ ปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 14 การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้จริง ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 8 วัน ที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 โดยกลุ่มเป้าหมายคือ พยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม 2 ที่ปฏิบัติงาน > 1 ปี จำนวน 18 คน และ ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรง จำนวน 4 คน พบปัญหา ดังนี้ หมวดที่ 1 การ ประเมินและเฝ้าระวัง พบว่า SOS score ไม่ถูกต้อง และปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง หมวดที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วย ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต แบบรุนแรง พบว่าการบริหารยาป้อนหลอดเลือด ไม่ถูกต้อง เช่น มีการปรับลดยาลงรวดเร็ว ในขณะที่ ความดันโลหิตยังไม่คงที่ ทำให้ความดันโลหิตลดลง และต้องปรับยาเพิ่มขึ้น หมวดที่ 3 การพยาบาลระบบ ทางเดินหายใจและหมวดที่ 6 การป้องกันภาวะ แทรกซ้อน (VAP) ไม่จัดศีรษะสูงตามกำหนด วัด cuff pressure ไม่ต่อเนื่อง ประเมินการหย่าเครื่องช่วย หายใจไม่ครบถ้วน หมวดที่ 5 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ระยะวิกฤต พบสายสวนหลอดเลือดแดง (Arterial line) หลุด 1 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดปริมาณมาก หมวดที่ 7 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ ไม่ประเมิน ภาวะโภชนาการ และบางส่วนประเมินไม่ถูกต้อง

ขั้นที่ 15 การปรับปรุงภายหลังการใช้ ครั้งที่ 1 และนำไปปฏิบัติ ครั้งที่ 2 เป็นเวลา 14 วัน ที่ห้อง ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 และ 2 ปรับปรุง ทบทวนและ กำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันหลังการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ ครั้งที่ 1 และนำแนวคิดการเรียนรู้ปัญญาทาง สังคม (social cognitive theory) โดยผู้วิจัยสอนสาธิต

(model) ร่วมกับนิเทศกำกับด้วยการโค้ช (coaching) เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติงานให้ประสบ ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มีการเตรียมสอน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 1 คนและพยาบาลแกนนำ 2 คน ร่วมเป็นผู้โค้ช โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยหลักสอนและสาธิตการประเมิน SOS score และนำผลการประเมินไปใช้ ในสถานการณ์จริงให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ยังประเมินไม่ถูกต้อง ติดตามการปฏิบัติ ตรวจสอบการลงข้อมูลในบันทึก ทางการพยาบาล

2. ผู้วิจัยหลักทบทวนการพยาบาลผู้ป่วย ได้รับยาป้อนหลอดเลือด การปรับยาขึ้นลงอย่างเหมาะสม เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตตามเป้าหมาย ติดตาม สัญญาณชีพทุก 5 - 15 นาที ในระยะที่ความดันเฉลี่ย (MAP) ต่ำกว่า 65 มม.ปรอท เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา เช่น การเกิด extravasation ปลายมือ ปลายเท้าเย็น เจ็บปวด

3. ทีมผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันติดเชื้อ VAP และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้กับพยาบาล วิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย 30 คน จำนวน 2 ครั้ง กลุ่มละ 15 คน ระยะเวลา 2 ชั่วโมงต่อกลุ่ม โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้สอน การใช้เครื่องช่วยหายใจและใช้ปอดเทียมในการสาธิต สถานการณ์ต่าง ๆ และเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยจริง สาธิตการใช้งานเครื่องวัด cuff pressure แบบอัตโนมัติ ซึ่งสามารถควบคุม cuff pressure ให้คงที่และ กำหนดการใช้ เพื่อช่วยป้องกันเสมหะและเชื้อโรคใน ช่องปาก ลำคอ ไหลลงสู่ปอด

4. ทีมผู้วิจัยกำหนดแนวปฏิบัติการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยระยะวิกฤต และการส่งเสริมภาวะ โภชนาการนำไปใช้ ครั้งที่ 2 โดยพยาบาลวิชาชีพห้อง ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 และ 2 จำนวน 30 คน ผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย 6 พบปัญหา ดังนี้ หมวดที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามแนวทาง เรื่อง 1) การส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดลำไส้ ท้องตึง 1 ครั้งจากทีมสหสาขา 2) พยาบาลขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย septic shock ที่มีภาวะไตวายและต้องฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (continuous renal replacement therapy; CRRT) หมวดที่ 6 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบผู้ป่วยติดเชื้อ CABSİ หมวดที่ 9 การฟื้นฟูสภาพ พบผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ ไม่มีแรงไอขับเสมหะเกิดปอดแฟบต้องใส่ท่อช่วยหายใจกลับซ้ำ หมวดที่ 10 การวางแผนจำหน่าย ขาดผู้ดูแล ไม่ส่งต่อศูนย์การดูแลต่อเนื่อง และหมวดที่ 11 บันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังไม่ครอบคลุม

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ขั้นที่ 16 ได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ (ปรับปรุงครั้งที่ 2) และนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่ม และใช้แนวคิดการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม ในการช่วยสร้างความเข้าใจให้ผู้ปฏิบัติ ดังนี้ หมวดที่ 2 1) การส่งผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ ทีมผู้วิจัยทบทวนระบบการนัดผ่าตัดเป็นทางด่วน ร่วมกับพยาบาลห้องผ่าตัด โดยระบุ "Severe sepsis/Septic shock" ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ และแจ้งพยาบาลห้องผ่าตัดทันที เพื่อจัดหาห้องผ่าตัด เร่งด่วน แจ้งนักเทคนิคการแพทย์กรณีต้องการใช้เลือดและ ผล lab สำหรับผ่าตัดด่วน 2) ผู้วิจัยหลักจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยไตวายที่ทำ CRRT ให้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย 30 คน สอนทฤษฎี ผ่านฐานเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการทำ CRRT บันทึกวิดีโอการสอนสาธิตไว้ทบทวนการปฏิบัติ หมวดที่ 6 การป้องกันการติดเชื้อ CABSİ โดยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย 30 คน กำหนด

และสาธิตการใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดแผ่นฟิล์มใสที่มีคลอเฮกซิดี เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกัน CABSİ หมวดที่ 9 การฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันปอดแฟบ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ทบทวนความรู้และสาธิต เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจและการฟื้นฟูสภาพหลังถอดท่อช่วยหายใจ ให้กับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มเป้าหมาย 30 คน การใช้เครื่อง high flow nasal canular และวางแผนร่วมกับแพทย์พิจารณาใช้เครื่อง high flow nasal canular หลังถอดท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่อ่อนเพลีย มีแรงไอขับเสมหะได้น้อย หมวดที่ 10 การวางแผนจำหน่าย กำหนดแนวทางโดยใช้ DMETHOD และส่งผู้ดูแลเรียนรู้ที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง จากพยาบาลชุมชน หมวดที่ 11 บันทึกทางการแพทย์ กำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูล การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ในเวชระเบียน

หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ครั้งที่ 2 ได้ฉบับสมบูรณ์ ให้พยาบาลวิชาชีพนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกลุ่มเดียวกัน 36 คน ตั้งแต่ 1 เมษายน - 31 สิงหาคม 2565 ร่วมกับการนิเทศกำกับด้วยการโค้ชอย่างต่อเนื่อง และเก็บข้อมูลในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก

ระยะที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตามแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์

ขั้นที่ 17 การประเมินผลลัพธ์ มี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ผู้ให้บริการ คือ ความรู้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ความเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ 2) คุณภาพบริการ ได้แก่ การประเมินอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (SOS score) การได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง ระยะเวลาการได้รับผ่าตัด การติดเชื้อ CABSİ การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อ VAP การเกิด extravasation จากยาบีบหลอดเลือด และการเสียชีวิต 3) องค์กร ได้แก่ วันนอน

ใน ICU และคำรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อราย ของผู้ป่วย 36 คน ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม1 และศัลยกรรม 2 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 31 สิงหาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ มีดังนี้ 1) แนวปฏิบัติ ค่า IOC เฉลี่ย 0.93 2) คู่มือแนวปฏิบัติ ประเมินคุณภาพ โดย AGREE II ได้ร้อยละ 89.3 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบการปฏิบัติ ที่สร้างขึ้น 11 หมวด มี 2 ตัวเลือก ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ ค่า IOC เฉลี่ย 0.93 2) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างขึ้น 26 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ สมรรถนะมากที่สุด- น้อยที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 3) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ ที่สร้างขึ้น 35 ข้อ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก ค่าคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.81 4) แบบประเมินความเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ 10 ข้อ ที่สร้างขึ้น มี 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด- น้อยที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติ ค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย
การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ EC006/2565 วันที่ 1 มีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร นำเสนอ และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ใช้สถิติ paired t- test เปรียบเทียบคะแนนความรู้ สมรรถนะ และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและ ใช้สถิติ independent t- test เปรียบเทียบจำนวนวันนอนใน ICU เฉลี่ย คำรักษาเฉลี่ย ระยะเวลาการได้รับผ่าตัด และ APACHE score Fisher's exact

test เปรียบเทียบ การประเมิน SOS การได้รับยาปฏิชีวนะ การเกิด CABS/ SSI / VAP extravasation และการเสียชีวิต โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพ 30 คน เป็นเพศหญิง การศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด อายุระหว่าง 24- 52 ปี เฉลี่ย 34.8 ปี ประสบการณ์ทำงานใน ICU > 10 ปี ร้อยละ 43.3 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาล วิกฤตร้อยละ 36.7 อบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย วิกฤตร้อยละ 66.67

ผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง กลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายทั้ง 2 กลุ่ม อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.8 และ 66.67 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง ทั้ง 2 กลุ่มมีโรคประจำตัว □ 2 โรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไ้มนสูง ไ้วายเรื้อรัง ร้อยละ 63.88 และ 72.22 มีการทำงานของ อวัยวะล้มเหลว 3-6 ระบบ/ ราย ประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยคะแนน APACHE score ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 21.89 และ 22.11 ตามลำดับ พบว่า ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (p 0.61)

รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน ที่ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วย 11 หมวด ดังนี้ (1) การประเมินและเฝ้าระวัง ได้แก่ วัดสัญญาณชีพ ทุก 5-15 นาทีในระยะซ็อก การใช้ invasive blood pressure ในรายที่ใส่ arterial line การประเมิน SOS score ตามแนวทางกำหนด การประเมินสารน้ำแบบ dynamic: Pulse Pressure Variation ร่วมกับประเมิน CVP การประเมิน

capillary refill time อย่างน้อยเอร์ละครั้ง (2) การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ได้แก่ การให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง (พัฒนาระบบยาด่วน) การพยาบาลผู้ป่วยที่ทำ CRRT (3) การพยาบาลระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยใส่ high flow nasal canular การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจกรณีมีภาวะ ARDS (4) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและระบบการผ่าตัดด่วน (5) การเคลื่อนย้ายระยะระยะวิกฤต ได้แก่ หลักการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตอย่างปลอดภัย (6) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกัน VAP ตาม VAP care bundle เพิ่มการใช้เครื่อง cuff pressure อัตโนมัติ การป้องกัน CABSİ เพิ่มการใช้แผ่นฟิล์มใสที่มีคลอเฮกซิดีนปิดแผล การป้องกัน extravasation จากยาบีบหลอดเลือด (7) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการ การส่งปรึกษานักโภชนาการ (8) การลดความวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลต่อเนื่อง ค้นหาข้อมูลเชิงลึกที่เป็นสาเหตุ (9) การฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การเตรียมพร้อมก่อนและหลังถอดท่อช่วยหายใจ การบริหารปอดเพื่อป้องกันปอดแฟบ พิจารณาช่วยหายใจแบบ non invasive กรณีจำเป็น (10) การวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การใช้ DMETHOD และส่งผู้ดูแลเรียนรู้ที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (11) บันทึกทางการพยาบาลทั้งในเวชระเบียนและแบบบันทึก การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

2. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ได้ผลลัพธ์ ดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 23.7 SD 3.16 หลังการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 27.8 SD 1.88 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 3.7 SD 0.31 หลังใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 4.1 SD 0.12 คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะหลังใช้สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

การปฏิบัติก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 82.00 และ 91.28 ตามลำดับ หลังใช้สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ และค่าเฉลี่ยความเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.5 SD 0.47) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ แนวปฏิบัติก่อให้เกิดประโยชน์และส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย 4.9 SD 0.25 รองลงมามีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ได้แก่ แนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ย 4.7 SD 0.46 และแนวปฏิบัติทำให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ค่าเฉลี่ย 4.7 SD 0.48 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ สมรรถนะ และการปฏิบัติของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ (n 30)

คะแนนความรู้และสมรรถนะ (n=30)	Mean	S.D.	t	p – value
ความรู้การใช้แนวปฏิบัติ				
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	23.7	3.16	-8.4	0.00*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	27.8	1.88		
สมรรถนะการใช้แนวปฏิบัติ				
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	3.7	0.31	-8.3	0.00*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	4.1	0.12		
การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ				
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	82.0	3.16	8.5	0.00*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	91.28	3.82		

*p < 0.05

2.2 ด้านคุณภาพบริการ ผลลัพธ์ด้าน

คุณภาพบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า
ทุกตัวชี้วัดมีแนวโน้มดีขึ้น (ตารางที่ 2)

2.3 ด้านองค์กร ผลลัพธ์ด้านองค์กร

ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าทุกตัวชี้วัดมี
แนวโน้มดีขึ้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการและด้านองค์กร ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ และด้านองค์กร	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n 36)	หลังใช้แนวปฏิบัติ (n 36)	p-value
1.อัตราการได้รับการประเมินอาการก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต SOS score(ร้อยละ)	80.6	97.2	0.04*
2.อัตราการได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ)	91.7	94.4	0.61
3.ระยะเวลาการได้รับผ่าตัด (นาที)	149.0	117.9	0.38
4.อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิต: CABS (ครั้ง/1000 วันใส่สาย)	8.9	0.0	0.24
5.อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด: SSI (ร้อยละ)	11.1	5.6	0.67
6.อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบ: VAP (ครั้ง/1000 วันใส่เครื่อง)	13.9	3.9	0.20
7.อัตราการเกิด extravasation จากยาบีบหลอดเลือด (ร้อยละ)	10.3	0.0	0.12
8.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (ร้อยละ)	22.2	13.9	0.54
9.จำนวนวันนอนใน ICU เฉลี่ย (วัน/ คน)	11.1	8.6	0.18
10.ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (บาท/ คน)	373,301.0	318,417.2	0.47

*p < 0.05

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำไปปฏิบัติได้ มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน ประกอบด้วย การพยาบาล 11 หมวด ตามที่กล่าวข้างต้น ซึ่งเพิ่มเติมจากเดิมที่มี 8 หมวด การพัฒนาครั้งนี้ทำให้เกิดแนวปฏิบัติด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ การพยาบาลขณะเคลื่อนย้าย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายและมีการนำเทคโนโลยีใหม่ไปใช้ดูแลผู้ป่วย เช่น การประเมินสารน้ำโดยวัด PPV การใช้เครื่องวัด cuff pressure แบบอัตโนมัติ การใช้แผ่นฟิล์มใสชนิดมีคลอเฮกซิดีนปิดแผล การใช้เครื่อง high flow nasal canular และ การทำ CRRT เป็นต้น มีการบูรณาการองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ครอบคลุมองค์รวม ผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติครบถ้วนมากขึ้น เนื่องจากผู้ปฏิบัติมีความรู้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นและมีคู่มือที่ชัดเจน ครอบคลุม ช่วยให้การพยาบาลสามารถตัดสินใจในการประเมินและให้การพยาบาลได้ถูกต้องรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการตายของผู้ป่วย สอดคล้องกับ วิจิตรา กุศลภูมิ² กล่าวว่า งานห้องผู้ป่วยหนักเป็นงานที่สำคัญในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะใน

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เพื่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด และสอดคล้องกับ ซาเลห์, อินนาม และจาฟาร์¹⁸ กล่าวว่า การนำแนวปฏิบัติ Surviving Sepsis Campaign ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ผู้ใหญ่) ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงในห้องผู้ป่วยหนัก ส่งผลให้อัตราเสียชีวิตในห้องผู้ป่วยหนักลดลง และเพิ่มความตระหนักและความสามารถในการนำสู่การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ

2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ด้านผู้ให้บริการ พบว่าคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปี กลุ่มที่ไม่เคยอบรมเฉพาะทางและไม่เคยอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสั้น เนื่องจากผู้วิจัยได้สอน สาธิต เป็น model พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติย้อนกลับในเรื่องที่ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจและอธิบายให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเข้าใจอย่างดีก่อนและขณะใช้แนวปฏิบัติ จัดเตรียมคู่มือการปฏิบัติไว้ที่หน่วยงาน เปิดโอกาสให้สอบถามจากผู้วิจัยและ ทีมโค้ช สอดคล้องกับ อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ และคณะ¹⁹ กล่าวว่า การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการที่ช่วยเพิ่มความรู้ได้ดีที่สุด คือ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติย้อนกลับ ซึ่งผู้ปฏิบัติได้ลงมือปฏิบัติจริง สอดคล้องกับบันดูรา¹⁵ ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต หรือการเลียนแบบจากตัวแบบ (modeling)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พบว่าแนว

ปฏิบัติเหมาะสมในการนำไปใช้ พยาบาลเกิดความมั่นใจ สามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม พยาบาลมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากทีมผู้วิจัยใช้แนวทางการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมโดยการสอนสาธิต เป็น model ร่วมกับการดูแลใช้หลักการโค้ช และมีการเตรียมพยาบาลอีก 3 คน ร่วมเป็นผู้โค้ช เป็นการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความตื่นตัว แสวงหาความรู้และสนใจการฝึกทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ทำให้การปฏิบัติได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุป⁶ กล่าวว่าการโค้ช เป็นกระบวนการที่ช่วยทำให้ผู้รับการสอนบรรลุเป้าหมายและสอดคล้องกับการศึกษาของชอยและคณะ²⁰ กล่าวถึงการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของผู้ปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพและของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้วิธีการเรียนรู้เชิงรุก เช่น การจำลอง ทำให้ดูเป็นตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพและให้ผลลัพธ์ในเชิงบวกต่อการเพิ่มความรู้อย่างรวดเร็ว และสอดคล้องกับ รุ่งอรุณ เกศวงษ์และมนตรี แสงภักธราชัย¹⁷ กล่าวว่าการโค้ชเป็นสมรรถนะที่สำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้นำทางการพยาบาลในด้านการพัฒนาบุคลากรและเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จ เป็นบันไดสู่การพัฒนาระดับผู้นำทางการพยาบาล อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทุกระดับเพื่อให้ได้ผลงานที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ และคณะ²¹ กล่าวว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบบูรณาการ ทำให้ได้รูปแบบการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสู่การนำไปใช้จริง ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้น

ความเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในระดับมาก เนื่องจากแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ

ก่อให้เกิดประโยชน์ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และทำให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับ วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ และคณะ²¹ กล่าวว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบบูรณาการ ทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับสูง

2.2 คุณภาพบริการ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการหลังการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากการมีแนวปฏิบัติที่นำสู่การปฏิบัติได้จริง การได้รับความรู้และพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลจากผู้วิจัยและทีมโค้ช พร้อมทั้งนิเทศการปฏิบัติด้วยการโค้ชอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

อัตราการได้รับการประเมินอาการเตือนก่อนเข้าสู่ระยะวิกฤต (SOS score) เพิ่มขึ้นหลังใช้นโยบายปฏิบัติ เนื่องจากการทบทวนความรู้ให้กับพยาบาลในการประเมิน SOS score ติดตามกำกับกับการปฏิบัติ ส่งผลให้มีข้อมูลครบถ้วน รายงานแพทย์ทันเวลาเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง

อัตราการได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นหลังใช้นโยบายปฏิบัติ เนื่องจากผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจในแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นและการร่วมมือระหว่างทีมสหสาขา แพทย์ พยาบาลและเภสัชกรในระบบการให้ยาต้านจุลชีพแบบด่วน

ระยะเวลาการได้รับการผ่าตัดกำจัดแหล่งติดเชื้อ หลังใช้นโยบายปฏิบัติลดลงเฉลี่ย 32 นาที เนื่องจากการร่วมมือระหว่างทีมสหสาขา ทั้งศัลยแพทย์ พยาบาล SICU พยาบาลห้องผ่าตัด และนักเทคนิคการแพทย์ที่ช่วยรายงานผล lab และเตรียมเลือดแบบด่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ และคณะ

²¹ พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบบูรณาการ ทำให้การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพไปในทางเดียวกัน

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาใน ICU ลดลงทุกด้าน ได้แก่ อัตราการติดเชื้อ CABS การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อ VAP การเกิด Extravasation จากยาป้อนหลอดเลือด การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาในห้องผู้ป่วยหนักทุกประเด็นมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น การวิเคราะห์พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (หมวดที่ 6) เพิ่มขึ้น โดยก่อนใช้แนวปฏิบัติได้ร้อยละ 74.8 หลังใช้แนวปฏิบัติเพิ่มเป็นร้อยละ 87.1 นอกจากการปฏิบัติที่ได้ครอบคลุมมากขึ้นแล้วยังมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น ใช้เครื่องวัด cuff pressure แบบอัตโนมัติ ร่วมกับการใช้ VAP care bundle และนำผลิตภัณฑ์แผ่นฟิล์มใสชนิดมีคลอเฮกซิดีนมาใช้ปิดแผลที่แทงสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล สอดคล้องกับ ชีชมพร ชาวขมิ้น และคณะ²² กล่าวว่า การปฏิบัติตาม VAP care bundle ช่วยลดการเกิดติดเชื้อ VAP และสอดคล้องกับภทราธรัตน์ ต้นนุกิจและคณะ²³ พบว่า การใช้แผ่นฟิล์มใสชนิดมีคลอเฮกซิดีนปิดแผลที่แทงสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยค่าใช้จ่ายไม่เพิ่มขึ้น

อัตราการเสียชีวิต หลังการใช้แนวปฏิบัติลดลง แสดงว่าแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น มีประสิทธิภาพนำไปใช้ปฏิบัติได้ครบถ้วน ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาใน SICU และเสียชีวิตลดลง สอดคล้องกับ ชาเลห์, อินนาม และจาฟารี⁸ พบว่า การนำแนวปฏิบัติ surviving sepsis campaign ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ผู้ใหญ่) ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงใน ICU ทำให้อัตราการเสียชีวิตใน ICU ลดลง สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกรายเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว การทำงาน

ของอวัยวะล้มเหลว □ 3 ระบบ สอดคล้องกับ เบทานี เทเลอร์⁹ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในช่องท้องที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ได้แก่ อายุมาก มีโรคประจำตัว ภาวะไตวาย ภาวะเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติ สอดคล้องกับกิ่งกาญจน์ หาญล่ายวง⁴ คือ จำนวนอวัยวะที่มีภาวะการทำงานผิดปกติ □ 3 ระบบ และลัทธิตาเจริญพงษ์ และกิตติศักดิ์ ผลदारกุลชัย⁵ พบภาวะเลือดเป็นกรด และ ภาวะแทรกซ้อนไตวายเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด เป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

2.3 ด้านองค์กร จำนวนวันนอนใน SICU เฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย หลังใช้แนวปฏิบัติลดลง แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ นำไปใช้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต และย้ายออกจาก SICU เร็วขึ้น จำนวนวันนอนใน SICU เฉลี่ยและค่ารักษาพยาบาลลดลง สอดคล้องกับชีชมพร ชาวขมิ้น และคณะ²² พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสมอบาดเจ็บรุนแรง ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ส่งผลให้จำนวนวันนอน ICU เฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่า การเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม ร่วมกับการนิเทศควบคุมการปฏิบัติด้วยการโค้ช รวมถึงความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามแนวทางที่กำหนดมากขึ้นและต่อเนื่อง ถึงแม้การเปรียบเทียบทางสถิติของผลลัพธ์ด้านคุณภาพและด้านองค์กรส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนกับหลังใช้แนวปฏิบัติ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการใช้แนวปฏิบัติส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านผู้ให้บริการ คุณภาพบริการและด้านองค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มการพยาบาลควรสนับสนุนให้หน่วยงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหน่วยงานอื่นที่ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

2. ควรขยายผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแส

โลหิตแบบรุนแรงจากชุมชน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเครือข่ายจังหวัดสระบุรีและในเขตสุขภาพที่ 4

3. ควรจัดอบรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ และก้าวหน้าเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง

4. ควรวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในกลุ่มโรคอื่น เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และในกลุ่มผู้สูงอายุ

References

1. World Health Organization. The World Health Organization's first global report on sepsis. [internet] 2021 [cited 2021 Oct 5]; Available from <https://www.who.int/news/item/08-09-2020-who-calls>.
2. Health Data Center, Ministry of Public Health. [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 5]; Available from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source>. Thai.
3. Saraburi Hospital, (2021), annual performance report 2021. Thai.
4. Hanlomyuang G. The analysis of contributing factors to septic death in Pakkred Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2020;10(1):108-117. Thai.
5. Charoenpong L, Pholtawornkulchai K. Incidence and risk factors associated with mortality from sepsis At Chaophrayayommarat Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(4):542-560. Thai.
6. Nawijn F, Smeeing DPJ, Houwert RM, Leenen LPH, Hietbrink F. Time is of the essence when treating necrotizing soft tissue infections: a systematic review and meta-analysis. Word Journal of Emergency Surgery. 2020;15(4):1-11.
7. Abaziou T, Vardon-Bounes F, Conil's JM, et al. Outcome of community- versus hospital-acquired Intra-abdominal infections in intensive care unit: a retrospective study. JMA Anesthesiol. 2020;20(1): 295 - 303.
8. Tellor B, Skrupky LP, Symons W, et al. Inadequate source control and inappropriate antibiotics are key determinants of mortality in patients with intra-abdominal sepsis and associated bacteremia. Surgical Infection. 2015;16(6):785-793.
9. Surgical intensive care unit Saraburi Hospital, (2021), Annual performance report 2021. Thai.
10. Thiemsuwan Y, Orachon O, Yindesuk T, Kwanchang P, Prasertsri N. The Development caring system

- of critical sepsis patients by case management at Sunprasithtiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(1):184-193.
11. Apiradeewageeset N, Karnchanasint P. Nursing care of adult severe sepsis/ septic Shock Siriraj Hospital. [internet]. 2013. [cited 2021 Oct 7]; Available from <https://www.google.com/search?q=severe+sepsis%2Fseptic+shock>. Thai.
 12. Kusoom W, editor. Critical care nursing: A holistic approach. 6th ed. Bangkok: Sahap-rachapanich; 2017. (in Thai)
 13. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Critical Care Medicine. 2021;49(11): e1063-e1143.
 14. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guide to the development, Implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [internet]. 1988. [cited 2021 Oct 10]; Available from <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp30>.
 15. Bandura A. The Social Cognitive Theory. [internet]. 1986. [cited 2021 Oct 10]; Available from <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchangetheories>.
 16. Spross J A, Expert coaching and guidance. Advanced nursing practice: An integrative approach. 2009. St. Louis: Saunders Elsevier:159-90.
 17. Gaesawahong R, Saengpatrachai M. Coaching for nurse leadership competency development. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2022;9(1):122-128.Thai.
 18. Al Omar S, Khalaf I, Alshraideh J.A. Implementing surviving sepsis campaign guidelinesand mortality of adult patients in intensive care units: An integrative review. Open Journal of Nursing. 2019;9(10): 1054-1072.
 19. Phongpattanawoot U, Suttana S, Sanpunya T. Development of the nursing service system for patients with sepsis Phrae Hospital. Journal of Nursing Division. 2022;122(8):84-95.
 20. Choy CL, Liaw SY, Goh EL, See KC and Chua WL. Impact of sepsis education for healthcare professionals and students on learning and patient outcomes: a systematic review. [internet]. 2022. [cited 2022 Feb. 10]; Available from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670122000093>.
 21. Nueng Nasuwan W, Normkusol J, Thongjam R, Panaput T. Development of the nursing service system for patients with severe sepsis. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2019;6(1): 36- 51.
 22. Chaokhamin T, Pearkao C, Pho-ong J, Phumchumseang P. Development of clinical nursing practice guideline for patients with severe traumatic brain injury at surgical intensive care unit in Saraburi Hospital. Journal of Nursing Division. 2018;45(2):5-28. Thai.
 23. Tannukit P, Sukthongsa D. Central line associated blood stream infection care: a case study. 2019.

วารสารกองการพยาบาล

Vajira nursing Journal. 2019;21(2):88-99. Thai.

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาล ห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

เพชรฐา ห้วยเรไร แอชตัน*	วท.ม (สาขาบริหารโรงพยาบาล)
นิตรา ชัญชัยเดชาชัย**	พย.บ
พิชญดา โลฬิมาน***	พย.บ
สุภาพร หงษ์ทอง***	พย.บ

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ช และศึกษาผลของการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ 4 คน พยาบาล 12 คน และผู้ป่วย 60 คน เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ช ประกอบด้วย คู่มือพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตารางการฝึกอบรม ฝึกทักษะ ตารางการโค้ชและปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพโดยเทคนิคเดลฟาย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของพยาบาล ของแพทย์ และของผู้ป่วย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธี คูเดอริชาร์ดสันและสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ค่าความตรงเท่ากับ 0.91-0.94 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทีอิสระ และวิลคอกซอน ไซน์-แรงค์ เทส

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ช เพื่อส่งเสริมความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย คู่มือการพยาบาล คู่มือการโค้ช ตารางฝึกอบรม ฝึกทักษะ ตารางการโค้ชและปฏิบัติการพยาบาล ผลการใช้โปรแกรม พบว่า คะแนนความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดหลังใช้โปรแกรม (Mean 57.75 SD 1.48) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (Mean 49.17 SD 2.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอนร้อยละ 100 พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean 4.53 SD 0.5) ผู้ให้บริการและแพทย์มีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean 4.05 SD 0.35) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean 4.31 SD 0.51) สำหรับคุณภาพบริการ และระยะเวลาในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาล

คำสำคัญ : โปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ช ความสามารถของพยาบาล การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครปฐม

Corresponding e-mail: petchradahuirerai@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยสมอง โรงพยาบาลนครปฐม

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลนครปฐม

The results of the development of a coached learning program to promote nursing ability
Operating room for nursing patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery,
Nakhonpathom Hospital

Petchrada Huairerai Ashton *	M.Sc. (Hospital Administration)
Nitra Chanchaidechachai**	B.N.S. (Nursing)
Pitchada Loluphiman***	B.N.S. (Nursing)
Supaporn Hongthong***	B.N.S. (Nursing)

Abstract

The purposes of this developmental research were to develop a coaching learning program and to study the effect of the program implementation. The sample was selected using purposive sampling and consisted of 4 doctors, 12 nurses, and 60 patients. The research instrument was a coaching learning program and composed of a handbook of coronary artery bypass surgery for nurses, training schedule, skill training, coaching schedule and nursing practice. The Delphi technique was used to examine the quality of the program. Data collecting tools consisted of knowledge and skill assessment, satisfaction questionnaire of the nurses, doctors, and patients. The Kuder Richardson and Cronbach's alpha coefficient were used to assessed the quality of the data collecting tools yielding validity of 0.91-0.94. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, independent statistics and Wilcoxon side-rank test.

The results showed that a coaching learning program to promote the ability of the operating room nurses on caring for the patients with coronary bypass surgery consisted of nursing manual, coaching guide, training schedule, skill training, coaching schedule and nursing practice. The results of the program implementation revealed that the competency score of the operating room nurses after using the program (Mean 57.75 SD 1.48) was higher than before entering the program (Mean 49.17 SD 2.08), yielding statistically significant level of 0.01. The operating room nurses did perform every step completely at 100 percent and reported a high level of satisfaction score (Mean 4.53 SD 0.5). Service users and physicians were satisfied at a high level (Mean 4.05 SD 0.35). The patients were satisfied at a high level (Mean 4.31 SD 0.51). The service quality and the duration of the surgery between the control and the experimental groups were significantly different at the 0.01 level. There was no incidence of postponement surgery due to the nursing team.

Keywords: coached learning program, nurse's abilities, coronary artery bypass surgery

-
- * Registered nurse, Senior professional Level, Head of Operating room Nakhonpathom Hospital
Corresponding e-mail: petchradahuairerai@hotmail.com
- ** Registered nurse, Senior professional Level specializing in the brain
- *** Registered nurse, Professional Nurse Specialized in the nursing of cardiovascular

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (coronary artery disease) เกิดจากหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบตันหรืออุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน จากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตของคนไทย ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึงปีละ 7 หมื่นราย (2565)¹ พบมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน การรักษาโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting: CABG) เป็นการรักษาที่ช่วยให้ชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้น

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พ.ศ. 2561-2565² กำหนดให้โรงพยาบาลนครปฐมเป็นศูนย์ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เพื่อรองรับผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 5 งานห้องผ่าตัดต้องมีศักยภาพในการให้บริการการผ่าตัดหัวใจ ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งแบบนัดล่วงหน้า (elective case) และผ่าตัดแบบฉุกเฉินตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนครปฐม ให้บริการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์เฉพาะสาขา ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ห้องผ่าตัด 16 ห้อง มีรูปแบบการจัดอัตรากำลังแบบ block model คือ การจัดเป็นห้องผ่าตัดเฉพาะทาง หรือจัดห้องผ่าตัดตามศัลยแพทย์ มีพยาบาลหัวหน้าห้องประจำทุกสาขา³⁻⁴ พยาบาลสมาชิกทีมจะหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในแต่ละสาขา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง และมีความสามารถในการให้การพยาบาลผ่าตัดได้หลายสาขา การหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในแต่ละห้องผ่าตัด หัวหน้าห้องแต่ละสาขาเป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะ เมื่อพบทวนการผ่าตัดเฉพาะสาขาหัวใจ ซึ่งเป็นการพยาบาลผ่าตัดที่ต้องการความรู้และความชำนาญพิเศษเฉพาะเจาะจง เพราะความยุ่งยากของเครื่องมือ

ขั้นตอนการส่งเครื่องมือผ่าตัด รวมทั้งขั้นตอนการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนและต้องการความแม่นยำและรวดเร็ว

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) เพื่อให้ออกซิเจนและปริมาณเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มขึ้น มีการใช้เทคโนโลยี เครื่องมือพิเศษเฉพาะอุปกรณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อน ละเอียดอ่อน และยุ่งยากในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ขั้นตอนในการทำยุ่งยากซับซ้อนมาก ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนครปฐมมีอัตรากำลังเพียง 60% ของจำนวนที่ควรมี ทำให้ไม่สามารถส่งพยาบาลไปฝึกอบรมจากหน่วยงานภายนอกได้ตามความต้องการและในปีงบประมาณ 2565 มีการขยายงานโดยเปิดห้องผ่าตัดเพิ่ม 5 ห้อง เป็นห้องผ่าตัดหัวใจและทรวงอกเพิ่มอีก 1 ห้อง ทำให้ขาดพยาบาลที่มีความชำนาญในการช่วยผ่าตัดหัวใจมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่าการโค้ช (coaching) เป็นกระบวนการช่วยให้คนเพิ่มพูนหรือปรับปรุงความสามารถ โดยมีเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะ จากความไม่รู้เกิดเป็นองค์ความรู้ จากการปฏิบัติไม่เป็นจนสามารถปฏิบัติเป็น จากความไม่ชำนาญกลายเป็นความชำนาญ เป็นการพัฒนาให้มีความรู้ (knowledge) และทักษะ (skill) การปฏิบัติในคลินิก⁵⁻⁶ กระบวนการโค้ช มี 4 ขั้นตอน⁷⁻⁸ ได้แก่ (1) การเตรียมการ (2) การวางแผน (3) การปฏิบัติ และ (4) การประเมินผลการโค้ช เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้สำหรับการสอนเทคนิค และวิธีปฏิบัติงาน สามารถสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพผู้บริหารต้องเตรียมความพร้อมทางด้านทรัพยากรบุคคล

เงินทุน ระบบการบริหารจัดการ เครื่องจักรหรืออุปกรณ์ ที่จำเป็นในการดำเนินธุรกิจ⁹ ทรัพยากรบุคคลถือเป็น ทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อองค์กรเป็นอย่างยิ่ง องค์กรจะมีความพร้อมไปทุกด้าน หัวหน้างานมี บทบาทสำคัญในการสอนงาน ติดตาม ควบคุม การทำงานเพื่อให้ลูกน้องเกิดความชำนาญ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตรงตามเป้าหมาย ขององค์กร การสอนงานเป็นการมองที่กระบวนการ หรือเทคนิคในการสอนและการชี้แนะการปฏิบัติงาน¹⁰ การสอนงานของหัวหน้างานนั้นมีบทบาทต่อการ พัฒนาบุคลากรในองค์กร การสอนงานอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้ความสามารถ ในการสอนงาน¹¹⁻¹²

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะหัวหน้า งานห้องผ่าตัด มีหน้าที่ความรับผิดชอบพัฒนาคุณภาพ ศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัด ให้มีความสามารถ ประกอบไปด้วย ความรู้และทักษะในการปฏิบัติการ พยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัด จึงนำแนวคิดกระบวนการ โค้ช และแนวคิดการโค้ช¹²⁻¹⁴ มาประยุกต์ใช้ในการ เรียนรู้แบบโค้ช

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อ ส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

2. ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบ โค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดใน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วย

2.1 ด้านผู้ให้บริการ (1) ความรู้ก่อนและ หลังใช้การพัฒนาโปรแกรมของพยาบาลห้องผ่าตัด (2) ทักษะการให้พยาบาลหลังการใช้โปรแกรม (3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรม

2.2 ด้านผู้ให้บริการ (1) ความพึงพอใจ ของแพทย์ต่อการใช้โปรแกรมของพยาบาล (2) ความ พึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการพยาบาลผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.3 ด้านคุณภาพบริการ (1) ระยะเวลา ในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนและ หลังใช้โปรแกรม (2) อุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดทำทาง เบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากทีมพยาบาลห้อง ผ่าตัด ก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ 2 แพทย์ผ่าตัดและผู้ป่วยที่เข้า รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

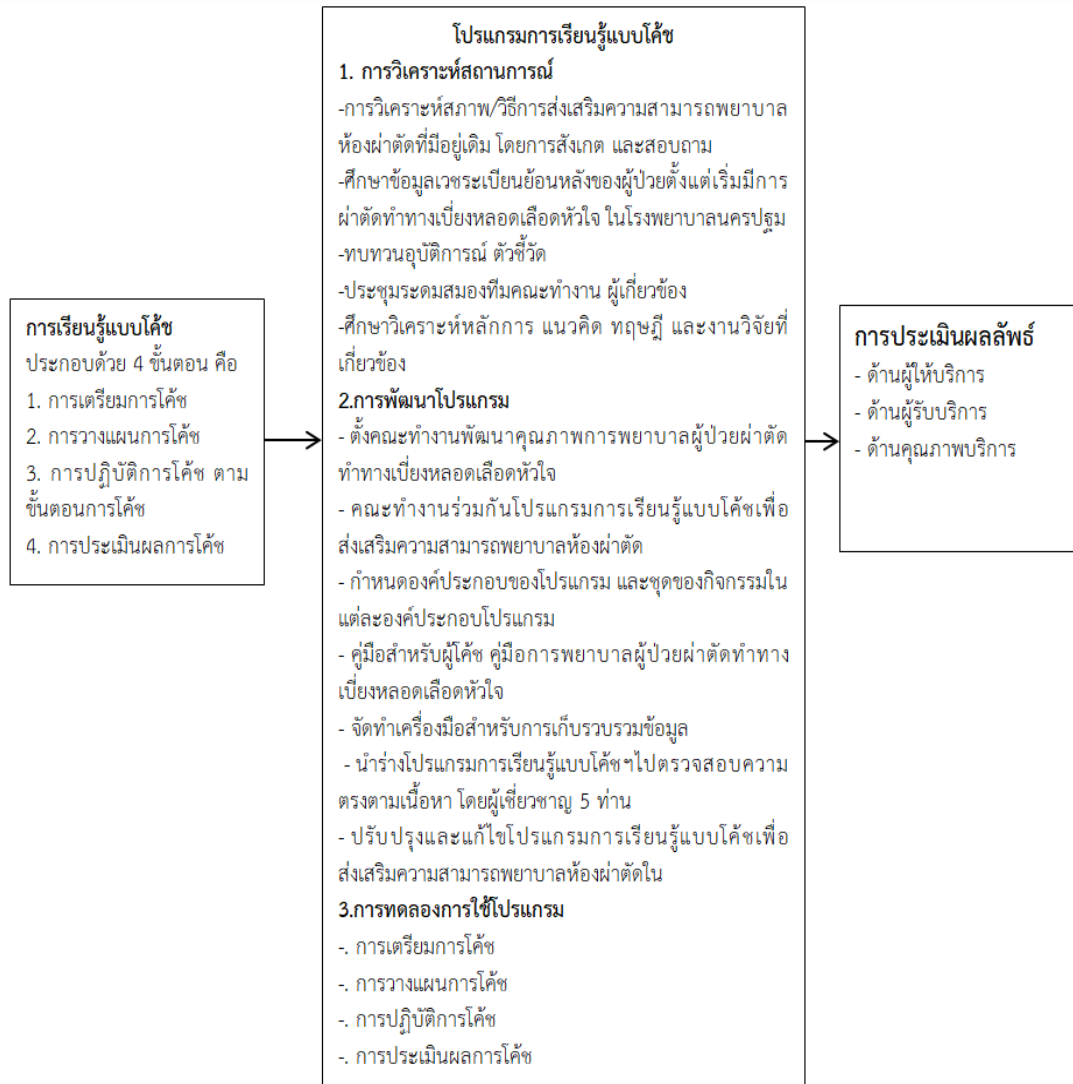
กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย กลุ่ม ผู้โค้ช คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรม พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ และหลอดเลือดและได้รับการสอนตามตารางการ สอนโค้ช 2 คน และ กลุ่มผู้รับการโค้ช คือ พยาบาลมี ประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 6 เดือนขึ้นไป ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ปฏิบัติงานได้ทั้งในและ นอกเวลาราชการ เต็มใจเข้าร่วมโครงการ ปฏิบัติงาน ในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนครปฐม ช่วงเดือน สิงหาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 2 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแพทย์ผ่าตัด จำนวน 2 คน และกลุ่มผู้ป่วยเข้ารับ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จาก เวชระเบียน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน กรกฎาคม 2564 จำนวน 60 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วย ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 โดยใช้ประชากรทั้งหมด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนา
ของ ลัดดา เหลืองรัตนมาศ¹⁵ และ สาวิกา ชูสอนสาย¹⁵

ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2)
การพัฒนาโปรแกรม (3) การทดลองใช้โปรแกรม
และ (4) การประเมินผลลัพธ์ รายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา
ดำเนินการ 2 ปี 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง
30 กันยายน 2565 แบ่งการวิจัย ออกเป็น 4 ขั้นตอน
ได้แก่ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2) การพัฒนา
โปรแกรม (3) การทดลองใช้โปรแกรม และ (4) การ
ประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมการเรียนรู้

แบบโค้ช ประกอบด้วย คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตารางการฝึกอบรม ฝึก
ทักษะ ตารางการโค้ช และปฏิบัติการพยาบาล
ตรวจสอบคุณภาพโดยเทคนิค เดลฟาย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1)

แบบประเมินความรู้ (2) แบบประเมินทักษะ (3) แบบ

สอบถามความพึงพอใจของพยาบาล (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของแพทย์ และ (5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
คณะผู้วิจัย จัดทำคู่มือพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และตารางการฝึกอบรม ฝึกทักษะ ตารางการโค้ชและปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดสาขาหัวใจ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลจากกองการพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าความตรง เท่ากับ 0.91-0.94

ขั้นตอนการดำเนินการ มีดังนี้

1. การเตรียมการโค้ช จากการระดมสมองหัวหน้าห้องผ่าตัด ผู้โค้ช 2 คน ฝึกอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ จำนวน 4 ชั่วโมง
2. ผู้รับการโค้ช คือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า 6 เดือนและสามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้จำนวน 12 คน อบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ จำนวน 4.5 ชั่วโมง
3. การวางแผนการโค้ช จัดทำตารางการฝึกทักษะและฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยกำหนดเวลาของการโค้ชและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบท
4. การปฏิบัติการโค้ช โดยผู้รับการโค้ชให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

หัวใจ โดย ผู้โค้ช 1 คน จับคู่กับผู้รับการโค้ช 1 คน ผู้โค้ชทำการสอนงาน (โค้ช) แก่ผู้รับการโค้ช (พยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มตัวอย่าง) ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 3 ครั้ง ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอกให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 3 ครั้ง

5. ทดลองให้การพยาบาลผู้ป่วยครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 27 สิงหาคม – 25 ธันวาคม 2564 ผู้โค้ชอยู่ร่วมกับผู้รับการโค้ช ในขณะที่ผู้รับการโค้ชให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

6. ทดลองให้การพยาบาลผู้ป่วยครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2564 – 17 เมษายน 2565 ผู้รับการโค้ชให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเองโดยลำพัง โดยผู้โค้ชสังเกตผู้รับการโค้ชอยู่รอบนอก

7. ทดลองให้การพยาบาลผู้ป่วยครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 18 เมษายน – 30 กันยายน 2565 ผู้รับการโค้ชปฏิบัติเองโดยลำพัง

8. การประเมินผลการโค้ช คณะทำงานนำผลการทดลองใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชร่วมกับการสนทนากลุ่ม พิจารณาแก้ไขปรับปรุงโปรแกรมเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการสังเกต และสอบถามหัวหน้าห้องผ่าตัดสาขาหัวใจ และพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดสาขาหัวใจ ทบทวนอุบัติการณ์ ตัวชี้วัด ประชุมระดมสมองทีมคณะทำงาน และศึกษาวิเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. เก็บข้อมูลก่อนใช้โปรแกรม ดังนี้

(1) ประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างก่อนอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้วยแบบประเมินความรู้ จำนวน 63 ข้อ

(2) เก็บข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยแบบบันทึกระยะเวลาในการผ่าตัด จำนวน 60 ราย

(3) เก็บข้อมูลอุบัติการณ์เลือดผ่าตัดจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ด้วยแบบบันทึกอุบัติการณ์เลือดผ่าตัด

3. เก็บข้อมูลหลังใช้โปรแกรม ดังนี้

(1) ประเมินความรู้พยาบาลห้องผ่าตัด ด้วยแบบประเมินความรู้ จำนวน 63 ข้อ

(2) ประเมินทักษะพยาบาลห้องผ่าตัดหลังใช้โปรแกรมครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ด้วยแบบประเมินทักษะ จำนวน 59 ข้อ

(3) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ช จำนวน 20 ข้อ

(4) ประเมินความพึงพอใจของแพทย์ผ่าตัดด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 14 ข้อ

(5) ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพยาบาล จำนวน 30 ข้อ เก็บข้อมูลในวันที่จำหน่าย

(6) เก็บข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดด้วยแบบบันทึกระยะเวลาการผ่าตัด เดือนสิงหาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565

(7) เก็บข้อมูลอุบัติการณ์เลือดผ่าตัดในผู้ป่วยฉุกเฉินจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ด้วยแบบบันทึกอุบัติการณ์เลือดผ่าตัด

(8) เก็บข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลต่อ

การใช้โปรแกรม ด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถาม 4 ด้าน ดังนี้ (1) องค์ประกอบของกิจกรรมในโปรแกรม (2) กระบวนการนำโปรแกรมไปใช้ (3) ผลการใช้โปรแกรม และ (4) ความพึงพอใจโดยรวม

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม หนังสือเลขที่ 027/2021 และ 027/2022 ปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลห้องผ่าตัดแพทย์ และผู้ป่วย ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความรู้ และทักษะของพยาบาลก่อน และหลังใช้โปรแกรม ด้วยความถี่ ร้อยละ และสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

วิเคราะห์ระยะเวลาการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อน และหลังผ่าตัดด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ประกอบ ด้วย คู่มือการพยาบาล คู่มือการโค้ช ตารางฝึกอบรม ฝึกทักษะ ตารางการโค้ชและปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างจากการเรียนรู้แบบเดิม รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเรียนรู้แบบเดิม และการเรียนรู้แบบโค้ช

การเรียนรู้แบบเดิม	การเรียนรู้แบบโค้ช
1. การเตรียมพยาบาลห้องผ่าตัดหมุนเวียนปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดหัวใจ มีการให้ความรู้ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัดทั่วไป ไม่มีการเตรียมพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 2. พยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดหัวใจ เป็นผู้ฝึกสอนพยาบาลที่หมุนเวียนปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดหัวใจ 3. การเรียนการสอนใช้เวลาว่างจากการปฏิบัติงาน 4. ใช้เวลาในการเรียนรู้นาน อย่างน้อยคนละ 4 เดือน	1. การเตรียมการโค้ช - เตรียมผู้โค้ช ให้ความรู้และฝึกทักษะ 4 ชั่วโมง แบ่งเป็นทฤษฎี เรื่อง การโค้ชเพื่อพัฒนาความรู้พยาบาลห้องผ่าตัด 3 ชั่วโมง ฝึกทักษะโดยทดลองปฏิบัติเป็นผู้โค้ช คนละ 1 ครั้ง 1 ชั่วโมง - เตรียมผู้รับการโค้ช ให้ความรู้และฝึกทักษะ 4 ชั่วโมง แบ่งเป็นทฤษฎี เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 ชั่วโมง และฝึกทักษะโดยทดลองปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยฝึกทักษะตัวต่อตัวระหว่างผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้โค้ชมอบคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กับผู้รับการโค้ชนำกลับไปทบทวน 2. การวางแผนการโค้ช จัดตารางการฝึกทักษะและฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชร่วมกันกำหนดเวลาของการโค้ชและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) 3. การปฏิบัติการโค้ช - ผู้โค้ช 1 คน จับคู่กับผู้รับการโค้ช 1 คน ให้การพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้ง ครอบคลุมการพยาบาลผ่าตัด 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก - ผู้โค้ชปฏิบัติตามขั้นตอนการโค้ช (Coaching) ดังนี้ (1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการโค้ช เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจต่อผู้โค้ช (ใช้เวลา 5 นาที) (2) กำหนดขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช (ใช้เวลา 20 นาที) (3) ระหว่างที่ผู้รับการโค้ชปฏิบัติการพยาบาล ผู้โค้ชมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูลย้อนกลับ การกล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้คำชี้แนะเพิ่มเติมบางกิจกรรมที่ผู้รับการโค้ชปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทบทวนหรือสาธิตซ้ำเพื่อให้เข้าใจ (ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง) (4) ประเมินผลการปฏิบัติ หลังการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชร่วมกันประเมินการปฏิบัติและผลสำเร็จ (ใช้เวลา 15 นาที) 4. การประเมินผลการโค้ช สนทนากลุ่ม เพื่อพิจารณาแก้ไขปรับปรุงโปรแกรมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านองค์ประกอบของกิจกรรมในโปรแกรม ด้านกระบวนการนำโปรแกรมไปใช้ ด้านผลการใช้โปรแกรม และด้านพึงพอใจโดยรวม (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบขั้นตอนการเรียนรู้แบบเดิมและการเรียนรู้แบบโค้ช

วารสารกองการพยาบาล

ผลการใช้โปรแกรมด้านผู้ให้บริการ พบว่า ความรู้ของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ช มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Mean 57.75, SD 1.48 และ Mean 49.17 SD 2.08) ตามลำดับรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		df	t	p
	Min-Max	Mean $\pm$ SD	Min-Max	Mean $\pm$ SD			
1. ความรู้เรื่องโรค ภาวะวิกฤต สรีระวิทยา และการรักษา	16-21	18.08 $\pm$ 1.38	19-23	21.25 $\pm$ 1.06	11	9.84	< .01*
2. การพยาบาลผู้ป่วยก่อน ผ่าตัด	6-8	7.42 $\pm$ 0.67	8-9	8.58 $\pm$ 0.51	11	5.63	< .01*
3. การพยาบาลผู้ป่วยขณะ ผ่าตัด	16-20	17.42 $\pm$ 1.44	19-22	20.42 $\pm$ 0.90	11	9.21	< .01*
4. การพยาบาลผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด	5-7	6.25 $\pm$ 0.75	7-8	7.5 $\pm$ 0.52	11	5.0	< .01*
คะแนนภาพรวม	47-54	49.17$\pm$2.08	55-61	57.75$\pm$1.48	11	14.1	< .01*

*p < .01

ทักษะของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดทางทรวงอกหลอดเลือดหัวใจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะในบทบาท circulation และ scrub

nurses หลังการใช้โปรแกรมในครั้งที่ 3 สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมในครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทักษะของพยาบาล ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 3 ก่อน และหลังใช้โปรแกรม

ทักษะของพยาบาล	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 3	df	t	p
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
1. ก่อนผ่าตัด	10.8 $\pm$ 1.23	12 $\pm$ 0.0	9	3.087	< .013
2. บทบาท circulating nurse	8.71 $\pm$ 2.08	12 $\pm$ 0.0	30	8.79	< .01*
3. บทบาท scrub Nurse	8.02 $\pm$ 2.50	12 $\pm$ 0.0	64	12.87	< .01*
4. หลังผ่าตัด	9.83 $\pm$ 2.14	12 $\pm$ 0.0	5	2.48	< .06

*p < .01

ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.53, SD 0.5) ความพึงพอใจของแพทย์ต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก

(Mean 4.05, SD 0.35) และความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.31, SD 0.51) รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมของพยาบาล แพทย์ และผู้ป่วย

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม	Mean	SD	ระดับ
1. ความพึงพอใจของพยาบาล	4.53	0.5	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจของแพทย์ผ่าตัด	4.05	0.35	มาก
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย	4.31	0.51	มาก

ผลการใช้โปรแกรมด้านคุณภาพบริการพบว่า ระยะเวลาการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 235.05 นาที (3 ชม.55 นาที) กลุ่มทดลอง มีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 215.15 นาที (3 ชม. 35 นาที) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัด

ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างจากการสนทนากลุ่ม พบว่า องค์ประกอบของกิจกรรมในโปรแกรม มีความเหมาะสม และสอดคล้องกัน ทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถ ทั้งในด้านองค์ความรู้ และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะขั้นตอนการวางแผนการเคาะและการปฏิบัติการเคาะ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เคาะและผู้รับการเคาะ มีส่วนร่วมออกความคิดเห็น เสนอแนะ และมีโอกาสปฏิบัติงานร่วมกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจ มีความไว้วางใจกันมากขึ้น มีโอกาสฝึกทักษะก่อนไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย และมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ผู้เคาะเป็นพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดหัวใจ มีความเชี่ยวชาญ ได้รับฝึกอบรม และฝึกทักษะการเคาะก่อนปฏิบัติงานจริง ทำหน้าที่คอยติดตาม ให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้รับการเคาะมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว ด้านกระบวนการนำโปรแกรมไปใช้ กลุ่ม

ตัวอย่างให้เห็นว่า กิจกรรมและระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมมีความเหมาะสม การจัดให้มีการเตรียมความพร้อมของผู้เคาะและผู้รับการเคาะ จนมีความรู้ และทักษะก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัด มีการพัฒนาขีดความสามารถ ความรู้ และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความมั่นใจ มีกำลังใจในการเรียนรู้ และผลักดันให้มีพลังในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ รวมถึงสามารถนำโปรแกรมห้ดกล่าวมาใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และต้องการให้มีโปรแกรมการเรียนรู้แบบเคาะเพื่อส่งเสริมความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในแผนกผ่าตัดอื่น ๆ ด้วย

อภิปรายผล

การอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมการเรียนรู้แบบเคาะเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม แบบมีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอนของการพัฒนาตามกระบวนการเคาะ ประกอบด้วย ระยะการเตรียมการ ระยะการวางแผนการเคาะ ระยะการปฏิบัติการเคาะ และระยะการประเมินผลการเคาะ การเตรียมการดำเนินการโดยเตรียมผู้เคาะ และผู้รับการเคาะ ทั้งด้านความรู้ และการฝึกทักษะ จนสามารถปฏิบัติได้อย่าง

ถูกต้องทุกขั้นตอน ก่อนไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างปฏิบัติการพยาบาล จะมีผู้โค้ช คอยติดตามดูแล สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ให้คำแนะนำและสอนเทคนิคในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถ มีความรู้ และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การประเมินการเรียนรู้ และทักษะเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพร้อมในการให้บริการผ่าตัด (Mean 4.13, SD 0.29) รองลงมา ได้แก่ ด้านประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ในการดูแล (Mean 4.03, SD 0.29) และด้านศิลปะการดูแลของพยาบาล (Mean 4.32, SD 0.5)

ทั้งนี้ การเรียนรู้แบบโค้ชเป็นกลยุทธ์หนึ่งในกระบวนการเรียนการสอนที่ปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน โดยผู้สอนหรือโค้ชเป็นผู้ช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนา หรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง รูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพ พยาบาลที่ได้รับการมอบหมายให้ทำการสอนงานพยาบาลใหม่ มีความรู้ และทักษะในการโค้ชมากขึ้น⁸

การนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมไปใช้ พบว่า ความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หลังใช้โปรแกรมมีมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้โปรแกรม ส่วนทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดมีการพัฒนาขึ้นจากปฏิบัติไม่ได้ เป็นสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้รูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดน

ภาคใต้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการโค้ช พยาบาลใหม่มีความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน มีคะแนนความสามารถด้านการปฏิบัติการบริการสุขภาพเพิ่มทุกคน และคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าโค้ชเป็นกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพมีเพิ่มขึ้น¹⁷

พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก ต่อโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งในโปรแกรมสามารถประเมินผลได้ทั้งระหว่างและภายหลังสิ้นสุดการโค้ช โดยประเมินทั้งด้านดี และด้านที่ควรปรับปรุงในทันทีที่พบ พร้อมให้คำแนะนำ สอนเทคนิคในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ทำหน้าที่โค้ช และผู้รับการโค้ช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาว่าการสอนแนะ (coaching) เป็นกระบวนการที่ทำให้มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบเผชิญ ตัวต่อตัว การมีโมติเวชัน การสร้างสัมพันธภาพ มีการสอนแนะช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้เพิ่มความมั่นใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง¹⁸ นอกจากนี้ การสอนแนะ (coaching) เป็นการสื่อสารที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ซึ่งคือการสื่อสารแบบสองทาง (two ways communication) ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ และเกิดความพึงพอใจในการเรียนการสอน¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาว่าความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบการโค้ช และผู้รับบริการระบบโค้ชจะมีความพึงพอใจต่อการใช้อยู่รูปแบบการโค้ชในทุกขั้นตอน⁸

ความพึงพอใจของแพทย์ที่มีต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก เพราะความสามารถของพยาบาลในการส่งเครื่องมือผ่าตัด อย่างมีส่วนร่วมในการ

วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทำให้พยาบาลเกิดความมุ่งมั่น และมีความเชื่อมั่นในการให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี ส่งผลทำให้บรรยากาศในการปฏิบัติงานราบรื่น

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดด้วยการเรียนรู้แบบโค้ชที่พัฒนาขึ้น ได้กำหนดให้มีการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด การไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังกเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง และช่วยลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยใช้สติปัญญาในการประเมินเหตุการณ์ได้²⁰

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีการให้การพยาบาลครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัด ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ ผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ช ส่งเสริมความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานบรรยากาศในการปฏิบัติงานราบรื่น ระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยลงเป็นความท้าทายให้เกิดการพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ

การศึกษาว่ากระบวนการโค้ชเพื่อช่วยเหลือและปฏิบัติการที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับทำให้ผู้โค้ชและผู้ได้รับการโค้ช พัฒนาได้รวดเร็วและเปลี่ยนพฤติกรรม การเรียนรู้ได้เร็ว ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากทีมพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากการโค้ชทำให้มีประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น การโค้ชสามารถพัฒนาการปฏิบัติการสอนของได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายพัฒนาความรู้และทักษะด้วยการเรียนรู้แบบโค้ช และนำโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนาให้พยาบาลห้องผ่าตัดให้มีความสามารถ มีทั้งความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มีคุณภาพ และปลอดภัย

2. เผยแพร่ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบโค้ชเพื่อส่งเสริมความสามารถพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ไปยังห้องผ่าตัด โรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพเขตอื่น ๆ ที่มีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3. ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีผลกระทบของเชื้อโควิด 19 ทำให้ขยายเวลาจาก 1 ปี เป็น 2 ปี เพราะกลุ่มตัวอย่างน้อยลง อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการโค้ช และผลลัพธ์หรือพฤติกรรมของผู้รับการโค้ช

References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Cardiovascular Disease Statistics [internet]. 2022. [cited 2022 Aug 22]; Available from: <https://www.prd.go.th> Thai.
2. Ministry of Public Health. Health Service Development Plan (Service Plan) 2018-2022. Bangkok : Cooperative Union Printing House, 2016. Thai.
3. Kamonwan Ramdech. Teaching, consulting and caring. Bangkok: Thana Place Company Limited; 2007. Thai.
4. Kritsada Sawangdee. Guidelines for arranging nursing manpower. 2nd ed. Bangkok: Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2008. Thai.
5. Office of the Civil Service Commission (OCSC). Instruction Manual for High Achievement Civil Servants. Bangkok: Office of the Civil Service Commission. Thai.
6. Grealish, L. The skill of coach are an essential element in clinical learning. Journal of Nursing Education. 2000; 39(5), 231-3.
7. Thanyaporn Chuenklin, Watchara Rueandee. Developing a coaching model for developing learning management competencies of nursing instructors to promote critical thinking skills of nursing students. under the royal institute Ministry of Public Health. Silpakorn Education Research Journal. 2012;4(1), 112-29. Thai.
8. Chularat Haohan, Orachon Yuenthongpan. Research and development of a coaching model to develop The ability to perform health service work. Journal of Nursing, Ministry of Public Health. 2015; 25(1), 167-77. Thai.
9. Whitmore, J. Coaching strategies to achieve goals professionally. Translated from Coaching for Performance. By Wuttinan Chumpu. Nonthaburi: Printmaking Limited Partnership; 2016. Thai.
10. Chularat Kerdniyom. The effect of teaching work according to the concept of Bentley to the ability be the leader of the nursing team members. Master's thesis, Nursing Science (Nursing Administration), Chulalongkorn University, 2003. Thai.
11. Prant Jiratikarn. Effects of the use of supervision by the head nurse's guidance to Satisfaction of full-time nurses. Bangkok Chulalongkorn University, 2004. Thai.
12. Praphapen Suwan, Swing Suwan. Behavioral science. Health Behavior and Health Education. 2nd Ed. Bangkok: Chao Phraya Printing, 1993. Thai.
13. Duanghathai Homechaiyawong. Development of teaching and learning model that emphasizes coaching and supervision. Guidance to promote the competence of elementary school teachers of teacher-professional students. Silpakorn Education Research Journal. 2015;8 (1):198-213. Thai.
14. Girvin J. Coaching for Improving job performance and satisfaction. Nursing Times. 1999;95(5):55-57.
15. Ladda Luang Rattamat. Follow-up assessment research results. until March 10, 2021. [internet]. 2016. [cited 2022 Aug 22]; Available from <http://164.115.41.60/knowledge/?p=431> Thai.

16. Grealish L. The skill of coach are an essential element in clinical learning. *Journal of Nursing Education*. 2000;39(5):231-233.
17. Law, H. , Aquilina, R. Developing a healthcare leadership coaching model using action research and system approach-a case study: Implementing an executive coaching program to support nurse managers in achieving organizational objectives in Malta. *International Coaching psychology Review*. 2013;8(1):54-71.
18. Lachman, V. D. Enrich your performance coaching technique. *Nursing manage*. 2000;31(1):14-19.
19. Arporn Phuwiththayaphan. How to teach work to get a job (Coaching). 3rd ed. Bangkok: HR Center Company, 2007. Thai
20. Auerbach SM, Martelli MF, Mercuri G. Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(3):1248-96.

ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค

บวรวรรณ ดิเรกโกศ*

วท.ม. (ชีวสถิติ)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาของกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (กอง ครน.) ซึ่งเป็นหน่วยงานใหม่ก่อตั้งในปี พ.ศ.2561 ของกรมควบคุมโรค มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน และเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉินจำแนกตามประสบการณ์การปฏิบัติงาน และ ประสบการณ์การฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน 49 คน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.60 มีอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 57.20 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 67.30 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 44.90 มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 44.90 ด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า บุคลากรมีประสบการณ์การทำงาน 3 อันดับแรก ได้แก่ ปฏิบัติหน้าที่ซึ่งตนเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงของกลุ่มหรือฝ่าย (Mean 3.80, SD 1.00) รองลงมา คือ การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต (Mean 3.76, SD 0.85) และการประสานงานภายในหรือนอกหน่วยงาน (Mean 3.53, SD 0.92) ความสามารถในการปฏิบัติงานในภาพรวม อยู่ระดับปานกลาง (Mean 2.97, SD 1.15) การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม ด้านระบาดวิทยา ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้านแผนงานและยุทธศาสตร์ มีความสามารถในการปฏิบัติงานแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หน่วยงานจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความสามารถในการปฏิบัติงาน ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบาดวิทยา สถาบันปราชญ์รัตนสุโขด กรมควบคุมโรค E-mail:borworn67@gmail.com

Work ability in personnel of the Diseases Control in Emergency Division Department of Disease Control

Borwornwan Diregpoke*

M.Sc. (Biostatistics)

Abstract

This descriptive research study of the Disease Control in Emergency Division (DDCE), a new unit established in 2018 of the Department of Disease Control (DDC). The objectives of this study were to study working ability of the DDCE personnel and to compare their capabilities in an emergency based on their working and training experiences. A sample of 49 personnel of the Disease Control and Health Emergency Division were recruited. Data were collected using working capability questionnaires. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results showed that the majority of the personnel were female 77.6 percent, aged 26-35 years, 57.20 percent, obtained bachelor's degree or equivalent 67.30 percent, were public health technical officers 44.90 percent, and had 1-5 years of working experience 44.90 percent. The top three areas of working experiences consisted of performing direct responsibility for the group/ department (Mean 3.80, SD 1.00), using computer technology and internet (Mean 3.76, SD 0.85), and coordinating within/ outside the agency (Mean 3.53, SD 0.92). The overall working capability was at a moderate level (Mean 2.97, SD 1.15). Comparison of the personal working ability revealed that personnel who received training on epidemiology, management of public health emergencies, and planning and strategy were statistically significant different from the untrained personnel, yielding significant level of .05. The agency should therefore encourage the personnel to have the necessary knowledge and skills to perform their duties on a continuous basis.

Key words: work ability, public health emergency

*Public Health Officer Professional Level, Epidemiology Section, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control. E-mail: borworn67@gmail.com

บทนำ

ในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศต่าง ๆ ในโลกรวมถึงประเทศไทยประสบกับปัญหาโรคระบาดและภัยสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคซาร์ส ในปี พ.ศ. 2546¹ โรคไข้หวัดนก² ภัยพิบัติสึนามิ ในปี พ.ศ. 2547³ โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรคอีโบล่าที่ระบาดแถบแอฟริกาตะวันตก พ.ศ. 2557-2559 การระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ปี พ.ศ. 2555 โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี พ.ศ. 2558-2559⁴ การปฏิบัติงานที่กองระบาดวิทยาตลอดระยะเวลา 20 ปี ผู้วิจัยปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตั้งแต่ภัยพิบัติสึนามิ และโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ พบว่าการดำเนินงานในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ผ่านมายังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ยังไม่มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ต่อมาผู้บริหารกรมควบคุมโรคให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้ผู้บริหารในหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปศึกษาดูงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และจัดทำกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564⁵ ขึ้น หลังจากนั้นจึงได้มีการพัฒนาการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (กอง ครฉ.) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการในเดือนกุมภาพันธ์ 2561 ในสังกัดกรมควบคุมโรค โดยมีบุคลากรจาก 2 หน่วยงาน คือ จากสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ 40 คน และจากกลุ่มงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) สำนักโรคติดต่อวิทยา 10 คน โดยที่กอง ครฉ. มีบทบาทหน้าที่ ในการจัดระบบงานตระหนักรู้

สถานการณ์ และระบบการรายงานข่าวกรอง เพื่อเตือนภัยและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหาร บริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของกรมควบคุมโรค ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานทางด้านวิชาการ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน เตรียมความพร้อม และควบคุมภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในขอบข่ายความรับผิดชอบของกรม กำหนดและพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย มาตรการ และคุณภาพมาตรฐานการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประสานและพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข รวมทั้งสื่อสารสัญญาณเตือนภัยการระบาดของโรค แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชน เป็นต้น

ในระยะเวลาประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา กอง ครฉ. ได้ดำเนินการเปิด EOC กรมควบคุมโรคเพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั้งโรคหรือภัยสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคหัด เหตุการณ์พายุปากีสถานเมื่อต้นเดือนมกราคม 2562 ซึ่งเป็นภัยธรรมชาติที่อยู่ในความสนใจของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับกระทรวง ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม 2562 ขณะเดียวกัน กรมควบคุมโรคได้เปิด EOC เพื่อติดตามและประเมินสถานการณ์ เตรียมความพร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินงานตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ให้แก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ซึ่งมีพื้นที่เสี่ยงภัย ได้แก่ สคร. 5, 6, 11 และ 12 โดย กอง ครฉ. ได้ระดมสรรพกำลังบุคลากรร่วมปฏิบัติการกิจจนสถานการณ์สงบ ซึ่งในการปฏิบัติงานเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีบุคลากรที่มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทั้งทางด้านความรู้ที่เกี่ยวข้อง ทักษะและประสบการณ์ในการทำงาน และเนื่องจาก กอง ครฉ. เป็นกองจัดตั้ง

ใหม่ มีบุคลากรจากต่างหน่วยงานมาปฏิบัติงานอยู่ภายใต้สภาวะที่ต้องการความรวดเร็วในการบริหารจัดการเพื่อให้ทันเวลาในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (กอง ครน.)
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค จำแนกตามประสบการณ์การปฏิบัติงาน และ ประสบการณ์การฝึกอบรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน

1.1 ความสามารถในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานใด ๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมาย ผู้ที่รับผิดชอบงานต้องมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างดี องค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นปัจจัยในการปฏิบัติงานที่ดีของบุคคล คือ ความสามารถ ซึ่งคือการกำหนดสมรรถนะของบุคคลในการทำงานเพื่อองค์กร ความสามารถเป็นอิทธิพลที่มีผลต่อลักษณะของตัวบุคคล ผลงานขององค์กรที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในองค์กร⁶ คุณสมบัติที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกับความสามารถ ได้แก่ สมรรถภาพ หรือ สมรรถนะ เป็นต้น⁷ พลังและความชำนาญหรือทักษะที่จะทำ คิด หรือกระทำใด ๆ ก็ตาม⁸ เป็นเครื่องกำหนดการปฏิบัติงานของบุคคลนั้น เป็น

องค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงาน⁹ ความสามารถของมนุษย์เป็นผลจาก 3 ข้อ ดังนี้คือ ความสามารถด้านสติปัญญา ประสบการณ์ การศึกษา และการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดพัฒนาการและทักษะ¹⁰⁻¹¹ โดยสรุป ความสามารถในการปฏิบัติ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ ความคิด และเข้าใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบ และสามารถทำสิ่งนั้นได้อย่างถูกต้องโดยมีใจรักงานและเห็นคุณค่าในวิชาชีพที่ทำ เป็นผลจากการที่บุคคลเรียนรู้ได้ประสบการณ์ หรือ อบรมจนพัฒนาตนเองได้ และแสดงออกอย่างเหมาะสมในการที่จะกระทำหรือแก้ปัญหาการทำงานของตนเองตามบทบาทที่เป็นอยู่¹² ความสามารถทางสมอง ประสบการณ์ การศึกษา และการอบรม การมีประสบการณ์ และรู้จักจัดการความสามารถของตนเองได้ ย่อมทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดี¹³ สิ่งแวดล้อมจากการอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน ทำให้พฤติกรรมการทำงานแตกต่างกันไป และทำให้ประสบผลสำเร็จไม่เหมือนกัน¹⁴

1.2 ลักษณะส่วนบุคคล และผลการปฏิบัติงาน ลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดถึงผลปฏิบัติงาน โดยพฤติกรรมใด ๆ นั้น ได้รับอิทธิพลจากลักษณะส่วนบุคคลด้านต่าง ๆ เช่น อายุ¹⁵ เพศ การศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่าง ทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม

1.3 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของกอง ครน. เกิดจากความจำเป็นที่ไม่มีหน่วยงานภายในที่รับผิดชอบงานจัดการภาวะฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมควบคุมโรคโดยตรง จึงจัดตั้งกอง ครน. ขึ้น หน่วยงานที่ทำงานด้านนี้อยู่ก่อน ได้แก่ กองระบาดวิทยา กองโรคติดต่ออุบัติใหม่ กองโรคไม่ติดต่อ ทำให้ไม่สอดคล้องกับการดำเนินภารกิจที่สำคัญและมีผลกระทบสูงกับความมั่นคงในชีวิตประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนี้ องค์ความรู้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในปัจจุบันมุ่งเน้น

ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) และการพัฒนาระบบบัญชาการเหตุการณ์ ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญและจำเป็นตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulations, IHR) ซึ่งมีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกต้องปฏิบัติตาม วาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลกซึ่งประเทศไทยได้เข้าเป็นประเทศพันธมิตรและประกาศเจตจำนงที่จะพัฒนาสมรรถนะในด้านการป้องกันควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินการทั้ง 2 ประเด็นดังกล่าวให้สำเร็จตามพันธสัญญาที่นานาชาติจำเป็นต้องมีโครงสร้างอย่างเป็นทางการรองรับ ดังนั้น กรมควบคุมโรคจึงจัดตั้งเป็นหน่วยงานภายใน ทำให้การปฏิบัติงานอยู่ในระดับประสานความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ มาร่วมดำเนินการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ทำให้เกิดประสิทธิภาพไม่ด้อยไปกว่าที่ควร การจัดตั้งเป็นหน่วยงานใหม่และเป็นหน่วยงานหลักที่รับภารกิจเตรียมความพร้อมและแก้ไขปัญหาด้านโรคและภัยสุขภาพ การบริหารจัดการ ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค การจัดโครงสร้างหน่วยงานใหม่ชัดเจน มีการกำหนดภารกิจที่มีอำนาจหน้าที่ ในการจัดการภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดการระบาดของโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ ทำให้เกิดเอกภาพในการจัดการภาวะฉุกเฉินขึ้น ทั้งการเฝ้าระวังเหตุการณ์ฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อม การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการดำเนินการเพื่อให้เหตุการณ์เข้าสู่ภาวะปกติมีประสิทธิภาพรวดเร็วขึ้น และทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบัน ตอบสนองต่อภารกิจตามนโยบายของรัฐบาลในด้านนโยบายสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีเป้าประสงค์ ลด ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพแก่ประชาชน ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว กอง

ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (กอง ครช.) ได้แบ่งงานออกเป็น 7 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มบริหารทั่วไป (2) กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร (3) กลุ่มตระหนักรู้สถานการณ์ (4) กลุ่มพัฒนาแผนรับมือภาวะฉุกเฉินและประเมินผล (5) กลุ่มปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (6) กลุ่มพัฒนาเครือข่ายการปฏิบัติการ และ (7) กลุ่มจัดการคลังเวชภัณฑ์และทรัพยากรเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉิน

บทบาทหน้าที่ในแต่ละกลุ่มงาน นำมาประกอบในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรกอง ครช. ในแต่ละกลุ่มงานนั้น มีลักษณะเฉพาะ อย่างไรก็ตาม กรมควบคุมโรคมีนโยบายให้แพทย์ หรือนักวิชาการสาธารณสุข จากกองหรือสำนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในสังกัดกรมควบคุมโรค มีความสามารถปฏิบัติงานด้านตระหนักรู้สถานการณ์ และการสอบสวนโรคอีกด้วย

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน จะมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงมาก^{16-17,19} ความสามารถและทักษะในการทำงาน ที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพนักงานระดับปฏิบัติการ ด้านการติดตามความรู้ใหม่ ๆ ในสาขาอาชีพของตน หรืองานที่เกี่ยวข้องด้านความเชี่ยวชาญทั้งในเชิงลึก และเชิงกว้าง ไม่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ ส่วนด้านความรู้วิชาการ หรือ เทคโนโลยีใหม่ ๆ มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁸

กล่าวสรุปได้ว่าความสามารถเป็นคุณสมบัติที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ความสามารถในการปฏิบัติงานของมนุษย์ นอกจากความสามารถทางร่างกาย และด้านสมองแล้ว ประสบการณ์ การศึกษา และการอบรม ทำให้คนเกิดความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการสามารถปฏิบัติงาน

ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคลที่จะสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน และขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคล องค์กรหรือหน่วยงาน บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละองค์กรซึ่งเป็นกรอบสำหรับใช้ในการปฏิบัติงานอาจเหมือนหรือแตกต่างกันได้

ตัวแปรต้น ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์การปฏิบัติงานในกอง ครด.

2. **ประสบการณ์การปฏิบัติงาน** ได้แก่ ประสบการณ์ในการอยู่เวร SAT ประสบการณ์ในการอยู่เวรสอบสวนโรค ประสบการณ์ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

3. **ประสบการณ์การฝึกอบรม** ด้านระบาดวิทยาหรือด้าน EOC และ ICS (Incident Command System) การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ภาษาอังกฤษเพื่อการปฏิบัติงาน หรือ โลจิสติกส์ การบริหารหรืออำนาจการ แผนงานหรือยุทธศาสตร์ ประสบการณ์ในการศึกษาดูงาน การฝึกอบรมเกี่ยวกับ EOC หรือ ICS ในต่างประเทศ

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการปฏิบัติงาน

นิยามศัพท์

1. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) หมายถึง ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค (Department of Disease Control's EOC)

2. ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System : ICS) หมายถึง ระบบบัญชาการเหตุการณ์ กรมควบคุมโรค ที่ประกอบด้วยกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ตามความจำเป็นกับเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น

3. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตามตรวจจับ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ

4. ทีมสอบสวนโรค (Joint Investigation Team: JIT) หมายถึง ทีมสอบสวนโรคของกรมควบคุมโรค ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในการสอบสวนโรคหรือภัยสุขภาพ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยการระบาดของโรค หาสาเหตุการระบาด ดำเนินการควบคุมโรค ป้องกัน และหาแนวทางแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการรายงานผลการสอบสวนโรคให้แก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. บุคลากร หมายถึง บุคลากรของกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

6. อายุ หมายถึง อายุของบุคลากรโดยแบ่งกลุ่มช่วงอายุ คืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี, 26 - 30 ปี, 31 - 35 ปี, 36 - 40 ปี, 41 - 45 ปี, 46 - 50 ปี, 51 - 55 ปี และ 56 - 60 ปี

7. ระยะเวลาปฏิบัติงาน หมายถึง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน นับตั้งแต่บรรจุแต่งตั้งจนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็น 6 ช่วง ได้แก่ น้อยกว่า 1 ปี 1-5 ปี, 6-10 ปี, 11-15 ปี, 16-20 ปี และมากกว่า 20 ปี

8. ประสบการณ์การปฏิบัติงาน หมายถึง (1) บุคลากรเคยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มี ไม่มี และไม่ได้มีบทบาทหน้าที่ในการอยู่เวร SAT (2) บุคลากรเคยมีประสบการณ์ในการสอบสวนโรค แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มี ไม่มี และ ไม่ได้มีบทบาทหน้าที่ในการอยู่เวรสอบสวนโรค (3) บุคลากรเคยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานฉุกเฉินทางสาธารณสุข เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข แบ่งเป็น

3 กลุ่ม ได้แก่ มี ไม่มี และ ไม่ได้มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน

9. ประสิทธิภาพการฝึกอบรม หมายถึง บุคลากรได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรที่จัดโดยกรมควบคุมโรค หรือจากหน่วยงานนอกกรมอื่น ๆ ที่เป็นของรัฐ หรือ เอกชน หรือสถาบันการศึกษาต่าง ๆ รวมถึงหลักสูตรออนไลน์ ตามเนื้อหาที่ระบุในแบบสอบถาม ได้แก่ ด้านระบาดวิทยา ด้าน EOC หรือ ICS ด้านการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ด้านการใช้โปรแกรมวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้านภาษาอังกฤษเพื่อการปฏิบัติงาน ด้านโลจิสติกส์ ด้านการบริหาร หรือ อำนาจการ ด้านแผนงานและยุทธศาสตร์ ด้านอื่น ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) หรือ บุคลากรเคยมีประสบการณ์ในการศึกษาดูงาน หรือประชุม หรือ ฝึกอบรมด้าน EOC หรือ ICS ในต่างประเทศ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ มี ไม่มี และ อื่น ๆ ให้ระบุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ บุคลากรของ กอง ครฉ. จำนวน 55 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร ทาโร ยามาเน²⁰ กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 คน ดังนี้

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

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ศึกษา,

N = ประชากรที่ศึกษา

e = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ซึ่ง

กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{55}{1 + 55(.05^2)}$$

n = 48.35 คือ 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเรื่องความถูกต้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขและนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับบุคลากรในกองอื่นที่สังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 33 คน ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.95

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ (นับปีเต็ม) ระดับการศึกษาสูงสุด (แบ่งกลุ่มเป็น ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ปริญญาโท ปริญญาเอก) ตำแหน่งปัจจุบัน ประสิทธิภาพการทำงาน ประสิทธิภาพในการอยู่เวรตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ประสิทธิภาพในการสอบสวนโรค ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประสิทธิภาพในการเข้ารับการฝึกอบรม ประสิทธิภาพในการศึกษาดูงานหรือประชุมหรือฝึกอบรมที่เกี่ยวกับด้าน EOC หรือ ICS ในต่างประเทศ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงาน ให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 5 คือ ความสามารถในการปฏิบัติงานมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเองมากที่สุด โดยไม่ต้องมีผู้กำหนดงานให้หรือให้คำแนะนำ

ระดับ 4 คือ ความสามารถในการปฏิบัติงานมาก หมายถึง ผู้ตอบสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเองมาก โดยต้องได้รับคำแนะนำเพียงเล็กน้อย

ระดับ 3 คือ ความสามารถในการปฏิบัติงานปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเองปานกลาง โดยต้องมีผู้กำหนดงานให้หรือให้คำแนะนำที่เหมาะสมมากขึ้น

ระดับ 2 คือ ความสามารถในการปฏิบัติงานน้อย หมายถึง ผู้ตอบสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเองน้อย โดยต้องมีผู้กำหนดงานให้ทำหรือให้คำแนะนำอย่างมาก

ระดับ 1 คือ ความสามารถในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง จนกว่าจะมีผู้กำหนดงานให้ทำหรือต้องให้คำแนะนำตลอดเวลา

ความสามารถในการปฏิบัติงาน มี 20 ด้าน ได้แก่ (1) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (2) ทีมสอบสวนโรค (3) การจัดทำสรุปรายงานเสนอผู้บริหาร (4) การสื่อสารความเสี่ยง (5) การประสานงานภายในหรือนอกหน่วยงาน (6) การสนับสนุน logistics (7) การจัดทำแผน (8) ยุทธศาสตร์ (9) การบริหาร (10) บุคลากรหรือทรัพยากรบุคคล (11) ธุรการ (12) การถ่ายทอดความรู้หรือการสอน (13) การจัดการดูแลศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข (14) การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตในการปฏิบัติงาน (15) การเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรต่าง ๆ ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (16) การปฏิบัติงานภายใต้โครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (17) การปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (18) การสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น (19) การจัดการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉิน และ (20) การปฏิบัติหน้าที่ซึ่งตนเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงของกลุ่ม/ฝ่าย โดยกำหนดการแปลความหมายค่าเฉลี่ยออกเป็นช่วง⁶ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	แปลความหมาย
4.50-5.00	มากที่สุด
3.50-4.49	มาก
2.50-3.39	ปานกลาง
1.50-2.49	น้อย
1.00-1.49	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเป็นคำถามปลายเปิด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งลิงค์แบบสอบถามให้บุคลากรทาง Line Application ของแต่ละคนเพื่อให้เข้าไปตอบแบบสอบถามใน Google Form

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามได้รับการตอบกลับจำนวน 49 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรกอง ครด. 49 คน จากทั้งหมด 55 คน (ร้อยละ 89) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 38 คน (ร้อยละ 77.6) อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 60 ปี มัธยมศึกษา 32 ปี อายุระหว่าง 26 – 35 ปี 28 คน (ร้อยละ 57.2) รองลงมา คือ 41 – 45 ปี และต่ำกว่า 25 ปี กลุ่มอายุละ 6 คน (ร้อยละ 12.2) จบระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 33 คน (ร้อยละ 67.3) รองลงมาคือ ระดับปริญญาโท 15 คน (ร้อยละ 30.6) และต่ำกว่าปริญญาตรี 1 คน (ร้อยละ 2.0) เป็นนักวิชาการสาธารณสุข 22 คน (ร้อยละ 44.9) รองลงมา คือ นักจัดการทั่วไป 6 คน (ร้อยละ 12.2) ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี 22 คน (ร้อยละ 44.9) รองลงมา น้อยกว่า 1 ปี 13 คน (ร้อยละ 26.5)

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่เวรตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team, SAT) 26 คน (ร้อยละ 53.1) ไม่มีประสบการณ์สอบสวนโรค 22 คน (ร้อยละ 44.9) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 24 คน (ร้อยละ 49.0)

ละ 49.0) ประสบการณ์การศึกษาดูงานหรือการฝึกอบรมเกี่ยวกับด้าน EOC หรือ ICS ในต่างประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ 37 คน (ร้อยละ 75.5) ผ่านการอบรมด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 26 คน (ร้อยละ 53.1) รองลงมา คือ การใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต 24 คน (ร้อยละ 49.0) และด้าน EOC หรือ ICS 23 คน (ร้อยละ 46.9)

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความสามารถ การปฏิบัติงานของบุคลากร อยู่ในระดับมาก เรียงลำดับ ดังนี้ การปฏิบัติหน้าที่ซึ่งตนเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงของกลุ่มหรือฝ่าย ค่าเฉลี่ย 3.80 (SD 1.00) รองลงมา คือ การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตในการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 3.76 (SD 0.85) และการประสานงานภายในหรือนอกหน่วยงาน ค่าเฉลี่ย 3.53 (SD 0.92) ความคิดเห็นในระดับปานกลาง ได้แก่ การปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ค่าเฉลี่ย 3.41 (SD 1.19) รองลงมา คือ การสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น ค่าเฉลี่ย 3.37 (SD 0.99) การปฏิบัติงานด้านธุรการ ค่าเฉลี่ย 3.35 (SD 1.16) การปฏิบัติงานภายใต้โครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ค่าเฉลี่ย 3.14 (SD 1.17) การเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรต่าง ๆ ก่อนเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ค่าเฉลี่ย 3.10 (SD 0.96) การปฏิบัติงานด้านการจัดทำแผน ค่าเฉลี่ย 3.00 (SD 1.06) การจัดการฝึกซ้อมแผนในปฏิบัติการ

ในภาวะฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ย 2.86 (SD 0.91) การปฏิบัติงานในทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ค่าเฉลี่ย 2.84 (SD 1.28) การจัดทำสรุปรายงานเสนอผู้บริหาร ค่าเฉลี่ย 2.71 (SD 1.15) การถ่ายทอดความรู้/การสอน ค่าเฉลี่ย 2.71 (SD 1.12) การปฏิบัติงานด้านบุคลากร/ทรัพยากรบุคคล ค่าเฉลี่ย 2.67 (SD 1.11) การจัดการดูแลศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข ค่าเฉลี่ย 2.67 (SD 1.18) การปฏิบัติงานด้านยุทธศาสตร์ ค่าเฉลี่ย 2.65 (SD= 1.05) การปฏิบัติงานในการบริหาร ค่าเฉลี่ย 2.63 (SD 1.01) การปฏิบัติงานในการสนับสนุน (Logistics) ค่าเฉลี่ย 2.53 (SD 1.08) ผู้ตอบความคิดเห็นในระดับที่น้อยคือ การปฏิบัติงานในการสื่อสารความเสี่ยง ค่าเฉลี่ย 2.41 (SD 1.00) และ การปฏิบัติงานในทีมสอบสวนโรค ค่าเฉลี่ย 2.35 (SD 1.15) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติงานในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.97 (SD 1.15)

การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า เพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์อยู่เวร ตระหนักรู้สถานการณ์ และประสบการณ์อยู่เวรสอบสวนโรคที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน แต่ประสบการณ์การปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถของบุคลากรตามประสบการณ์การปฏิบัติงาน

ประสบการณ์การปฏิบัติงาน	n	Mean	SD	t	p
ประสบการณ์อยู่เวรตระหนักรู้สถานการณ์					
มี	26	3.27	0.51	2.103	0.052
ไม่มี	13	2.68	0.95		
ประสบการณ์อยู่เวรสอบสวนโรค					
มี	16	3.24	0.48	0.879	0.385
ไม่มี	22	3.04	0.80		
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข					
มี	24	3.31	0.52	2.485	0.017*
ไม่มี	18	2.81	0.79		

*p < .05

การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติงานตามประสบการณ์การฝึกอบรมของบุคลากร พบว่า ประสบการณ์ในการฝึกอบรมด้าน EOC หรือ ICS การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ด้านการใช้โปรแกรมวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ด้านภาษาอังกฤษเพื่อการปฏิบัติงาน ด้านโลจิสติกส์ ด้านการบริหารหรืออำนวยการ ประสบการณ์การศึกษาดูงานหรือประชุมหรือการ

ฝึกอบรมที่เกี่ยวกับด้าน EOC หรือ ICS ในต่างประเทศ ที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และด้านแผนงานและยุทธศาสตร์ มีความสามารถในการปฏิบัติงานแตกต่างจากผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรตามประสบการณ์การเข้าฝึกอบรม

ประสบการณ์การเข้าฝึกอบรม	n	Mean	SD	t	p
ด้านระบาดวิทยา					
มี	14	3.34	0.44	2.851	0.007*
ไม่มี	35	2.83	0.81		
ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข					
มี	26	3.23	0.58	2.574	0.014*
ไม่มี	23	2.69	0.84		
ด้านแผนงานและยุทธศาสตร์					
มี	17	3.27	0.46	2.417	0.020*
ไม่มี	32	2.83	0.84		

*p < .05

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสอบถามสรุปประเด็นได้ดังต่อไปนี้

ด้านความรู้ บุคลากรไม่มีความรู้เฉพาะด้านที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เรื่องโรคภัยและความเข้าใจในสถานการณ์ยังมีความแตกต่างกัน และขาดความเชี่ยวชาญ

ด้านประสบการณ์ บุคลากรมีประสบการณ์ด้าน EOC หรือ ICS การเผชิญกับสถานการณ์จริง การทำงานด้านควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการจัดการภาวะฉุกเฉินมีน้อย

ด้านการทำงาน บุคลากรมีความเข้าใจในภารกิจที่ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นกองที่ตั้งใหม่ การบังคับบัญชายังไม่เป็นเอกภาพ มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานที่มีมาก งานเฉพาะหน้ามีหลายด้าน ผู้ร่วมงานยังขาดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของระบบงานที่สร้างขึ้น เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทำให้ผลงานที่ได้ไม่ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ ความตระหนักและมุ่งผลสัมฤทธิ์ในบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอ การเกิดภาวะฉุกเฉินโดยไม่รู้ล่วงหน้า ประสบการณ์ในการทำงานด้านพัสดุน้อย และงานการจัดซื้อจัดจ้างเป็นงานเร่งด่วน

ด้านการสื่อสารและประสานงาน การสื่อสาร หรือประสานงานกับหน่วยงานภายนอกบางครั้งไม่ดีพอ การประสานงานและขอบเขตการทำงานไม่ชัดเจน หน่วยงานในพื้นที่บางครั้งไม่สามารถติดต่อได้ หน่วยงานเครือข่ายยังไม่เป็นที่รู้จักมากนัก

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่าการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งตนเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงของกลุ่มหรือฝ่าย ค่าเฉลี่ย 3.80 (SD = 1.00) เป็นอันดับแรก ซึ่งเมื่อทบทวนโครงสร้างและบทบาทหน้าที่พบว่า กอง ครรช. มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน

แบ่งเป็นกลุ่มงานสอดคล้องกับภารกิจสำคัญในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มงานไว้ เป็นกรอบสำหรับปฏิบัติงานของบุคลากรตามภารกิจที่รับผิดชอบ ความคิดเห็นรองลงมา คือ การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตในการปฏิบัติงาน และการประสานงานภายในหรือนอกหน่วยงาน พบว่ามีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรในปัจจุบัน เนื่องจาก กอง ครรช. บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่ในยุคของเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และการสื่อสาร ปัจจุบันในชีวิตประจำวันมีการใช้อุปกรณ์สื่อสาร ไร้สายอย่างแพร่หลาย สามารถพกพาติดตัวได้สะดวก ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมาก ซึ่งผลการศึกษาของสุวิมล คงศักดิ์ตระกูล และดนัย มณฑาทิพย์กุล²¹ ที่ทำการสำรวจการใช้และทักษะด้านไอซีทีของบุคลากรในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่าบุคลากรเกือบทั้งหมดคิดว่าการใช้ไอซีทีเป็นเครื่องมือในการอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันให้สะดวกและคล่องตัวขึ้น และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ช่วยให้มีโอกาสได้ฝึกฝนและช่วยเสริมทักษะในการทำงานโดยไม่ได้ทำให้การปฏิบัติงานมีความยุ่งยากและเสียเวลามากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยติดต่อสื่อสารกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานได้ดียิ่งขึ้นด้วย

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติงานในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของ กอง ครรช. ที่มีหลายด้าน และบุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่จึงอาจจะยังไม่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์มากพอกับการดำเนินงานของ กอง ครรช. ที่เพิ่งจะเริ่มพัฒนาไม่นาน

ผู้ตอบความคิดเห็นในระดับที่น้อย คือ การปฏิบัติงานในการสื่อสารความเสี่ยง และการปฏิบัติงานในทีมสอบสวนโรค นั้น เนื่องจากกรม

ควบคุมโรคมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่โดยตรงในการสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีความพร้อมด้วยบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญ ส่วนใน กอง ครช. มีบุคลากรจำนวนน้อยที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการสื่อสารความเสี่ยงโดยตรง สำหรับในด้านการสอบสวนโรคกองระบาดวิทยาในสังกัดกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักในการจัดการด้านสอบสวนโรค ซึ่งจะประสานจัดให้มีทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคของส่วนกลาง โดยจะจัดเวรหมุนเวียนประจำสัปดาห์ ภายในทีมจะประกอบด้วยแพทย์และนักวิชาการจากกองต่าง ๆ ซึ่งถูกกำหนดตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ไว้ชัดเจน บางครั้งพบว่าทีมสอบสวนโรคบางทีมไม่มีโอกาสออกปฏิบัติงานจริงถ้าหากไม่เกิดโรคระบาดที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรคของทีมส่วนกลาง และในกรณีภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เช่น โรคติดต่ออันตราย โรคระบาดสำคัญๆ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดในระยะเริ่มแรกจะต้องใช้ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะแพทย์ด้านระบาดวิทยาและนักวิชาการที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะหลักสูตรและเป็นผู้ที่สั่งสมประสบการณ์มากเพียงพอเป็นทีมหลักในการสอบสวนโรค เพื่อให้ทันเวลา รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง กอง ครช. เป็นกองที่ตั้งขึ้นใหม่และนักวิชาการสาธารณสุขส่วนใหญ่อายุการทำงานไม่เกิน 5 ปี ซึ่งนักวิชาการมีรายชื่อส่งไปเป็นทีมสอบสวนโรคส่วนกลางมีสัดส่วนไม่มากเมื่อเทียบกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง บทบาทหน้าที่ที่ได้รับส่วนใหญ่มักจะเป็นสมาชิกทีมในตำแหน่งสนับสนุนการสอบสวนโรค ทำให้อาจจะไม่มีประสบการณ์ที่ต่อเนื่องในการออกสอบสวนโรค

เมื่อเปรียบเทียบแล้วบุคลากร กอง ครช. ที่มีเพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพมาศ ศรีอนุชิต¹² ที่

ศึกษาถึงความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เวชสถิติโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย พบว่าเพศ อายุ ประสบการณ์ทำงานที่ต่างกันมีความสามารถในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาของ ระพีพรรณ อินหลี¹⁹ ที่ได้ทำการศึกษาศักยภาพส่วนบุคคล ปัจจัยความสามารถของหัวหน้างาน และปัจจัยนโยบายการบริหารจัดการที่มีต่อระดับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารกสิกรไทย สำนักงานใหญ่ พบว่า ความแตกต่างด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ที่มีต่อระดับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานธนาคารกสิกรไทยไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาสอดคล้องกับ เสริมศักดิ์ วิชาลาภณ¹³ ที่กล่าวว่า จำนวนปีที่เคยปฏิบัติงานมาไม่ได้เป็นเครื่องประกันว่าคนที่ทำงานนานกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่าคนที่ทำงานน้อยกว่า ทั้งนี้เพราะแต่ละวันที่ทำงานย่อมมีประสบการณ์ต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ร้อยโท ธีรศักดิ์ พรหมสาขา ณ นคร¹⁷ ที่พบว่าความแตกต่างด้านอายุ อายุการทำงาน มีผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานที่แตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี กลุ่มที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีผลต่อการปฏิบัติงานที่สูงกว่ากลุ่มอื่น

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ประสบการณ์ได้รับการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้านแผนงานและยุทธศาสตร์ที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องตรงกับลักษณะงานนั้น และได้รับการอบรมในองค์ความรู้ที่จำเป็นเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งการอบรมด้านระบาดวิทยาเป็นหัวใจสำคัญในเกือบทุกงาน เนื่องจากเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการค้นหาสาเหตุของการเกิดปัญหา

แม้ว่าการทบทวนงานวิจัย พบว่า ไม่มีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการศึกษาครั้งนี้ แต่การศึกษานี้ทำให้ได้ทราบถึงข้อมูลของบุคลากร ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เจ้าหน้าที่แสดงความคิดเห็น ซึ่งสะท้อนไปถึงผู้บริหารที่เกี่ยวข้องได้นำไปช่วยในการตัดสินใจ ในการพัฒนาด้านบุคลากร และการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งบุคลากร กอง ครรช. ยังต้องการได้รับการพัฒนาทั้งความรู้ ความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ การส่งเสริมให้ฝึกอบรมในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และการสร้างเสริมประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการปฏิบัติงานให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถรู้เท่าทันกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างชัดเจน รวมถึงการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ เพื่อรองรับกับสถานการณ์การระบาดของโรคหรือภัยสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะบุคลากร บุคลากรควรได้รับการประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานอย่าง

ต่อเนื่องเพื่อค้นหาปัญหาและข้อจำกัด ให้ผู้บริหารของหน่วยงานพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงาน หน่วยงานควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มประสบการณ์การฝึกอบรมในหัวข้อที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านระบาดวิทยา การจัดการภาวะฉุกเฉินและด้านแผนงานและยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์แก่ผู้ปฏิบัติงานที่ส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารควรสนับสนุนงบประมาณและกำลังคนอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน

References

1. World Health Organization. SARS How a global epidemic was stopped. [Internet] 2006. [cited 2022 September 19]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207501/9290612134_eng.pdf
2. World Health Organization. Epidemiology of WHO-confirmed human cases of avian influenza A(H5N1) infection. Weekly epidemiological record. [Internet]. 2006. [cited 2022 September 19]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-8126-249-257> .
3. World Health Organization. Ten years after the tsunami of 2004: Impact action change future. [Internet]. 2015. [cited 2022 September 19]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/ten-years-after-the-tsunami-of-2004-impact-action-change-future>.

4. World Health Organization. Health emergencies list. [Internet]. 2022. [cited 2022 September 19]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/situations> .
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Framework for the Development of Emergency Operations Center and Incident Command System, Department of Disease Control, 2016-2021. Bangkok. The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2015. Thai.
6. Hunt, J.W. cited in Thongchai Santiwong. Principle of Management. Bangkok: Thai Wattana Panich; 1993. Thai.
7. Royal Academy. The Royal Institute Dictionary 2525 BE. Bangkok: Aksorn Charoen Tat Publishing House; 1982. Thai.
8. Kwanruen Wattana. Ability in drug and medical supply management of Tambon health personnel in Chonburi Province. (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 1991. Thai.
9. Chanchai Achinsamacharn. Organizational Behavior. Bangkok: Sahamit Offset; 1978. Thai.
10. Amorn Nonthasut. Concept of human abilities. A document on the importance of human resources. Nonviolence Center Ministry of Public Health (copy); 2005. Thai.
11. Somchit Supannatas. Behavior and change. In the teaching materials of the Health Education Series Volume 1 in Health Sciences Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 1984. Thai.
12. Noppamas Srinuchit. Ability of Community Hospitals Medical Statistics Officers in Thailand. (Thesis). Bangkok: Silpakorn University; 2006. Thai.
13. Sermsak Wisaporn. Educational Leadership Behavior. Bangkok: Thai Wattana Panich; 1978. Thai.
14. Chom Poomipark. Psychology in Teaching and Learning. Bangkok: Thai Wattana Panich; 1983. Thai.
15. Parama Satavethin. Mass Communications: Process and Theory. Bangkok: Parbpim; 1996. Thai.
16. Prasert Chatchaisak. Optimizing the performance of personnel Office of the Royal Secretariat : A Case Study of Motivation. Diplomatic Executive Course. Bangkok: Devawongse Varopakarn Institute of Foreign Affairs Ministry of Foreign Affairs; 2013. Thai.
17. Takonsak Phromsaka Na Sakon Nakhon. Factors Affecting the Performanace of Royal Thai Army Radio and Television. (Thesis). Bangkok: Sripatum University; 2013. Thai.
18. Paweenit Makkaew. A study of ability and skills, good service, and teamwork factors affecting competency of operational employees in the Sathorn district, Bangkok. (Thesis). Bangkok: Bangkok university; 2014. Thai.
19. Rapeepan Inlee . A Study of Personal Characteristics, Supervisors' Abilities and Managerial Policy Affecting Employees' Effectiveness in the Headquarter Kasikorn Commercial Bank (Public Company). (Thesis). Bangkok: Bangkok university; 2015. Thai.

20. Silpcharu, T. Research and Statistical Analysis with SPSS. 11th edition. Bangkok: Business R&D; 2010. Thai.
21. Suwimon Kongsaktrakul and Danai Monthathipkul. A Survey of Staff ICT Use and Skills at Srinakharinwirot University. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2008. Thai.

การพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

มาลินี บันติ* Ph.D. (การบริหารการพยาบาล)
มลิวัลย์ ธรรมโชติโก** พย.บ
วาริ วนิชปัญญพล*** Ph.D. (พัฒนาศาสตร์พยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงาน ลดการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน และสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ประชากร คือ บุคลากรในแผนกซักฟอกทั้งหมด 7 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มตามกรอบแนวคิดด้านการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน และทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน มี 2 องค์ประกอบ คือ (1) การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ประกอบด้วย การให้ความรู้ คู่มือ คลิป VDO และโปสเตอร์การปฏิบัติงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การกำหนดภาระงาน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัย และการนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคและผลกระทบของน้ำยาซักผ้า การแบ่งเขตพื้นที่สะอาดและสกปรก ด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ ประกอบด้วย การจัดหาผ้า และรถรับ-ส่งผ้าให้เพียงพอ (2) การพัฒนาทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านความปลอดภัยและการใช้เครื่องป้องกันร่างกาย การสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้มีการทำกิจกรรมกลุ่ม การพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงานทำให้บุคลากรไม่ได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยทุกคน

คำสำคัญ: พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน การมีส่วนร่วม การพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงาน

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร E-mail: Pandee236@gmail.com

** พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

*** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

Development of safety behavior in the work of personnel in the laundry department in KrathumBaen Hospital

Malinee Pandee*	Ph.D. (Nursing Administration)
Maliwan Thummachotiko**	B.N.S.
Waree Wanichpunchaphol***	Ph.D. (Human Resource Development)

Abstract

This participatory action research aimed at developing safety working guidelines, reducing accidents and illnesses from work, and encouraging personnel to participate in the development of safety behaviors in the workplace. A sample of 7 personnel, the entire population in the laundry department, was purposively selected. The research instrument consisted of data record form from surveys, observations, in-depth interviews, and focus group discussions based on the concept of safety management and safety attitudes at work. The Cronbach's alpha coefficient of the interviewed guideline was 0.84. Data were analyzed using frequency, percentage and content analysis.

The results revealed that the development of safety working guidelines for personnel in the cleaning department, Krathumbaen Hospital consists of 2 parts: (1) 3 elements of workplace safety management: *personnel*: education, manuals, VDO clips and posters on working operations, use of personal protective equipment, set up workload assignment, promote participation in development of safety behaviors, and supervision of working operations; *environment*: training on germs and the effects of detergents, and separation of clean and dirty areas; *tools/ equipment*: procurement of fabrics and sufficient fabric pick-up trucks. (2) development of safety working attitudes that consisted of providing knowledge on safety and using personal protective equipment as well as motivation and support for group activities. Thus, the development of safety working guidelines could save personnel from accidents or illness related to work, and every personnel did participate in the development of safety behavior.

Keywords: work safety behavior, participation, development of work safety guidelines

* School of Nursing, Shinawatra University. E-mail: Pandee236@gmail.com

** Professional Nurse, Krathumbaen Hospital

*** School of Nursing, Shinawatra University

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อการให้บริการด้านสุขภาพ เพราะถ้าบุคลากรมีการเจ็บป่วยและต้องหยุดทำงานก็จะทำให้เกิดการขาดแคลนอัตรากำลังในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ¹ ความปลอดภัยในการทำงานเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนและทุกสาขาอาชีพควรจะได้รับหลักประกันความปลอดภัยในการทำงาน ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้ระบุไว้ ทั้งนี้ระบบงานที่เอื้อให้บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงานอาจจะยังไม่เพียงพอ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะทำให้เกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน²

โรงพยาบาลกระทุ่มแบนเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 250 เตียง และเป็นศูนย์รับและส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลใกล้เคียง ผู้รับบริการจึงมีภาวะการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคที่หลากหลาย บุคลากรในโรงพยาบาลจึงมีความเสี่ยงที่อาจจะได้รับเชื้อโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงานหากปฏิบัติงานหรือป้องกันตนเองไม่ถูกต้อง³

แผนกซักฟอกเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย มีหน้าที่ในการจัดเตรียม จัดเก็บ รวบรวม ทำความสะอาดผ้าเปื้อน และแจกจ่ายชุดผ้าให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการ สภาพแวดล้อมการทำงานมีส่วนทำให้บุคลากรเกิดความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากพื้นที่ในการทำงานมีความร้อนเสียงดัง มีฝุ่นผ้าฝ้าย และมีโอกาสได้รับอันตรายจากการสัมผัสสารเคมีจากน้ำยาซักผ้าและสารคัดหลั่งที่ปนเปื้อนมากับเสื้อผ้าของผู้รับ

บริการ หรือจากของมีคมที่มิดำ นอกจากนี้การยกของหนักและการเข็นรถรับและส่งผ้า อาจทำให้บุคลากรได้รับการเจ็บป่วยจากการทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสมได้⁴

จากการสัมภาษณ์บุคลากรแผนกซักฟอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน พบว่า บุคลากรทุกคนเคยได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน เช่น ถูกของมีคมตำนิ้ว น้ำยาซักผ้าเปื้อนกระเด็นเข้าตา น้ำยาซักผ้าหกสัมผัสผิวหนัง และมีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการยกของหนักและเข็นรถรับและส่งผ้า ทำให้ต้องรับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำ ถ้ามีอาการปวดมากต้องหยุดงานก็จะทำให้ขาดอัตรากำลังในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ บุคลากรแผนกซักฟอกมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโรคจากการทำงาน การสูญเสียการได้ยิน การเจ็บป่วยจากการยกและการขนย้ายผ้าที่มีน้ำหนักมากในท่าทางที่ไม่เหมาะสม⁴ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอกนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่ง การจัดการความปลอดภัยในการทำงานขององค์กรและการปรับเปลี่ยนทัศนคติความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรให้ปลอดภัย⁵⁻⁶

การจัดการความปลอดภัยในการทำงานประกอบด้วย (1) การจัดการด้านบุคลากร เช่น การอบรมให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน (2) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการทำงาน เช่น แสงสว่าง และอากาศถ่ายเทได้สะดวก⁷ และ (3) การจัดการด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการใช้งานเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน⁸ นอกจากนี้การปรับเปลี่ยน

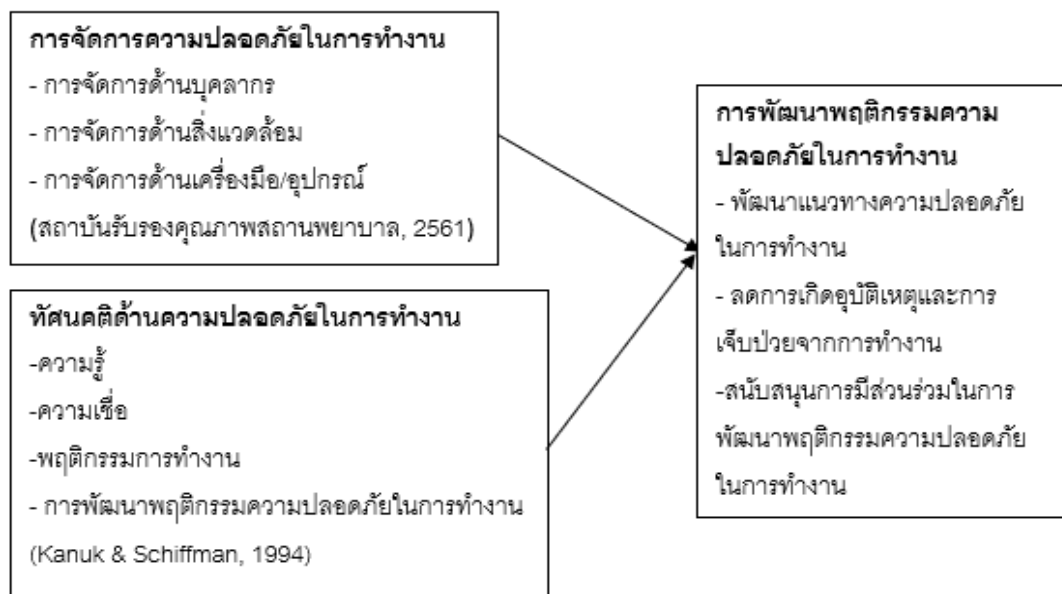
ทัศนคติความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรไปในเชิงบวก และปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่องค์กรกำหนดจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยจากการทำงาน⁹ และลดการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงานได้¹⁰

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางความปลอดภัยในการทำงาน ลดการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน และสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยการจัดการร่วมกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติความปลอดภัยในการทำงานของ

บุคลากร ซึ่งผลที่ได้รับจากการวิจัย ผู้บริหารองค์กรสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในแผนกอื่นได้

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาจากการจัดการความปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁵ ประกอบด้วย การจัดการด้านบุคลากร การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการจัดการด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ และกรอบแนวคิดด้านทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน¹¹ ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมการทำงาน และการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

2. ลดการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ บุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน โดยใช้ประชากรทั้งหมดของแผนกซักฟอก ที่ปฏิบัติงานอยู่ระหว่างเดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2565 จำนวนทั้งหมด 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงานแผนกซักฟอก และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่ม โดยพัฒนากรอบแนวคิดในการสัมภาษณ์ด้านการจัดการความปลอดภัยในการทำงานมาจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁵ ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และแบบสัมภาษณ์ด้านทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน¹¹ ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรม การทำงาน และการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2

จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.0 ค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹²เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

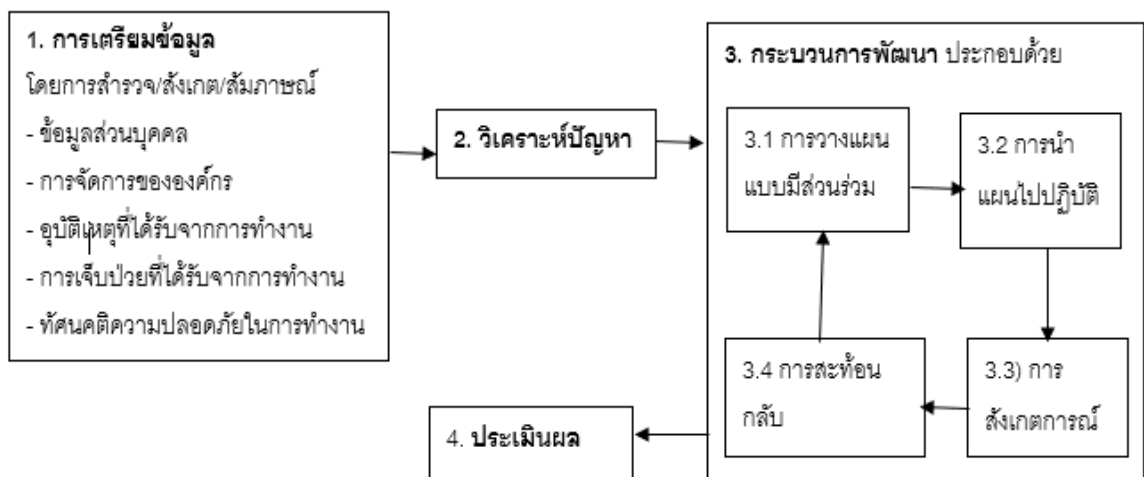
วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบด้วย การทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

กลุ่มตัวอย่าง ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เลขที่รับรอง 001/65 วันที่ 5 มกราคม 2565 ได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม



ภาพที่ 2: วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2564 ถึง 30 ตุลาคม 2564 เป็นการสืบค้นข้อมูลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร ประกอบด้วย (1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน ทักษะด้านความปลอดภัยในการทำงาน และระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (2) สืบค้นข้อมูลโดยการสำรวจ สังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน และข้อมูลในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน และทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 15 ธันวาคม 2564 เป็นขั้นตอนการนำข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นมาวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัย หัวหน้าแผนกซักฟอก และบุคลากรแผนกซักฟอก โดยการทำ SWOT analysis พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร

ได้แก่ การขาดความรู้ ทักษะด้านความปลอดภัยในการทำงาน และเครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำงาน ไม่เพียงพอและไม่สะดวกในการทำงาน จึงได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน เพื่อวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ร่วมกัน ตามกรอบแนวคิดด้านการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน⁵ และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร¹¹

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการพัฒนา ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึง มิถุนายน 2565 เป็นกระบวนการพัฒนา ตามทฤษฎีของ Kemmis & Taggart¹³ ซึ่งในแต่ละรอบของการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วางแผนการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน คือ การนำปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์มาวางแผนหาแนวทาง การปฏิบัติเพื่อพัฒนาความปลอดภัยในการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัย หัวหน้าแผนกซักฟอก และบุคลากรแผนกซักฟอก (2) นำแผนไปปฏิบัติ คือ การนำแนวทางการพัฒนาไปปฏิบัติ (3) สังเกตการณ์ คือ การสังเกตพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร (4) สะท้อนคิด คือ การนำผลการประเมินพฤติกรรมมาปฏิบัติงานของบุคลากรมารายงานให้ทราบร่วมกัน เพื่อนำปัญหาที่

ยังพบมาวางแผนพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ในการวิจัยครั้งนี้มีการพัฒนา 3 วงรอบ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ดำเนินการเดือนกรกฎาคม 2565 โดยประเมินผลลัพธ์ 3 ด้าน ได้แก่ (1) แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน (2) อัตราการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน (3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร

ผลการวิจัย

แผนกซีกฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบนมีบุคลากรจำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.45 มีอายุระหว่าง 26-35 ปี ร้อยละ 42.86 จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 71.42 ทำงานในแผนกซีกฟอกนานมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 85.71 เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 57.14 และทุกคนเคยเจ็บป่วยจากการทำงาน ข้อค้นพบจากกระบวนการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานจากการทำวิจัย 2 วงรอบ พบว่า

วงรอบที่ 1 การวางแผนพัฒนา ประกอบด้วยการจัดการพัฒนาความปลอดภัยในการทำงาน และทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน ดังนี้

1. การจัดการพัฒนาความปลอดภัยในการทำงาน ประกอบด้วย

1.1 การจัดการด้านบุคลากร จากการสังเกตพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร พบว่าบุคลากรมีพฤติกรรมการทำงานและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่เหมาะสม เช่น การเข็นถังรองรับผ้าเบื่อนครั้งละ 2 ถังต่อคนต่อรอบ ทำให้ต้องออกแรงมากจึงเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อต้องรับประทาน ยาแก้ปวดเป็นประจำ การชักผ้าเบื่อนสารคัดหลั่งผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายเพียงผ้ายางกันเบื่อนและถุงมือยาว ไม่ใส่ผ้าปิดปากปิดจมูก แว่นตา และ

รองเท้าน้ำบูท ทำให้สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาและสารเคมีหกเบื่อนผิวหนังทำให้เกิดแผลไหม้ บุคลากรเข้าปฏิบัติงานใหม่ได้รับการอบรมเรื่องการใช้เครื่องป้องกันร่างกายจากหน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลและบทบาทหน้าที่จากหัวหน้าแผนก แต่จำไม่ค่อยได้ และยังไม่เคยได้รับความรู้ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยในการทำงานมาก่อน จึงปฏิบัติไม่ถูกต้อง ประกอบกับภาระงานมาก จึงรีบเร่งทำงานให้เสร็จทันเวลาทำให้การรับส่งผ้าเบื่อนจึงต้องเข็นครั้งละ 2 ถัง และมีความรู้สึกว่าการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายแล้วทำงานไม่สะดวก จึงใส่เท่าที่ตัวเองต้องการ

แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยการจัดอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยในการทำงานและกำหนดให้มีการทบทวนความรู้ปีละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน คลิป VDO และโปสเตอร์ภาพการใช้เครื่องป้องกันร่างกายและท่าทางการเข็นของหนักที่ถูกวิธีเพื่อป้องกันอันตรายและการเจ็บป่วยที่อาจได้รับจากการทำงาน นอกจากนี้บุคลากรสามารถทบทวนวิธีการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องได้สะดวกมากขึ้น มีการคำนวณภาระงานของบุคลากรเพื่อไม่ให้ทำงานหนักจนเกินไปเพราะอาจทำให้เกิดความเครียดซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของบุคลากรได้ จัดให้มีการส่งผ้าเบื่อนชักกับบริษัทภายนอกบางส่วนเพื่อแบ่งเบาภาระงาน จัดให้มีการนิเทศติดตาม การปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นระยะเพื่อให้กำลังใจ แก้ปัญหาและให้คำแนะนำการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการส่งเสริมให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาความปลอดภัยในการทำงาน เช่น การเลือกบุคคลดีเด่น การให้รางวัล เพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยจากการทำงาน

1.2 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าพื้นที่การใช้งานกว้างขวาง อากาศถ่ายเทได้ดี แสงแดดส่องถึง มีที่พักรับสำหรับบุคลากร การแบ่งเขตพื้นที่ซักล้างชัดเจน แต่เส้นทางการขนส่งผ้าสะอาดและผ้าเปื้อนมีการทับซ้อนกันในส่วนซึ่งอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคได้ และการเทน้ำยาซักผ้าเปื้อนสารคัดหลั่งโดยไม่มีการตรวจวัดปริมาณที่แน่นอน ซึ่งอาจส่งผลเสีย เช่น ทำลายเส้นใยผ้าทำให้ผ้าชำรุดเสียหายได้ง่าย และน้ำยาอาจส่งผลกระทบต่อระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลโดยทำให้แบคทีเรียในบ่อบำบัดตายไม่สามารถย่อยสลายของเสียได้

แนวทางการพัฒนาโดยจัดแบ่งเขตพื้นที่แยกช่องทาง การขนส่งผ้าสะอาดและผ้าสกปรกให้ชัดเจน ไม่ปะปนกัน ให้ความรู้และจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการใช้น้ำยาซักผ้าและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้น้ำยาซักผ้า รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ตรวจวัดน้ำยาเพื่อให้บุคลากรทำงานได้สะดวกและปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากน้ำยากระเด็นและกรดมือ รวมทั้งส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการลดมลภาวะสิ่งแวดล้อมจากการใช้น้ำยาให้ถูกต้องและถูกวิธี

1.3 การจัดการด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ พบว่า บุคลากรต้องเร่งรีบในการทำงาน เนื่องจากจำนวนผ้าไม่เพียงพอต่อการใช้งานเนื่องจากมีการขยายหอผู้ป่วยทำให้ความต้องการใช้ผ้ามากขึ้น แต่ทางแผนกซักฟอกไม่ได้สำรองผ้าไว้จึงมีไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ทำให้ต้องเพิ่มรอบการซักผ้า และยังพบว่าบุคลากรต้องการรถไฟฟ้าช่วยในการรับส่งผ้าเพื่อทุ่นแรงและประหยัดเวลาการทำงาน เนื่องจากมีการใช้ผ้าจำนวนเพิ่มขึ้นมาก

แนวทางการพัฒนาโดยการสำรวจความต้องการใช้ผ้าและจัดทำ stock ให้เพียงพอต่อการใช้งาน ขออนุมัติซื้อรถไฟฟ้ารับส่งผ้าเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงานและลดความเสี่ยงการเจ็บป่วย

จากการเซ็นรับส่งผ้า และขออนุมัติส่งผ้าเปื้อนซักกับบริษัทภายนอกเพื่อลดภาระงานของบุคลากร อีกด้วย

2. ด้านทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้น้อย และไม่เคยทำงานซักฟอกในโรงพยาบาลมาก่อน บุคลากรมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการทำงานเพราะคิดว่าการทำงานซักฟอกในโรงพยาบาลคล้ายกับการซักผ้าที่บ้าน และไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคที่มากับผ้าเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ป่วยและประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายมาก่อน จึงไม่ตระหนักที่จะใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น ซักผ้าเปื้อนไม่ใส่แว่นตาและผ้าปิดปากปิดจมูกเพราะมีความรู้สึกกลัวแล้วทำงานไม่สะดวก หายใจไม่สะดวก จึงทำให้สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา เป็นต้น รวมทั้งมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายและเสร็จทันเวลาที่กำหนดไว้ โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยด้านสุขภาพของตน เช่น การเซ็นถึงรองรับผ้าเปื้อนที่มีน้ำหนักรวมครั้งละ 2 ถัง เพื่อให้งานเสร็จทันเวลาถึงแม้ต้องออกแรงในการเซ็นมากก็ตาม เพราะมีภาระงานอื่นที่ต้องทำอีก จึงทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อต้องทานยาแก้ปวดเป็นประจำจนบางครั้งมีอาการปวดท้องเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากยา ประกอบกับการรับประทานยาไม่ถูกวิธีด้วย

แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานประกอบด้วย (1) ปรับเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย และพฤติกรรมการทำงาน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรค ประโยชน์และโทษของการใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย รวมทั้งโทษของการรับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดกับตนเอง (2) สร้างความคุ้นเคยในการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย โดยการใส่บ่อย ๆ (3) สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน เช่น การคัดเลือกบุคลากรตัวอย่าง การให้กำลังใจ การให้

รางวัลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมและ
ไม่ได้รับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยจากการทำงาน (4)
นิเทศ ติดตาม พฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากร
เพื่อให้คำแนะนำ ช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาทำให้
บุคลากรมีความสุขกับการทำงานมากขึ้น

การนำไปปฏิบัติและการสังเกต พบว่า
บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ไม่
ถูกต้อง เช่น การเพิ่มปริมาณผ้าเปียกในถังรองรับให้
มากขึ้น เพื่อลดจำนวนเที่ยวในการเข็น และใส่อุปกรณ์
ป้องกันร่างกายไม่ครบถ้วน เช่น การเข็นถังรองรับผ้า
เปียกใส่เพียงผ้าปิดปากปิดจมูกและถุงมือ และให้
ข้อมูลว่าที่ต้องเพิ่มปริมาณผ้าเปียกในถังรองรับเพราะ
ต้องการให้งานเสร็จเร็วขึ้น และใส่อุปกรณ์ป้องกัน
ร่างกายไม่ครบตามที่อบรมเพราะไม่คุ้นเคยและรู้สึก
ว่าหายใจลำบากเวลาทำงาน ทำให้เหนื่อยง่ายและ
ได้รับอุบัติเหตุ น้ำล้างถังผ้าเปียกกระเด็นเข้าตา การ
คำนวณภาระงานของบุคลากรแผนกซักฟอก พบว่า มี
ภาระงานเกินจึงขออนุมัติเพิ่มอัตรากำลังอีก 1 คน ด้าน
สิ่งแวดล้อมได้มีการปรับเปลี่ยนช่องทางการรับส่งผ้า
เปียกและผ้าสะอาดไม่ให้มีการปนเปื้อน และมีการ
จัดหาอุปกรณ์ดวงดน้ำยาซักผ้าได้แล้วทำให้การใช้
น้ำยาสะดวกขึ้นและไม่มีน้ำยาหกราดมือ ด้านเครื่องมือ
หรืออุปกรณ์หัวหน้าแผนกขออนุมัติสั่งซื้อผ้าเพิ่มเติม
ได้รถไฟฟ้าสำหรับรับส่งผ้า 1 คัน ใช้รับส่งผ้าสะอาด
ส่วนการรับส่งผ้าเปียกให้เพิ่มถังรองรับผ้าเปียกชนิด
เข็นได้ เพื่อเปลี่ยนน้ำหนักผ้า ลดการใช้แรงในการเข็น
ด้านทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า
มีบุคลากรบางคนพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้าง
ความคุ้นเคยกับการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น
การใส่ผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้งที่ปฏิบัติงานถึงแม้ว่า
จะรู้สึกว่าหายใจลำบากก็ตาม แต่บางคนยังไม่มี
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้เหตุผลว่าทำงานไม่
สะดวกและจำไม่ได้ว่าแต่ละกิจกรรมต้องใส่เครื่อง
ป้องกันอะไรบ้าง

การสะท้อนกลับ ผู้วิจัย หัวหน้าแผนก และ
บุคลากรแผนกซักฟอก ประชุมร่วมกัน เพื่อนำเสนอ
ปัญหาและสิ่งที่พบจากการทำงาน รวมทั้งสรุปปัญหา
ที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การปรับ เปลี่ยน
พฤติกรรมการทำงานของบุคลากร เนื่องจากบุคลากร
ยังขาดความตระหนักด้านความปลอดภัยในการ
ทำงาน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนทัศนคติความปลอดภัย
ในการทำงานของบุคลากร เนื่องจากบุคลากรยังได้รับ
อุบัติเหตุจากสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาและการ
เจ็บป่วยจากการเข็นผ้า

วงรอบที่ 2 เป็นการนำปัญหาที่ยังคงอยู่
จากวงรอบที่ 1 มาวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อ
สร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนทัศนคติด้าน
ความปลอดภัยในการทำงาน แนวทางการพัฒนา โดย
จัดทำคลิป VDO เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการทำงาน
พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพของ
ตนเองและครอบครัว รวมทั้งขอความร่วมมือเพื่อน
ร่วมงานช่วยกันเตือนเมื่อพบเพื่อนปฏิบัติไม่ถูกต้อง
เสริมแรงใจโดยการให้รางวัลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติได้
ถูกต้องและไม่ได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน
ทั้งรายบุคคลและทีม สร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดี
ระหว่างเพื่อนร่วมงานโดยใช้หลักการเพื่อนช่วยเพื่อน
รวมทั้งลดการทำงานแบบรีบเร่งของบุคลากรโดยขอ
ความร่วมมือจากหอผู้ป่วยให้สำรวจความต้องการใช้
ผ้าเพื่อแผนกซักฟอกจะได้สำรองผ้าให้เพียงพอต่อ
การใช้งาน ปรับเปลี่ยนเวลารับส่งผ้าเปียกและส่งผ้า
เปียกซักบริษัทภายนอกมากขึ้นเพื่อลดภาระงานให้
เหมาะสมกับจำนวนบุคลากร

การนำไปปฏิบัติและการสังเกต พบว่า
บุคลากรมีการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายในการ
ปฏิบัติงานได้ถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น การรับส่งผ้า
เปียกไม่พบการเพิ่มปริมาณผ้าเปียกในถังรองรับ
รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาการรับส่งผ้าเปียกให้
มากขึ้นทำให้ไม่ต้องรีบเร่งทำงาน จึงเห็นครั้งละ 1 ถึงได้

‘ไม่ต้องใช้แรงในการเข็นมากอาการปวดกล้ามเนื้อลดลง ไม่ต้องรับประทานยาแก้ปวด มีความสุขกับการทำงานมากขึ้น ทุกคนกลัวจะนำเชื้อโรคไปติดบุคคลในครอบครัว เลยต้องป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองจะได้อยู่กับครอบครัวนาน ๆ และต้องการที่จะคว่ำรางวัลมาครอบครอง จึงพยายามปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามที่กำหนด นอกจากนี้จากการลดภาระงานโดยการส่งผ้าซักบริษัทภายนอกทำให้ความเครียดจากงานลดลง และมีเวลาปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมากขึ้น เชื้ออาหารช่วยเหลือนกันมากขึ้น รวมทั้งมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานทุกคน และไม่พบบุคลากรได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน

การสะท้อนกลับ การประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัย หัวหน้าแผนก และบุคลากรแผนกซักฟอก เพื่อนำเสนอผลการปฏิบัติงาน พบว่า ทุกคน มีความตระหนักถึงอันตรายที่จะได้รับจากการทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานให้ปลอดภัยมากขึ้น โดยการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายได้ถูกต้องและครบถ้วนไม่พบว่าบุคลากรได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน บุคลากรมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันช่วยกันทำงานและเตือนเพื่อนเมื่อพบว่าเพื่อนปฏิบัติไม่ถูกต้อง และจากการติดตามบุคลากรภายหลังได้รับการพัฒนาแล้ว 2 เดือน พบว่าบุคลากรไม่ได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ทุกคนช่วยกันทำงานและมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัย

การประเมินผลการวิจัย การวิจัยนี้ สรุปได้ว่า การพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ประกอบด้วยการพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงานทำงาน ซึ่งมี 2 ส่วน ได้แก่ (1) การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ได้แก่ การให้ความรู้ คู่มือ คลิป VDO

การปฏิบัติงานและโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การกำหนดภาระงาน สร้างความตระหนักถึงอันตรายจากการทำงาน สร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัย และนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคและผลกระทบของน้ำยาซักผ้า แบ่งเขตพื้นที่สะอาดและสกปรก ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ ได้แก่ การจัดหาผ้าและรถรับ-ส่งผ้าให้เพียงพอเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน และ (2) การพัฒนาทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน ประกอบด้วย การให้ความรู้ด้านความปลอดภัยและการใช้เครื่องป้องกันร่างกาย สร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้มีการทำกิจกรรมกลุ่ม และผลการวิจัยยังพบว่า การพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงานส่งผลให้บุคลากรไม่ได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน เนื่องจากบุคลากรให้ความร่วมมือและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

อภิปรายผล

แผนกซักฟอกในโรงพยาบาลนจัดเป็นแผนกที่มีความสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล เนื่องจากทุกหน่วยงานต้องใช้ผ้าในการให้บริการผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีระดับการศึกษาไม่สูงส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยจากการทำงาน¹⁴ จึงควรให้ความรู้ด้านความปลอดภัยและการใช้เครื่องป้องกันร่างกายเพราะบุคลากรมีโอกาสสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโดยตรง จึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโรคและการเจ็บป่วยจากการทำงาน¹⁵ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปลอดภัยในการทำงานจึงมี

ความสำคัญยิ่งในการทำงานของบุคลากร⁹ อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงานแผนกซีกฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน ได้แก่ การจัดการและทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน โดยการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน ประกอบด้วย

1.1 การจัดการด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรแผนกซีกฟอกมีการศึกษาน้อย และขาดความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน ผู้บริหารจึงควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยในการทำงานและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายแก่บุคลากร รวมทั้งเลือกวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับบุคลากรเพื่อให้เข้าใจได้ง่าย เช่น การสื่อสารด้วยคลิป VDO ภาพโปสเตอร์ เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษา⁷ ที่พบว่าทำให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในอุตสาหกรรมขนาดกลาง ในประเทศอินโดนีเซีย ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานของบุคลากรก็จะช่วยลดความเครียดและความผิดพลาดในการทำงานของบุคลากรได้ เช่นเดียวกับการศึกษา¹⁶ ที่พบว่าปริมาณงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเจินตู ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนในเชิงลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาระงานที่ลดลง¹⁷ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเป็นการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรรู้สึกตัวเองมีคุณค่าและมีกำลังใจในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษา⁷ ที่พบว่า การสร้าง

แรงจูงใจมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในอุตสาหกรรมขนาดกลาง ประเทศอินโดนีเซีย ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่าการจัดการด้านบุคลากรมีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร

1.2 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยกับการทำงาน เช่น การแบ่งเขตพื้นที่การทำงาน การจัดให้มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อบอ้าว ไม่มีกลิ่นอับชื้น ไม่มีเชื้อรา และมีแสงสว่างเพียงพอเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ที่พบว่าบรรยากาศการทำงานที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐประเทศอาบูดาบี ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 การจัดการด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ป้องกันร่างกายเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงานของบุคลากรให้เพียงพอต่อการใช้งานจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานแก่บุคลากร¹⁷ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายโดยเฉพาะการใส่ผ้าปิดปากปิดจมูกและหน้ากากช่วยให้บุคลากรในประเทศลาตินอเมริกัปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID-19 ได้ร้อยละ 32.6¹⁸

2. ทัศนคติการทำงานมีความสัมพันธ์ความปลอดภัยในการทำงาน¹⁹ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานไปในเชิงบวก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานและอันตรายที่จะได้รับหากไม่ปฏิบัติตามอาจจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติการทำงานได้ เพราะการรับรู้ข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการควบคุมพฤติกรรมความเสี่ยงจากการทำงาน³ สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ที่พบว่า ทัศนคติความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ประเทศ

อาณัติปี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้ และทัศนคติความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา¹⁹

3. การพัฒนาแนวทางพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน สามารถช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานก่อสร้างโครงการรถไฟฟ้ามหานครสายสีส้ม (ตลิ่งชัน - มีนบุรี)²⁰ ที่พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลากร สิ่งแวดล้อม และเครื่องมือ/อุปกรณ์เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงาน

4. การสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานจะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานสายปฏิบัติการบริษัท ปตท. จำกัด(มหาชน)²¹ ที่พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุคลากรในหน่วยงาน การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยทุกครั้ง การแนะนำเพื่อนร่วมงานให้ปฏิบัติงานให้ถูกต้อง และการช่วยสอบสวนเมื่อเกิดอุบัติเหตุ จะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

References

1. Arunrat Khunthar. The Impacts and solutions to nursing workforce shortage in Thailand. J Nurs Sci

สรุปผล จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรแผนกซักฟอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ 1.1) ด้านบุคลากร ประกอบด้วย การให้ความรู้จัดทำคู่มือ คลิป VDO และโปสเตอร์การปฏิบัติงานและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย กำหนดภาระงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัย และนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน 1.2) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคและผลกระทบของน้ำยาซักผ้า แบ่งเขตพื้นที่สะอาดและสกปรก 1.3) ด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ ได้แก่ จัดหาผ้าและรถรับและส่งผ้าให้เพียงพอ 2) การพัฒนาทัศนคติความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านความปลอดภัยและการใช้เครื่องป้องกันร่างกาย สร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้มีการทำกิจกรรมกลุ่ม จากการพัฒนาแนวทางความปลอดภัยในการทำงานทำให้บุคลากรไม่ได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยทุกคน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำไปใช้ แผนกซักฟอกในโรงพยาบาลอื่นที่มีปัญหาคคล้ายกับโรงพยาบาลกระทุ่มแบนสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาองค์กรได้ และสามารถนำแนวทางไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรได้

ด้านการวิจัย ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรเพิ่มขึ้นและให้เหมาะสมกับปัญหาขององค์กรที่จะศึกษา

- 2014; 32(1): 81–90. Thai.
2. Soonthorn Boonbumroe . Work safety behaviors of nurse in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2014; 20(2): 82-92. Thai.
3. Suwanda Songtanoo, Apornit Buapetch Bhunyabhadh Chaimay. Risk perception and risk prevention and control behaviors among laundry workers in community hospital. Thaksin.J. 2015; 18(3): 187-94. Thai.
4. Siriporn Darnkachatan, Mughalin Intaramuen, Nithima Nulong, Janjira Mahaboon, Mattika Yongpradern. Occupational health and safety risk assessment of laundry department in hospital, Nakhon Si Thammarat Provinces. Thai Science and Technology Journal (TSTJ). 2020; 28(1): 140-54. Thai.
5. The Healthcare Accreditation Institute (Public organization). Hospital and healthcare standards 4th ed. [internet]. 2018 [cited 2016 January 20] Available from: http://tqa.pcmc.swu.ac.th/Portals/2081/Documents/HA%20Standard%20HA_4th%20Edition.pdf. Thai.
6. Schiffman LG, Kanuk LL. Consumer behavior. Prentice Hall; 1994.
7. Ansori N, Widyanti A, Yassierli. The Influence of safety climate, motivation and knowledge on worker compliance and participation: An empirical study of Indonesian SMEs. Ingenieriae Investigacion. 2021; 41(3): 1- 9.
8. Saowalak Toumcharoen. Environmental management of health promotion hospitals in health region 6 [internet]. 2018. [cited 2018]. Available from: http://thesis.rru.ac.th/files/pdf/680_2018_11_08_141226.pdf. Thai
9. Faqeeh FA, Khalid K, Osman A. Integrating safety attitudes and safety stressors into safety climate and safety behavior relations: The case of healthcare professionals in Abu Dhabi. Oman Medical Journal. 2019; 34(6): 504-13.
10. Wachira Suriyawong, Pimpan Silapasuwon, Mathurat Tipayamongkhogul. Organization safety culture and compliance with safety practices among registered nurses at a tertiary care hospital. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2017; 5(1): 103-18. Thai
11. Kanuk LL, Schiffman LG. Consumer behavior. 5th ed. Prentice-Hall; 1994.
12. Cronbach LJ. Essentials of psychological test. 5th ed. Harper Collins; 1970.
13. Kemmis, S, & Mc Taggart, R. The action research planner. 3rd ed. Deakin University press; 1990
14. Varittisa Weerapan. The Attitude of employees to ward safety system in workplace of manufacture prestressed concrete wire in Maptaphud Industrail Estate, Rayong [internet]. 2017. [cited 2017]. Available from: <http://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/64/1/59920316.pdf> Thai
15. Saengkaew P. Occupational health and safety problem of security guards in shopping A [internet]. 2016. [cited 2016]. Available from: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5705035235_3389_6003.pdf. Thai.

16. Chen C, Akkadechanun T, Chipakdee B. Safety climate and physical workload of nurses in Chengdu University Hospitals, People's Republic of China. *Nursing Journal*. 2021; 48(3): 14-27.
17. Porntida Teprasit, Prasopchai Phasunon. Factors affecting behavior in The use of personal protective equipment for a testing laboratories scientist accreditation of ISO/IEC 17025 Laboratories in Bangkok. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2017; 12(1): 66-75.
18. Delgado D, Quintana FW, Perez G, Liprandi AS, Ponte-Negretti C, Mendoza I, et al. Personal safety during the covid - 19 pandemic: Realities and perspectives of healthcare workers in Latin America. *International journal of environmental research and public health*. 2020; 17(8): 1-8. doi:10.3390/ijerph1708
19. Jirunya Burimas, Pimarin Thonglek, Wongrawee Plangphimai, Rungrat Thinthonglang. Safety behavior of primary health care workers in Phi-Mai district, Nakhon Ratchasima province. The 6th national conference Nakhon Ratchasima College; 2019. Thai
20. Punnapoj Akson, Udomwit Chaisakulkiat. A Study of Accident Causes and Prevention Guidelines for Construction: A Case Study of the MRT Orange Line Project (Taling Chan - Min Buri) . The 25th national convention on civil engineering 2020; July 15-17: CEM40-1 – CEM40-7. Thai.
21. Prapho Upatum, Danai Pattaphongse. Awareness and behavior in safety of operations officer, PTT public company limited. *EAU healthage journal social science and humanity* 2018; 8(1): 248 -259. Thai.

การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดยโสธร

เยาวลักษณ์ เมณฑกานวงศ์*	พย.ม.
กลอยใจ แสนวงษ์**	พย.ม.
จารุณี สุธีร์***	ปพ.ส. ส.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดยโสธร และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 102 คน และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัด 36 คน ดำเนินการ 4 ระยะ: (1) เตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบ (3) นำรูปแบบไปใช้ (4) ประเมินผล เครื่องมือในการวิจัย คือ (1) โปรแกรมพัฒนาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (2) มาตรฐานการพยาบาล (3) แผนการนิเทศทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ (1) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ค่าความยากง่าย 0.6 (2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.81 (3) แบบประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล (4) แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา pair t- test และ Chi-square

ผลกาวิจัย พบว่า รูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ มาตรฐานการพยาบาล และการนิเทศ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ (1) Door to EKG ใน 10 นาที (2) การได้รับยา Streptokinase (3) Door to needle ใน 30 นาที (4) Onset to needle ใน 180 นาที เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และภาวะแทรกซ้อน Major bleeding จากยา Streptokinase ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ของพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา (Mean ก่อน 11.72, Mean หลัง 18.75) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพระดับมากที่สุด (Mean 4.71) และการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ร้อยละ 73.33-93.33

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและส่งต่อ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล E-mail: Yaowalukmen.2505@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

Development of Nursing Management Model for Receiving and Referral of Myocardial Ischemia Patients at Yasothon Province.

Yaowaluk Mentaganuwong *** M.N.S.

Kloychai saenwong ** M.N.S.

Jarunee suthee* M.P.H.

Abstract

The objectives of this research and development was to develop and to study the results of the nursing management model on receiving and referring patients with myocardial ischemia, Yasothon Province. A purposive sample of 102 myocardial ischemia patients and 36 professional nurses at Yasothon Hospital and community hospitals of Yasothon Province network, were recruited. The study consisted of 4 phases: (1) preparation and situation analysis (2) develop the nursing administration model (3) model implementation (4) evaluation. The research instruments composed of (1) professional nurse competency development program (2) nursing standards (3) nursing supervision plan and were checked for quality using 5 experts. Data collecting tools included (1) a knowledge test of the nurses, yielding the difficulty level of 0.6 (2) a satisfaction questionnaire of the nurses, yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.81 (3) performance assessment according to the nursing standards of the nurses (4) a record form of the nursing quality indicators. Data were analyzed using descriptive statistics, pair t-test, and Chi-square.

The results showed that the nursing management model on receiving and referring patients with myocardial ischemia, Yasothon Province consisted of professional nurse competency development programs, nursing standards, and nursing supervision. Outcomes of the quality nursing care included (1) door to EKG within 10 minutes (2) streptokinase injection (3) door to needle within 30 minutes (4) onset to needle time within 180 minutes, that significantly increased at the level of .05. The complications on major bleeding due to streptokinase injection was statistically significant decreased at the level of .05. Provider outcomes on knowledge of the nurses revealed that the average score after development was significant higher than before development (Mean before 11.72, Mean after 18.75). The nurses reported their overall satisfaction at the highest level (Mean 4.71) and practice according to the nursing standards at 73.33–93.33 percent.

Keywords: nursing management model, receiving and referring, myocardial ischemia patients

***Registered nurse, Senior Profession Level, Head nurse in Yasothon hospital. E-mail: Yaowalukmen.2505@gmail.com

** Registered nurse, Profession Level

* Registered nurse

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) เป็นการเจ็บป่วยที่วิกฤตและฉุกเฉินจากการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจ และเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น¹ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก

สถิติในปี พ.ศ. 2562 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนสูงถึง 17.9 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 32 จากสาเหตุการตายทั้งหมดทั่วโลก² สำหรับประเทศไทย ปีพ.ศ.2561-2563 พบว่า อัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 31.78, 31.36 และ 32.57 ต่อประชากรแสนคน³ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปี 2560-2562 อัตราผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 467.46, 506.20 และ 542.54 ต่อประชากรแสนคน⁴ ตามลำดับ

โรงพยาบาลยโสธรมีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดยโสธร และให้การรักษาดูแลด้วยยาละลายลิ่มเลือดในระหว่างการส่งต่อ การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 36 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงกันยายน 2564 พบมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวม⁵ ร้อยละ 9.23 และอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก สูงถึงร้อยละ 26.5 จากภาวะหัวใจหยุดเต้นและมีการกู้ชีพก่อนมาถึงโรงพยาบาล และเสียชีวิตในเวลาต่อมาจำนวน 6 ราย

นอกจากนี้ ยังพบว่าการเข้าถึงการรักษาดูแลด้วยยาละลายลิ่มเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉลี่ย 56 นาที ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย

มาตรฐานที่กำหนดไว้ภายใน 30 นาที สาเหตุเนื่องจากการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า ตั้งแต่การรับรู้อาการของผู้ป่วยที่บ้าน การมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา กระบวนการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายมาที่โรงพยาบาลยโสธร การคัดกรองเมื่อมาถึงโรงพยาบาลยโสธร การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย การขอคำปรึกษา การตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด การจ่ายยา และการบริหารยา นอกจากนี้ กระบวนการดูแลรักษาในการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากความแตกต่างในสมรรถนะของบุคลากร การขาดการเฝ้าระวังที่ถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง

แม้ว่าโรงพยาบาลยโสธร จะมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาการเข้าถึงการรักษา ความรวดเร็วในการให้บริการ โดยปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญคือ (1) ผู้ป่วยขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า (2) บุคลากรพยาบาลขาดความรู้ในการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ก่อนและขณะนำส่ง ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้ประเมินผู้ป่วยผิดพลาดและล่าช้า (3) ขาดมาตรฐานการพยาบาลที่ใช้ร่วมกัน มีลักษณะต่างคนต่างทำ การปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาจากความรู้และประสบการณ์เดิมของแต่ละคน (4) กระบวนการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลยโสธรกับโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน (5) ขาดการนิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติการพยาบาล

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับ

และส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัด ยโสธร โดย (1) พัฒนาศมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลยโสธร และ เครือข่ายจังหวัดยโสธร โดยใช้แนวคิดของสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁶ (2) พัฒนามาตรฐานการ พยาบาล โดยใช้แนวคิดของเมสัน (Mason)⁷ ให้ครอบคลุม ประเด็นการพยาบาลก่อนและขณะนำส่ง การ บริหารยาละลายลิ่มเลือด ตลอดจนการสื่อสารข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที และการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดและยับยั้งความรุนแรงของ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปลอดภัยจากโรคและ ภาวะแทรกซ้อน (3) แผนการนิเทศ โดยใช้แนวคิดของ พรอคเตอร์⁸ กำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐาน การพยาบาล เพื่อให้เกิดรูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มี ประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการเสียชีวิต เพิ่มผลลัพธ์ การดูแลรักษาให้ดียิ่งขึ้น ลดภาวะทุพพลภาพที่เกิด ขึ้นกับผู้ป่วย

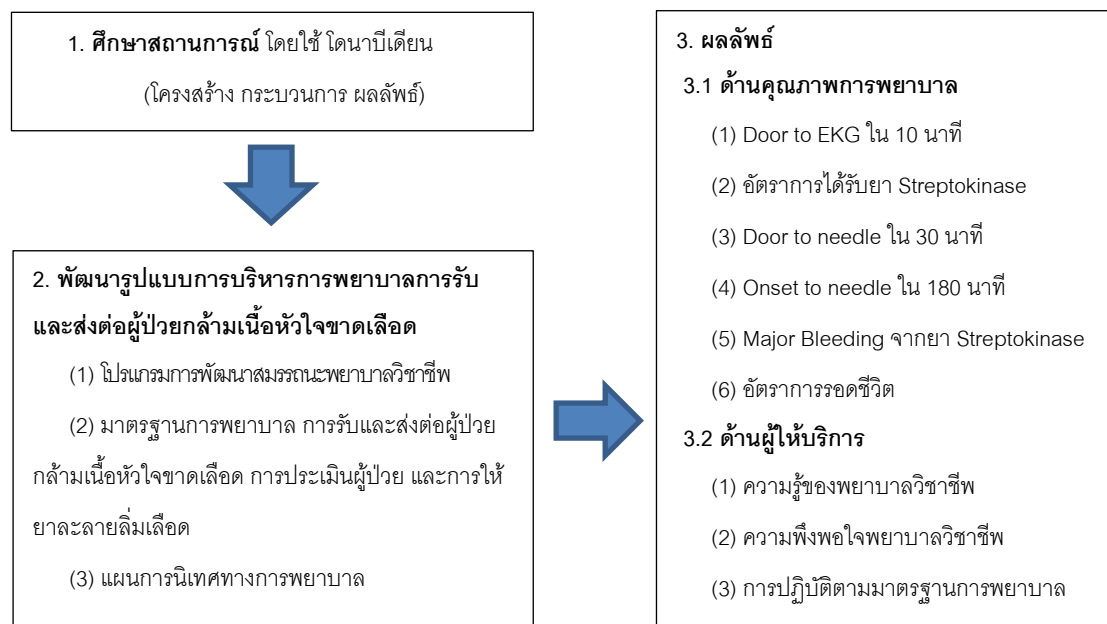
วัตถุประสงค์

1) พัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล การ รับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัด ยโสธร

2) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหาร การพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด จังหวัดยโสธร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ นูรณาการกรอบแนวคิดของ โดนาปีเดียน⁹ ในการศึกษาสถานการณ์ใช้แนวคิดของ เมสัน⁷ ในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล ใช้แนวคิด ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁶ ในการพัฒนา สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และใช้แนวคิดของพรอค เตอร์⁸ ในการพัฒนาการนิเทศ ดังนั้น กรอบแนวคิด การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและ ส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดยโสธร แสง ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดยโสธร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยโสธร จำนวน 20 คน และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดยโสธร 8 แห่ง ๆ ละ 2 คน จำนวน 16 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 36 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย (2) เป็นผู้ป่วยที่ถูกนำส่งในระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดยโสธร (3) เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2565 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2565 จำนวน 54 คน และระยะที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2565 จำนวน 48 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 102 คน และมีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (2) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ (3) แผนการนิเทศทางการพยาบาล

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ Door to EKG ใน 10 นาที การได้รับการเปิดเส้นเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด Door to needle ใน 30 นาที Onset to needle ใน 180 นาที โดยให้คะแนน คือ ทำได้ให้ 1 คะแนน หรือ ทำไม่ได้ให้ 0 คะแนน ภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต ให้ 0 คะแนน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่เสียชีวิตให้ 1 คะแนน

2.2 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ตอนที่ 2 การประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อระบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการบริหารงาน และขั้นตอนในกระบวนการรับและส่งต่อผู้ป่วย มีจำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านองค์ประกอบของระบบ มีจำนวน 4 ข้อ (2) ด้านการนำระบบไปใช้ มีจำนวน 14 ข้อ (3) ด้านผลของการใช้ระบบ มีจำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) การแปลระดับความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วย ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้¹⁰

4.50-5.00 = พึงพอใจในระดับมากที่สุด

3.50-4.49 = พึงพอใจในระดับมาก

2.50-3.49 = พึงพอใจในระดับปานกลาง

1.50-2.49 = พึงพอใจในระดับน้อย

1.00-1.49 = พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

2.4 แบบประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดเป็นหัวข้อของมาตรฐานทุกข้อ มีคำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติ กับ ไม่ปฏิบัติ

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ของเครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ค่าความตรง IOC ในภาพรวม 1.0 ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริง

ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ดังนี้

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.81

2. แบบประเมินความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าความยากง่ายรวม เท่ากับ 0.6

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล ได้จากการทบทวนตัวชี้วัดย้อนหลัง 1 ปี ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2564 ข้อมูลผลลัพธ์การใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้จากแบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการ

ปฏิบัติตามมาตรฐานของพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง พฤษภาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์คุณภาพการรักษายาบาล ได้แก่ (1) Door to EKG ใน 10 นาที (2) การได้รับยา Streptokinase (3) Door to needle ใน 30 นาที (4) Onset to needle time ใน 180 นาที (5) Major Bleeding จากการได้รับยา Streptokinase (6) อัตราการรอดชีวิต ด้วยความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความแตกต่างของการพัฒนาโดยเปรียบเทียบกับข้อมูลปี 2564 ด้วย Chi square

วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ (1) ความรู้ของพยาบาล วัดประเมิน 3 ครั้ง: ครั้งที่ 1 ก่อนการให้ความรู้ ครั้งที่ 2 หลังการให้ความรู้ทันที และครั้งที่ 3 หลังการให้ความรู้ 5 เดือน โดยใช้แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง ด้วยสถิติ pair t-test (2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (3) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล วัดประเมิน 2 ครั้ง: ครั้งที่ 1 หลังการนำไปใช้เมื่อครบ 5 เดือน และครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล วิเคราะห์ด้วย ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วย Chi square

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร 2564 เลขที่ YST 2021-10 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอนการวิจัย การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2565 มี 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และรูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในจังหวัดยโสธร โดยใช้แนวคิดไดนาปีเดีย⁹ ร่วมกับศึกษาข้อมูลสถิติการให้บริการ ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลย้อนหลัง และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปี 2564 จำนวน 132 ฉบับ พบ มีผู้ป่วยเสียชีวิต 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.06 เป็นผู้ป่วยรับจากระบบการนำส่งของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.36 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเองโดยไม่ผ่านระบบการนำส่ง จำนวน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.63 มีการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 124 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.94 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น คือ major bleeding จาก Streptokinase จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.52

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ เครื่องมือการวิจัยตามโครงสร้างที่กำหนดโดยตัวแทนของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพศูนย์รับแจ้งเหตุ จำนวน 1 คน ได้รูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁶ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน โดยกำหนด

สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการประเมินผู้ป่วย ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการบริหารยา และด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. พัฒนามาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย มาตรฐานการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มาตรฐานการประเมินผู้ป่วย และมาตรฐานการบริหารยาละลายลิ้มเลือด

3. พัฒนาแผนการนิเทศทางการพยาบาลจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมากำหนดโครงสร้างและเนื้อหา ร่วมกับการจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการนำเครื่องมือการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลไปใช้ และการจัดเก็บเอกสาร ซึ่งการนิเทศทางการพยาบาลตามแนวคิดของพรอคเตอร์¹⁰ มี 3 แบบ ได้แก่ การนิเทศตามแบบแผน (formative clinical supervision) การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision)

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวน 102 คน และ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 36 คน โดย (1) จัดประชุมอบรมความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สำหรับบุคลากรและเครือข่าย (2) ประชุมชี้แจงรูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (3) นำรูปแบบไปใช้ (4) เก็บรวบรวมผลดำเนินการ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่พี่เลี้ยง ที่ปรึกษา และผู้ประสานงาน

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลยโสธรและในเครือข่าย มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการประเมินผู้ป่วย ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการบริหารยา และด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. มาตรฐานการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มาตรฐานการประเมิน

ผู้ป่วย และมาตรฐานการบริหารยาละลายลิ้มเลือดครอบคลุม (1) แนวทางการรับคำปรึกษา มีระบบให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจทางไลน์กลุ่ม STEMI การอ่าน EKG ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในไลน์กลุ่ม (2) แนวทางการส่งต่อโดยมีระบบทางด่วน (STEMI fast track) (3) แนวปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยทั้งเครือข่าย ได้แก่ CPG, standing order, care map, CNPG ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, chest pain protocol

3. แผนการนิเทศ กำหนดแผนการนิเทศและติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการบริหารการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังพัฒนา

รูปแบบเดิม (ก่อนการพัฒนา)	รูปแบบใหม่ (หลังการพัฒนา)
1. แนวทางปฏิบัติร่วมกัน 1) CPG, Standing order, Care map 2) แนวทางการประเมินผู้ป่วยเจ็บหน้าอก 3) แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือด (Streptokinase)	1. แนวทางปฏิบัติร่วมกัน ที่เพิ่มเติม 1) แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล STEMI เครือข่าย จังหวัดยโสธร 2) Check list consult fast track STEMI กรณี Consult รพ.แม่ข่าย ข้อคิดเห็นของ Cardiologist 3) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.ยโสธร 4) มาตรฐานการพยาบาล: (1) การรับและส่งต่อผู้ป่วย (2) การประเมินผู้ป่วย (3) การให้ยาละลายลิ้มเลือด (Streptokinase)
2. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 1) มีพยาบาลจัดการรายการกรณีในโรงพยาบาลชุมชน 2) มีการจัดประชุมให้ความรู้ และชี้แจง ในเรื่อง การอ่าน EKG และใน Line กลุ่ม 3) ทบทวน สะท้อนกลับข้อมูลในกลุ่ม Line	2. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ที่เพิ่มเติม 1) จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากประเด็นปัญหาที่พบในการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน 2) เพิ่มช่องทางการสะท้อนกลับข้อมูลโดยการจัดตั้ง Line กลุ่มและส่งข้อมูลกลับในประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติ
3. แนวทางการรับและส่งต่อ 1) แนวทางการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้ระบบทางด่วน 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดของทีมสหสาขาวิชาชีพ (care map)	3. แนวทางการรับและส่งต่อ ที่เพิ่มเติม 1) แนวทางการประเมินผู้ป่วยเจ็บหน้าอกในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (chest pain protocol) 2) แนวทางการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจทางไลน์กลุ่ม

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ (1) Door to EKG ใน 10 นาที (2) การได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) (3) Door to needle ใน 30 นาที (4) Onset to needle ใน 180 นาที (5) major bleeding จากการได้รับยา Streptokinase (6) อัตราการรอดชีวิต ผลการวิจัย พบว่า (1) Door to EKG ใน 10 นาที ก่อนพัฒนามีระยะเวลาเฉลี่ย 18.88 นาที หลังพัฒนา 5.32 นาที ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) ก่อนพัฒนา ได้รับยา Streptokinase จำนวน 107 ราย (ร้อยละ 83.59) หลัง

พัฒนาได้รับยา Streptokinase จำนวน 99 ราย (ร้อยละ 97.05) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) Door to needle ใน 30 นาที ก่อนพัฒนามีระยะเวลาเฉลี่ย 53.21 นาที หลังพัฒนามีระยะเวลาเฉลี่ย 32.49 นาที ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4) Onset to needle ใน 180 นาที ก่อนพัฒนา พบร้อยละ 42.99 หลังพัฒนาพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.80 (5) major bleeding จากการได้รับยา Streptokinase ก่อนพัฒนา พบร้อยละ 3.74 หลังพัฒนา พบลดลง ร้อยละ 2.94 (6) อัตราการรอดชีวิต ก่อนพัฒนา พบร้อยละ 94.53 และหลังพัฒนาพบการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 96.07 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ก่อน และหลังพัฒนา

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล	ก่อนพัฒนา (N 128) ราย (ร้อยละ)	หลังพัฒนา (N 102) ราย(ร้อยละ)	เวลาเฉลี่ย ก่อนพัฒนา (นาที)	เวลาเฉลี่ย หลังพัฒนา (นาที)	t-test	Chi-square	p
1. Door to EKG ใน 10 นาที	99 (43)	87(85.29)	18.88	5.32	2.46	-	.015*
2. การได้รับยา Streptokinase	107 (83.59)	99(97.05)	-	-	-	11.012	.001*
3. Door to needle ใน 30 นาที	37 (34.59)	99(97.05)	53.21	32.49	4.74	-	.000*
4. Onset to needle ใน 180 นาที	46 (42.99)	61(59.80)	-	-	-	16.204	.000*
5. Major Bleeding	4 (3.74)	3(2.94)	-	-	-	-	-
6. อัตราการรอดชีวิต	121 (94.53)	98(96.07)	-	-	-	-	-

*p < 0.05

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ มีดังนี้

2.1 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินด้วยแบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้ง: ครั้งที่ 1 ก่อนการพัฒนา ครั้งที่ 2 หลังการอบรม

ทันที และครั้งที่ 3 หลังการพัฒนาแล้ว 5 เดือน และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วย pair t test พบว่า ก่อนพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 11.72 (SD 1.96) หลังการเสร็จสิ้นการประชุมอบรม

วารสารกองการพยาบาล

พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 16.97 (SD 0.97) และหลังการพัฒนา 5 เดือน พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 18.75 (SD 0.84) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า หลังพัฒนาพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม ในระดับมากที่สุด (Mean 4.71, SD 0.15) และความพึงพอใจด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ องค์ประกอบของระบบ (Mean 4.88, SD 0.18) รองลงมา คือ ด้านผลของการใช้ระบบ (Mean 4.69, SD 0.21)

2.3 การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง: ครั้งที่ 1 หลังการนำไปใช้เมื่อครบ 5 เดือน และครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการวิจัย ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ครั้งที่ 1 ร้อยละ 79.63 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 89.58 ด้านมาตรฐานการประเมินผู้ป่วย มีการปฏิบัติตามมาตรฐานครั้งที่ 1 ร้อยละ 72.22 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 93.75 ด้านมาตรฐานการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ครั้งที่ 1 ร้อยละ 81.48 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 87.75 ซึ่งการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความถี่ ร้อยละของการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา

การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล		ครั้งที่ 1 (N 54)		ครั้งที่ 2 (N 48)		Chi-square	p
		ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ		
1. มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	ปฏิบัติ	43	79.63	43	89.58	1.904	.168*
	ไม่ปฏิบัติ	11	20.37	5	10.42		
2. มาตรฐานการประเมินผู้ป่วย	ปฏิบัติ	39	72.22	45	93.75	8.104	.004*
	ไม่ปฏิบัติ	15	27.78	3	6.25		
3. มาตรฐานการบริหารยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase)	ปฏิบัติ	44	81.48	42	87.75	.696	.404*
	ไม่ปฏิบัติ	10	18.52	6	12.5		

*p < 0.5

อภิปรายผล

1. รูปแบบการบริหารพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลยโสธร ที่ได้จากการพัฒนาร่วมกันของทีมสหสาขาประกอบด้วย (1) โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (2) มาตรฐานการพยาบาล (3) การนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งการพัฒนารูปแบบที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและ ประสบความสำเร็จนั้น

บุคลากรพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อน และต้องมีการนิเทศกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การมีมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยหนัก และที่สำคัญคือ การประเมินผู้ป่วย การคาดการณ์ความเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และการส่งต่อ

ข้อมูล ในส่วนผู้ให้บริการมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลตามโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะและนิเทศติดตามมาตรฐานการพยาบาล และการส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลยโสธร มีดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย (1) Door to EKG ใน 10 นาที (2) การได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (3) Door to needle ใน 30 นาที (4) Onset to needle ใน 180 นาที (5) major bleeding จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (6) อัตราการรอดชีวิต พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลยโสธร การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การพัฒนามาตรฐานการพยาบาล ร่วมกับการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การนิเทศตามแบบแผน (formative clinical supervision) การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision) ส่งผลให้เกิดวงล้อในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยจุดเด่นในการพัฒนา พบว่าได้มีการวิเคราะห์ระบบและทบทวนสถานการณ์การดูแลพัฒนาสมรรถนะของทีม กำหนดมาตรฐานการพยาบาล ตั้งแต่ก่อนนำส่ง ขณะนำส่ง จนถึงโรงพยาบาลปลายทาง โดยการพัฒนาเครือข่ายการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน ผลจากการพัฒนาพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการเข้าถึงยาลดลง และอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าระบบบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา 3 ชั่วโมง ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น จากการเปิดหลอดเลือด

เลือดที่มีลิ่มเลือดอุดตันได้เร็วขึ้น ตามการรักษาที่จำเพาะ คือ การทำให้ลิ่มเลือดนั้นหายไป ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารีได้ตามปกติ¹¹ ซึ่งการรักษาดังกล่าว สามารถจำกัดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจให้ลดลง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษา¹² การพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ชัดเจน ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เข้ารับบริการจนจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย มีคุณภาพตามเกณฑ์ AGREE instrument พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล และการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล พบว่า การกำหนดโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของบุคลากรในหน่วยการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งครอบคลุมทั้ง สมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะที่สำคัญ เช่น การอ่าน EKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือด และเครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ ทำให้พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา¹³ การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI โรงพยาบาลบุรีรัมย์ การพัฒนาเครือข่ายประกอบด้วย (1) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการอ่าน EKG การให้ยาละลายลิ่มเลือด (2) แนวทางการรับคำปรึกษา (3) STEMI fast track (4) แนวปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาล และ (5) ระบบนิเทศติดตามเมื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

STEMI โรงพยาบาลบุรีรัมย์ก่อนและหลังการพัฒนาครั้งที่ 2 พบว่า (1) อัตรา Door to EKG ใน 10 นาที หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น (2) อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น (3) อัตรา Door to Needle ใน 30 นาที หลังการพัฒนาลดลง (4) อัตรา Onset to Needle ใน 180 นาที หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นและอัตราความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มเป็นร้อยละ 81.6

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านเชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบการดูแลเครือข่ายตาม Service plan ที่ชัดเจนและผ่านการประเมินตามเป้าหมาย เพื่อเป็นการเสริมแรงการพัฒนาและเสริมสร้างขวัญกำลังใจ รวมถึงวางระบบการเทียบเคียง (benchmarking) กับเครือข่ายจังหวัด

อื่น ๆ ที่มีศักยภาพใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการบริหาร กลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควรให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญระดับจังหวัดร่วมกันเป็นเครือข่าย ให้การสนับสนุนและส่งเสริม ด้านวิชาการตามบริบทของงานตลอดจนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเครือข่าย เพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำมาตรฐานการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปปฏิบัติในเครือข่ายและมีการนิเทศอย่างต่อเนื่องและติดตามผลการดูแลในระยะยาว เช่น กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ด้านการวิจัย ควรเพิ่มการวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลในเชิงป้องกัน เนื่องจากแนวโน้มการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต

References

1. The Association of Cardiologists of Thailand. Clinical practice guidelines for the care of patients with chronic ischemic heart disease. 2021. 1st edition. Bangkok: Necckstep Design Limited Partnership; 2022.
2. World Health Organization. Cardiovascular disease (CVDs). [online] 2019 [cited 2022 Dec 29]. Available from: URL:[http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Bureau of Non-Communicable Disease Ministry of Public Health. Number and mortality rate of 5 non-communicable disease NCD 2016-2020. [Online]. [cited 2022 Dec 29]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
4. Bureau of Non-Communicable Disease Ministry of Public Health. Number and NCDs mortality rate 2016-2019. [Online]. [cited 2022 Dec 29]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
5. Yasothon Hospital. Medical record and statistic of Yasothon Hospital 2020. Yasothon: Yasothon Hospital; 2020. Thai.

6. Institute of Emergency Medicine. Guidelines for Compliance with Emergency Isolation Critical and prioritize care at the emergency room according to the criteria of IEM set. 1st ed. Bangkok: Institute of Emergency Medicine; 2013.
7. Mason, EJ. How to write meaningful nursing standard. 3rd ed. New York: Delmar Publishers; 1994.
8. Proctor, B. Training for the supervision alliance attitude, skill and intention in Fundamental Themes in Clinical Supervision: 25-46. London: Routledge. 2001.
9. Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. New York, NY: Oxford University. 2003.
10. Boonjai Srisathinarakoon. Research methodology in nursing science. 5th ed. Bangkok: You and I Enter Media. 2010
11. Pradit Panjawanin. Myocardial ischemia. In: modern medicine 2009. In Wanchai Dechsomritruthai, Roongrote Kittayapong and Apiradee Srichitkamon editor. 2nd ed. Bangkok: printmanking; 2010.
12. Suree krongthong et al. Delvelopment of expressway service model for myocardial ischemia patients. Medical Journal of Sisaket Hospital, Surin, Buriram. 2018; 33(1): 45-60.
13. Amornrat panapoi and Bulan Pianthaisong. Nursing network development for STEMI patients with acute myocardial infranction, Buriram Hospital. Medical Journal of Sisaket Hospital, Surin, Buriram. 2018; 33(2): 145-63.

ภาวะรับประทันยาพาราเซตามอลเกินขนาดในเด็กวัยเรียนที่เรียนออนไลน์ ช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยใช้หลักปลูกวัคซีนใจจากแนวคิดครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง

รุจิรัตน์ มณีศรี*	พย.ม.(การพยาบาลเด็ก)
ผศ.นวลใย พิษชาติ**	รป.ม.(รัฐประศาสนศาสตร์)
รุจิตรา วันวิศา***	ศษ.ม.
ศรีสกุล วัฒนศิริ****	ส.ม.(การจัดการระบบสุขภาพ)

บทคัดย่อ

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีโอกาสสูงและมีลักษณะพัฒนาการของการวางรากฐานบุคลิกภาพอย่างหนึ่งคือความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองหรือความรู้สึกดี้อย เริ่มมีความเป็นตัวเองสูง ซึ่งในช่วงที่มีการระบาดหนักของโควิด 19 ได้มีการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ โดยจากกรณีศึกษานักเรียนอายุ 12 ปี เรียนออนไลน์และผลการเรียนต่ำทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลจึงตัดสินใจรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด 24 เม็ด ซึ่งการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาดถ้าระดับความเข้มข้นของยาในกระแสเลือดมากกว่า 200 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตรภายใน 4 ชั่วโมงหลังรับประทาน จะมีโอกาสเกิดภาวะพิษต่อตับ ซึ่งถูกกำหนดให้เป็นเกณฑ์การเฝ้าระวังทั่วโลก เมื่อเด็กรับประทานยาแล้วโพสต์ลงทางสตอรี่ มารดาควรเฝ้าระวังและติดตามเด็กอย่างใกล้ชิด รวมถึงนำคำแนะนำโดยใช้หลักการปลูกวัคซีนใจจากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทราบและเข้าใจเกณฑ์การเฝ้าระวังภาวะการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด จึงจะสามารถนำเด็กส่งโรงพยาบาลได้ทันโดยที่เด็กไม่มีภาวะตับถูกทำลายจากการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด

คำสำคัญ: ยาพาราเซตามอลเกินขนาด เรียน online ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

* อาจารย์ประจำวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร E-mail: kungbana@hotmail.com

** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

*** อาจารย์ประจำภาคิษาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลปทุมธานี

Paracetamol Overdose in School Ages Children Learn Online During the Covid 19 Pandemic By Using the Principle of Vaccine mine from The Family-Centered Care Concept

Rujiruth Maneesri*	M.N.S. (Pediatric Nursing)
Assistant Professor Nualyai Pisachart**	M.P.A.(Public administration)
Rujitra Wonwicha***	M.Ed.
Srisakul Wattanasri****	M.P.H (Health System Management)

Abstract

School-aged children are characterized by egocentrism. One of the personality developmental traits is self-esteem or feelings of inferiority, including becomes aware of their individuality. During the Covid 19 pandemic, a new way of life "New Normal" has been established. The case study of a 12-year-old student who studied online and the average grade point decline, that lead to stress and anxiety and decided to take overdose of paracetamol on the amount of 24 tablets. If the plasma paracetamol concentration is higher than 200 micrograms per deciliter within 4 hours after taking the pills, there will be a chance of hepatotoxic. There was determined as a global surveillance criterion, when the school-aged children took paracetamol overdose, post it through the story. The mother should closely monitor and follow the child as well as take advice using the principle of vaccine mind based on the family-centered care concept. Therefore, knowing and understanding the surveillance criteria for taking paracetamol overdoses and the children will be taken to the hospital in time without hepatotoxic from paracetamol overdose.

Keyword: paracetamol overdose, learn online, family-centered care concept

* Lecturer of Child and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing Shinawatra University. E-mail: kungbana@hotmail.com

** Dean of the Faculty of Nursing, Shinawatra University.

*** Lecturer, Department of Maternal-Infant Nursing and midwifery, Faculty of Nursing Shinawatra University.

**** professional nurse, Head of pediatric ward 1, Pathum Thani Hospital.

บทนำ

เด็กวัยเรียนเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย ตลอดจนความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเอง รับรู้ว่าตัวเองกำลังจะก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ขึ้น มีความเชื่อและสนใจของตัวเอง และยังมีความเป็นที่หนึ่งไม่เหมือนใคร โดยคิดว่าคงไม่มีใครเข้าใจตัวเองเหมือนวัยเดียวกัน และยิ่งไปกว่านั้นยังมีความคิดเพื่อฝันจึงมีความคิดอยากทำอะไรตามใจตัวเอง¹ จะเกิดความรู้สึกความขยันหมั่นเพียร และความรู้สึกต่ำต้อยตามขั้นการพัฒนาการ ในขั้นนี้โรงเรียนและครอบครัวคนรอบข้างมีอิทธิพลมากที่สุด โดยวัยนี้เป็นวัยของการวางรากฐานบุคลิกภาพอย่างหนึ่ง คือ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองหรือความรู้สึกต่ำต้อย² โดยเด็กวัยนี้จะมีการแข่งขันในด้านต่าง ๆ สูง และถ้าเด็กประสบความล้มเหลวทางด้านการแข่งขัน จะพัฒนาความรู้สึกมีปมด้อยซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาทางจิต และแก้ปัญหาอย่างผิดทาง

ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้มีการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ เด็กต้องเรียนออนไลน์ เมื่อผลการเรียนต่ำลง เด็กแก้ปัญหาด้วยการรับประทานยาที่อยู่ใกล้ตัว คือ พาราเซตามอลเกินขนาด ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อตับถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และการเอาใจใส่ติดตามจากครอบครัวโดยใช้หลักปลุกワクชินใจจากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอความสำคัญของครอบครัวในความเข้าใจเด็กวัยเรียนในเรื่องของการติดตามและใส่ใจและรู้ถึงโทษของการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด แสดงให้เห็นถึงการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาดจะทำให้เกิดกลไกการเกิดพิษต่อตับ การติดตาม การรักษา และการให้ยาต้านพิษ การเข้าใจบุตรซึ่งเป็นเด็กวัยเรียน นำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะการสูญเสียโดยการนำหลักワクチンใจจากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางไปใช้ได้อย่างเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

เด็กวัยเรียน อยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี วัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่แตกต่างกันไปเช่น พัฒนาการทางด้านร่างกาย (Physical Development) เด็กในวัยนี้มีพัฒนาการทางร่างกายช้า ๆ ทั้งทางด้านส่วนสูงและน้ำหนัก การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่มักจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสัดส่วน ซึ่งในวัยนี้ชั้นไขมันตามแก้ม ออก ท้อง ก้น และต้นขาจะน้อยลง ทำให้เด็กดูผอมและสูงขึ้น นอกจากนี้ พัฒนาการของกล้ามเนื้อ กระดูก และประสาทดีขึ้น ทำให้เด็กในวัยนี้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มีความแม่นยำตรงทางการเคลื่อนไหว มีความคล่องตัวและว่องไว และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้ดี

อย่างไรก็ตามความสามารถในการเคลื่อนไหวของเด็กแต่ละคนจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนหรือโอกาสที่เด็กจะได้เข้าร่วมกิจกรรม³ ตลอดจนความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเอง ดังนั้นเด็กวัยนี้เรียกว่าภาวะ “Egocentrism” หรือมีอีโก้สูง รับรู้ว่าตัวเองกำลังจะก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีความเชื่อและสนใจของตัวเอง และยังมีความเป็นที่หนึ่งไม่เหมือนใคร โดยคิดว่าคงไม่มีใครเข้าใจตัวเองเหมือนวัยเดียวกัน และยิ่งไปกว่านั้นยังมีความคิดเพื่อฝันจึงมีความคิดอยากทำอะไรตามใจตัวเอง³ ในด้านการเจริญเติบโตจะมีการเจริญเติบโตที่ช้าลง มีการเปลี่ยนแปลงทางสัดส่วนมากขึ้น มีการเข้ากลุ่มเพื่อนมากขึ้น มีความจำดี มีเหตุผลมากขึ้น

นักจิตวิทยาให้ความสนใจกับเด็กในวัยนี้เนื่องจากเป็นวัยหนึ่งซึ่งมีลักษณะพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่เฉพาะตัว อีริก อีริกสัน (Erik Erikson) เรียกวัยนี้ว่า ขั้นที่ 4 ความขยันหมั่นเพียร และความรู้สึกต่ำต้อย (Industry VS Feeling of Inferiority) ทั้งนี้ เด็กวัยเรียนคือ อายุ 6-12 ปี และแบ่งขั้นตอนของการพัฒนาไว้ 8 ขั้น ซึ่งในขั้นที่ 4 นี้เด็กจะเรียนรู้เรื่องที่สนใจ และเริ่ม

พบว่าตัวเองแตกต่างจากคนอื่น ๆ อยากให้คนอื่นเห็นว่าสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ถูกต้อง เด็กจะตั้งคำถามว่าสามารถอยู่รอดในโลกนี้ได้อย่างไร หากเด็กในชั้นนี้ได้รับการยอมรับจากคุณครูและเพื่อนๆ ก็จะมีความขยันหมั่นเพียร และกลายเป็นคนทำงานหนัก แต่หากเด็กได้รับคำติมากเกินไป จะทำให้เริ่มรู้สึกต่ำต้อยและสูญเสียแรงบันดาลใจ⁴

ดังนั้น โรงเรียนและคนรอบข้างมีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งอิริคสันเชื่อว่าวัยเรียนนี้เป็นวัยของการวางรากฐานบุคลิกภาพด้านความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง หรือความรู้สึกต่ำต้อย เนื่องจากเด็กวัยนี้จะมีการแข่งขันด้านต่าง ๆ สูง ถ้าเด็กประสบความล้มเหลวทางด้านการแข่งขัน จะพัฒนาความรู้สึกมีปมด้อย⁵⁻⁶ ซึ่งบุคลิกภาพและพัฒนาการทางสังคม (personality and social development)

เด็กในวัยเรียนจะเป็นวัยที่เด็กใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ มีปฏิสัมพันธ์กับครูและกลุ่มเพื่อน เพราะฉะนั้นเด็กจะได้รับอิทธิพลจากครู และกลุ่มเพื่อนสูง ทำให้ลักษณะพฤติกรรมทางสังคมของเด็กวัยนี้ คือ การจับกลุ่มเด็กเพศเดียวกันอย่างแน่นแฟ้น และตั้งเป็นกลุ่มสังคมเฉพาะของตน มีแนวคิดกิจกรรม กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นเฉพาะกลุ่มเรียก ลักษณะทางสังคมของเด็กวัยนี้ว่า สังคมความลับ (secret society) โดยเด็กจะหันหลังให้ผู้ใหญ่ และรวมกลุ่มกับเด็กด้วยกัน ความลับภายในกลุ่มจะถูกรักษาไว้อย่างเคร่งครัด ไม่มีการบอกผู้ใหญ่เป็นอันขาด เด็กวัยนี้จะเริ่มคิดเจียบๆ มีการตั้งความเชื่อในเรื่องลึกลับต่าง ๆ ซึ่งเป็นความเชื่อเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนจะมีต่อเด็กวัยนี้มาก โดยเฉพาะวัยนี้เป็นวัยที่เด็กจะชอบเปรียบเทียบกันทางสังคม (social comparison) ซึ่งการชอบเปรียบเทียบกันกับเพื่อนจะส่งผลต่อความรู้สึก และความรู้สึกค่าในตัวเองของเด็ก⁴ ความรู้สึกที่ว่าตนมีความสามารถหรือความรู้สึกค่าของเด็กจะเกิดจากการที่

เด็กได้เปรียบเทียบกับเพื่อนในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนจะมีผลต่อพัฒนาการทางบุคลิกภาพของเด็ก เช่น การเกิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง การยอมรับและการไม่ยอมรับ จะมีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพของเด็กมาก โดยเด็กที่ได้รับการยอมรับจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง และสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมด้วยดี ส่วนเด็กที่ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน มักจะไม่มั่นใจในตัวเอง ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก รวมทั้งการสร้างปมด้อยต่าง ๆ ในจิตใจหรือการทำให้เกิดปมด้อยในจิตใจ และถ้าเด็กมีความรู้สึกต่ำต้อยมากจะทำให้เกิดความรู้สึกเก็บกดไม่ระบาย และอยากฆ่าตัวตายได้

ดังนั้น อิทธิพลของเพื่อนมีผลต่อบุคลิกภาพของเด็กทั้งทางด้านการคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้น การจัดกิจกรรมให้กลุ่มอย่างเหมาะสม เป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่งกับเด็กในวัยนี้ พ่อแม่หรือครูควรเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงออกในทางที่เหมาะสม เช่น เปิดโอกาสให้มีการจัดกลุ่มผู้ดูแลความเรียบร้อยในโรงเรียน กลุ่มผู้นำเพ็ญประโยชน์ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้เด็กรู้จักการแข่งขันทางสังคม และทำประโยชน์แก่สังคม นอกจากนี้ ยังช่วยสร้างทัศนคติค่านิยมในทางที่ดีต่อสังคมอีกด้วย⁵ ส่วนซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เรียกเด็กในระยะนี้ว่า อยู่ในระยะขั้นแฝง (latency stage) โดยฟรอยด์เชื่อว่า เด็กวัยนี้จะหันความสนใจจากความสนใจทางเพศสู่ความสนใจทางด้านการแข่งขัน อิทธิพลของบุคคลใกล้ชิดและสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อบุคลิกภาพของเด็กวัยนี้⁷

โควิด 19 ระบาดหนัก ในช่วงยุคโควิด 19 ระบาดหนัก และมีประเด็น เรื่องการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ซึ่งเป็นแนวทางที่หลายๆ คนจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงไวรัสโควิด 19 ระบาดหนัก รูปแบบวิถีชีวิตจากที่เคยออกจากบ้านเพื่อไปทำงาน ไปโรงเรียน เป็นทำทุกอย่างที่บ้าน ได้แก่ (1)

ทำงานออนไลน์ (Work from home) เพื่อลดความแออัด (2) สวมหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้านเพื่อป้องกันตัวเองและผู้อื่น (3) การปฏิบัติตามหลักเว้นระยะห่าง (social distancing) และ (4) การเรียนแบบออนไลน์ โดยโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ได้ ก็เริ่มการวางแผนตารางเรียนออนไลน์ให้นักเรียนผ่านโปรแกรมต่าง ๆ เช่น Google meet, Zoom, Microsoft team, Discort การพูดคุยระหว่างครูและนักเรียนใช้นวัตกรรมเป็นตัวช่วย^๑

การเรียนออนไลน์ ข้อดีของการเรียนออนไลน์ คือ (1) เด็กและครอบครัวรู้สึกปลอดภัยจากการติดเชื้อ (2) ครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น และ (3) พ่อแม่คอยส่งเสริมและสนับสนุนลูกในด้านการเรียน เด็กอาจทำงานโดยมีความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น การเรียนออนไลน์ที่มีประสิทธิภาพนั้น เด็กและครอบครัวต้องมีอุปกรณ์เทคโนโลยีพร้อม ทันสมัยและเหมาะสม และโรงเรียนมีสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับรูปแบบออนไลน์ ครูและนักเรียน รวมทั้งพ่อแม่ผู้ปกครองต้องมีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีนั้น^๑

ข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา พบว่า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดนี้วัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่อายุระหว่าง 12-24 ปี ร้อยละ 63 มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน และจากการศึกษาทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่าการเรียนออนไลน์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต พฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กดังนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ปวดตา มีปัญหาด้านสายตา ปวดเมื่อย ปวดหลัง เนื่องจากต้องนั่งอยู่หน้าจอนาน ๆ น้ำหนักเพิ่มขึ้นเนื่องจากขาดการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวตามปกติ เมื่อเด็กไปโรงเรียน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา พักผ่อนและนอนน้อยลง จากการบ้านที่เพิ่มขึ้น ขาด

การฝึกวินัยในการเข้าเรียนจากการตื่นและรับประทานอาหารเช้าไปโรงเรียน

2. ผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็ก ได้แก่ (1) เด็กรู้สึกเบื่อ ไม่มีสมาธิ และขาดแรงจูงใจในการเรียน เนื่องจากการเรียนออนไลน์ประยุกต์การจัดกิจกรรมและฝึกปฏิบัติเช่นทำที่โรงเรียนได้ยาก หรือสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสมกับการเรียนออนไลน์ (2) เด็กแอบเล่นเกมในระหว่างเรียนออนไลน์ ไม่ได้ติดตามการเรียนในขณะนั้น (3) เด็กต้องเรียนอยู่หน้าจอตลอด มีการบ้านมากและต้องส่งครูด้วยวิธีการที่ต่างไปจากเดิม ทำให้เด็กรู้สึกเหนื่อยล้า ถ้าเรียนที่โรงเรียน เด็กสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนๆหรือครูในการส่งการบ้านได้ในบางเรื่อง (4) การเรียนที่มีปฏิสัมพันธ์กัน สมรรถนะของเด็กมีการประมวลผลข้อมูลอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น สีหน้าท่าทาง การสบตา ภาษากาย จังหวะและระดับของเสียงที่พูด (5) เด็กขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนซึ่งเป็นโอกาสที่เด็กจะได้ฝึกทักษะทางสังคม เด็กบางรายรู้สึกวิตกกังวลและซึมเศร้า (6) เด็กได้รับผลกระทบจากความเครียดของผู้ปกครองที่เครียดจากสถานการณ์ ปัญหาเศรษฐกิจและต้องคอยกำกับดูแลลูกในการเรียนออนไลน์ (7) เด็กที่ต้องสอบเข้าเรียนในชั้นต่อไป เช่น มัธยมศึกษาปีที่ 1 มัธยมศึกษาปีที่ 4 หรือสอบเข้ามหาวิทยาลัย จะมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการสอบ รวมทั้งการวัดและประเมินผลที่จะต้องนำผลสอบไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพ่อแม่ในการดูแลเด็กที่เรียนออนไลน์ จัดตารางกิจกรรมในแต่ละวันร่วมกับลูก ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้า การเรียน ทำงานบ้าน พักผ่อนและออกกำลังกาย จัดสิ่งแวดล้อม มุมสงบในบ้านเป็นสถานที่เฉพาะสำหรับการเรียนเพื่อช่วยให้เด็กมีสมาธิในการเรียน ให้เด็กได้เว้นช่วงการเรียน พักจากหน้าจอเป็นระยะ ๆ ไปทำกิจกรรมอื่นบ้าง ชวนลูกออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมเคลื่อนไหวต่าง ๆ พูดคุยกับลูก ทำกิจกรรมที่

สนุกร่วมกัน กำกับและควบคุมในเรื่องวินัยของลูก เช่น การตื่น การรับประทานอาหาร เวลาเรียน และเวลาเข้านอนอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ลูก การให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในห้องเรียนในรูปแบบออนไลน์

การศึกษาประเด็นการฆ่าตัวตายของนักเรียนในช่วงที่มีการล็อกดาวน์ มีผลกระทบต่อจิตใจของนักเรียนในบังคลาเทศ ผลการศึกษา พบว่า 90% ของประเด็นการฆ่าตัวตายของเด็กมาจากการเจ็บป่วยทางจิต (mental disorder) และครอบครัวมีส่วนในการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ (mental support) และพบว่า การสนับสนุนจากทั้งรัฐบาลและเอกชนสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายของนักเรียนได้ โดยส่งเสริมแคมเปญการส่งเสริมการรับรู้ (awareness campaigns) การให้คำปรึกษาแก่นักเรียน (student counselling) มี internet-based interventions และการเปิดสถานศึกษาเพื่อให้เข้าสู่สถานการณ์การเรียนรู้ปกติให้เร็วที่สุด¹⁰

ภาวะรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาดในเด็กวัยเรียน

กรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 12 ปี¹² รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรค

ประจำตัว น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร ญาตินำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการซึม คลื่นไส้ อาเจียน การพูดคุยได้ตอบลดลง หลังจากผู้ป่วยได้กรายนี้รับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด เนื่องจากมีปัญหาเกรดเฉลี่ยลดลงจากการเรียนออนไลน์ มารดาทราบจากการติดตามดูการโพสต์ทาง face book ใน social media และนำส่งโรงพยาบาล การซักประวัติเพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยได้กรายนี้ รับประทานยาพาราเซตามอลก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล 6 ชั่วโมง โดยรับประทานครั้งเดียว 24 เม็ด

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิร่างกาย 37°C ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิต 126/80 มิลลิเมตรปรอท นอนนิ่ง ไม่ซึม ถ้ามตอบรู้เรื่อง ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือด: Hct 42%, Hb. 13.8 mg/dl, WBC. 9,000/mm³ (N 83%, L 8.6%) Plt. 215,000/mm³ การตรวจเกลือแร่ในเลือด พบ Na 142 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 101 mmol/L, NaHCO₃ 24 และการทำงานของไต และตับตามจำนวนวันหลังรับประทานยา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จำนวนวัน หลังรับประทานยา	BUN (5-18 mg/dl)	Creatinine (0.3 -0.7)
การทำงานของไต		
Day 1	5	0.3
Day 2	5	0.3
การทำงานของตับ		
	ALT (Alanine Aminotransferase) (10-40 IU/L)	AST(Aspartate Aminotransferase) (10-42 IU/L)
Day 1	96	102
Day 2	560	650

การรักษาที่ได้รับ (1)ลดการดูดซึมของยา พาราเซตามอลเข้าสู่ร่างกาย โดยการสวนล้าง กระเพาะอาหาร (gastric lavage) ทาง nasogastric tube: NG tube (2) ให้ถ่านกัมมันต์ (activated charcoal) ทาง NG tube (3) ให้สารน้ำทดแทน (4) ให้ยาด้านพิษ พาราเซตามอล N-acetylcystein; NAC (5) ให้ดื่มน้ำและ อาหารทางปาก (NPO) เพื่อลดการทำงานของกระเพาะ อาหารและตับ (6) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการ ทำงานผิดปกติของตับ (7) ติดตามภาวะโปแตสเซียม ต่ำ (8) เฝ้าระวัง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

Paracetamol หรือ Acetaminophen เป็นยา ที่ใช้สำหรับแก้ปวด ลดไข้ ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลาย ในปัจจุบัน ขนาดของยา paracetamol ที่รับประทานมี ผลต่อการทำงานของตับ ถ้ารับประทานน้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม จะไม่ทำให้เกิดภาวะพิษต่อตับ (hepatotoxic) ปริมาณยาที่รับประทานและอาการ แสดง อาจใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่เกิดพิษจากยา ได้ไม่ดีเท่ากับการวัดระดับความเข้มข้นของระดับยา พาราเซตามอลในพลาสมา (plasma paracetamol concentration)¹³

การศึกษาระดับความเข้มข้นของยาพาราเซตามอลในกระแสเลือด (paracetamol concentration) และตรวจการทำงานของตับ (liver function test) จาก รายงานการติดตามผู้ป่วย ตั้งแต่ปี ค.ศ.1969-1973 พบว่า ระดับ plasma paracetamol ที่มากกว่า 200 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ใน 4 ชั่วโมง หลังรับประทาน และ 30 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ที่ 15 ชั่วโมงหลัง รับประทาน มีโอกาสเกิดการทำลายตับในระดับรุนแรง (severe hepatic damage) โดย alanine amino-transferase (ALT) หรือ Serum glutamate-pyruvate transaminase (SGPT) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีมากในเซลล์ ตับ ถ้ามีความเสียหายในเซลล์ตับ ค่า ALT สูง และค่า

aspartate aminotransferase (AST) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ ตับสร้างขึ้นมา สามารถพบได้จากอวัยวะหลายส่วน เช่น หัวใจ ไต สมอง และกล้ามเนื้อ เพียงแต่มีปริมาณ น้อยกว่าตับ

โดยทั่วไป ระดับ AST ในเลือดจะมีปริมาณ ไม่มาก ถ้าระดับ ALT และ AST มีค่ามากกว่า 1000 IU/L ในบางภาวะอาจทำให้เกิดพิษต่อตับ (hepatotoxic) ในระดับยาที่ต่ำกว่านี้ เช่น ในภาวะการดื่มแอลกอฮอล์ ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (chronic alcohol abuse) เมื่อใช้ร่วมกับยาบางตัว เช่น ยาชัก (anticonvulsant) ยารักษาวัณโรค (isoniazid) และในภาวะโรคที่มี พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ เป็นสาเหตุ ที่ทำให้น้ำหนักตัวมากหรือน้อยกว่าปกติชัดเจน ทำให้ มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักมากจนเป็นอันตรายต่อ ชีวิตได้ (eating disorder) เช่น โรคคลั่งผอม (anorexia nervosa) หรือ starvation¹⁴

ปัจจุบันสหรัฐอเมริกากำหนด treatment level เมื่อ plasma paracetamol มากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อ เดซิลิตรที่ 4 ชั่วโมงหลังรับประทานยาพาราเซตามอล และ 30 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตรที่ 15 ชั่วโมงหลัง รับประทานยาพาราเซตามอล เมื่อยาเข้าสู่ร่างกายจะ ถูกเปลี่ยนที่ตับ โดยส่วนใหญ่ ยาจะ conjugate กับ glucuronide และ sulfate เกิดเป็นสารที่ไม่มีพิษ (nontoxic) แล้วขจัดออกจากร่างกาย ส่วนน้อยของยา จะถูก metabolized โดย cytochrome P-450 system และเกิดเป็น toxic metabolite คือ N-acetyl-p-benzoquinoneimine แต่ในร่างกายมี glutathione ซึ่งมี sulfhydryl group เป็น reducing agent ที่จับกับ toxic metabolite ตัวนี้ ได้เป็น mercapturic acid และ ถูกขจัดออกจากร่างกาย ดังนั้น ตราบที่ร่างกายยังมี glutathione เพียงพอ toxic metabolite นี้จะถูก detoxified จึงไม่เกิดพิษจากยา¹⁵

ในภาวะที่ได้รับ paracetamol เกินขนาด แม้ว่าส่วนหนึ่งของยาจะถูก conjugate ส่วนที่เหลือจะถูกเปลี่ยนเป็น toxic metabolite จำนวนมาก จนเกินที่ glutathione จะกำจัดสารพิษ (detoxified) ได้หมด ผลคือ จะมี toxic metabolite จำนวนมาก จนทำให้เกิดเป็นพิษต่อร่างกายขึ้น อาการและอาการแสดงหลังจากรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาดแบ่งเป็นระยะ ดังนี้ (1) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับประทานยา: ส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก เบื่ออาหารในระยะสั้นๆ เท่านั้น โดยอาจจะไม่มีอาการเลย 24-48 ชั่วโมงหลังรับประทานยา ไม่มีอาการแต่ตรวจพบมีเอนไซม์ transaminase เริ่มสูงขึ้น (2) หลังจาก 48 ชั่วโมง จะเริ่มมีอาการของตับอักเสบ คือ คลื่นไส้ เบื่ออาหารอีกครั้ง ในรายที่อาการไม่รุนแรงจะทุเลาลงในเวลาต่อมา ในรายที่อาการรุนแรงการดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อนเหมือนกับภาวะตับอักเสบจากสาเหตุอื่น ๆ และมีอาการแสดงของตับวาย เช่น โรคสมองจากตับ (hepatic encephalopathy) และอาจเสียชีวิตได้เช่นเดียวกับภาวะตับอักเสบนรุนแรงแบบเฉียบพลัน (fulminant hepatitis) จากสาเหตุอื่น ๆ

การพยาบาลที่สำคัญ คือ การลดระดับพิษจากยาพาราเซตามอล โดย (1) ลดการดูดซึมของยาพาราเซตามอล ที่จะเข้าสู่ร่างกาย โดยการทำสวนล้างกระเพาะอาหาร (gastric lavage) เพื่อกำจัดยาพาราเซตามอลออกให้มากที่สุด เนื่องจากการสวนล้างกระเพาะอาหารหลังได้รับยาภายใน 6 ชั่วโมงจะทำให้เกิดการทำลายตับ (hepatic damage) น้อยลง (2) การทำให้อาเจียนด้วยน้ำเชื่อมที่กระตุ้นให้อาเจียน (syrup of ipecac) พบว่า ช่วยลดระดับพาราเซตามอลในพลาสมา (plasma paracetamol) ได้ และ (3) การให้ถ่านกัมมันต์ (activated charcoal) ไปจับตัวกับยา

พาราเซตามอลในกระเพาะอาหาร ซึ่งพบว่า ได้ผลดีกว่าการทำ gastric lavage และการให้รับประทานน้ำเชื่อมที่กระตุ้นให้อาเจียน การให้ยาต้านพิษ (antidote) คือ N-acetylcystein (NAC)¹⁵ ตามการรักษาของแพทย์ ช่วยเพิ่มจำนวน และทดแทนสารกลูตาไธโอน (glutathione) ซึ่งออกฤทธิ์เป็นสารต้านอนุมูลอิสระที่คอยปกป้องตับ และเพิ่มการรวมตัวของเซลล์กับตัวยาพาราเซตามอลให้ได้เป็นสารที่ไม่เกิดพิษ อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของการลดภาวะเป็นพิษจากยาพาราเซตามอล นอกจากขึ้นกับปริมาณยาที่ได้รับแล้วยังขึ้นกับระยะเวลาหลังได้รับยาเกินขนาดจนกระทั่งได้รับการรักษา¹⁶

หลักปลูกวัดชื่นใจจากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ถือเป็นหัวใจที่สำคัญของบุคคลเนื่องจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าครอบครัวเป็นระบบมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิก มีความเข้าใจความต้องการของสมาชิก และเข้าใจโครงสร้างเฉพาะและสภาพความเป็นจริงของครอบครัว ผลงานวิจัยพบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ความรัก กำลังใจ การให้คุณค่า ข้อมูลข่าวสารและสิ่งของเงินทองแก่สมาชิกครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นบริบทที่สำคัญของบุคคลและบุคคลก็เป็นบริบทของครอบครัวด้วย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ตาม จะมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว จากแนวคิดดังกล่าว ครอบครัวจึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบ มีบทบาทและกลไกสำคัญในการดูแลสมาชิกครอบครัว ทั้งในภาวะปกติและภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ¹⁷

วัดชื่นใจ คือ พลังใจ และพลังใจนี้สามารถสร้างได้ จากคนในครอบครัว ช่วยกันสร้างช่วยกันเติมให้พลังใจมีอยู่ตลอด ในสถานการณ์โควิด 19 สร้าง

ความเข้าใจให้ตรงกัน โดยใช้ 3 คำในครอบครัว ขอบคุณ ขอโทษ และชื่นชม เป็นถ้อยคำธรรมดา แต่เป็นคำที่ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น ทำให้การฝ่าวิกฤตที่ต้องเผชิญไม่หนักมากจนเกินไป ทุกอย่างเริ่มจากใจ สุขภาพกายแม้ยังไม่ติดโควิด แต่สุขภาพจิตที่เจอสถานการณ์เศรษฐกิจ การรับข่าวสาร ความเครียด ก็ทำให้หลายคนผ่านไปได้อีก

“การเติมพลังบวกในชีวิต”¹⁸ เป็นการสร้างเสริมสุขภาวะ ในช่วงนี้รัฐบาลไทยก็เดินทางไปทิศทางนี้เช่นกัน โดยทำใน 2 ระดับ คือ (1) สร้างเสริมกำลังใจให้คนไทย ฮึด ฮึด ฮึด (promotion) จนสามารถจัดการตัวเองได้แม้อยู่ในภาวะเครียด และ (2) ป้องกันกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต (prevention) ไม่ให้ไปสู่วิถีที่มีความเครียด¹⁷ หรือเกิดโรคซึมเศร้า พร้อมกับใช้หลักการ “ต้นทุนจิตวิทยาเชิงบวก” ประกอบด้วย การใช้ชีวิตไปสู่ปลายทางอย่างมีความหวัง (hope) การมองโลกในแง่ดีและใช้ชีวิตให้ลุล่วงผ่านปัญหาไปได้ (optimism) มีความยืดหยุ่นเมื่อต้องเผชิญปัญหาฟันตัวได้เร็ว ล้มแล้วลุกได้ (resilience) และความเชื่อมั่นในพลังหรือศักยภาพของตนเอง (self-efficacy) ผ่านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) จำเป็นมากที่ต้องเติมพลังบวกให้กับชีวิตในสถานการณ์ที่ยากลำบาก นอกจากการสร้างวัคซีนใจให้กับตัวบุคคลแล้ว การสร้างวัคซีนใจให้กับสังคม การสร้างเสริมสุขภาพจิตให้กับคนทุกช่วงวัย สามารถช่วย

ให้คนไทยสามารถจัดการความเครียดในสภาวะวิกฤตได้ด้วยตัวเอง”¹⁹

บทวิจารณ์

จากประเด็นการชักถามประวัติผู้ป่วยเด็ก รายนี้ มารดาของเด็กคอยเฝ้าสังเกตและติดตามเด็ก ขณะที่เด็กเรียนออนไลน์และมารดาเคยได้รับการประสานจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้หลักปลูกวัคซีนใจจากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มารดาเฝ้าติดตามการแสดงความรู้สึกของเด็กและนำเด็กส่งโรงพยาบาลจากการรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด เนื่องจากรู้วาระเวลาจะช่วยลดผลการเกิดอันตรายต่อตับของเด็กได้

บทสรุป

ความเข้าใจเด็กวัยเรียนมีความสำคัญต่อครอบครัว ในการช่วยให้เกิดความเข้าใจในภาวะด้านจิตใจและความรู้สึกในการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ ได้แก่ การเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดโควิด 19 ความสำคัญของครอบครัวในการมีบทบาทสำคัญต่อแนวการปฏิบัติอย่างถูกต้อง จากหลักการปลูกวัคซีนใจ จากแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนำไปใช้ในการติดตามประเมินและให้การช่วยเหลือในขณะเกิดภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพและเกิดการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Erikson, A. C. Allan Clifton's Erikson Notes. Explores the relationship between the theories of Erikson and Freud. 2015.
2. Knight Z.G. A proposed model of psychodynamic psychotherapy linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development. Clin Psychol Psychother. 2017 Sep;24(5):1047-1058.
3. Darling-Fisher C.S. Application of the Modified Erikson Psychosocial Stage Inventory: 25 Years in Review. West J Nurs Res. 2019; 41(3):431-458.
4. UT Austin Employee Assistance Program. Advice applying Erickson's and other's developmental theories to infants, children and youth. 2017.
5. Zock H., Human Development and Pastoral Care in a Postmodern Age: Donald Capps, Erik H. Erikson, and Beyond. J Relig Health. 2018;57(2):437-450.
6. Erikson, A. C. Ericson's 8 Stages of Human Development, Graphic Organizer Worksheet, Phycology. 2021.
7. Desmet, M. Experimental versus naturalistic psychotherapy research: consequences for researchers, clinicians, policy makers and patients. Psychoanal. Persp. 2013; 59–78.
8. International Association of Universities. Covid-19: Higher education challenges and responses. International Association of Universities. 2020.
9. Joosten T, Cusatis R., Online learning readiness. American Journal of Distance Education. 2020; 34(3):1-14.
10. Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson□ Ohayon, I., Dimaggio, G.. Psychological intervention and COVID□ 19: What we know so far and what we can do. Journal of Contemporary Psychotherapy, 2020;50(4):243-250.
11. Muthuprasad, T., Aiswarya, S., Aditya, K.S., Jha, G.K., Students' perception and preference for online education in India DURING Covid-19 Pandemic, Journal of First Look Social Sciences and Humanities Open, 2020. [Online].
12. Pediatric ward 1, Pathumthani Hospital. Case Study: Paracetamol Overdose In 12 year old, 2021.
13. Jozwiak- Bebenista M, Nowak JZ. Paracetamol: mechanism of action, applications and safety concern. Acta Pol Pharm. 2014;71(1):11–23.
14. Watson, H.J., Yilmaz, Z., Thornton, L.M. et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. Nat Genet. 2019;51, 1207–1214.

15. Bateman, D. N., Dear, J. W. Acetylcysteine in paracetamol poisoning: a perspective of 45 years of use 2019 Jul 1; 8(4): 489–498. Published online 2019 Apr 29.
16. Caissie, D, Gardley, C. J, Scholtz E. L, Hewson J, Johnson R, Chenier T. The Effects of Treatment with N-Acetyl Cysteine on Clinical Signs in Persistent Breeding-Induced Endometritis Susceptible Mares: 2019.
17. Bruce B, Ritchie J. Nurses' practices and perceptions of family-centered care. Journal of Pediatric Nursing. 1997;12: 214–222.
18. Coyne, I. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centered care: hidden expectations and unclear roles. Health Expectations, 2015;18(5):796–808.
19. Royal Thai Government, Department of Mental Health. Covid 19 and Mental Health 29/05/2563. [Online].



กองการพยาบาล อาคาร 4 ชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
88/23 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6260, 0-2590-6296 โทรสาร 0-2590-6295, 0-2591-8268
Website <http://www.nursing.go.th>