



NDJ

วารสาร

กองการพยาบาล
Journal of Nursing Division

ปีที่ 50 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

Vol. 50 No. 1 January – April 2023

ISSN 0125-7242

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 50 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566 Vol. 50 No. 1 January-April 2023 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
โทรสาร 0-2590-6295

Copyright

Nursing Division, Office of Permanent Secretary
Building 4, 4th Floor Department of Medical Services,
Ministry of Public Health โทรศัพท์ 0-2590-6294
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 | สถิรอังกูร | Teeraporn Sathira-angura | กองการพยาบาล |
| 2. อาจารย์ศิริมา | ลีละวงศ์ | Sirima Leelawong | สภาการพยาบาล |

บรรณาธิการ Editor

- | | | | |
|---------------------|----------------|-------------------------|--------------|
| 1. อาจารย์อัมรภัสร์ | อรรถชัยวัจน์ | Armarapas Atthachaiwat | กองการพยาบาล |
| 2. ดร.กนกพร | แจ่มสมบุญณ์ | Dr.Kanogporn Jamsomboon | กองการพยาบาล |
| 3. ดร.ศศมน | ศรีสุทธิศักดิ์ | Dr.Sasamon Srisuthisak | กองการพยาบาล |

กองบรรณาธิการ Editorial Board

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

ผู้ช่วยบรรณาธิการ Assistant Editor

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

เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ Management Staff

- | | | |
|-------------------|------------|--------------|
| 1. นายนิชฌาน | เทือกปัญญา | กองการพยาบาล |
| 2. นางกนกอร | บุญมาก | กองการพยาบาล |
| 3. นางจรรวรณ์ | 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 จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สถาบันพระบรมราชชนก
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไบรแมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุตา จามจุรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
10. ดร.กฤษดา แสงดี สภาการพยาบาล
11. ดร.รุ่งอรุณ เกศวงษ์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
12. ดร.นวิรัตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก
13. ดร.ชลียา วามะสุน 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 จันทะอุมเมา กองการพยาบาล
22. นางสาวโคกิชฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ กองการพยาบาล
23. นางสาวพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณาธิการแถลง		Chief Editorial
บทความวิจัย		
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช กมลทิพย์ เกียรติรุ่งนพคุณ	1	Factors related to lowering behavior of glycemic in type 2 diabetic patients in the responsible area of Ban Thungchon Health Promoting Hospital, Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat province. Kamontip Kreatrungsoppakun
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา ชญัญญา ชังดเวช สายใจ สุรชิต นฤมล อนุมาศ ประณีต ส่งวัฒนา	13	The development of nursing service system model for Covid 19 patients, Hatyai hospital, Songkhal Chananya Changadwet Saijai Surachit Narumon Anumas Praneed Songwattana
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม วิศณี พรหมพันธุ์ อุไรรัตน์ กันภัย ปาณิตา คุณสาระ วิวัฒน์ เหล่าชัย	31	An evidence-based nursing pattern for hip fracture patients undergoing hip replacement surgery Wisanee Phromphan Urairart Kanpai Panita KhunSara Wiwat Laochai
การศึกษาภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาลในการบริหารจัดการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สุวิมล พนาวัฒน์กุล ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์ มณฑา ลิ้มทองกุล อรนนท์ อุดมภาพ	44	A study of nursing professional leadership in managing the Coronavirus 2019 pandemic in the aged care facilities Suwimon Panawatanakul Siripan Vejasit Montha Limthongkul Oranun Udomphap
การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจังหวัดนครปฐม พรทิพย์ บุญกันทะ	59	Development of a discharge planning practice guideline to reduce readmission in patients with acute myocardial ischemia. Nakhon Pathom Hospital Pornthip Boonkantha
รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน รัฐกรกร แสงเทียนทอง	75	Developing professional nurses' knowledge of preoperative patient preparation for safety from complications Rattakorn Sangtiantong
อาการและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี สุวรรณกิจ สมทรัพย์ ชลียาวามะลูน โสภิต ทับทิมหิน เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์ ประภัสสร ชูไทย วีระพันธ์ กากแก้ว นันทยา แก้ววงษา	87	Symptoms and performance status of cancer patients receiving palliative care in Ubon Ratchathani Cancer Hospital Suwannakit Somsup Chaliya Wamaloon Sopit Tubtimhin Petthai Wiramansakulpong Prapasson Chuthai Theerapan Kakkaew Nanthiya Kaeowwongsa
บทความวิชาการ		
การป้องกันการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ: บทบาทพยาบาล อภิษฐา มั่นเกษวิทย์ ภิตินันท์ สุทธิธีรนนท์	1	Prevention of corneal ulcer in hospitalized trauma patients during the intensive care unit admission: Nursing role Apitchaya Munketwit Pitinun Suttiteeranun
การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ : ประเด็นความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาล	10	Focus charting: Understanding Issues of Nursing Students. Rujiruth Maneesri Surapon Taechakritthiraathamrong

สารบัญ		Content	
รุจิรัตน์ มณีศรี	สุรพล เตชะกฤตธีรธำรง	Supunnee Thrakul	Nitaya Rotjananirunkit
สุพรรณิ ธรากุล	นิตยา โรจนนรินทร์กิจ		

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับที่ 1 ปี พุทธศักราช 2566 นี้ ได้จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 50 ต่อเนื่องจากฉบับปีที่ 49 ฉบับที่ 3 พุทธศักราช 2565 และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานมาโดยตลอด วารสารกองการพยาบาลมีกรรมการกองบรรณาธิการและได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็น Peer review เพื่อตรวจสอบและคัดสรรบทความและงานวิจัยที่มีคุณภาพมีมาตรฐานเหมาะสมในการตีพิมพ์ บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ สหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง ที่ดูแลผู้ป่วยและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรมและบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครสมาชิกวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและ แหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยและชุมชน

เนื้อหาของวารสารฉบับนี้มีทั้งบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ ประกอบด้วยเรื่องที่น่าสนใจ ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นต้น

สุดท้ายนี้บรรณาธิการขอเชิญชวนท่านผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล วารสารนี้จะเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านวิชาการและเผยแพร่ งานวิจัยให้มากขึ้นระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ขอพระคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาลและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งงานวิจัยหรือบทความมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่อง

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ

บรรณาธิการ

เมษายน 2566

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กมลทิพย์ เกียรติรุ่งนพคุณ พย.บ

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบการวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1C > 7 \text{ mg\%}$) จำนวน 145 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ (3) พฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ด้วยความเที่ยงตรงเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.80 และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-Square

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.1 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 75.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.7 และเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 5-10 ปี ร้อยละ 48.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.4 มีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p 0.035$) และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p 0.004$)

คำสำคัญ : ความรู้ พฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 2

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน

E-mail: kae_er3@hotmail.com

Factors related to lowering behavior of glycemic in type 2 diabetic patients in the responsible area of Ban Thungchon Health Promoting Hospital, Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province.

Kamontip Kreatrungnoppakun* B.N.S

Abstract

The objectives of this cross-sectional analysis study were to assess the knowledge level and blood sugar lowering behavior of type 2 diabetic patients and to analyze factors related to the blood sugar lowering behavior of type 2 diabetic patients. The sample consisted of 145 Type 2 diabetic patients with uncontrolled blood glucose control ($HbA1C > 7\text{mg}\%$). Data were collected using questionnaires, in which consisted of 3 parts: (1) personal information, (2) knowledge about type 2 diabetes, and (3) behaviors of lowering blood glucose levels in patients with type 2 diabetes. The content validity was assessed using the IOC, yielding a number of 0.80 and the reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding a number of 0.72. Descriptive statistics were used for data analysis. and Chi-Square analysis.

The results showed that the majority (71.0%) of the sample were female, 53.1% aged 60 years and older, 75.9% attended primary school education, 40.7% worked in agriculture, 48.3% had type 2 diabetes for 5-10 years, 83.4% had a high level of knowledge on diabetes, and 55.9% had good behaviors of lowering their blood sugar levels. An analysis of factors related to blood glucose lowering behavior of type 2 diabetic patients found that occupation was statistically significantly associated with blood sugar lowering behavior ($p 0.035$), and knowledge of type 2 diabetes was statistically significantly associated with blood sugar lowering behavior ($p 0.004$).

Key words : knowledge, Behavior to reduce blood sugar levels, type 2 diabetes.

* Professional nurse, professional Ban Thung Chon Health Promoting Hospital

E-mail: kae_er3@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขและเป็น 1 ใน 10 การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย จากข้อมูลโดยสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้ประมาณการว่ามีจำนวนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 328 ล้านคนทั่วโลก และจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 642 ล้านคนในปี 2583¹ สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยพบว่า ประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยมากถึง 200 รายต่อวัน ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา²

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes mellitus type II) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases, หรือ NCDs) มีลักษณะอาการสำคัญของโรค คือ เซลล์กล้ามเนื้อลายและเซลล์ไขมันของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งปกติจะนำน้ำตาลกลูโคสไปเป็นพลังงาน จึงเป็นผลให้น้ำตาลเหล่านั้นสะสมอยู่ในกระแสเลือดเป็นเวลานาน ด้วยเหตุนี้การเป็นโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเวลานาน จึงเป็นสาเหตุที่นำไปสู่โรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเสื่อม ไตวาย จากเบาหวาน การสูญเสียอวัยวะที่เกิดจากแผลติดเชื้อ ดังนั้น การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับคนปกติ ($HbA1C > 7\text{mg}\%$) จึงเป็นแนวทางที่ดีในการรักษาโรคเบาหวาน³

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมการใช้ชีวิต การ

บริโภคอาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม การนิยมบริโภคอาหารจานด่วน การรับประทานอาหารนอกบ้าน การไม่ออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตแบบเร่งรีบแข่งกับเวลา ซึ่งจากรายงานสถานการณ์ของโรคเบาหวานในปี 2563 ปี 2564 และปี 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด 70,253, 75,286 และ 79,803 ราย ตามลำดับ⁴ และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน ตำบลหัวตะพาน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด 293 ราย ในปี 2564 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด 359 ราย และในปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด 382 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1C > 7\text{mg}\%$) จำนวนทั้งหมด 250 ราย⁴ และจากข้อมูลการรับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1C > 7\text{mg}\%$) และมีจำนวนผู้ป่วยกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มากำหนดแนวคิดในการศึกษา ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสม และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม

สุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วย รวมถึงกลุ่มเสี่ยง
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำถามการวิจัย

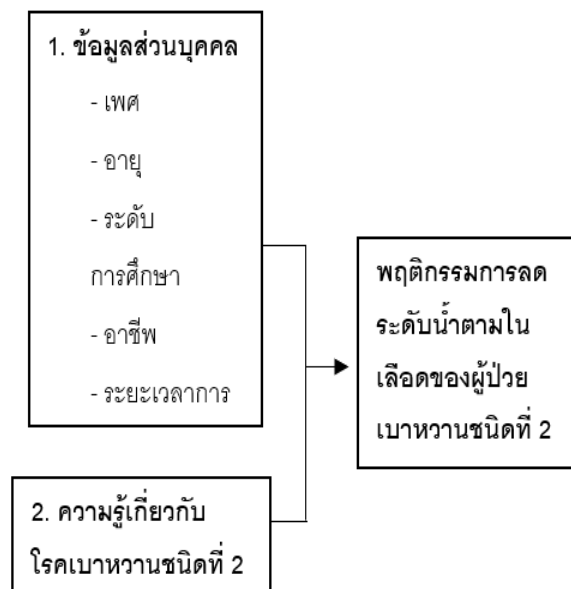
1. ความรู้และพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน

เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ระดับใด

2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) โดยเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการรับประทานยา 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านการจัดการความเครียด และ 5) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-

sectional study) ดำเนินการระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1C > 7\text{mg\%}$) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 250 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า Effect Size เท่ากับ 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 145 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1C > 7\text{mg\%}$)
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุ 35 ปีขึ้นไป สม่ครใจและยินยอมในการเก็บข้อมูล และสามารถเข้าใจภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

- 1) สูญเสียสมรรถภาพในการให้ข้อมูลหรือเสียชีวิตขณะการศึกษา
- 2) ย้ายที่อยู่ขณะทำการศึกษาและไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนามาจากเครื่องมือการวิจัยของ ลักษณะ เปลี่ยนวงศ์ (2565) ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 47 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 15 ข้อ

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนความรู้ คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน และระดับความรู้ กำหนดคะแนนไว้ 3 ระดับ ดังนี้

0-5 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

6-10 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

11-15 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ

- ปฏิบัติเป็นประจำ
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- ไม่เคยปฏิบัติ

ข้อความด้านบวก

- 3 คะแนน
- 2 คะแนน
- 1 คะแนน

ข้อความด้านลบ

- 1 คะแนน
- 2 คะแนน
- 3 คะแนน

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ควรปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้อง จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of consistency: IOC) ของคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ได้ค่า IOC ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามวิจัยในครั้งนี้เท่ากับ 0.8 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับและนำไปใช้ได้⁵

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบจำนวน 30 ชุด กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการและมีความเหมาะสมหรือไม่ จากนั้นนำมาทดสอบค่าความเชื่อของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ซึ่งผลการหาค่าความเชื่อมั่น⁵ ได้เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการส่งโครงร่างวิจัยของพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วนนำมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์
4. ดำเนินการจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. **สถิติเชิงพรรณนา:** ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน: ใช้สถิติ Chi-Square

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์พิจารณาขอรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ภายใต้ใบรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์เลขที่ WUEC-22-374-01 โดยชี้แจงรายละเอียดและได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 145 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 103 คน (ร้อยละ 71.0) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 77 คน (ร้อยละ 53.1) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 11 คน (ร้อยละ 7.5.9) ประกอบอาชีพเกษตรกร 59 คน (ร้อยละ 40.7) และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่าง 5-10 ปี 70 คน (ร้อยละ 48.3)

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.4 และมีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.6 และพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 55.9 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.1

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลใน

เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า เพศหญิง มีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับดีสูงกว่าเพศชาย โดยเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.843$) อายุในช่วง 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่นๆ โดยอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.735$) ระดับการศึกษา ประถมศึกษามีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับดีกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ โดยระดับการศึกษามีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.761$) อาชีพเกษตรกรมีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพอื่น โดยอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่าง 5-10 ปี มีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มอื่น อย่างไรก็ตามระยะเวลา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.729$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2		df	Chi-Square	P-value
	ดี	ปานกลาง			
เพศ					
ชาย	24	18	1	0.039 ^a	0.843
หญิง	57	46			
อายุ					
35-40 ปี	7	6	2	0.617 ^a	0.735
41-50 ปี	33	22			
60 ปีขึ้นไป	41	36			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	60	50	4	1.862 ^a	0.761
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	5			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	3			
อนุปริญญา/ปวส.	3	1			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	5			

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2		df	Chi-Square	P-value
	ดี	ปานกลาง			
อาชีพ					
เกษตรกรรม	41	18	4	10.378 ^a	0.035 [*]
ค้าขาย	13	11			
รับจ้าง	13	15			
ข้าราชการ/พนักงาน	4	2			
รัฐวิสาหกิจ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	18			
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2					
ต่ำกว่า 5 ปี	22	19	2	0.632 ^a	0.729
5-10 ปี	38	32			
11 ปีขึ้นไป	21	13			

หมายเหตุ ^{*} $p\text{-value} < 0.05$ ^a Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ทำให้มีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่ากลุ่ม

ตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับปานกลาง และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	พฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2		df	Chi-Square	P-value
	ดี	ปานกลาง			
สูง	74	47	1	8.313 ^a	0.004 [*]
ปานกลาง	7	17			

หมายเหตุ ^{*} $p\text{-value} < 0.05$ ^a Fisher's Exact Test

อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลการศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 83.4 และมีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระดับดี ร้อยละ 55.9 อธิบายได้ว่า บุคคลเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพก็จะปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) โดยเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดในด้านต่าง ๆ เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁵ หรืออาจเป็นเพราะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชนได้มีการคัดกรองผู้ป่วยเรื้อรังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อพบผู้ป่วยที่เริ่มมีน้ำตาลในเลือดสูง เจ้าหน้าที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทันทีในขณะเดียวกับหากผู้ป่วยที่มีน้ำตาลสูง หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่แล้วก็จะมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ เปลี่ยนวงศ์ (2565) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และผลการศึกษาที่ว่าพฤติกรรม

การลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ ผิวนวล และ ประทุม เนตรรินทร์ (2561) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่ในระดับดี⁷ เนื่องจากสถานบริการสุขภาพมีการดำเนินการรวมกลุ่มและแลกเปลี่ยนถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการศึกษาระดับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับวิจัยของ ขวัญเรือน ก้าววิทู และ ชนิตา มัททวงกูร (2562) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ โดยแต่ละเพศจะมีคุณลักษณะบางประการที่ต่างกัน ส่งผลถึงความใส่ใจต่อสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อดูแลสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจึงทำให้บางคนมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ กุสุมา กังหลี (2557) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับ

น้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากเกณฑ์แบ่งการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยนั้นแตกต่างกัน

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะในปัจจุบันมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างทั่วถึงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ จิรพรรณ ผิวนวล และ ประทุม เนตรินทร์ (2561) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ไม่มีการศึกษาอยู่ในระดับใด ส่วนใหญ่ก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงในการทำงาน ถือเป็นการออกกำลังกายไปด้วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพนี้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรพรรณ ผิวนวล และ ประทุม เนตรินทร์ (2561) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีระดับนัยสำคัญ⁷ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำให้ร่างกายได้ออกแรงเคลื่อนไหวมากกว่าคนที่ประกอบ

อาชีพอื่น ๆ ซึ่งมีส่วนช่วยทำให้สมดุลของเมตาบอลิซึมของโรคเบาหวานดีขึ้น

ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ที่สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรพรรณ ผิวนวล และ ประทุม เนตรินทร์ (2561) พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแล การให้ความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานต่างกันจึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองออกมา หากผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะสามารถดูแลตนเองได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ กาญจนา ปัญญาเพชร นิภา มหาราชพงศ์ และ ยุติ รอดจากภัย (2564) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจเป็นเพราะความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ก็จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยความรู้ด้านสุขภาพสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ การสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สรุปผล

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.035$) และพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ตำบลบ้านทุ่งชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย

1. จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งชนอยู่ในระดับดี ดังนั้นควรมีนโยบายส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคได้ตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

References

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8th Ed 2021 Country Reports Thailand. [Internet]. 2021. [cited 2022 Nov. 5]; Available from: https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf
2. Diabetes Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for Diabetes. [Internet]. 2019 Nov. [cited 2022 Nov. 5]; Available from: <https://citly.me/V9Zdl>. Thai.
3. Nadeear Hayeepachi, Phisit Pouyfung Effective Factors Associated with Controlling Blood Sugar among Diabetes Mellitus Type 2 Patients on follow-up at Medical Division, Chiang Rai Municipality. Journal of Nursing, Public Health, and Education. 2019; 20(3),83-94. Thai
4. Rate of diabetes mellitus. [Internet]. 2022 Nov. 13 [cited 2022 Nov. 6]; Available from: <https://www.pptvhd36.com/health/news/2298>. Thai.
5. Maneeratsami Pattanasombutsook. Validation of Nursing Research Reports and Proper Use of Social Science Research Instruments in Publishing. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021; 8(2),189-204. Thai
6. Kwanruen Kawitu and Chanida Mattavangkul. Factors Associated with Blood Sugar Controlling Among The Elderly With Diabetes, Living In Communities Nearby Siam University. Nursing Science Journal Siam University. 2019; 20(38):82-94. Thai

7. Jirapan Piwnuan and Pratoom Netrin. Self - Care Behaviors of Patients with Uncontrolled DM at Bangkaewnai Sub-district Health Promoting Hospital, La-Un district, Ranong Province. Journal of Prachomkloa College of Nursing Phetchaburi Province. 2018; 1(2):56-59. Thai.
8. Parunee Wongsri and Teepatad Chintapanyakun. Utilization of Orem' s Theory with Caring and Advice for Patients with Heart Failure. Journal of The Police Nurses. 2018; 10(1):209-219. Thai.
9. Duanghathai Sangsawang, Anothai Palitnonkert and Nilawan Ngamkha. Factors Affecting Behaviors to Reduce Blood Sugar Levels of Diabetic Patients in Bangpoomai tambon Health Promoting Hospital, Samutprakarn Province. Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science). 2018; 8(1):103-117. Thai.
10. Jaworski M, Panczyk M, Cedro M, & Kucharska A. Adherence to Dietary recommendations in diabetes mellitus: disease acceptance as a potential mediator. Patient Preference and Adherence, 2018;1(12):163-174.
11. Kanchanok Suthipol . Factors Affecting control the patient's blood sugar level Type 2 diabetes Prachanukroh Community Health Center Ratchaburi Hospital. Maharat Nakhon Si Thammarat Vejsarn. 2022; 5(2):1-11. Thai.
12. Kumah E, Abuosi A, Ankomah S & Anaba C. Self-management Education Program: The Case of Glycemic Control of Type 2 Diabetes. Oman Medical Journal, 2021;36(1):225–230.
13. Piyasakon S. current situation and cooperation to reform care Diabetes in Thailand. [Internet]. 2018 Jan. 3 [cited 2022 Nov. 5]; Available from: <https://citly.me/CK7Sr>.Thai.
14. Supreeya S. Self – Care Behaviors of Patients with Uncontrolled DM. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(1),191-204. Thai.
15. Teerasak Phajan, Kritkantorn Suwannaphant, Boonsun Anarat, Niran Thalakor. Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1), 285-287. Thai
16. World Health Organization. The top 10 causes of death. [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov. 5]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

การพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา

ชัญญา ชังดเว*	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
สายใจ สุรชิต*	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
นฤมล อนุมาศ**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประณีต ส่งวัฒนา***	ปร.ด. (มานุษยวิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด19 มี 3 ระยะ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการฯ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม คือ พยาบาลระดับบริหาร 12 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน 65 คน และ ผู้ป่วยโควิด 19 และญาติ 20 คน เครื่องมือการวิจัย (1) คู่มือการบริหารจัดการระบบการบริการ (2) แผนการดูแลผู้ป่วยโควิด19 ที่มีการติดเชื้อที่ปอด (3) แบบเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ชุด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90, 0.90, 0.96, 0.80 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ Chi-Square test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการฯ มี 2 แบบ คือ (1) ในสถานการณ์ปกติ เป็นการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในหอผู้ป่วยวิกฤติใช้เครื่องช่วยหายใจ (CICU) มีระยะก่อนวิกฤติ ระยะขณะวิกฤติ และระยะหลังวิกฤติ (2) ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโควิด 19 ในระยะเตรียมการ ระยะปฏิบัติการ และระยะสิ้นสุด ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบ พบว่า องค์กรมีความพร้อมในการบริหารจัดการในสถานการณ์การระบาดผู้ป่วยโควิด 19 พยาบาลระดับบริหารและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และภาวะหมดไฟในการทำงาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผู้ป่วยโควิด 19 มีความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับดี (Mean 4.80, SD 0.41) มีความรู้และความสามารถในการจัดการในระดับดี (Mean 4.15, SD 0.45)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโควิด 19 การบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาล รูปแบบการดูแล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

*** อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

The development of Nursing service system model for Covid 19 patients, Hatyai Hospital, Songkhal

Chananya Changadwet*	MNS (Nursing Administration)
Saijai Surachit*	MNS. (adult nursing)
Narumon Anumas**	MNS. (adult nursing)
Praneed Songwattana***	Ph.D. (Anthropology)

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the nursing service system model for Covid-19 patients. The study consisted of 3 phases: (1) study the situation (2) develop the model (3) evaluate the model implementation. The sample consisted of 12 head nurses, 65 registered nurses, and 20 Covid-19 patients. The research instrument comprised of (1) a manual of service system management (2) a care plan of the COVID-19 patient with pulmonary infection (3) a 5 set of data collection. The content validity by 5 experts was 0.8. and reliability were 0.90, 0.90, 0.96, 0.80 และ 0.96 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test and Chi-Square test.

The results revealed that that there were two types of nursing service system models: (1) in normal situations, the management for COVID-19 patients in the intensive care unit using a ventilator (CICU), in which consisted of pre-crisis, crisis and post-crisis period (2) in emergency situations, the management for the critical COVID-19 patients, in which consisted of the preparation, the operating, and the termination period. After implementing the nursing service system models, the organization was ready to manage the outbreak of COVID-19. The different on satisfaction, perceived their competency in caring for COVID-19 patients and burn-out score of the executive nurses and the nurse practitioners were not statistically significant ($p > .05$). The opinion of the COVID-19 patients towards the model were at a good level (Mean 4.80, SD 0.41) and their knowledge and ability to manage were at a good level (Mean 4.15, SD 0.45).

Key words: Covid 19 patients Nursing service system Care model

* Professional Nurse, Hatyai Hospital

** Registered Nurse and Advanced Practice Nurse, Hatyai Hospital

*** Associate Professor, Faculty of Nursing ,Prince of Songkla University

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เริ่มจากประเทศจีนที่มีการรายงานครั้งแรกเมื่อ 31 ธันวาคม ค.ศ.2019 และขยายไปทั่วโลก ในประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันที่เป็นคนไทยรายแรก ในวันที่ 15 มกราคม 2563 โดยเดินทางกลับจากประเทศจีน¹ หลังจากนั้นพบว่าการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในหลายจังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 800 เตียง มีห้องแรงดันลบ 11 ห้อง ที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 8 ห้อง และหอผู้ป่วยหนักทางเดินหายใจ (RCU) 3 ห้อง สำหรับรองรับการดูแลผู้ป่วย โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่ติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ โดยรับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก ผู้ป่วยโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงและสามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว โดยเชื้อนี้แพร่กระจายทางละอองฝอยขนาดใหญ่ (droplets) ในระยะไม่เกิน 1-2 เมตร ผู้ป่วยจะมีไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปอดอักเสบ ในรายที่รุนแรง จะมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และพบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ได้แก่ high flow และบางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อทางละอองฝอยจึงจำเป็นต้องมีการป้องกันบุคลากรที่เข้าไปดูแลผู้ป่วย ต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันระดับ 4 และมีการปรับปรุงหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ให้เป็นหอผู้ป่วยหนักติดเชื้อทางเดินหายใจโควิด 19 (CICU) ให้ได้มาตรฐาน Airborne Infection Isolation Room (AIIR) ห้อง negative pressure แบบ cohort เพื่อให้ได้มาตรฐาน และ สะดวกในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโควิด หอผู้ป่วยหนักติดเชื้อทางเดินหายใจโควิด 19 (CICU)

ของโรงพยาบาลเปิดรับผู้ป่วยวิกฤติโควิด 19 ในเดือนสิงหาคม 2564 ระยะแรกเริ่มรับผู้ป่วยวิกฤติโควิด 19 ได้สูงสุดวันละ 18 ราย² มีบุคลากรที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยวิกฤติโควิด 19 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยต่างๆ ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยโรคหัวใจ หอผู้ป่วยหนักทางเดินหายใจ (RCU) และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ จำนวนรวม 30 ราย พยาบาลแต่ละคนมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์แตกต่างกัน ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในห้องแรงดันลบอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลต้องดูแลในห้องแยกและต้องใส่อุปกรณ์เครื่องป้องกันระดับ 4 เพื่อการดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย การดูแลเสมหะ การพลิกตะแคงตัว การทำ CRRT การใส่และถอดท่อช่วยหายใจให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด 19 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานส่งผลให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งการศึกษาล่าสุดที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในประเทศจีน พบว่าร้อยละ 50.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.6 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 34.0 มีภาวะนอนไม่หลับ ร้อยละ 71.5 มีความรู้สึกเป็นทุกข์³ นอกจากนี้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาลผู้ดูแล เกิดจากการมีกิจกรรมด้านการรักษาและแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ส่งผลให้พยาบาลต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยบ่อยขึ้น จึงต้องมีการประสานงานกับแพทย์เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วย ตลอดจนพัฒนาระบบการบันทึก และการรายงานแพทย์ ให้ถูกต้องและครบถ้วน อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การจัดการ

ผู้ป่วยโควิด 19 ในระยะหลังมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จำนวนผู้ป่วย และความรุนแรงลดลง แต่พบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วม และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีการติดเชื้อ จึงต้องมีระบบบริหารจัดการแบบใหม่หลังมีการปิดหอผู้ป่วยโควิดแบบ cohort

จากการวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา โดยการประชุมกลุ่มตัวอย่าง มีการสัมภาษณ์ สอบถามความคิดเห็นและจัดทำสนทนากลุ่ม (focus group) พบว่าระยะแรก มีการเปิดหอผู้ป่วยโควิด 19 แบบ cohort 3 หอ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลคัดสรรคนเป็นผู้รับผิดชอบ มีการบริหารการพยาบาลและบริหารการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 พบปัญหาและความต้องการ โดยพบว่า ปัญหาด้านผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้าน ผู้นำทางการพยาบาลต้องดูแล เจ้าหน้าที่ /ผู้ป่วย และครอบครัว /พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด ผู้นำพยาบาลผู้บริหารระดับกลาง ได้รับมอบหมายให้บริหารจัดการเป็นรายคน ทำให้เกิดการแก้ปัญหาและจัดการได้ทุกอย่าง เช่น อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่มีสาย high flow ไม่มีเครื่องตรวจออกซิเจนในเลือด (O2 Saturation) ผู้บริหารระดับต้นเรียนรู้และรับผิดชอบเรื่องบริหารงาน อุปกรณ์ สิ่งของ และสถานที่ เกิดการเรียนรู้พัฒนาแบบก้าวกระโดด ไม่รู้สึกกลัว เปิดใจ และรู้มีความจำเป็นต้องเปิดหอผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ผู้นำต้องปฏิบัติงานจริง ผู้ปฏิบัติเข้าใจและความกลัวโควิด 19 ลดลงและมีการนิเทศ และให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ส่วนพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน รู้สึกลำบากใจ บางคนรู้สึกบีบบังคับ ส่วนด้านระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ระบบเครือข่ายที่ดี ระหว่างโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชน ระบบ refer

ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่แออัด ด้านข้อมูลที่ชัดเจน และระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

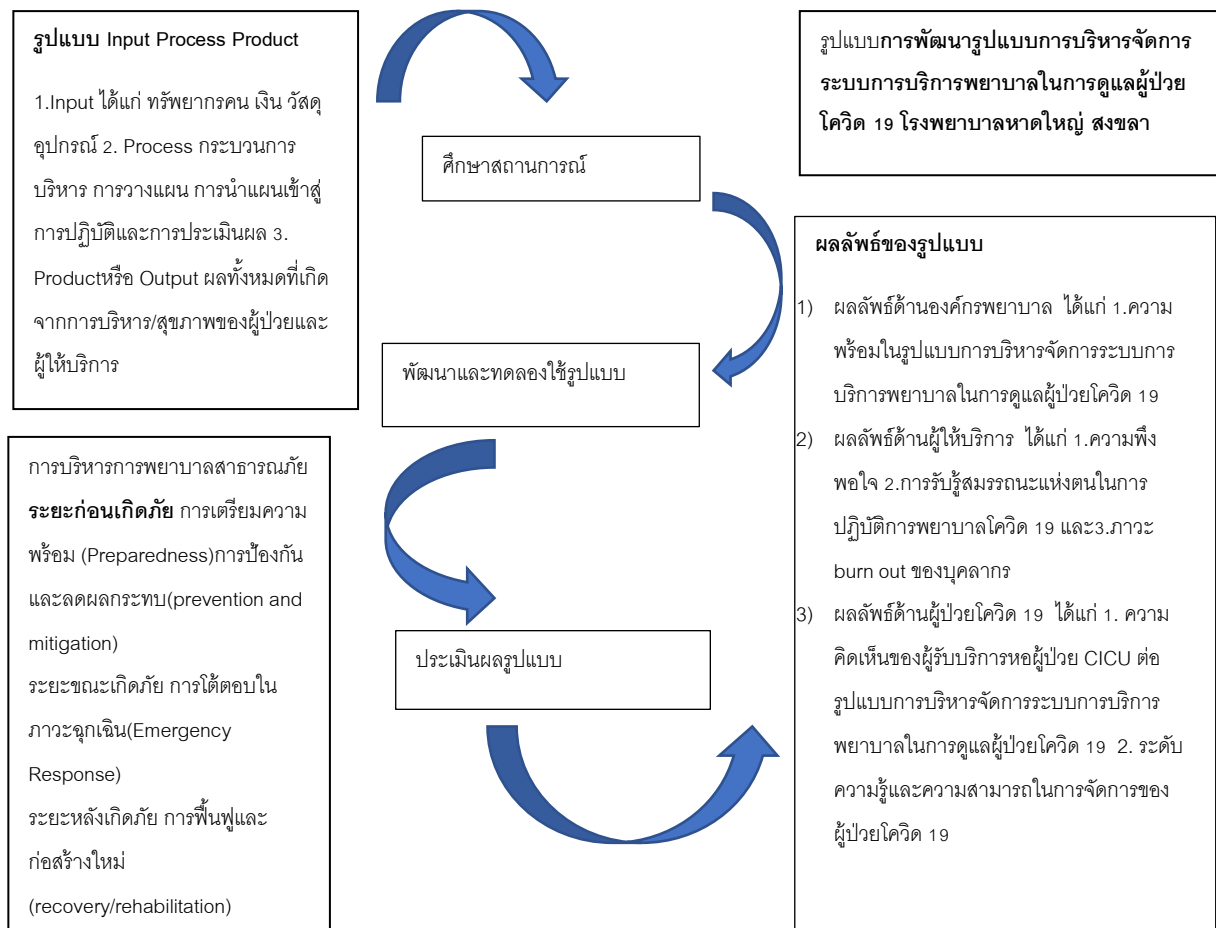
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข⁴ ได้ข้อสรุปว่า การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาล และแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ที่ครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังเกิดการระบาดของโควิด 19 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความพร้อมการบริหารการพยาบาล อยู่ในระดับมาก และไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁴ อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่มีความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาและความต้องการการดูแล ของทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญหน้าอยู่กับโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น มีความเป็นพลวัตรของการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโควิด 19 ให้บุคลากรผู้ดูแลปลอดภัยจากโควิด 19 และผู้ป่วยโควิด 19 ได้รับการดูแลอย่างรอบคอบในระยะที่เกิดปอดอักเสบรุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และลดการสูญเสียชีวิต จึงต้องการการบริหารจัดการแบบครบวงจรที่พร้อมปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยโควิดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา⁵ แม้ว่าจำนวนการระบาดลดลงในระยะต่อมา แต่ยังคงมีความรุนแรง จึงต้องมีแผนการรับมือและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขึ้นกับจำนวน ระดับความรุนแรงและขนาดของโรคโควิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการระบบการพยาบาลในดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของโรงพยาบาลตติยภูมิโดยใช้โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่มองทั้งระบบตั้งแต่ปัจจุบันนำเข้า

(Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิตหรือผลลัพธ์ (Product or Output) Input ได้แก่ ทรัพยากร คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ Process กระบวนการบริหาร การวางแผน การนำแผนเข้าสู่อำนาจปฏิบัติและการประเมินผล Productหรือ Output ผลทั้งหมดที่เกิดจากการบริหาร/สุขภาพของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ) และการบริหารการพยาบาลสาธารณสุข ระยะเวลาเตรียมความพร้อม (Preparedness) การป้องกันและลดผลกระทบ(prevention and mitigation) ระยะเวลาเกิดภัย ที่เน้นการโต้ตอบในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response) ระยะเวลาหลังเกิดภัย เน้นการฟื้นฟูและก่อสร้างใหม่ ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดเหตุการณ์ ระบาดโควิด 19 ระยะเวลาที่เกิดการระบาดโควิด 19

จนกระทั่งหลังการระบาดโควิด 19 และการส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถดูแลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยโควิด 19 และการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โควิด 19 ที่ยังขาดการติดตามความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และขาดการถอดบทเรียนจากโรคโควิด 19 เพื่อให้เป็นข้อมูลสำคัญในระดับนโยบายต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดโรคอุบัติใหม่

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) โดยพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่มองทั้งระบบ ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิตหรือผลลัพธ์ (Product or Output) Input ได้แก่ ทรัพยากรคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ Process กระบวนการบริหาร การวางแผน การนำแผนเข้าสู่การปฏิบัติและการประเมินผล Product หรือ Output ผลทั้งหมดที่เกิดจากการบริหาร และสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และการบริหารการพยาบาลสาธารณสุข ะยะก่อนเกิดภัย ที่เน้นการเตรียมความพร้อม (Preparedness) การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention and mitigation) ะยะขณะเกิดภัย ที่เน้นการโต้ตอบในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response) ะยะหลังเกิดภัย เน้นการฟื้นฟูและก่อสร้างใหม่ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ะยะ คือ ะยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์จากการสัมภาษณ์และทำกลุ่ม (focus group) และทบทวนจากเวชระเบียนย้อนหลัง (เดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม 2565) ะยะที่ 2 ะยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 (เดือนมกราคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2566) และะยะที่ 3 ะยะประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 (เดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566) รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยพยาบาลผู้บริหารทางการพยาบาล 8 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 63 ราย และผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 20 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการ ดังนี้ **ระยะ 1 วิเคราะห์สถานการณ์** ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอ 5 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน 36 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย คิดเป็น 10% จากจำนวน 30 คน **ระยะ 2 ขั้นตอนพัฒนาและทดลองใช้** กลุ่มที่ 1 คือ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง 12 คน เข้าร่วมประชุมในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มประชากรพยาบาลผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักติดเชื้ทางเดินหายใจโควิด 19 (CICU) 16 คน เป็นกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ และผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 20 ราย และ**ระยะ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19** รูปแบบใหม่ เป็นกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล 7 ราย พยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักติดเชื้ทางเดินหายใจโควิด 19 (CICU) จำนวน 16 คนและผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 20 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า สำหรับ 1) พยาบาลระดับบริหาร ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้บริหารงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 2) พยาบาลระดับปฏิบัติที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และ 3) ผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักติดเชื้ทางเดินหายใจโควิด 19 (CICU)

และหายจากโรคโควิด 19 ที่สามารถถอดต่อช่วย
หายใจได้สำเร็จ และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยโควิด
19 ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและเสียชีวิตหรือย้ายออก
จากหอผู้ป่วยหนักติดเชื้อทางเดินหายใจโควิด 19
(CICU)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลของธีรพร
สถิธังกูรและคณะ (2564)⁴ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง
ปริมาณ มีแบบประเมิน 5 ฉบับ คือ 1) แบบประเมิน
ความพร้อมในการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์
การระบาดของโควิด 19 มี 5 ด้าน 20 ข้อ โดยให้
ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาลประเมินความพร้อม
ของการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลใน
การดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยประเมิน 3 ลักษณะ คือ
ระดับที่ 1 ปฏิบัติแล้วหรือมีความพร้อมในการบริหาร
การพยาบาล ระดับที่ 2 เริ่มปฏิบัติหรือเริ่มมีความ
พร้อมในการบริหารการพยาบาล และระดับที่ 3 ยังไม่
ปฏิบัติหรือไม่มีความพร้อมในการบริหาร ผู้วิจัยนำไป
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน
ได้ค่า CVI มากกว่า 0.50 ขึ้นไป ได้ค่าความตรง 0.90
2) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อ
รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การ
ระบาดของโควิด 19 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 หมายถึง
ข้อความนั้นมีความสำคัญหรือจำเป็นในระดับน้อย
ที่สุด ถึง 5 หมายถึง มากที่สุด) โดยแปลผลว่ามีระดับ
ความพึงพอใจมากน้อยเพียงใดจากค่าเฉลี่ยรวมที่
คำนวณได้ตามเกณฑ์ คือ ความพึงพอใจน้อยที่สุด
(1.00-1.50) ความพึงพอใจน้อย (1.51-2.50) ความพึง
พอใจปานกลาง (2.51-3.50) ความพึงพอใจมาก

(3.51-4.50) ถึงความพึงพอใจมากที่สุด (4.51-5.00)
ได้ค่าความตรง 0.90 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลโควิด 19
จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ 1) การรับรู้
การปฏิบัติตนเองตามมาตรฐานทั่วไป มี 3 ข้อ 2)
การรับรู้การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของ
บุคคล 8 ข้อ 3) ความมั่นใจไม่นำเชือกกลับสู่ครอบครัว
หรือชุมชน 1 ข้อ 4) ความมั่นใจว่าสามารถให้การดูแล
ผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่าง
ปลอดภัย ทั้งตัวผู้ป่วยและตนเอง 1 ข้อ 5) ความมั่นใจ
ในมาตรการการปฏิบัติงานของหน่วยงาน 22 ข้อ 6)
ความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถบริหารจัดการด้าน
การพยาบาล โควิด 19 ได้ดี บุคลากรพยาบาลและ
ผู้ป่วยจะไม่นำเชือกกลับสู่ครอบครัว หรือชุมชน 1 ข้อ 7)
ความมั่นใจว่าหน่วยงานสามารถให้การดูแลผู้สงสัย
และผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างปลอดภัย
ทั้งตัวบุคลากรพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน
2 ข้อ เป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
(1 หมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติน้อยที่สุด ถึง 5
หมายถึง ระดับมากที่สุด) โดยมีการแปลความหมาย
ของค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ตามเกณฑ์นี้ คือ จากความ
มั่นใจน้อยที่สุด (1.00-1.50) มั่นใจน้อย (1.51-2.50)
มั่นใจปานกลาง (2.51-3.50) มั่นใจมาก (3.51-4.50)
ถึงความมั่นใจมากที่สุด (4.51-5.00) ได้ค่าความตรง
0.96 4) แบบประเมิน เครื่องมือประเมินภาวะหมดไฟ
ในการทำงาน (Burn out) โดยดัดแปลงจากภาวะ
หมดไฟจากการทำงานของสมาคมส่งเสริมความรู้
ด้านสุขภาพ (2565) จำนวน 15 ข้อ โดยประเมินระดับ
ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น เป็นลักษณะแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1
หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่เกิดขึ้นเลย ถึง ระดับที่ 5

หมายถึง ความรู้สึกล้นเกินเกิดขึ้นมาก แปลผลคะแนนรวม เป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ดังนี้ คือ 15-18 (ไม่มีอาการของภาวะหมดไฟจากการทำงาน 19-32 (มีอาการของภาวะหมดไฟจากการทำงานเล็กน้อย) 33-49 (มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะหมดไฟจากการทำงาน) 50-59 (มีความเสี่ยงอย่างมากที่จะมีภาวะหมดไฟจากการทำงาน) 60-75 (มีความเสี่ยงอย่างรุนแรงที่จะมีภาวะหมดไฟจากการทำงาน) ถ้าคะแนน มากกว่า 59 คะแนนขึ้นไป จำเป็นต้องให้ความรู้และส่งเสริม ผู้เชี่ยวชาญในการดูแล ได้ค่าความตรง 0.80 และ 5) แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้านหรือออกจากหอผู้ป่วยหนักติดเชื้ทางเดินหายใจโควิด 19 (CICU) โดยประเมินความรู้ความสามารถของตนเอง ในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่บ้าน พัฒนาขึ้นเองจากการ ทบทวนวรรณกรรม จำแนกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา การดูแลสิ่งแวดล้อม การดูแลรักษา การดูแลสุขอนามัย จำนวน 24 ข้อ เป็นลักษณะ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ระดับที่ 1 ระดับ ความรู้และความสามารถในการจัดการน้อยที่สุด ถึง ระดับที่ 5 หมายถึง มากที่สุด) โดย การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ ดังนี้ 4.51-5.00 (ความรู้และความสามารถในการจัดการ มากที่สุด) 3.51-4.50 (ความรู้และความสามารถในการจัดการ มาก) 2.51-3.50 (ความรู้และความสามารถในการ จัดการปานกลาง) 1.51-2.50 (ความรู้และความสามารถในการ จัดการน้อย)และ 1.00-1.50 (ความรู้และความสามารถในการจัดการน้อยที่สุด) ได้ค่าความตรง 0.96 ส่วนที่ 2 เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ของธีรพร สติธังกูรและคณะ (2564)⁴ เป็นแนว คำถามที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดของการบริหารการ

พยาบาลสาธารณสุข ระยะก่อนเกิดภัย การเตรียม ความพร้อม (Preparedness)การป้องกันและลด ผลกระทบ(prevention and mitigation) ระยะขณะ เกิดภัย การโต้ตอบในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response) ระยะหลังเกิดภัย การฟื้นฟูและก่อสร้าง ใหม่ มี 3 ระยะ คือแนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษา สถานการณ์การบริหารจัดการระบบการบริการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 4 ข้อ ระยะที่ 2 การติดตามรูปแบบการบริหารจัดการระบบ การบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 3 ข้อ และระยะที่ 3 การประเมินผลการบริหารจัดการ ระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรง 5 คน และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือบริหารระบบการบริการพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 สำหรับพยาบาล และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 สำหรับญาติ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 053-65-01 รับรองตั้งแต่ 10 พฤศจิกายน 2565 ถึง 9 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินงาน และประโยชน์ที่ ได้รับ สำหรับข้อมูลที่รวบรวมได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลเป็นภาพรวม ให้ความยินยอม และ ลงนามอนุญาตในเอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการแจ้งว่าหากไม่ยินดี

เข้าร่วมการวิจัย จะปฏิเสธ และถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งหมดของผู้ป่วย และสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาล และ ประเมินความพร้อมในการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา ใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ 2) ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาล ความพึงพอใจในรูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลโรคโควิด 19 และภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burn out) ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของก่อนและหลังใช้สถิติ independent t-test, X^2 test และ 3) ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้านหรือออกจากหอผู้ป่วยหนักติดเชื้ทางเดินหายใจโควิด 19 (CICU) ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลปฐมภูมิจากการสังเกต และการสนทนากลุ่ม ทั้งจากการบันทึกระหว่างการสนทนาและการถอดเทปบันทึกเสียง ผู้วิจัยนำมาจัดพิมพ์ระบกลุ่มข้อมูลที่เป็นข้อมูลซ้ำกันหรือ คล้ายคลึงกัน รวบรวมเป็นข้อมูลในกลุ่มความหมายเดียวกัน และจัดหมวดหมู่ของข้อมูลตามประเด็นการสนทนากลุ่ม กำหนดรหัสวิเคราะห์ความคิดรวบยอด (concept) สรุปเป็นประเด็นสำคัญขององค์ประกอบของรูปแบบการ

บริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา และข้อเสนอแนะอื่นๆ 2) ข้อมูลทุติยภูมิ จากวรรณกรรมและเอกสารต่างๆ ผู้วิจัยจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและวิเคราะห์ความคิดรวบยอด(concept) สรุปเป็นประเด็นสำคัญขององค์ประกอบของรูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่าระยะแรกการเปิดหอผู้ป่วยโควิด 19 แบบ cohort ward มีหัวหน้ากลุ่มงานหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้รับผิดชอบพบปัญหาในแต่ละด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้บริหารพยาบาลอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและครอบครัวพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด และบริหารจัดการเป็นรายคน ทำให้จัดการทุกเรื่องเพียงคนเดียว หัวหน้าหอผู้ป่วยบางคนมีความเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว จึงต้องเตรียมตัวให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ PPE การประชุมของโรงพยาบาล ระบบการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษารับผู้ป่วยเข้าห้องแยก ผู้บริหารระดับต้นต้องเรียนรู้และรับผิดชอบ เรื่อง บริหารงาน อุปกรณ์ สิ่งของ และสถานที่ จากการเตรียมการเกิดการเรียนรู้พัฒนาแบบก้าวกระโดด ไม่รู้สีกกลัว เปิดใจ และรู้ถึงความจำเป็นต้องเปิดหอผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และต้องการการนิเทศ และให้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ส่วนพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีทั้งความรู้สีกลำบากใจ รู้สึกบีบบังคับ และมีจิตอาสาด้วยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่มาจากหลากหลายสถานที่ เช่น ศัลยกรรม สูติศาสตร์

กุมาร อายุรกรรม เป็นต้น จึงเกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานร่วมกันและการที่มีผู้ป่วยหลากหลายสาขา จึงทำให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน ไม่ลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 2) ด้านสถานที่ ดูแลอุปกรณ์เครื่องใช้ PPE ในระยะระบาดหนัก เช่น อุปกรณ์มีจำกัด ต้องหาเพิ่ม รวมทั้งการจัดสถานที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยหนักต้องดูแลจากนอกห้องผู้ป่วย จึงต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยใหม่ ร่วมกับการติดตามผู้ป่วยผ่านเครื่อง monitoring เน้นความสะอาดของสถานที่ในห้องผู้ป่วย จัดการให้ได้มาตรฐาน การจัดเตรียมน้ำ อาหารให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและญาติ และการจัดระบบของฝากจากญาติ เพื่อมิให้สูญหาย 3) พบปัญหาด้านผู้ป่วยโควิด 19 และญาติผู้ดูแล ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ได้แก่ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่รวดเร็ว จากอาการปกติเปลี่ยนเป็นอาการหนัก อาการทรุดลง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเหนื่อยขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม เช่น ภาวะไตวาย หรือมีผู้ป่วยโควิด 19 สูญเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 4) ด้านระบบการส่งต่อ มีการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ระบบเครือข่ายที่ดี ระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชน ระบบ refer ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่แออัด 5) ต้องการข้อมูลที่ชัดเจน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เน้นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการยอมรับ และปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน

2. รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มี 2 แบบ คือ 2.1 รูปแบบสถานการณ์ปกติเป็นการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในระดับที่ควบคุมได้ในหอผู้ป่วยหนักติดเชื้อทางเดินหายใจโควิด 19 (CICU) มี 3 ระยะ คือ **ระยะก่อนวิกฤต** Input: บริหารจัดการโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก CICU

มีคู่มือ หรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโควิดที่มีโรคร่วม และมีความรุนแรง 3 ระดับ มีจัดทำแผนและซ้อมแผนในหอผู้ป่วยCICU คู่มือการประเมินสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีการนิเทศและให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อแพร่กระจายเชื้อและฝึกสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ก่อนดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ (RN) การเตรียมอาคารสถานที่หอผู้ป่วย CICU มีห้องความดันลบ AIR 18 เตียง ห้องแยกโรครวม 8 เตียง รวม 26 เตียง **Process:** มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลเพื่อเบิกอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ปรับจุดคัดกรองผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบรวดเร็ว โดยติดต่อประสานงานโดยตรงจากโรงพยาบาลชุมชนมายังหอผู้ป่วย CICU (ผู้ป่วย refer in) และเพิ่ม group line ติดต่อประสานงานระหว่างแพทย์อายุรกรรม โรงพยาบาลชุมชน **ระยะขณะวิกฤต** Input: (ผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 10-26 คน) จัดอัตรากำลัง RN เข้า-ป่วย-ตึก 6:5:5 **Process:** มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโควิด 19 ไปหอผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยโควิด 19 รายใหม่ บริหารจัดการหัวหน้าหอผู้ป่วย CICU ร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และหัวหน้าผู้ป่วยอายุรกรรม มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 การประเมิน ATK ส่งผลให้สามารถย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย CICU เร็วขึ้น และติดตามภาวะ long covid-19 และระยะหลังวิกฤตการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 มีการปรับเป็นระบบปกติคือการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใช้เครื่องช่วยหายใจและดูแลหลังทำ PCI ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (แผนภาพที่ 2)

2.2 รูปแบบสถานการณ์ฉุกเฉิน ในการบริหาร

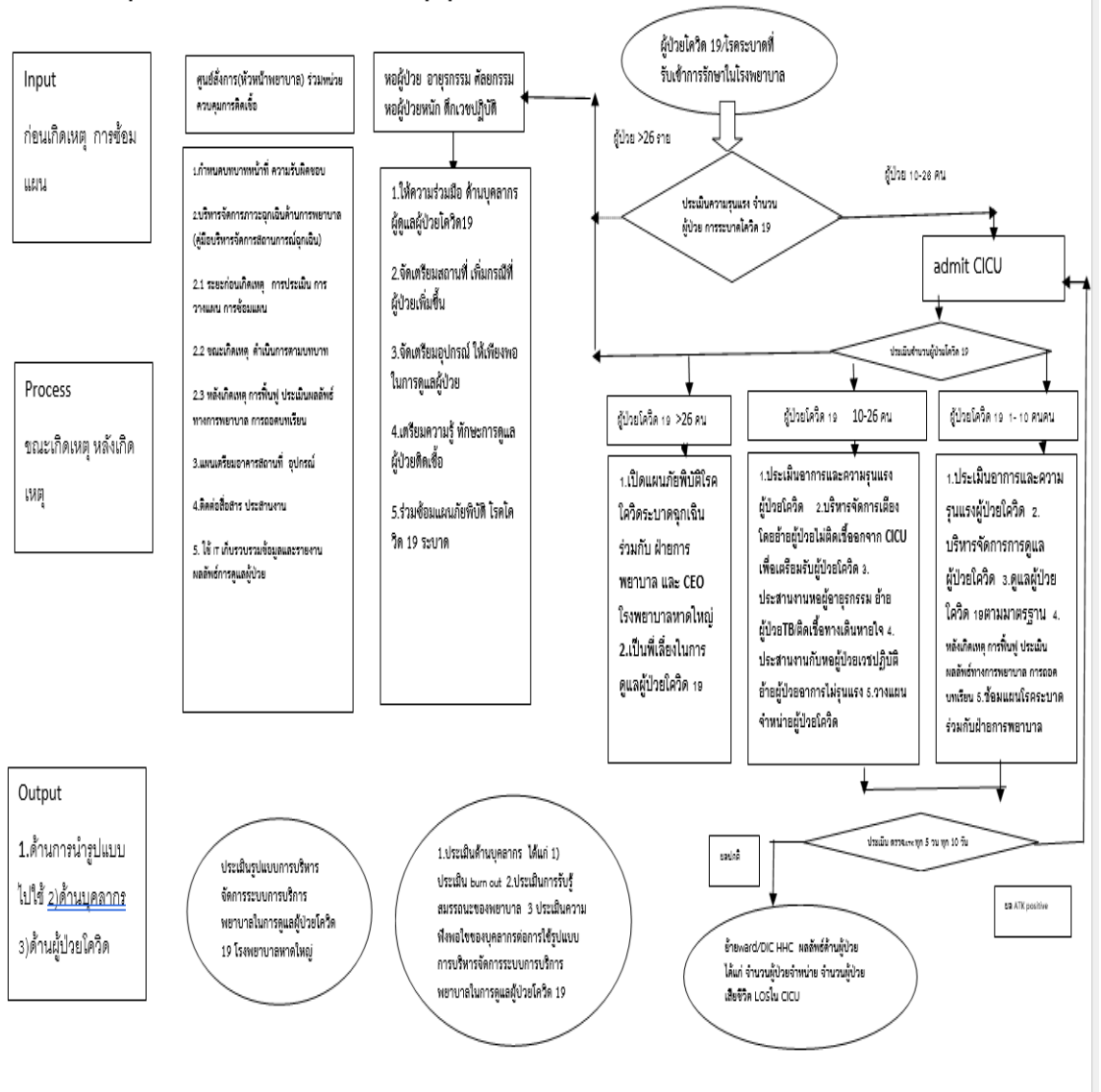
จัดการระบบการบริการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโควิด 19 จำนวนมากกว่า 26 คนและต้องใช้ทรัพยากรมาก โดยดำเนินการร่วมผู้บริหารระดับสูงของฝ่ายการพยาบาล จำแนกเป็น 3 ระยะคือ **ระยะเตรียมการ** บริหารจัดการโดยใช้ 19 แผนกปฏิบัติโรคโควิด 19 มีศูนย์สั่งการโดยหัวหน้าพยาบาลเป็นทีมนำบริหารจัดการเชิงระบบ ร่วมกับแผนกปฏิบัติของโรงพยาบาลหาดใหญ่ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่) หน่วยควบคุมการติดเชื้อและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โดยสั่งการให้หัวหน้าฝ่ายต่างๆ ดำเนินการ การปรับเปลี่ยน และเรียกอัตรากำลังเสริม **ระยะปฏิบัติการ** มีการเพิ่มหอผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด 19 บริหารจัดการโดยจัดอัตรากำลังเพิ่ม จัดอุปกรณ์เครื่องป้องกันให้เพียงพอให้ความรู้และทบทวนการใช้อุปกรณ์ป้องกันก่อนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 **ระยะสิ้นสุด** ปิดหอผู้ป่วยและจัดการสิ่งแวดล้อม ได้คู่มือการบริหารจัดการการระบาดโควิด 19 ของฝ่ายการพยาบาล (แผนภาพที่ 2)

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 พบว่าก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมี อายุและประสบการณ์ปฏิบัติงาน ที่ใกล้เคียงกัน ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาล มี 3 ด้าน คือ **3.1 ด้านองค์กรพยาบาล** พบว่าผู้บริหารการพยาบาลส่วนใหญ่มีความพร้อมและสามารถปฏิบัติตามรูปแบบทั้ง 5 ด้าน ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามกว่าร้อยละ 70 และที่เริ่มปฏิบัติบางข้อคิดเป็นร้อยละ 50 คือ 1) มีการ

ซ้อมแผนเผชิญเหตุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมการระบาดโควิด 19 2) ประชาชนผู้ติดเชื้อโดยฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย จิตใจ และสังคม 3) กำหนดให้มีประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล 4) กำหนดการพัฒนาปรับปรุงงาน เพื่อเตรียมรับสถานการณ์ในอนาคต (ตาราง ที่ 1) **3.2 ด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน** พบว่าหลังใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาล ผู้บริหารและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจระดับมาก (Mean = 3.92, SD= 0.60) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ระดับมาก (Mean = 4.44, SD= 0.31) และพยาบาลผู้ปฏิบัติการมีคะแนนของภาวะ burn out อยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้รูปแบบ พบว่า ความพึงพอใจและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เพิ่มขึ้น และภาวะ burn out ลดลง โดยมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตาราง ที่ 2) และ **3.3 ด้านผู้ป่วยโควิด 19** พบว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริหารพยาบาลอยู่ในระดับดี (Mean = 4.8, SD= 0.41) (ตารางที่ 3) ความรู้และความสามารถในการจัดการของผู้ป่วยโควิด อยู่ในระดับดี (Mean =4.15, SD= 0.45) (ตารางที่ 4) และเมื่อติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และนัดมาพบในคลินิกดูแลผู้ป่วยหลังเกิด covid 19 (n=20 คน) พบว่าผู้ป่วยมีอาการปกติ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 อาการแสดงที่พบสูงสุดหลังเกิดโควิด 19 คือ เหนื่อยง่าย 6 รายคิดเป็นร้อยละ 30 และไอ พบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25

รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ สงขลาใน
สถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน (แผนภาพที่ 2)

รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ สงขลา ในสถานการณ์ปกติ และมีภาวะฉุกเฉิน



ตารางที่ 1 ความเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในรูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของผู้บริหารก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาล

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบ (n=5)			หลังใช้รูปแบบ (n=7)		
	ปฏิบัติแล้ว	เริ่มปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติแล้ว	เริ่มปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านที่ 1 ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล						
1 มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล โดยเฉพาะ	5(100)	-	-	5(71.4)	2(28.6)	-
ด้านที่ 2 ภาพรวมของการบริหารการพยาบาลกรณีโควิด 19						
4 ใช้หลักการ 2P2R (Preparedness Prevent & Mitigation Response and Recovery/Rehabilitation)ในการบริหารการพยาบาล	5 (100)	-	-	5(71.4)	2(28.6)	-
ด้านที่ 3 การบริหารการพยาบาลระยะก่อนเกิดการระบาดของโควิด 19						
8 มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมการระบาดโควิด 19	-	3(60)	2(40)	3(42.9)	4(57.1)	-
ด้านที่ 4 การบริหารการพยาบาลระยะขณะเกิดการระบาดของโควิด 19						
16 เผื่อระวังภาวะสุขภาพของบุคลากรพยาบาลและ การสร้างขวัญและกำลังใจ	5 (100)	-	-	6(85.7)	1(14.3)	-
ด้านที่ 5 การบริหารการพยาบาลระยะหลังเกิดการระบาดของโควิด 19						
17 ภายหลังการระบาด มีการปรับปรุงระบบงานเพื่อฟื้นฟูในด้านต่างๆ	1(20)	4(80)	-	6(85.7)	1(14.3)	-
18 กำหนดให้มีประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล	5(100)	-	-	3(42.9)	4(57.1)	-
19 กำหนดให้มีการถอดบทเรียน สรุปเหตุการณ์	3(60)	2(40)	-	4(57.1)	3(42.9)	-
20 กำหนดการพัฒนาปรับปรุงงาน เพื่อเตรียมรับสถานการณ์ในอนาคต	2(40)	3(60)	-	3(42.9)	4(57.1)	-

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลโควิด 19 และภาวะ burn out ของบุคลากร ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาล

คะแนนรวม	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		t-test	P value
	(n=49)		(n=16)			
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
1. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ	3.84	0.44	3.92	0.60	0.49	0.628
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกรพยาบาลโควิด 19	4.35	0.40	4.44	0.31	0.82	0.414
3. ภาวะ burn out ของบุคลากร	29.37	9.13	27.63	8.88	0.68	0.50

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นของผู้รับบริการหอผู้ป่วย CICU ต่อรูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 (n =20)

ลำดับ	รายการ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1	ความคิดเห็นต่อความพร้อมของการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 (ความพร้อมการบริการ ความรู้ของการให้บริการ อุปกรณ์เครื่องมือ สถานที่)และการให้บริการของพยาบาล	4.85	0.37	ดี
2	ความมั่นใจในการมารับบริการที่โรงพยาบาล	4.85	0.37	ดี
3	ความพึงพอใจต่อการมารับบริการที่โรงพยาบาล	4.85	0.37	ดี
4	ความพร้อมของโรงพยาบาลในการบริหารจัดการการพยาบาลในภาพรวม	4.80	0.41	ดี

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้และความสามารถในการจัดการของผู้ป่วยโควิด 19 จำแนกตามรายด้าน (n= 20)

ด้านที่	ความรู้และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโควิด 19	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1	ความรู้เกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุและการป้องกันโรคโควิด 19	4.00	0.65	มาก
2	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา เช่นการรับประทานยา ได้อย่างถูกต้อง และครบถ้วน	4.40	0.68	มาก
3	การดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลความสะอาดของ เครื่องใช้ประจำตัว ทำความสะอาดภาชนะ เก็บให้มิดชิด กินร้อน ช้อนเรา	4.35	0.75	มาก
4	การดูแลรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น นอนพักผ่อนได้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง	4.20	0.83	มาก
5	การดูแลสุขอนามัย เช่น ดูแลความสะอาดร่างกาย ปากและฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งตื่นนอนและก่อนนอน	4.35	0.75	มาก
คะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้าน		4.15	0.45	มาก

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ประกอบด้วย 1) รูปแบบสถานการณ์ปกติ มีการแบ่งตามระยะการจัดการ 3 ระยะคือ ระยะก่อน ขณะ และหลังวิกฤต ขึ้นกับ

จำนวนผู้ป่วยโควิด มีจัดอัตรากำลังตามจำนวนผู้ป่วย มีการบริหารจัดการร่วมกันระหว่าง แผนกอายุรกรรม (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลอายุรกรรม หัวหน้าหอ CICU และหัวหน้าหออายุรกรรม) เพื่อบริหารจัดการเตียงให้เพียงพอและพร้อมรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 ปรับ

แผนการดูแลผู้ป่วยโดยการประเมินการติดเชื้อภายในระยะเวลา 7 วัน การติดต่อประสานงานรับผู้ป่วย refer in ผ่านช่องทางด่วน และเมื่อไม่มีผู้ป่วยโควิด 19 เป็นระบบการดูแลปกติที่มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤติใช้เครื่องช่วยหายใจและการดูแลหลังทำ PCI ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ รูปแบบที่พัฒนานี้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานเป็นทีมพยาบาลส่งผลให้การบริหารจัดการอัตราค่าลง่าย ความพร้อมด้านสถานที่อย่างเพียงพอและพยาบาลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจร่วมกับได้รับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีปัญหาปอดอักเสบแบบ ARDS การทำ CRRT จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมร่วมกับการนำระบบพี่เลี้ยงและการบริหารจัดการเชิงระบบในการดูแลมีการปรับลดอัตราค่าลงขึ้นกับจำนวนระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโควิด 19 ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤติโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องการศึกษากิจการผู้ป่วยโควิด 19 ในหอผู้ป่วยหนักของต่างประเทศที่พบว่าการจัดการผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีการติดเชื้อที่ปอดรุนแรงต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มและบุคลากรที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ เพื่อการรักษาโดยใช้ออกซิเจนและใช้ high protective ventilation ที่มี low tidal volume การรักษาภาวะแทรกซ้อนภาวะไตวายเฉียบพลันซึ่งรักษาโดยใช้ CRRT การจัดท่านอนคว่ำ(early proning) การใช้ยาต้านการอักเสบ (steroid)^{5,10}

รูปแบบในสถานการณ์ฉุกเฉินมีการเตรียมความพร้อมและรับมือต่อยอดจากสถานการณ์ปกติโดยการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรงและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือออกซิเจน ซึ่งเป็น

สถานการณ์ที่เกินกำลังที่จะจัดการแบบปกติได้ มีการเพิ่มอัตราค่าลงเสริมจากหอผู้ป่วยอื่นๆ ร่วมกับการประกาศแผนโดยมีศูนย์สั่งการโดยหัวหน้าพยาบาลเป็นทีมนำบริหารจัดการเชิงระบบร่วมกับแผนกยพิบัติของโรงพยาบาล **ระยะปฏิบัติการ** เพิ่มหอผู้ป่วยจัดอัตราค่าลงตามจำนวนผู้ป่วย จัดอุปกรณ์เครื่องป้องกันให้เพียงพอ ให้ความรู้และทบทวนการใช้อุปกรณ์ป้องกันก่อนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลเพื่อเบิกอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ **ระยะสิ้นสุด** ปิดหอผู้ป่วยและจัดการสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้พบว่าจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีโรคร่วมจำนวนเพิ่มขึ้น 246 คน/เดือน² และอัตราการครองเตียงสูงขึ้น 132.30 ส่งผลให้มีการเปิดแผนเพิ่มหอผู้ป่วยและเรียกค่าลงสำรองในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และการบริหารความต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉินโรคระบาด⁶ มีผลกระทบต่อการขาดแคลนบุคลากร ต้องการพื้นที่กว้างมีการขยายความรุนแรงได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นภาวะที่รู้ล่วงหน้าหรือมีเวลาเตรียมการป้องกันเพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินเฉพาะหน้าได้ สอดคล้องกับการใช้กรอบแนวคิดวงจรภัยพิบัติ (disaster cycle) มีใช้ในการบริหารจัดการช่วยในการวางแผนและขับเคลื่อนการฝึกซ้อมดำเนินการ ป้องกัน รับมือ และฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ^{7,8}

2. ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการระบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกทั้ง 3 ด้าน คือ 2.1) **ด้านองค์กร** พบว่ามีความพร้อมในการบริหารจัดการในสถานการณ์การระบาดผู้ป่วยโควิด 19 ตามรูปแบบทั้ง 5 ด้านส่วนใหญ่ปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 70 แม้ว่ามีบางข้อที่เริ่มปฏิบัติ เช่น การซ้อมแผนเผชิญเหตุอย่างน้อยปีละ

1 ครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมการระบาดโควิด 19 มีการส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ติดเชื้อ พักผ่อนร่างกาย จิตใจ และสังคม และกำหนดให้มีประเมินผลผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงงานเพื่อเตรียมรับสถานการณ์ในอนาคต ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์การระบาดโควิด 19 หลายครั้ง ตั้งแต่การระบาดไม่รุนแรง จนกระทั่งการระบาดรุนแรง หน่วยงานมีการฝึกซ้อมกับสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง เมื่อถึงสถานการณ์ที่ประเทศประกาศเป็นโรคติดต่อ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้วิจัยศึกษาเก็บข้อมูล ส่งผลให้มีการเตรียมความพร้อม และสามารถรับมือกับสถานการณ์การระบาดได้ สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะพบปัญหาและ อุปสรรคในด้านโครงสร้างและการบริหารอัตรากำลังของพยาบาล⁹

2.2) ด้านพยาบาล ผู้บริหารระดับสูงและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ย 3.84 เป็น 3.92 คะแนน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เพิ่มขึ้นจาก 4.35 เป็น 4.44 และภาวะหมดไฟในการทำงาน ลดลงจาก 29.37 เป็น 27.63 แม้จะไม่พบความแตกต่างของคะแนนดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวให้ผลบวกกับผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากบุคลากรพยาบาลผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมานาน (Mean= 10.06 ปี, SD= 5.53 ปี) ได้รับการนิเทศ ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อก่อนการปฏิบัติงานจริง จากพยาบาลผู้จัดการ หัวหน้าหอผู้ป่วย CICU มีการฝึกปฏิบัติงาน

แบบพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่องในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่พบว่ามีความพร้อมการบริหารการพยาบาล อยู่ในระดับมาก และพึงพอใจในบริการพยาบาล อยู่ในระดับมาก พยาบาลรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ การพยาบาลโควิด 19 อยู่ในระดับมากที่สุด และมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงานของ หน่วยงานอยู่ในระดับมาก และไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{4,6} และผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า บุคลากรมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง แม้จะพบปัญหาและ อุปสรรคในด้านโครงสร้างและการบริหารอัตรากำลังของพยาบาล⁹

2.3) ด้านผู้ป่วยโควิด 19 พบว่า ผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับดี มีความรู้และความสามารถในการจัดการด้วยตนเองหลังการใช้รูปแบบ ทั้งนี้เนื่องจากหอผู้ป่วย CICU มีการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแพร่กระจายเชื้อ การใช้ยาต้านไวรัส ขณะเข้าไปทำกิจกรรมในห้อง AIIR และให้คำแนะนำก่อนการจำหน่ายจากหอผู้ป่วย CICU และนัดมาพบในคลินิกดูแลผู้ป่วยหลังเกิด covid 19 ติดตามอาการ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปกติ 9 คน (ร้อยละ 45) อาการแสดงที่พบสูงสุดหลังเกิดโควิด 19 คือ เหนื่อยง่าย 6 ราย (ร้อยละ 30) และไอ พบ 5 ราย (ร้อยละ 25) สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยโควิด 19 ในประเทศญี่ปุ่นปี 2021

ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 1,674 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 55.7 รองลงมาคือความรุนแรง 41.2 และเสียชีวิต ร้อยละ 3.2 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.6 รองลงมาเป็นเบาหวาน ร้อยละ 22.9 อาการแสดงที่พบ คือ ไข้สูง ร้อยละ 79.3 รองลงมา ไอ ร้อยละ 58.2¹¹

ข้อเสนอแนะ

1) **ด้านการบริหาร** ในเชิงนโยบายระดับฝ่ายการพยาบาลควรกำหนด protocol ในการจัดอัตรากำลังและสมรรถนะที่จำเป็นในสถานการณ์วิกฤติ และมีระบบและกลไกการจัดอัตรากำลังที่ชัดเจน มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

และจัดซื้อแผนการให้การพยาบาลตามบทบาทหน้าที่

2) **ด้านการบริการ** ผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรง มีปัญหาเช่น การทำ CRRT การจัดทำนอนคว่ำ การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีปัญหา ARDS ระยะหลังการเกิดโควิด ไม่มีผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจทำให้บุคลากรพยาบาลขาดทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรมีการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างสม่ำเสมอ

3) **ด้านวิชาการ** ควรสนับสนุนให้ฝ่าย HRD ของฝ่ายการพยาบาลร่วมกับหน่วยควบคุมการติดเชื้อ สนับสนุนการให้ความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และฝึกทักษะการใส่และถอดชุด PPE อย่างสม่ำเสมอ

Reference

1. Department of Disease Control Division of General Communicable Diseases. Surveillance, Prevention and Control Covid-19 Guideline for medical and Public Health provider. Nonthaburi: Division; 2564
2. Hatyai Hospital. Statistics data of Covid-19 patients in CICU ward Hatyai Hospital. Songkhal: Hospital; 2565.
3. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020; 3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
4. Teeraporn Sathira-Angkura, Sirima Leelawongs, Sasamon Srisuthisak, Somjai Puttapitukpol, Nichapa Yonchoho, Kanoporn Jamsomboon, Development of Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation of Hospitals under the Ministry of Public Health. Journal of Health Science. 2564;30(2):320-33.
5. Hajjar L.A, Costa IBSDS, Rizk SI, Biselli B, Gomes BR, Bittar CS, et al. Intensive care management of patients with COVID-19: a practical approach. Ann Intensive Care. 2021;11(1):36.

6. Teeraporn Sathira-Angkur, Sirima Leelawongs, Attaya Amonprompukdee A, Uraiporn Janta-Um-Mou, Driving the Operation of the Nurse Collaboration Center in COVID-19 Outbreak. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2564:22(1):83-91.
7. Sant Hatthirat S. Handbook for Disaster Management. Bangkok: Moh-Chao-Ban Publisher;2552
8. Teera KolladaRuengkrai, Hospital Business Continuity and Emergency Management. Bangkok: paliving;2562
9. Usa Kumprasit, Development of Nursing Model during the COVID-19 Outbreaks: In-Patient Department, Nonthai Hospital. Regional Health Promotion Center. 9.2022;16(1):30-44.
10. Jha AK, Kulkarni SG. Evolution of covid-19 management in critical care: review and perspective from a hospital in the United Kingdom. Acute Crit Care. 2021;36(1):1-14.
11. Tanaka H, Lee H, Morita A, Namkoong H, Chubachi S, Kabata H, et al. Clinical Characteristics of Patients with Coronavirus Disease (COVID-19): Preliminary Baseline Report of Japan COVID-19 Task Force, a Nationwide Consortium to Investigate Host Genetics of COVID-19. Int J Infect Dis. 2021; 113:74-81.

การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

วิศณี พรหมพันธุ์*	รป.ม
อุไรรัตน์ กันภัย*	พย.บ
ปาณิดา คุณสาระ*	พ.ย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วิวัฒน์ เหล่าชัย**	พ.ย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 30 คน กับผู้ป่วย 20 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 – มกราคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์การสนทนาแบบกลุ่ม 2) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 3) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และ 4) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ มีดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาล 2) นโยบายชัดเจน 3) คณะทีมงาน 4) ระบบพี่เลี้ยง 5) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย 6) ระบบการลงบันทึกข้อมูล 7) ระบบการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและมีการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$)

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, กระดูกสะโพกหัก, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลิดสิน

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

E-mail: Wiwatyod99@gmail.com

AN EVIDENCE-BASED NURSING PATTERN FOR HIP FRACTURE PATIENTS UNDERGOING HIP REPLACEMENT SURGERY

Wisanee Phromphan* M.P.A
Urairat Kanpai* B.N.S
Panita Khun Sara* M.N.S. (Adult nursing)
Wiwat Laochai** M.N.S. (Adult nursing)

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effects of a nursing model for hip fracture patients undergoing hip replacement surgery. The sample consisted of 30 registered nurses working in the operating room and 20 patients. The research instrument comprised of (1) group discussion interview form (2) a nursing model for hip fracture patients undergoing hip replacement surgery (3) an assessment form of nursing practice for hip fracture patients undergoing hip replacement surgery and (4) evaluation the satisfaction of registered nurses. Content validity by 5 experts were .91 and .92, respectively, Cronbach's alpha coefficients were .89 and .94, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The results showed that the nursing pattern for hip fracture patients undergoing hip replacement surgery consists of (1) defining the roles and responsibilities of the nurses (2) clear policy (3) working team (4) mentoring system (5) a nursing model for hip fracture patients undergoing hip replacement surgery (6) data recording system (7) supervision, follow-up and continuous evaluation. After implementing the nursing model for hip fracture patients undergoing hip replacement surgery, the registered nurses had significantly higher satisfaction score and nursing practice than before the pattern development (p .000).

Keywords: Nursing Pattern, Hip Fracture, Hip replacement surgery

* Registered nurse special expertise, Lerdsin Hospital

** Lecturer, Faculty of Nursing Suan Dusit University,

E-mail: Wiwatod99@gmail.com

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ซึ่งพบว่าในปัจจุบันมีผู้ที่มีกระดูกสะโพกหักเป็นจำนวนมากและมีความรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹ พบว่าอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักประมาณ 14,000–16,000 คนต่อปี และมีอัตราตายในปีแรกร้อยละ 23 กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมักพบร่วมกับโรคกระดูกพรุนส่วนใหญ่เกิดจากการหักล้ม หรืออุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง ผู้ที่กระดูกสะโพกหักจะได้รับผลกระทบตามมาหลายด้าน เช่น คุณภาพชีวิตลดลง ภาวะพึ่งพิงบุคคลในครอบครัวและสถานพยาบาลมากขึ้น ภาวะค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่อง ความเสี่ยงกระดูกสะโพกหักซ้ำซ้อน และโดยเฉพาะอัตราตายในปีแรกหลังกระดูกหักจะสูงที่สุด โดยสูงกว่าประชากรปกติประมาณ 8 เท่า² ปี พ.ศ. 2568 ในประเทศไทยจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักรวมมากถึง 2.6 ล้านราย³ และในปี พ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ⁴ จากข้อมูลดังกล่าวมาทำให้เห็นว่า ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน และฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดจนกว่าจะสามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงกับภาวะปกติ

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการรักษาโรคกระดูกและข้อ ซึ่งรับผู้ป่วยผ่าตัดโรคทางกระดูกและข้อที่ซับซ้อนต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง โดยเฉพาะการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการ

ผ่าตัดชนิดหนึ่งที่มีความซับซ้อน ทั้งด้านอุปกรณ์เครื่องมือและวิธีการ และยิ่งในภาวะที่ผู้ป่วยมาด้วยภาวะกระดูกหัก ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อให้สามารถฟื้นหาย กลับบ้านได้เร็ว และสามารถกลับมามีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงเดิม เป็นสิ่งที่ทีมพยาบาล มีความต้องการและมุ่งมั่นที่จะพัฒนามาโดยตลอด จากสถิติที่ผ่านมา ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเลิดสิน มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจากกระดูกสะโพกหักในปี พ.ศ. 2561-2564 จำนวน 63, 56, 48 และ 38 ราย ตามลำดับ⁵ จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้า (ระยะเวลารอผ่าตัด > 48 ชั่วโมง) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้อง รอผ่าตัดนาน 1.8 เท่า⁶ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยการผ่าตัดตามเวลาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจึงต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบท การศึกษา หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประกันคุณภาพด้านบริการสุขภาพ โดยนำหลักฐานที่ดีที่สุดในขณะนั้นมาช่วยในการตัดสินใจทางคลินิก ร่วมกับการประยุกต์ใช้ไอโอไอโมเดล⁷ (The Iowa Model) ซึ่งมีแนวคิดในการดำเนินโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มาพิจารณาปรับปรุงระบบการบริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผลของแนวปฏิบัติที่ได้มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก หรือมีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่สมบูรณ์เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งการปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นการปฏิบัติตามหลักการทั่วไปของงานห้องผ่าตัด รูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก

สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมยังไม่ชัดเจน มีความซ้ำซ้อน ค่าซ้ำ รวมถึงมีจำนวนเจ้าหน้าที่ในงานห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีการหมุนเวียนการทำงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อให้เป็นรูปแบบการพยาบาลผ่าตัดที่มีความน่าเชื่อถือ และใช้ปฏิบัติได้จริง

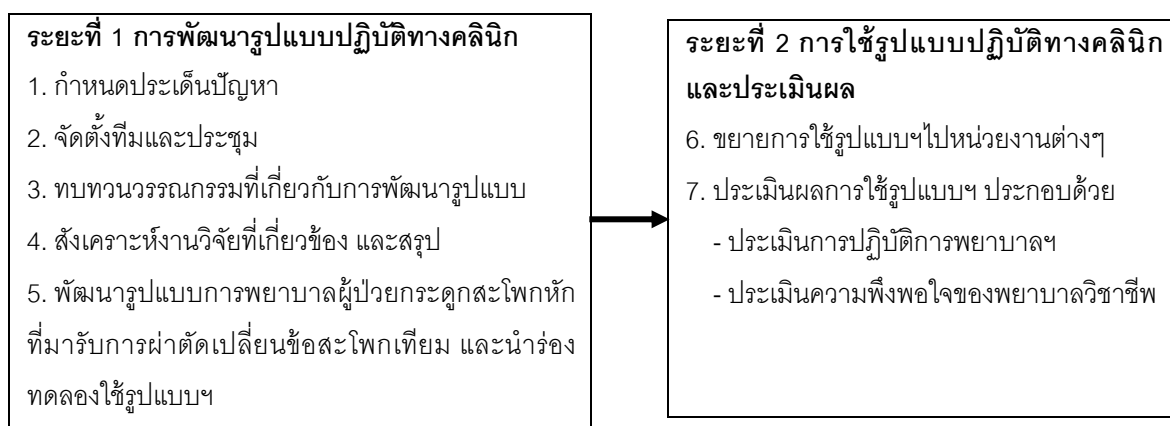
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ไอโอวา โมเดล (The Iowa Model)⁷ ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และประเมินผล รายละเอียดดัง รูปที่ 1



รูปที่ 1 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยการสุ่มแบบเจาะจง

(Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดกระดูก
- 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี
- 3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การคัดเลือกรับ (Exclusion criteria)

1) ไม่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมอย่างต่อเนื่อง

2) ไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณจากโปรแกรม G* Power ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 และ Power $(1 - \beta) = .80$ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .50 โดยคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 30 คน⁹

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2565 (No. LH651026) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการทำงานอย่างไร ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วม

การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

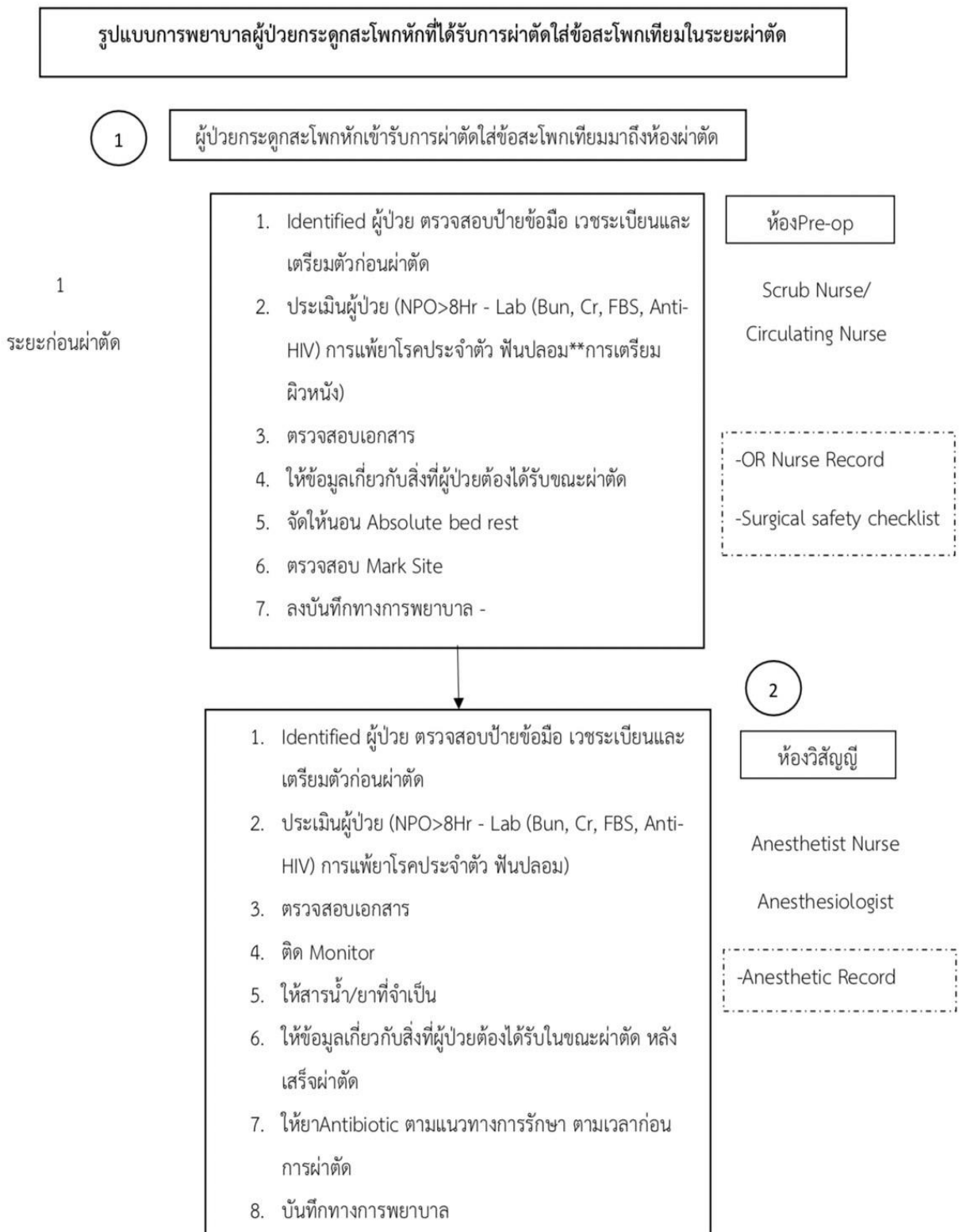
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์การสนทนาแบบกลุ่ม จำนวน 6 ข้อ แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ คือ แพทย์ผ่าตัด หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าเวรแต่ละห้องผ่าตัด พยาบาลส่งผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล

1.2 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับการพัฒนารูปแบบฯ โดยมีคำอธิบายรายละเอียดในแต่ละข้อ

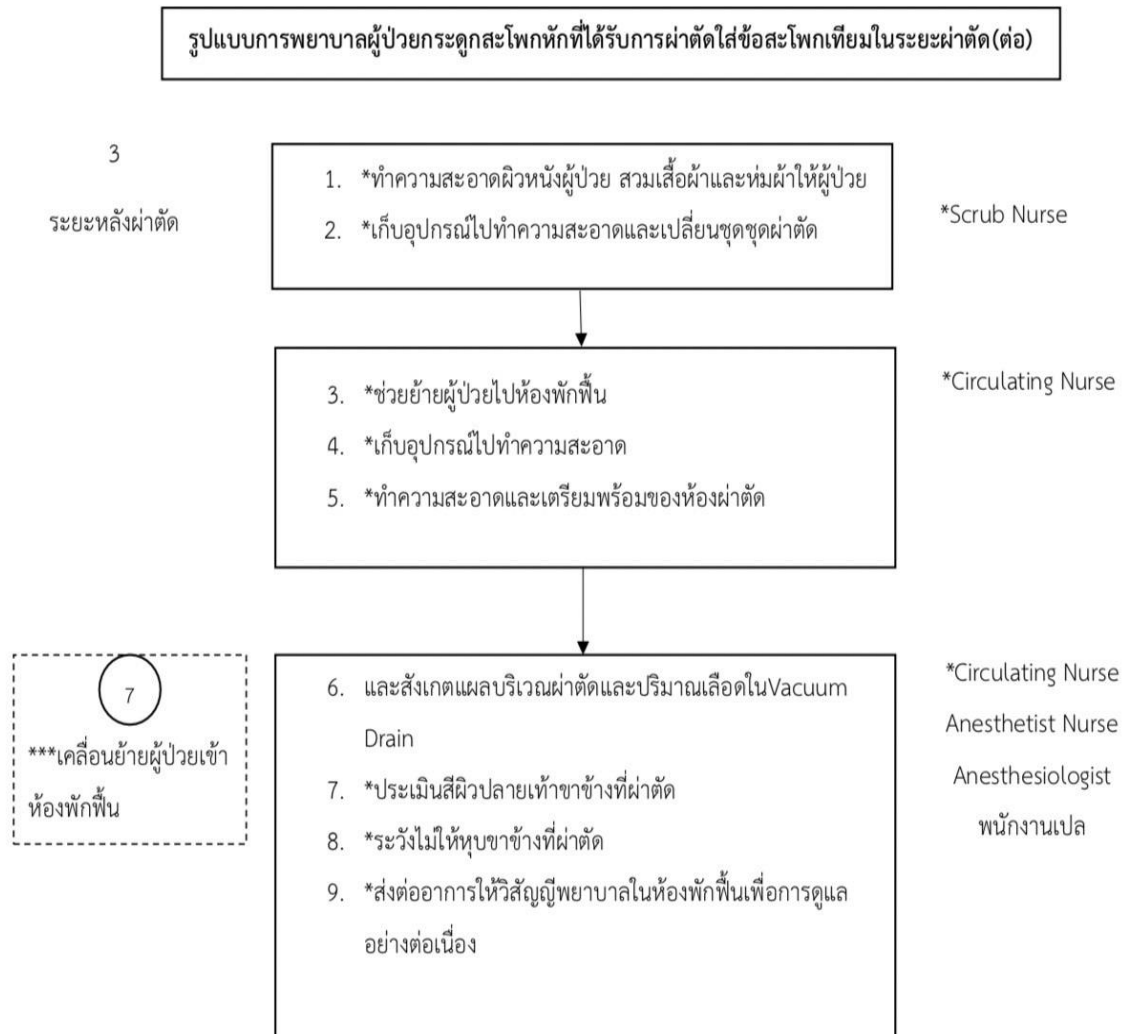
1.3 แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม



รูปที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม



รูปที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ต่อ)



รูปที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ต่อ)

2. เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 60 ข้อ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ตัวเลือก โดยเลือกไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติไม่ครบถ้วน (2 คะแนน) และปฏิบัติครบ (3 คะแนน) โดย

สามารถแปลคะแนนได้ดังนี้ คะแนน < 60 หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลระดับน้อย คะแนน 61-120 หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลระดับปานกลาง และคะแนน 121-180 หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลระดับสูง

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็น 5 ตัวเลือก โดยเลือกพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)

พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) และพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1 - 17 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย 18-34 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง และ 35-50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบปฏิบัติทางคลินิก

1. ประยุกต์แนวพัฒนาจากกรอบแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล (IOWA Model) นำมาใช้ในระยะ 2 ระยะ ทั้งหมด 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหาหรือเลือกประเด็นปัญหา โดยการสนทนาแบบกลุ่ม เพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มประกอบด้วย แพทย์ผ่าตัด หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าเวรแต่ละห้องในห้องผ่าตัด พยาบาลส่งผ่าตัด วิชาชีพพยาบาล ซึ่งพบปัญหาของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 จัดตั้งทีมและประชุมพิจารณาว่าปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ขั้นตอนที่ 4 สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสรุปรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ขั้นตอนที่ 5 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 การใช้รูปแบบปฏิบัติทางคลินิก และประเมินผล

ขั้นตอนที่ 6 นำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาไปทดลองใช้กับทีมพยาบาลผ่าตัด 6 คน ผู้ป่วย 10 คน และปรับปรุงรูปแบบก่อนประกาศใช้จริง ดำเนินการสร้างคู่มือการใช้รูปแบบการการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย 1) ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลฯ และ 2) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

2. ข้อมูลปัญหาและอุปสรรค หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาการพยาบาลในห้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่พัฒนาขึ้น ในการปฏิบัติตามรูปแบบของเจ้าหน้าที่ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา และจัดกลุ่มเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า 1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไม่ชัดเจน 2) พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ขาดสมรรถนะในการเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด 3) มี

การหมุนเวียนของพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดบ่อย 4) ไม่มีผู้สังเกตติดตามผลอย่างชัดเจน และ 5) การลงบันทึกเกิดความคลาดเคลื่อน

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมพบว่าประกอบด้วย 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยทั่วไป และวิสัญญีพยาบาล ใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 2) นโยบายการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาใช้ทั้งโรงพยาบาล 3) คณะที่ทำงาน 4) ระบบพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 5) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 6) ระบบการลงบันทึกข้อมูล 7) ระบบการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ (n=30)

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	ปานกลาง	106.80	5.35	-14.28	.000
หลังการพัฒนารูปแบบ	สูง	151.06	4.55		

*P < .005

นอกจากนี้ ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับประเมินความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-11.59$, $p < .000$) โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนการพัฒนารูปแบบฯ

3. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-14.28$, $p < .000$) โดยคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนการพัฒนารูปแบบฯ เท่ากับ 106.80 (S.D. 5.35) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฯ ระดับปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบฯ เท่ากับ 151.06 (S.D. 4.55) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฯ ระดับสูง ดังตารางที่ 1

เท่ากับ 25.50 (S.D. 0.95) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ เท่ากับ 44.15 (S.D. 0.57) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ (n=30)

ความพึงพอใจ	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	ปานกลาง	25.50	0.95	-11.59	.000
หลังการพัฒนารูปแบบ	มาก	44.15	0.57		

*P < .005

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มีจุดเด่น คือ รูปแบบการพยาบาลฯ เกิดจากการระดมความคิดเห็นจากสหวิชาชีพและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง ตามบริบทของหน่วยงาน ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการที่นำไปใช้ได้จริงและได้รับการยอมรับจากผู้รับรูปแบบฯ ไปใช้ ทำให้ระยะเวลาและขั้นตอนในการปฏิบัติงานกระชับและสั้นลง เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จากกระบวนการทำงานก่อนการพัฒนาแบบฯ จากการศึกษา ยังพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเตรียมผ่าตัดในห้องผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเวลาเฉลี่ยรวมในการทำงาน ก่อนพัฒนาแบบฯ รวมเวลาเฉลี่ยที่ใช้ 44.97 นาที และหลังการพัฒนาแบบฯ รวมเวลาเฉลี่ยที่ใช้ 33.24 นาที ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยลดลง 11.73 นาที ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียมเริ่มตั้งแต่การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ในระยะผ่าตัด เน้นหลักสำคัญ คือ การผ่าตัดถูกคนถูกข้างถูกตำแหน่ง การจัดทำผู้ป่วยผ่าตัดอย่างปลอดภัย การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และ อุปกรณ์ที่เปลี่ยน (Implant) รวมทั้งเน้นเทคนิคการปราศจากเชื้อโรค เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลหลังการผ่าตัด และป้องกันเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะผ่าตัด

ตลอดจนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลจัดทำผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ การเคลื่อนหลุดของข้อเทียม ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังการใส่ข้อสะโพกเทียม¹⁰

2. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.28, p < .000$)) สอดคล้องกับการศึกษาของ Folsom¹¹ พบว่า การนำแนวปฏิบัติที่ได้จากกระบวนการที่ผ่านการพัฒนามาใช้กับผู้ป่วยจะทำให้ มีผลลัพธ์ที่ดี ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น การติดเชื้อ การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม การเกิดแผลกดทับ การเกิดลิ้มเลือดในหลอดเลือดและอุดตันในปอด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ลดลง 2) ผลลัพธ์ด้านครอบครัว ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวและสามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง 3) ผลลัพธ์ด้านหน่วยงาน ทำให้มีมาตรฐานเดียวกัน การปฏิบัติงานมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ หน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพของงานมากขึ้น 4) ผลลัพธ์ด้านบุคลากรในหน่วยงาน ทำให้เกิดความพึงพอใจในรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย

กระดูกสะโพกหักที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม สามารถปฏิบัติได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนมีความเหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาล และ 5) ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อัตราการกลับเข้ารับการรักษา เข้าภายใน 28 วันโดยไม่ได้อาบน้ำตามแผนลดลง

นอกจากนี้ ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อน การพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.59, p<.000$) สอดคล้องจากการศึกษาของพัฒนา พรหมณี¹² พบว่าความพึงพอใจมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานอย่างมาก โดยเฉพาะการปฏิบัติงานที่มีความเครียดสูง หากมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน แล้วจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงาน โดย 1) สร้างเสริม คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ หากมีความพึงพอใจแล้วจะส่งผลให้มีความตั้งใจ ในการปฏิบัติงาน และส่งผลให้เกิดผลงานที่ดีขึ้น 2) พยาบาลมีความกระตือรือร้น มีความรู้สึกเชื่อมั่น และมุ่งมั่นในการทำงาน พึงพอใจทำให้เกิดความสุข จากการปฏิบัติงาน ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการ ปฏิบัติงาน 3) เป็นสิ่งกำหนดลักษณะของการ ดำเนินงานที่ดีมีคุณภาพตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของผู้บริการที่เหมาะสมและเกิด

ความประทับใจ 4) ช่วยพัฒนาคุณภาพของงาน หาก มีความพึงพอใจจะเกิดความเต็มใจทุ่มเทสร้างสรรค์ และส่งเสริมมาตรฐานของงานที่สูงขึ้น จากการศึกษา ในครั้งนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับ บุคคล งาน และหน่วยงานมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่ การสร้าง แรงจูงใจและกำลังใจที่ดีในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานได้ แสดงศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เกิดความสำเร็จ อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความร่วมมือร่วมใจใน การปฏิบัติงาน ทำให้ระบบงานดำเนินงานไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบ การพยาบาลในการเตรียมและการรับผู้ป่วยผ่าตัด สะโพกหักระหว่างหอผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการพัฒนาการทำงานที่ครบกระบวนการ ในการดูแลผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยส่งเสริมและ อุปสรรคในด้านอื่นๆในการประยุกต์แนวคิดในการ พัฒนาสู่การปฏิบัติ
3. ควรมีการศึกษาในช่วงเวลาวิกฤติของ การปฏิบัติงานในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาล ในห้องผ่าตัด

References

1. Pritaporn Kingkaew, Usawadee Maleewong, Chardpraorn Ngarmukos, Yot Teerawattananon. Evidence to inform decision markers in Thailand: a cost-effective analysis of screening and treatment strategies for postmenopausal osteoporosis. Value Health. 2012;15(1 Supl):S20-8.
2. Suwat Chariyalertsak, Piboon Suriyawongpaisal, Amarin Thakkinian. Mortality after hip fractures in Thailand. Int J Orthop. 2001;25(5):294-7.
3. Aunchalee Khanthanon. Nursing care of elderly's fracture neck of femur with chronic disease: case study. Region 11 Medical Journal. 2013;7(2):271-80. Thai.

4. Prasert Liuponwanich, Chalermchai Pakpienpairot, Somsak Leechawengwong. An integration approach in prevention and treating refractures from osteoporosis. Journal of the Department of Medical Services. 2015;40(4):16-9. Thai.
5. Lerdsin Hospital. Surgery Statistics 2018-2021. 2021;2(2):51-9. Thai.
6. Yos Khiewamorn. Incidence and factors associated with 1-year mortality in elderly hip fracture patients underwent hip surgery at Chaophrayayommarat hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2021;40(3):439-488. Thai.
7. Titler MG, Kleiber C, Steelman V, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. Critical care nursing clinics of North America. 2001;3(4):497-509.
8. Wannipha Senuphai, Panida Te-chato, Siriporn Damnoi. Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Acute ST Elevation Myocardial Infarction Patients in Emergency Department, Songklanagarind Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. 2019; 11(3):104–16. Thai
9. Polit DF, Cheryl TB. Nursing research: Principles and methods. Lippincott Williams & Wilkins.: 2004.
10. Charunee Tungjaipakdee. Nursing care of hip replacement surgery patients in recurrent hip dislocation: a case study 2018. Hua Hin Sukjai Klai Kangwon Journal. 2020;3(1):7-12. Thai.
11. Folsom AJ, Kenney L, Tihista M. Operative Management of Geriatric Hip Fractures: An Evidence-Based Note Template Journal of Orthopedic Business. 2023;3(1):15-30.
12. Pattana Prommanee, Yupin Pitayavatanachai, Jeerasak Tappha. Concepts of satisfaction and construction of job satisfaction. Questionnaire academic journal of the association of private higher education institutions of Thailand (APSC). 2020;26(1):59-66. Thai.

การศึกษาภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาลในการบริหารจัดการสถานดูแลผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สุวิมล พนาวัฒน์กุล*	ปร.ด. (อาชีวศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์)
ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์**	ศศ.ด. (อาชีวศึกษา)
มณฑา ลิ้มทองกุล***	วท.ม (พยาบาลศาสตร์)
อรนันท์ อุดมภาพ****	กจ.ม. (การจัดการสุขภาพ)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาลในการบริหารจัดการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กรอบแนวคิดการระดมสรรพกำลังในภาวะฉุกเฉิน 4 S ตามข้อเสนอแนะของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้แก่ การจัดการพื้นที่ (space) บุคลากร (staff) วัสดุอุปกรณ์ (supplies) และระบบ (system) ใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะเตรียมเผชิญการระบาด และระยะฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่มผ่านระบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญที่คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุได้ใช้ภาวะผู้นำที่บ่งชี้ถึงการมีวิสัยทัศน์ ความมุ่งมั่นแก้ไข ปัญหา การตัดสินใจทางคลินิก การสั่งการ การวางแผนทรัพยากร การฝึกอบรม การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การบริหารเครือข่ายความร่วมมือ และการสร้างความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการบริหารจัดการการแพร่ระบาด มีการบริหารจัดการครอบคลุมด้านการจัดการพื้นที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และระบบทั้ง 3 ระยะ

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ, การบริหารจัดการ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี,

E-mail: suwimon_p@rmutt.ac.th

** ผู้อำนวยการ โรงเรียนปิยะมหาราชาลัย

*** รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

**** กรรมการบริหาร เบเทอรส์เฮลท์แคร์ ไซลูชั่นส์ จำกัด

A Study of Nursing Professional Leadership in Managing the Coronavirus 2019 Pandemic in the Aged Care Facilities

Suwimon Panawatanakul*	Ph.D. (Vocational Education for Human Resource Development)
Siripan Vejasit**	Ph.D. (Vocational Education)
Montha Limthongkul***	M.Sc. (Nursing)
Oranun Udomphap****	MM. (Health Care Management)

Abstract

This research aimed to study nursing professional leadership management in Aged Care Facilities (ACF) during the coronavirus 2019 pandemic using the 4S emergency mobilization conceptual framework recommended by The United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC): space, staff, supplies and system in 3 phases: preparation, response, and recovery phase. Data were collected using online group discussion method. The sample consisted of 7 experts, who were purposively selected. The research tool consisted of a general information questionnaire and a structured interview. Data were analyzed using content analysis.

The results showed that the nurse managers in ACF applied leadership indicating vision, commitment to problem solving, clinical decision-making, directing, resource planning, training, public relations, communication, network collaboration, awareness of receiving information, and management of the pandemic. The management contained space management, staff, supplies, and systems in the 3 phases.

Key words: leadership, management, the Coronavirus 2019

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

** Director, Piyaminkunarak School

*** Associate Dean for Academic Affairs, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology
Thanyaburi

**** Executive Director, Better Healthcare Solutions CO., LTD

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์เมื่อ พ. ศ. 2564 และจะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดใน พ. ศ. 2574¹ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจตามกระบวนการสูงอายุ (Aging process) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบาง มีโรคประจำตัว และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ โครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป และลักษณะครอบครัวที่เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อีกทั้งเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันสูง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรหลานน้อยลง หนึ่ง ข้อมูลของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (2561)² พบว่า สถานดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยมีจำนวนมากถึง 800 ราย แบ่งเป็นประเภทนิติบุคคล จำนวน 273 ราย หรือร้อยละ 34.13 และประเภทบุคคลธรรมดา จำนวน 527 ราย หรือร้อยละ 65.88 อีกทั้งยังคงเติบโตอย่างต่อเนื่อง และใน พ.ศ. 2564 สถานดูแลผู้สูงอายุประเภทนิติบุคคลเพิ่มขึ้นเป็น 493 ราย ดังนั้น สถานดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) ที่มีการแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลกอย่าง ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อ บางคนมีอาการรุนแรงเสียชีวิต สถานดูแลผู้สูงอายุหลายแห่งต้องหยุดกิจการ ประกอบกับสถานดูแลผู้สูงอายุมีลักษณะการบริการตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ³ ซึ่งแตกต่างจากสถานพยาบาล จึงมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) อุปกรณ์การให้ออกซิเจน วัดคลื่น รวมทั้งบุคลากร นอกจากนี้ พระราชบัญญัติดังกล่าวได้กำหนดคุณสมบัติผู้ดำเนินการไว้ว่า ผู้ดำเนินการต้องเป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีที่ต้องผ่าน

การอบรมหลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 130 ชั่วโมง จากโรงเรียนหรือสถาบันที่ได้ผ่านการรับรองหลักสูตรกลางโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ(สบส) และผ่านการทดสอบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ยกเว้น ผู้ที่จบการศึกษาหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เป็นหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ หลักสูตรแพทยศาสตรพยาบาลศาสตร หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ การแพทย์แผนจีน กิจกรรมบำบัด จิตวิทยา และเภสัชศาสตร์ ที่ไม่ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 130 ชั่วโมง แต่ต้องผ่านการทดสอบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาอื่นที่ผ่านการอบรมและผ่านการทดสอบประเมินความรู้ความสามารถแล้วนั้น อาจมีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกและทางสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่ซับซ้อน โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่รุนแรง นอกจากนี้ ความไม่ชัดเจนในการเข้ามากำกับดูแลและให้ความช่วยเหลือจากภาครัฐ สถานดูแลผู้สูงอายุจึงต้องประสานงานหน่วยงานต่างๆ เพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น มูลนิธิ และองค์กรไม่หวังผลกำไรต่างๆ รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดำเนินการจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของสถานดูแลผู้สูงอายุ หนึ่ง โรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อไวรัสอุบัติใหม่และมีโอกาสอุบัติซ้ำ (Emerging and Re-emerging Infectious Disease) ดังนั้น ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Center of Disease

Control: CDC)⁴ จึงได้เสนอแนวทางการระดมสรรพกำลัง (Surge capacity) ในภาวะฉุกเฉินในรูปแบบของ “4 S” ได้แก่ Space, Staff, Supplies, และ System ซึ่งหมายถึงการจัดการพื้นที่ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการระบบ ซึ่งในขณะการแพร่ระบาดที่เป็นวิกฤตและท่ามกลางข้อมูลที่มีมากมายและความสับสนไม่แน่นอน ผู้ดำเนินการจำเป็นต้องใช้ภาวะผู้นำอย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤต ดังที่ Houston, (2008)⁵ กล่าวว่า ผู้นำทางโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 2020 ต้องมีสมรรถนะที่สำคัญ 8 สมรรถนะ คือ การมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล มีทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีทักษะการตัดสินใจที่เชี่ยวชาญ การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแล การสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การทำงานประสานความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม การรักษาสมดุลของภาวะผู้นำกับความคาดหวังในการทำงาน และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ที่สับสน โดยเฉพาะภาวะผู้นำในภาวะวิกฤตโควิด-19 ที่ Moore, C. (2020)⁶ ได้กล่าวว่า สมรรถนะที่จำเป็น 3 ประการของผู้นำพยาบาลในช่วงวิกฤตโควิด-19 ประกอบด้วย การสื่อสารที่สร้างสรรค์ในภาวะวิกฤต การมีวิสัยทัศน์และค่านิยมที่ชัดเจน รวมทั้งการเข้าถึงและเข้าใจบุคลากรและผู้รับบริการ ตลอดจนการมีสัมพันธภาพและความห่วงใยใส่ใจทีมบุคลากร

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาภาวะผู้นำในการบริหารจัดการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของผู้ดำเนินการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้กรอบแนวคิดการระดมสรรพกำลังในภาวะฉุกเฉิน 4 S ตามข้อเสนอแนะของศูนย์ควบคุมป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมภาวะผู้นำในสถานการณ์ฉุกเฉินสำหรับผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาลในการบริหารจัดการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการการแพร่ระบาดในสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนที่ประยุกต์มาจาก A Guide to Capturing Lessons Learned ผู้วิจัยดำเนินการได้ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ การกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุขนาดใหญ่ 40 เตียงขึ้นไปและมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์เดลตา ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 7 คน จากสถานดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 แห่ง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) เป็นคำถามปลายเปิดที่กำหนดให้เป็นแนวคำถามเริ่มต้น ที่สามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญสถานการณ์เฉพาะหน้า หรือเพิ่มเติมตามประเด็น (Follow-up question) โดยเน้นให้ผู้เชี่ยวชาญได้ถ่ายทอดประสบการณ์ กระบวนการทำงาน ปัจจุบัน

วาระของการพยาบาล

สนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการบริหารจัดการ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน ซึ่งประยุกต์มาจาก A Guide to Capturing Lessons Learned ดังนี้

1. ขั้นเตรียมพร้อมในการถอดบทเรียน (Define the Project) โดยการเตรียมพร้อมนักวิจัย ให้เข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งพัฒนาทักษะที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล
2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (Collect) เป็นการนำเทคนิคในการเก็บข้อมูลรวบรวมที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ร่วมกับการสังเกต
3. ขั้นการตรวจสอบและสังเคราะห์ข้อมูล (Verify and Synthesize) เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นของกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
4. ขั้นการจัดเก็บข้อมูล (Store) ข้อมูลจากการวิจัย โดยคำนึงถึงความลับของข้อมูล
5. ขั้นเผยแพร่ผลการถอดบทเรียน (Disseminate)

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี แนวคิด หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือ
2. วิเคราะห์ผลการศึกษา แล้วออกแบบในการสร้างแบบสัมภาษณ์ถอดบทเรียนเพื่อการสนทนากลุ่ม และเพื่อการเก็บเก็บข้อมูล
3. วิเคราะห์ วิพากษ์ และปรับปรุงโดยทีมผู้วิจัย และส่งให้กับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสอบถามความ

เข้าใจ และปรับปรุงก่อนใช้เป็นแนวทางการอภิปรายสนทนากลุ่ม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามชนิดเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับ คุณลักษณะ การปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการประกอบกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ ขนาดของสถานดูแลผู้สูงอายุ

2. แบบสัมภาษณ์ภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาลในการบริหารจัดการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยประเด็นสัมภาษณ์ ดังนี้

2.1 ระยะเตรียมความพร้อม

1. ในระยะเตรียมความพร้อม ผู้ดำเนินการมีบทบาทอย่างไร
2. การบริหารจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมด้านพื้นที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และระบบการจัดการก่อนการระบาดใหญ่เป็นอย่างไร
3. ภาวะผู้นำที่สำคัญในระยะเตรียมความพร้อมได้แก่ด้านใดบ้าง อย่างไร

2.2 ระยะเผชิญการระบาด

1. การบริหารจัดการระยะเผชิญการระบาดทั้งด้านพื้นที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และระบบมีจัดการอย่างไร
2. อุปสรรคในการบริหารจัดการเป็นอย่างไร บริหารจัดการและแก้ไขอย่างไร
3. เมื่อผู้สูงอายุหรือบุคลากรเกิดการติดเชื้อ มีขั้นตอนการบริหารจัดการอย่างไร
4. การให้ฝึกอบรมให้ความรู้ การคัดกรอง การแยกพื้นที่ การกักตัว การประเมินอาการ

วาระสารกองการพยาบาล

การดูแล การส่งต่อเพื่อการรักษา มีการดำเนินการอย่างไร

5. การควบคุมความรุนแรงของการระบาด มีการดำเนินการอย่างไร

6. การดูแลสวัสดิการ การสร้างขวัญกำลังใจ การขอความร่วมมือจากภาครัฐ-เอกชนหรือองค์กรภายนอก มีการดำเนินการอย่างไร

7. การประเมินความคงอยู่ของความรู้ และการทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีการจัดการอย่างไร

8. การประสานความช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ เป็นอย่างไร

2.3 ระบุพื้นที่ภาวะปกติ

1. การบริหารจัดการระบุพื้นที่ทั้งด้านพื้นที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และระบบ มีการบริหารจัดการอย่างไร

2. มีการวางแผนการให้บริการผู้สูงอายุรายใหม่อย่างไร

3. มีแนวทางการจัดการเพื่อป้องกันการระบาดซ้ำอย่างไร

4. มีการวางแผนการวิธีการดูแลตามวิถีปกติใหม่ (new normal) อย่างไร

5. ปัจจัยความสำเร็จได้แก่อะไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบเครื่องมือโดยการวิเคราะห์วิพากษ์ และปรับปรุงโดยทีมผู้วิจัย และส่งให้กับผู้เชี่ยวชาญเพื่อสอบถามความเข้าใจ และปรับปรุงก่อนเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เลขที่

RMUTT_REC NO. Exp 33/65 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้เชี่ยวชาญ โดยการแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และระหว่างการวิจัยหากผู้เชี่ยวชาญต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย ก็สามารถกระทำได้ ผู้วิจัยเคารพความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาความลับของผู้เชี่ยวชาญเป็นอย่างดี โดยในเอกสารบันทึกข้อมูลจะไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าเป็นข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

2. นัดวันสนทนากลุ่ม (Focus group) ผ่านระบบออนไลน์

3. ประชุมคณะผู้วิจัยเพื่อทำความเข้าใจกับแนวทางการสัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูล

4. ดำเนินการสนทนากลุ่มในวัน-เวลาที่นัดหมาย โดยใช้เวลาครั้งละ 1.30 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 มีผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 3 คน และครั้งที่ 2 จำนวน 4 คน

5. รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การเล่าเรื่องและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ

6. วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) หลังการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ และข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากแหล่งข้อมูลต่างๆ แล้วนำมารวบรวม จัดกลุ่มข้อมูล แล้วแยกเป็นหมวด (themes) และจำแนกข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญกับข้อมูลทุติยภูมิ

7. สังเคราะห์ประเด็น ภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาล และการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สถานดูแลผู้สูงอายุ

8. เขียนและสรุปรายงาน

9. นำเสนอผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยหลักการวิเคราะห์เนื้อหา จำแนกคำ/หลักสำคัญ และตีความ (construct and interpretation) ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 จำแนกคำ/หลักการสำคัญจากข้อมูลการสัมภาษณ์ และจากแนวคิดการระดมสรรพกำลังด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน

2.2 วิเคราะห์และตีความ (analytic /interpretive knowledge) ทั้งแนวคิด หลักการ และการปฏิบัติ (technical knowledge)

2.3 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ที่ใช้ว่าให้ความรู้อะไรบ้าง และสังเคราะห์องค์ความรู้

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

วุฒิการศึกษา พบว่า พยาบาลผู้ดำเนินการมีการศึกษาระดับปริญญาเอก จำนวน 2 คน (ร้อยละ 28.57) ระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน (ร้อยละ 14.29) ระดับปริญญาตรีและวุฒิปริญญาพยาบาล จำนวน 1 คน (ร้อยละ 14.29) ระดับและ ปริญญาตรี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 42.85)

ประสบการณ์การทำงาน พบว่า พยาบาลผู้ดำเนินการมีประสบการณ์ด้านการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 28.57) มีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 5 คน (ร้อยละ 71.43)

ประสบการณ์การประกอบภารกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ พบว่า พยาบาลผู้ดำเนินการมี

ประสบการณ์การประกอบภารกิจการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน (ร้อยละ 100)

ขนาดของสถานดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ขนาดของสถานดูแลผู้สูงอายุเป็นสถานดูแลผู้สูงอายุที่มีขนาดใหญ่ตั้งแต่ 40 เตียงขึ้นไป ทั้ง 7 แห่ง (ร้อยละ 100)

ตอนที่ 2

การศึกษาภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาลในการบริหารจัดการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดังนี้

1. ภาวะผู้นำในระยะเตรียมความพร้อม

ระยะเตรียมความพร้อม ผู้ดำเนินการกำหนดเป้าหมายการบริหารจัดการระยะนี้คือ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในสถานดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดำเนินการมีความไวในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและตระหนักในความรุนแรงของสถานการณ์การแพร่ระบาด แต่ไม่ตื่นตระหนกหรือวิตกกังวลจนบุคลากรรู้สึกไม่ปลอดภัย มีการวางแผนการสำรวจพื้นที่และสำรองทรัพยากร ผูกอบรมและสร้างความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 แก่บุคลากร ติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาด สื่อสารประชาสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ลดการเข้าพื้นที่ด้านในอาคารของผู้มาติดต่อและญาติผู้สูงอายุ จัดเตรียมพื้นที่ตรวจคัดกรอง จุดล้างมือทั้งด้านนอกและในอาคาร และการทำความสะอาดพื้นที่ด้วยน้ำยาไฮเตอร์ไฮโปคลอไรต์หรือน้ำยาฟอกขาว

2. ภาวะผู้นำในระยะเผชิญการระบาด

ระยะเผชิญการระบาด ผู้ดำเนินการได้ตั้งเป้าหมายการบริหารจัดการระยะนี้คือ การป้องกันการติดเชื้อและเสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และบุคลากร พบว่า ผู้ดำเนินการมีวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการแก้ไขสถานการณ์ มีการวางแผนด้านอาคารสถานที่ โดยแยกพื้นที่ปลอดเชื้อ-ติดเชื้อ งดการ

เข้า-ออกนอกพื้นที่ของพนักงานและแยกพื้นที่สำหรับพนักงานที่ต้องกักตัว มีการใช้มาตรการ Bubble & seal รักษาระยะห่างระหว่างบุคคล งดการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ ทำความสะอาดพื้นที่ด้วยน้ำยาไฮเตอร์ไฮโปคลอไรต์หรือน้ำยาฟอกขาววันละ 2 ครั้ง เผื่อระวังการแพร่กระจายเชื้อทุกจุดบริการอย่างต่อเนื่อง งดการให้บริการผู้สูงอายุรายใหม่ งดการเยี่ยมผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันยังคงมีการสื่อสารกับญาติผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ กรณีส่งผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล เมื่อกลับเข้าสถานดูแลผู้สูงอายุ จะทำการตรวจคัดกรอง เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ และจัดให้อยู่ในพื้นที่สังเกตอาการก่อนกลับเข้าห้องพัก ผู้ดำเนินการได้ใช้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในการประเมินอาการบุคลากรและผู้สูงอายุที่ติดเชื้อและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน แล้วประสานงานโรงพยาบาลสนามเพื่อการส่งต่อและรับการรักษา แต่เนื่องจากเป็นช่วงการระบาดที่รุนแรง การเคลื่อนย้ายไปรับการรักษาจึงมีความยากลำบากและไม่มีเตียงรองรับ มีการตรวจ ATK ให้กับผู้สูงอายุ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ การวางแผนด้านบุคลากร มีการบริหารจัดการและสั่งการทุกวันผ่านการประชุมออนไลน์ บุคลากรสามารถขอคำปรึกษาผู้บริหารได้ 24 ชั่วโมง งดการออกนอกพื้นที่ของบุคลากร แยกพื้นที่สำหรับพนักงานที่ต้องกักตัวและจัดอาหารวิตามิน และอาหารเสริมให้กับพนักงานทุกคน มีการประสานงานโรงพยาบาล/ศูนย์สาธารณสุขเขตในพื้นที่เรื่องการฉีดวัคซีน และการตรวจ RT-PCR สถานดูแลผู้สูงอายุบางแห่งมีสวัสดิการประกันสุขภาพ (โรคโควิด 19) ให้พนักงานทุกคน มีการให้รางวัลเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และมีบทลงโทษสำหรับพนักงานที่ละเลยการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การวางแผนด้านวัสดุอุปกรณ์ มีการจัดซื้ออุปกรณ์ของใช้ เช่น หน้ากากอนามัย กระบังหน้า (Face shield) อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) เพิ่มจากภาวะปกติ 2-3 เท่า มีการ

แยกการจัดขยะติดเชื้อ ด้วยการประสานงานกับกรุงเทพมหานคร ประสานงานสมาคม เครือข่ายศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มูลนิธิ และเอ็นจีโอ (NGO) เมื่อขาดแคลนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ หรือต้องการรถฉุกเฉินเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุ มีการจัดหาอุปกรณ์สื่อสารให้กับพนักงานอย่างเพียงพอ การวางแผนระบบปฏิบัติงาน มีการติดต่อสื่อสารกับญาติผู้สูงอายุผ่านระบบออนไลน์อย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรักษาสัมพันธภาพ และลดความวิตกกังวลของครอบครัว รวมทั้งเป็นการป้องกันข้อร้องเรียนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น มีระบบการรายงานจำนวนเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุที่ติดเชื้อรายวัน มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติงานตามบริบทของปัญหาที่เกิดขึ้น มีการประชุมปรึกษากับเจ้าหน้าที่ทุกระดับเพื่อมอบนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงานทุกวัน การจัดทำแผนฉุกเฉินที่พร้อมปฏิบัติกรณีที่เกิดการระบาดที่รุนแรงซ้ำ อื่นๆ ภาวะผู้นำที่สำคัญในระยนี้คือ การตัดสินใจทางคลินิก และการสั่งการแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ทำให้สามารถลดความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้

3. ภาวะผู้นำในระยะฟื้นฟูภาวะปกติ

ระยะฟื้นฟูภาวะปกติ ผู้ดำเนินการมีเป้าหมายคือการฟื้นฟูกิจการ พบว่า ผู้บริหารมีการวางแผนการฟื้นฟูกิจการ โดยจัดเตรียมพื้นที่ การทำความสะอาดพื้นที่ด้วยน้ำยาไฮเตอร์ไฮโปคลอไรต์หรือน้ำยาฟอกขาว เพื่อเตรียมเปิดรับผู้สูงอายุรายใหม่ เข้มงวดบุคลากรในการล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ รวมทั้งการใช้หน้ากากอนามัย และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากบุคลากรหรือญาติหรือผู้มาติดต่อไปยังผู้สูงอายุ มีการตรวจ ATK ก่อนการรับผู้สูงอายุ รายใหม่เข้าพักในสถานดูแลผู้สูงอายุ มีการวางแผนด้านวัสดุอุปกรณ์ การติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนระบบปฏิบัติการ

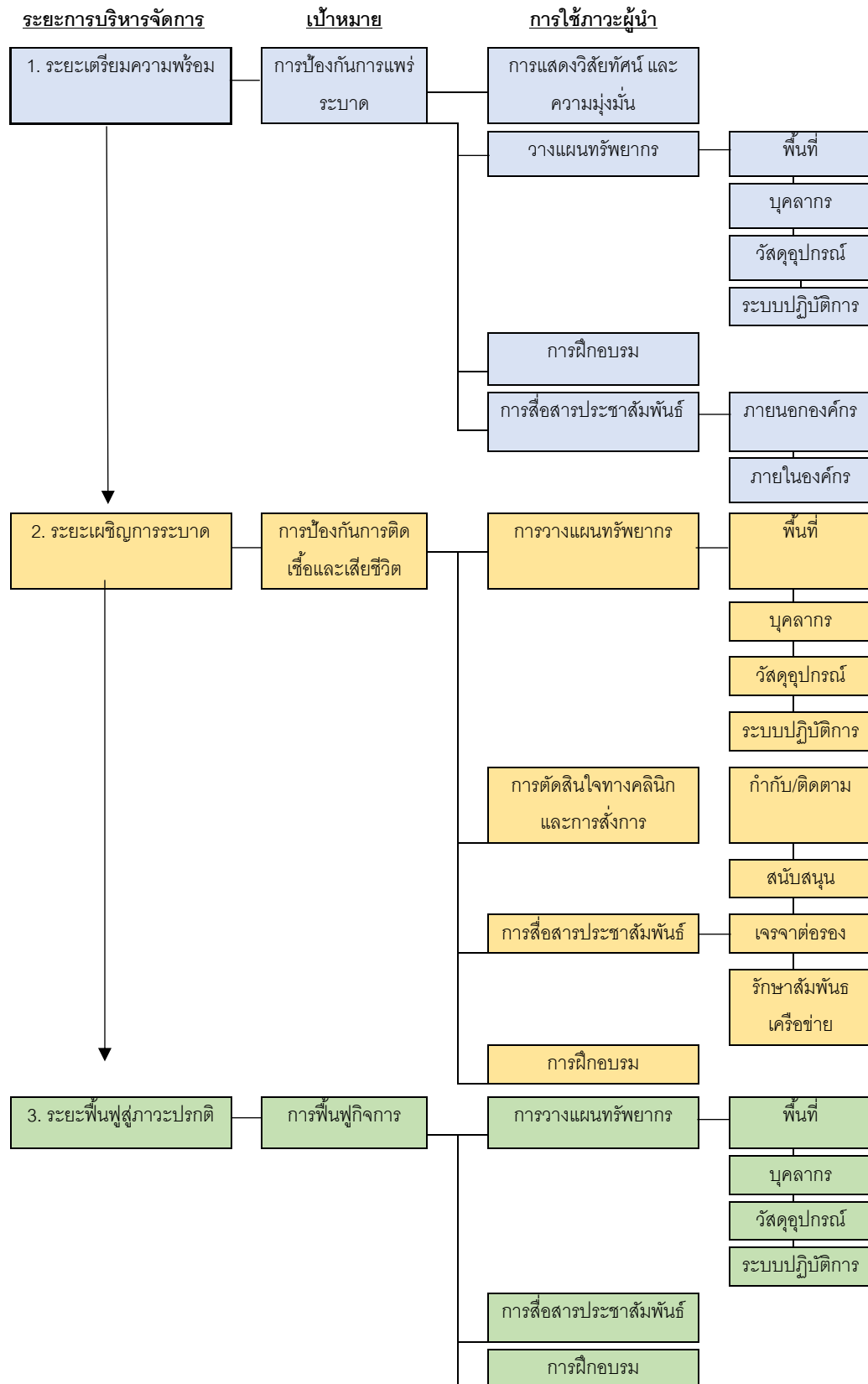
วารสารกองการพยาบาล

การทบทวนและฝึกปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจนเป็นนิสัย ตลอดจนการจัดกิจกรรมเสวนา แบ่งปันประสบการณ์การบริหารจัดการการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ร่วมกันกับสถานดูแลผู้สูงอายุในเครือข่าย เพื่อพัฒนาเป็นแผนรองรับกรณีเกิดการระบาดซ้ำ

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญได้สรุปข้อคิดเห็น สอดคล้องกันว่า ผู้ดำเนินการถนอมดูแลผู้สูงอายุ ต้องมี

ภาวะผู้นำอย่างยิ่งยวดจึงจะควบคุมสถานการณ์ได้ ได้แก่ การมีวิสัยทัศน์ ความมุ่งมั่นในการแก้ไขสถานการณ์ การวางแผน กำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจทางคลินิก การสั่งการ การบริหารจัดการทรัพยากร การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การเจรจาต่อรอง การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ และการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับเครือข่าย ดังภาพที่ 1

วาระสภากองการพยาบาล



ภาพที่ 1 ภาวะผู้นำทางวิชาชีพพยาบาลในการบริหารจัดการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

จากภาพที่ 1 แสดงให้ทราบว่า พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุ มีการใช้ภาวะผู้นำในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้ง 3 ระยะของการระบาด ในแต่ละระยะมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน โดยเฉพาะในระยะเผชิญการระบาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อและเสียชีวิตของผู้สูงอายุและบุคลากร และมีการใช้ภาวะผู้นำที่สำคัญใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การวางแผนทรัพยากร มีการบริหารจัดการพื้นที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และระบบปฏิบัติการ 2) การตัดสินใจทางคลินิก และการสั่งการ มีการบริหารจัดการเพื่อการส่งต่อและรักษาก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีการกำกับติดตาม และการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจ 3) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ มีการเจรจาต่อรองกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อการขอความช่วยเหลือ และการรักษาสัมพันธภาพกับเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานภายนอก และ 4) การฝึกอบรม มีการประเมินและตรวจสอบความคงอยู่ของความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายและควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาภาวะผู้นำในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สถานดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการแก้ไขสถานการณ์ มีความไวและตระหนักในข้อมูลข่าวสาร มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจทางคลินิกและสั่งการที่เบ็ดเสร็จเด็ดขาด มีการฝึกอบรมความรู้ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายนอก และภายในองค์กรผ่านระบบออนไลน์ ทุกแพลตฟอร์ม สอดคล้องกับ Moore, C. (2020)⁶ ที่กล่าวว่า สมรรถนะที่จำเป็น 3 ประการของผู้นำพยาบาลในช่วงวิกฤตโรคโควิด 19 นั้น ประกอบด้วย การมีวิสัยทัศน์และค่านิยมที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การเข้าถึง เข้าใจบุคลากร และผู้รับบริการ รวมทั้งการมีสัมพันธภาพความห่วงใย ใส่ใจบุคลากร เช่นเดียวกับ Shingler-Nace, A. (2020)⁷ ที่สรุปแนวคิดของผู้นำในสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ยุ้งยากและซับซ้อนไว้ 5 ประการ ดังนี้ 1) ผู้นำต้องมีความสติ สงบ ไม่ตื่นกลัวหรือตระหนกจนเกินไป 2) มีการสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น การส่ง E-Mail หรือการประชุมออนไลน์ 3) การสร้างความร่วมมือกับเครือข่าย 4) การประสานงานกับผู้มีส่วนได้เสียเสีย และ 5) การสนับสนุนรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้รับบริการ นอกจากนี้ ผลการศึกษาภาวะผู้นำในระยะฟื้นฟูภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ผู้บริหารสถานดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมเสวนาแบ่งปันประสบการณ์การบริหารจัดการการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ร่วมกันกับสถานดูแลผู้สูงอายุในเครือข่าย เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการกรณีที่เกิดการระบาดซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Geerts, M. J. et al. (2022)⁸ ที่ได้ศึกษาและรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 32 คน จาก 17 ประเทศ และจัดทำเป็นแนวทางภาวะผู้นำที่สำคัญในการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ภาวะผู้นำที่มีความสำคัญในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คือ ผู้บริหารต้องสามารถคาดการณ์สิ่งที่อาจเกิดขึ้น ร่วมกับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร มาตรการต่างๆ แผนฉุกเฉิน แนวร่วมปฏิบัติการ และการฝึกอบรมสำหรับเหตุฉุกเฉินที่มีโอกาสอาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยการสร้างความตระหนักและความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใกล้ตัว และสถานการณ์โลก นอกจากนี้ ผู้นำต้องยอมรับในศักยภาพและความสำเร็จจากการร่วมแรงร่วมใจของพนักงาน โดยการให้รางวัลตอบแทน การให้

สวัสดิการแก่พนักงาน การประเมิน การลำดับความสำคัญของปัญหาที่ชัดเจน รวมทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์ และทิศทางการปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพของทีม องค์การ ระบบ มีการประชุมหารือเพื่อการปรับปรุงและพัฒนา การกลับมาให้บริการผู้สูงอายุภายหลังการหยุดกิจการไปชั่วคราว พร้อมกับการปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยไม่ต้องไม่สร้างความเหนื่อยหน่ายความไม่สบายใจแก่พนักงาน คงไว้ซึ่งการเรียนรู้ การพัฒนานวัตกรรม และความร่วมมือ จัดให้มีการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอและสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น มีการปรึกษาหารือกับหน่วยงานสาธารณสุข ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สร้างความปลอดภัยและเป็นประโยชน์แก่รัฐบาล องค์การอื่น ๆ เจ้าหน้าที่ และชุมชน เพื่อให้ความเท่าเทียมและบูรณาการการดูแลและเตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้อีก

2. ผลการศึกษาการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สถานดูแลผู้สูงอายุ พบว่าสถานดูแลผู้สูงอายุมีการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งด้านการจัดการพื้นที่ การจัดการบุคลากร สอดคล้องกับคำแนะนำของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ที่ให้คำแนะนำแก่สถานดูแลผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้บริหาร ผู้ประกอบการ ผู้จัดการสถานดูแลผู้สูงอายุ จะต้องจัดให้มีจุดคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้มาติดต่อและญาติ จัดให้มีการดูแลสุขลักษณะอาคารสถานที่ จัดกิจกรรมหรือนันทนาการที่มีการชุมนุมของผู้สูงอายุ และกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงติดเชื้ออย่างใกล้ชิด ส่วนการปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ ต้องสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการติดเชื้อหนึ่ง ด้านการให้ความรู้แก่พนักงาน เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหม่ที่พนักงานยังขาดความรู้

ผู้บริหารจึงต้องมีการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแก่พนักงานอย่างเข้มข้น สอดคล้องกับผลการศึกษาการถอดบทเรียนการระดมสรรพกำลังในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2565)¹⁰ และโรงพยาบาลในกรุงเทพและปริมณฑลของ ศิริมา ลีละวงศ์ (2565)¹¹ ที่พบว่า ในช่วงของการระบาดที่รุนแรง โรงพยาบาลได้จัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มาตรฐานการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่นๆ รวมทั้งพนักงานด้านหน้าอย่างจริงจังจนเกิดความชำนาญ อีกทั้งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก¹² ที่ได้จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care Facilities: LTCF) ผ่านระบบออนไลน์ โดยหลักสูตรประกอบด้วยโมดูลการเรียนรู้ 4 โมดูล ได้แก่ โมดูลที่ 1 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโคโรนา 2019 โมดูลที่ 2 การจัดทำรายการตรวจสอบ (Checklist) การเตรียมความพร้อมรองรับโรคโควิด-19 โมดูลที่ 3 การดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และโมดูลที่ 4 การป้องกันและสนับสนุนเจ้าหน้าที่ในสถานดูแลระยะยาวในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากนี้ ในการจัดการระบบ สถานดูแลผู้สูงอายุมีการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในทุกระยะของการบริหารจัดการการระบาด สอดคล้องกับการศึกษาของ Kostas Danis, et al.¹³ ที่เสนอให้มีการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเฉพาะในระยะแรกภายหลังการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากผู้สูงอายุมักไม่มีอาการแสดงของโรค หรือ

อาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่อาจนำไปสู่การสูญเสียได้

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบอีกว่า ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในสถานดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ภาวะผู้นำของผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางวิชาชีพการพยาบาลและดำเนินกิจการสถานดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จึงมีความรู้และประสบการณ์ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจ และสั่งการได้อย่างทันท่วงที แม้จะมีความไม่แน่นอนของข้อมูลข่าวสารและความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

2. การให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคล ด้วยการพัฒนาความรู้ทักษะ การสร้างขวัญกำลังใจ รวมทั้งการดูแลสุขภาพ การรักษา และสวัสดิการการประกันสุขภาพของพนักงาน

3. ความมุ่งมั่นทุ่มเทและความเสียสละของผู้บริหารและบุคลากร โดยเฉพาะพนักงานผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกำลังสำคัญของภาระกิจการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. การประชาสัมพันธ์ การสื่อสารให้ข้อมูลบุคลากร ช่วยลดช่องว่างการสื่อสารระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ

5. การให้ข้อมูลและการเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติ ผู้สูงอายุ บุคลากร และผู้บริหาร เกิดความไว้วางใจ ความพึงพอใจ ภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร และช่วยป้องกันข้อร้องเรียนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

6. การเป็นเครือข่ายกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชนและองค์กรอิสระต่างๆ อีกทั้งความยืดหยุ่นและการปรับตัวที่ดีขององค์กรทำให้องค์กรผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้ดี

ข้อจำกัดของการวิจัย

สถานดูแลผู้สูงอายุเป็นสถานบริการเพื่อสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะของการบริการ อีกทั้งวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และพนักงานที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้สูงอายุที่ติดเชื้อมีอาการรุนแรงและเกินศักยภาพของสถานดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีเตียงรองรับได้ อนึ่ง ภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อาจพิจารณาทบทวนขอบเขตการให้บริการของสถานบริการเพื่อสุขภาพในมิติของการจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญเพิ่มเติมจากที่กำหนดไว้เดิม เพื่อให้เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุ สามารถใช้ภาวะผู้นำในการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ภาวะผู้นำที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัยนี้ จึงควรนำไปพัฒนาต่อยอดเป็นหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น เพื่อการพัฒนาภาวะผู้นำสำหรับผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะ เพื่อพัฒนาทักษะการใช้ภาวะผู้นำของผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์การ

วารสารกองการพยาบาล

แพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ หรือในภาวะฉุกเฉิน

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยการสนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์จากสมาคม

การค้าและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้เสียสละทุ่มเทเวลาในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ดร.กฤษฎา แสงวงดี อุปนายกสภาการพยาบาล คนที่หนึ่ง เป็นอย่างสูงที่เป็นแรงผลักดันสำคัญในการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงมาด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ ที่นี้

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of The Thai Elderly 2019. [Internet]. 2020. [cited 2022 Apr 2]: Available from https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1635859856-984_0.pdf. Thai.
2. Department of Business Development, Ministry of Commerce. Handbook for the development of elderly care business to meet the standards business management quality. [Internet]. 2018. [cited 2022 July 8]: Available from <https://cim.ssru.ac.th/useruploads/files/20180129/9df98e5dd26f7f8930aa0207b9f33398936808d5.pdf>. Thai
3. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health Establishments Act B.E. 2559 Ministerial Regulation on The Care of the Elderly or Dependents. [Internet]. 2021. [cited 2022 Apr 8]: Available from http://do1.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2021-08-04-12-20-3946539.pdf
4. 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
5. Huston C. Preparing nurse leaders for 2020. Journal of nursing management. [Internet]. 2008. [cited 2022 May 10]: Available from https://www.ResearchGate.net/profile/Carol-Huston-2/publication/23675092_Preparing_nurse_leaders_for_2020/links/5cc1c2ff299bf120977f687f/Preparing-nurse-leaders-for-2020.pdf

6. Moore, C. Nurse leadership during a crisis: Ideas to support you and your team. Nursing Times. [Internet] 2020. [cited 2022 Apr 1]: Available from <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/leadership/nurse-leadership-during-a-crisis-ideas-to-support-you-and-your-team-16-11-2020/>
7. Shingler-Nace, Autumn. COVID-19: When leadership calls. Nurse Leader. [Internet]. 2020. [cited 2022 Apr 11]: Available from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1541461220300847?token=0D3A572528E8E36B48AAA884F6D0D0508B24A2C1F281FB4ECAC25507D7CB50F3B4A8E6ACC7AF5E003A41B41CC147DFBA&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230222042702>
8. Geerts JM, et al. Guidance for health care leaders during the recovery stage of the COVID-19 pandemic: a consensus statement. JAMA network open. [Internet]. 2021. [cited 2022 May 11]: Available from <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2781729>
9. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. [Internet]. 2021. [cited 2022 May 10]: Available from <https://do4.hss.moph.go.th/images/64/มาตรการป้องกันโควิดสำหรับผู้สูงอายุ.PDF>.
10. Suwimon Panawatanaku, Nantarat Sriwachirangkoon, Apinya Pianpijarn. The Retrospective Study of The Health Services' Surge Capacity in the COVID -19 Pandemic Situation in The Health Regions. Journal of Health Science. [Internet] 2022. [cited 2022 Dec 1]: Available from <https://thaidj.org/index.php/JHS/issue/view/932>. Thai.
11. Sirima Leelawong, Suwimon Panawatanakul, Hatairat Boonkaew, Thayaphon Wongsriwijit. et al. The Lessons Learned of The Public Health Surge Capacity in the COVID -19 Pandemic Situation in Bangkok Metropolitan and perimeter Region. Journal of Nursing Division. [Internet] 2022. [cited 2023 Jan 12]: Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/261340>. Thai.
12. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Training: Online training. [Internet] 2019. [cited 2022 Apr 1]: Available from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/training/online-training>.
13. Danis K, et al. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA. [Internet]. 2020. [cited 2022 May 10]: Available from <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม

พรทิพย์ บุญกันทะ*

พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (2) ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติ ดำเนินการ 4 ระยะ 1) ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ 3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 20 ราย และพยาบาล 30 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ (1) แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ (2) แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายฯ (3) แผนการสอนการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย (4) คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (5) แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจหลังจำหน่ายโดยการโทรศัพท์ (6) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติ (7) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย (8) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติมาใช้ (9) แบบสอบถามคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ (10) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ 0.90 ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคัลฟา คือ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติฯ ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายแบบ D-METHOD ที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับดีมาก และสูงกว่าแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ ของผู้ป่วย และพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.88, SD 0.13 และ Mean 4.46, SD 0.55) ตามลำดับ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล วางแผนการจำหน่าย การกลับมารักษาซ้ำ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครปฐม

Email: pontip_2506@hotmail.com

Development of a discharge planning practice guideline to reduce readmission in patients with acute myocardial ischemia. Nakhon Pathom Hospital

Pornthip Boonkantha

B.N.S.*

Abstract

The objectives of this research and development were to (1) develop a discharge planning practice guideline to reduce re-admission in patients with acute myocardial ischemia, (2) evaluate outcomes of the guideline implementation. The study consisted of 4 phases: 1) study problems and situations 2) develop the discharge planning practice guideline 3) implementation of the guideline 4) evaluate the guideline implementation. The sample comprised of 20 acute ischemic myocardial infarction patients and 30 nurses. The research instrument consisted of (1) the discharge planning practice guideline (2) discharge planning assessment form (3) self-care teaching plan of the patients (4) self-care manual for acute ischemic myocardial infarction patients (5) follow-up record form for acute ischemic myocardial infarction patients after discharge by telephone (6) the patients satisfaction questionnaire (7) patients re-admission form (8) the nurses' opinions questionnaire on the possibility of guideline implementation (9) quality of the guideline questionnaire (10) the nurses satisfaction questionnaire. The content validity was 0.9 and Cronbach alpha was 0.95. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and t-test.

The results revealed that the patients did not re-admit after discharge within 28 days after the practice guideline implementation. The average quality of the D-METHOD discharge planning guidelines was at a very good level and significantly higher than the previous version ($p < 0.05$). The feasibility of the guideline implementation was 100%. The guideline satisfaction of the patients and the nurses was at the highest level (Mean 4.88, SD 0.13 and Mean 4.46, SD 0.55) respectively.

Key words : clinical nursing practice discharge planning readmission

* Registered Nurse (Senior Professional Level), Nakhon Pathom Hospital

E-mail: pontip_2506@hotmail.com

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI) เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดของประชากรทั่วโลก เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว¹ สาเหตุจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการตีบแคบหรืออุดตันจากมีก้อนเลือดอุดตัน (thrombosis) ทำให้การนำส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium) ไม่เพียงพอ ในระยะแรกจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว (Myocardial ischemia) ถ้าไม่ได้รับการรักษาได้ทันเวลาจะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ตามมา ระยะเวลาของการอุดตันที่นานขึ้นจะเพิ่มพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพที่สุด² การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันนั้นแม้จะวิกฤตรุนแรงเพียงใดก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความคาดหวังการฟื้นกลับสภาพของระบบร่างกายของตน เพื่อส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมบูรณ์สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพึ่งตนเองได้ปกติภายหลังการเจ็บป่วย³ การรักษาด้วยยาป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนลงพุง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความเครียดและการออกกำลังกายอันนำไปสู่การลดการเสียชีวิตในระยะยาว⁴

สถานการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดจากรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2563 พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนทั่วโลกหรือประมาณ 17.9 ล้านคน⁵ และจากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตของคนไทยพบว่ามีมากถึง 60,000 ราย โดยอุบัติการณ์พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ยชั่วโมง

ละ 2 ราย⁶ ในเขตพื้นที่จังหวัดนครปฐม พ.ศ.2561-2563 มีอัตราการตายต่อแสนประชากรเป็น 46.28, 37.62, 25.42 ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ปี 2559-2561 คิดเป็นร้อยละ 37.5, 26.67 และ 54 ตามลำดับ และ 1 ใน 3 มีสาเหตุมาจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ เลือดออกผิดปกติ รอยจำเขียวที่เกิดจากการทำหัตถการ เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใหม่ ภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งสาเหตุหลักเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง⁷ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ 3 ราย มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเฉลี่ยรายละ 200,000-300,000 บาท และนอนรักษาในโรงพยาบาล 3-5 วัน สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเนื่องจาก ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการทบทวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น พบว่าผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ⁸ และมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย⁹

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐมเมื่อได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจแล้วได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ เมื่อพ้นระยะวิกฤตจึงย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจหรือหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยยังไม่มีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมิน

วารสารกองการพยาบาล

พฤติกรรมสุขภาพไม่ครบถ้วน และในระหว่างการดูแลผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องพยาบาลมีภาระงานมาก มีการวางแผนการจำหน่ายไม่ครบถ้วนไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากลืมส่งข้อมูลให้เวรถัดไปและไม่ได้บันทึกการวางแผนจำหน่ายในบางขั้นตอน เช่น ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤตและไม่มีผู้ดูแล หัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศงานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกรายได้รับการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ถูกต้องต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่กลับมารักษาซ้ำ เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์

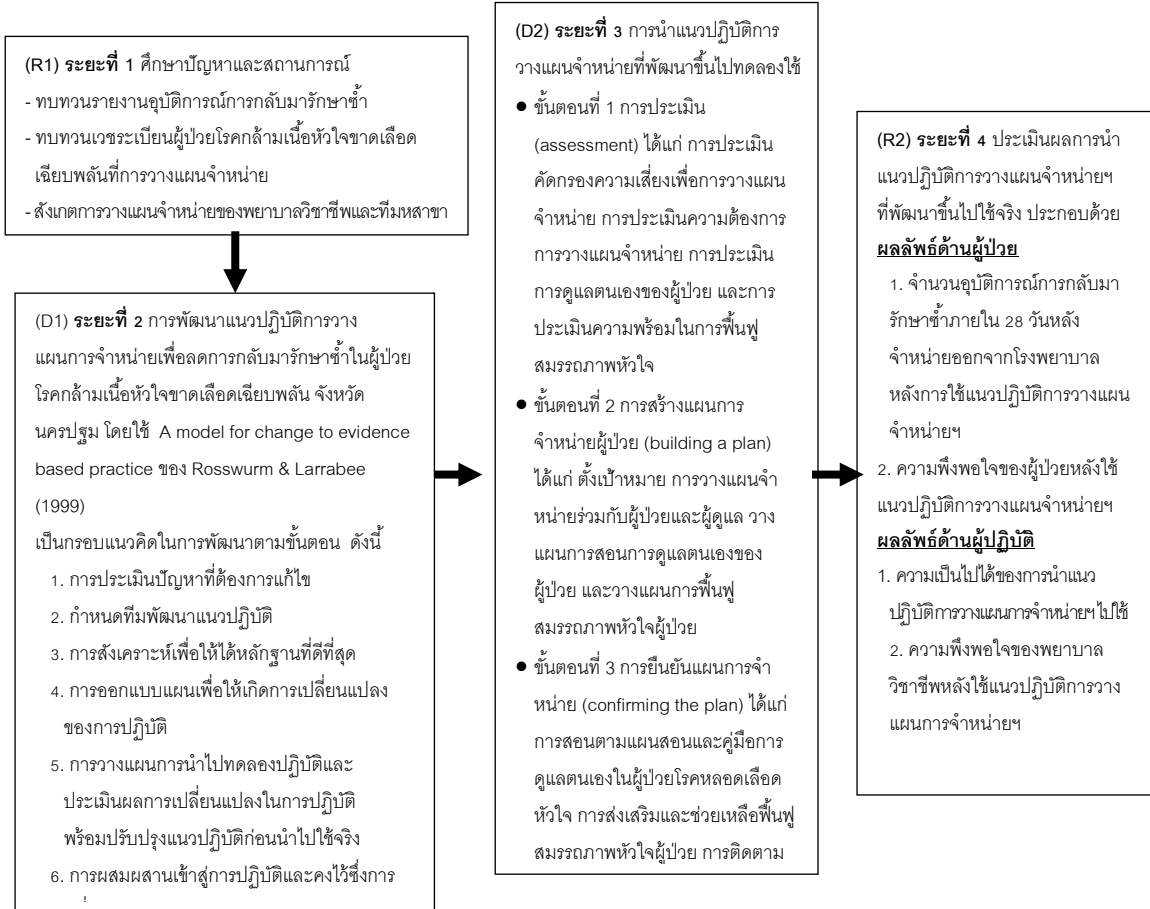
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. ศึกษาผลหลังนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ศึกษาผลลัพธ์ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ศึกษาระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ ศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ ไปใช้ในโรงพยาบาลนครปฐม ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ

วารสารกองการพยาบาล

กรอบแนวคิด



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมาพักซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและสถานการณ์การปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายของทีมสหสาขา โดย

การทบทวนจาก รายงานอุบัติการณ์การกลับมาพักซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลนครปฐม ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic) หรือ ถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

วาระการสาธารณสุข

(percutaneous coronary intervention: PCI) พ.ศ. 2561 - 2563 และสังเกตการปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพขณะปฏิบัติงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม โดยใช้ A model for change to evidence based practice ของ Rosswurm and Larrabee (1999) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาตาม 6 ขั้นตอน^๑ ในแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาที่ต้องการแก้ไข: ผู้วิจัยกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข และขอบเขตการดำเนินงาน โดยพบประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา คือ ไม่มีแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการจำหน่ายไม่ครอบคลุมทุกสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ: ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 3 คน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 2 คน

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยใช้หลัก PICO framework เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

P (People or Participant) คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด

(thrombolytic) หรือถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI)

I (Intervention) คือ แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมิน คัดกรองความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่าย การประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่าย การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 2) การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ ตั้งเป้าหมาย การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล วางแผนการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย และ 3) การยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามแผนการสอนและคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมขณะรักษาในโรงพยาบาล การโทรศัพท์สอบถามอาการหลังจำหน่าย

C (Comparison intervention) ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (Outcome) คือ หลังใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย มีการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลนครปฐม และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการวางแผนจำหน่าย และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเป็นไปได้ของการนำ

วาระการสาธารณสุข

แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายไปใช้ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติ: ออกแบบการวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 5 การวางแผนการนำไปทดลองปฏิบัติและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ: จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 การผสมผสานเข้าสู่วิธีปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้: แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมิน คัดกรองความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่าย การประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่าย การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 2) การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ ตั้งเป้าหมาย การวางแผน

จำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล วางแผนการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย และ 3) การยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามแผนสอนและคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมขณะรักษาในโรงพยาบาล การโทรศัพท์สอบถามอาการหลังจำหน่าย

ระยะที่ 4 ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม ได้แก่

ด้านผู้ป่วย

1. จำนวนอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย

ด้านผู้ปฏิบัติ

1. ระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายไปใช้

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ และหอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 30 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 2) มีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างน้อย 1 ปี 3) มีประสบการณ์ให้การวางแผนจำหน่ายอย่างน้อย 1 ครั้ง 4) สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออกระหว่างเข้าร่วมวิจัย และ 2) อาสาสมัครขอถอนตัว

2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 20 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ 3) เข้าพักรักษาตัวที่ห้องผู้ป่วยผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ หรือ หอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 4) ได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลาย

ลิ่มเลือด (thrombolytic) หรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) 5) นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน และ 6) ได้รับการปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายฯ อย่างน้อย 2 ครั้ง (exclusion criteria) ได้แก่ 1) นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 วัน 2) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือเสียชีวิต 3) อาสาสมัครขอถอนตัว 4) ไม่สามารถติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการทำวิจัย การนำข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมได้ไปใช้ คำนึงถึงศักดิ์ศรีคุณค่า และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย เสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม รับรองเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2565 หมายเลข COA No. 062/2022 รหัสโครงการ NPH-REC No. 046/2022 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนค่ารหัส ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ กรณีตีพิมพ์ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ชำนาญการด้านโรคหัวใจ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม เกศษกรที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจ และนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถนะภาพหัวใจ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 10 ราย และพยาบาลผู้ให้บริการจำนวน 10 คน นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ใน 24 ชั่วโมงแรกรับ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย วางแผนการสอน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และขั้นตอนที่ 3 การยืนยันแผนการ

จำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามคู่มือการสอน การส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และการโทรศัพท์ติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ในวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย โรงพยาบาล ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) 0.90 รายละเอียดของเครื่องมือในแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีดังนี้ 1) แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบสหสาขา 2) แผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3) คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4) แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่าย โดยโทรศัพท์สอบถามอาการ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการ ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม 18 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (Killip class) ยาที่ได้รับ ขณะรักษาในโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา

วารสารกองการพยาบาล

รักษาโรคประจำตัว วันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วย
วันจำหน่าย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดย
คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ มี 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยปรับแบบสอบถามโดยใช้แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล ของสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าลิเคิร์ต¹¹ (Rating Scale) โดยกำหนดความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 การแปลผลคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้ค่าเฉลี่ย คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก และค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90

3) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่กลับเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน หรือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล นครปฐม ด้วยอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของผู้ให้บริการ ได้แก่

1) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาใช้ แบ่งเป็น ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ มาใช้ 9 ข้อ ประกอบด้วย ความเข้าใจในการใช้ ความสอดคล้องกับการปฏิบัติ ความครอบคลุมของเนื้อหาความสะดวกในการนำไปใช้ ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และข้อเสนอแนะ โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90

2) แบบสอบถามระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว 2) ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด 3) การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่าย การจัดเตรียมอุปกรณ์ 4) ความรู้และทักษะการดูแลรักษาที่ต้องทำต่อเนื่องหลังจำหน่าย 5) การแนะนำการมาตรวจและพบแพทย์ตามนัด และการติดตาม

วารสารกองการพยาบาล

6) อาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับโรค ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าลิเคิร์ต¹² (Rating Scale) โดยกำหนดคุณภาพของแนวปฏิบัติเป็น 5 ระดับ คือ ดีที่สุด ดี ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 การแปลผลคะแนนคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้ค่าเฉลี่ยเช่นเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่าย เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าลิเคิร์ต¹² (Rating Scale) โดยกำหนดความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 การแปลผลคะแนนความพึงพอใจโดยใช้ค่าเฉลี่ย เช่นเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ดังนี้ 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ กับพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ให้กลุ่ม

ตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ แบบเดิมใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที 3) จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ ไปทดลองใช้ 4) กลุ่มตัวอย่างใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ 5) เมื่อใช้แนวปฏิบัติฯ ครบกำหนด จึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โดยให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ แบบสอบถามระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้ทำแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ ที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดย

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ แบบเดิม และแบบ

วารสารกองการพยาบาล

D-METHOD ที่พัฒนาขึ้น ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test

3) ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนา และความพึงพอใจผู้ให้บริการ รวมถึงผู้รับบริการ ต่อแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ ใช้สถิติ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมิน คัดกรองความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่าย การประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่าย การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ ตั้งเป้าหมาย การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล วางแผนการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามแผนสอน และคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย การติดตามเยี่ยม ฆณะรักษาในโรงพยาบาล การโทรศัพท์สอบถามอาการหลังจำหน่าย

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการ: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 67.65 ปี (พิสัย 47- 93 ปี) วุฒิมัการศึกษาคือส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 20 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิบัตรทอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ เจ็บแน่นหน้าอกคิดเป็นร้อยละ 80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (Killip class) ในระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 75 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 65 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 55 โรคเบาหวานร้อยละ 40 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (2-5 โรค) คิดเป็นร้อยละ 75 ยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นยา ที่ใช้รักษาโรคความดัน และโรคไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 40 ยาส่วนใหญ่ที่ได้รับ ฆณะรักษาในโรงพยาบาล คือ ยากลุ่ม Proton Pump Inhibitors ได้แก่ Losec คิดเป็นร้อยละ 95 ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ได้แก่ ASA.คิดเป็นร้อยละ 90 ยากลุ่ม Anti-Cholesterol ได้แก่ ยา Atorvastatin คิดเป็นร้อยละ 90 ปัจจัยเสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือด

วารสารกองการพยาบาล

หัวใจ ได้แก่ การสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา คือ เป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 40 ค่าเฉลี่ย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 6.11 วัน (พิสัย 1-12 วัน)

2.2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้ให้บริการ: กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 มีอายุ เฉลี่ย 30.5 ปี (พิสัย 23-59 ปี) ประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเฉลี่ย 8.99 ปี (พิสัย 1-38 ปี) วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.7 และปฏิบัติงานใน ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 50.0 หอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 50.0

2.3 หลังใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการ จำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่มีผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.4 ระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันแบบ D-METHOD ที่พัฒนาขึ้น สูงกว่า แบบเดิมทุกข้อ โดยอยู่ในระดับดีมาก แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการวางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบบเดิม และแบบ D-METHOD ที่พัฒนาขึ้น

กระบวนการวางแผนจำหน่าย	แนวปฏิบัติเดิม (n = 30)			แนวปฏิบัติที่พัฒนา (n = 30)			t
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	
1.ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว	3.00	2.53	น้อย	4.67	4.93	ดีมาก	21.15
2.ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด	3.00	3.00	ปานกลาง	4.90	4.90	ดีมาก	17.13
3.การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่าย การเตรียมอุปกรณ์	3.00	3.00	ปานกลาง	5.00	5.00	ดีมาก	15.77
4.ความรู้และทักษะการดูแลรักษาที่ต้องทำต่อเนื่องหลังจำหน่าย	2.53	2.53	น้อย	4.93	4.93	ดีมาก	21.15
5.การแนะนำการมาตรวจและพบแพทย์ตามนัดและการติดตาม	2.90	2.90	น้อย	5.00	5.00	ดีมาก	16.16
6.อาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับโรค	3.13	3.13	ปานกลาง	5.00	5.00	ดีมาก	29.57

วารสารกองการพยาบาล

2.5 การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาไปใช้ในโรงพยาบาลนครปฐมพบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ในทุกหัวข้อ ได้แก่ ความเข้าใจในการใช้ ความสอดคล้องกับการปฏิบัติ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสะดวกในการนำไปใช้ ความเหมาะสมในการนำไปใช้ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

2.6 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.88 (S.D.= 0.13) หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด

2.7 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.46 (S.D.= 0.55) หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจังหวัดนครปฐม โดยใช้ A model for change to evidence based practice ของ Rosswurm and Larrabee¹ ซึ่ง

เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา เป็นเครื่องมือการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพยาบาล มีการเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ากลับมารักษาซ้ำด้วยหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ 3 ราย ในปี 2564 หลังการใช้แนวปฏิบัติในเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 พบว่าไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ⁸ ซึ่งพบว่าอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของกลุ่มทดลอง ลดลงเหลือร้อยละ 6.7 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่พบร้อยละ 26.7 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายฯ พบว่า ขั้นตอนการวางแผนการจำหน่ายที่สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ทั้งหมด ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.88 (S.D.เท่ากับ 0.13) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ⁸ สามารถอธิบายได้ว่าการวางแผนจำหน่ายฯ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเนื่องจากได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมของตนเอง

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

วารสารกองการพยาบาล

เฉียบพลัน สามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถดูแลตนเอง ส่งผลให้ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำและมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายและการดูแลรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

2. ด้านการบริหารการพยาบาล สามารถนำไปปรับปรุงระบบวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลนครปฐมร่วมกับสหสาขาต่อไป

3. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำไปศึกษาต่อเนื่องในเรื่องของวิธีวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้และทักษะในการวางแผนจำหน่าย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวปฏิบัติวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม ไปเป็นแนวทางเพื่อจัดทำกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ต่อไป

2. ข้อจำกัดของงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงโรงพยาบาลเดียวและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดเล็ก ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยในโรงพยาบาลอื่นๆ และเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น

References

1. Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 1999; 31(4): 317–322.
2. Nattaporn Limrangsarn. Caring for patients with acute coronary syndrome using a clinical care plan: evidence-based nursing. Master of Nursing Thesis. Faculty of Nursing. Mahidol University. 2011. Thai.
3. Tamikkaborworn S. Holistic Nursing: A Case Study. Bangkok: Thanapress Company Limited. 2011. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

4. Zafari AM, Yang EH. Myocardial infarction [Internet].2011 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/155919-overview#a0156>
5. Banyen Chairin, Thitinat Akkadechanunt, Somjai Sirakamon. Quality Improvement of discharge planning for patients with Acute Myocardial Infarction in Cardiac Care Unit, Nakomping Hospital. Chiang Mai Province. Nursing Journal. 2020; 47(3): 389-399.
6. Ladawan Ritklar. Results of discharge planning by using D-METHOD on re-admission and satisfaction in patients with coronary artery disease. Thammasat University Hospital Journal. 2018; 3(3):19-27. Thai.
7. Darunee Winaipanich, Panee Viratchakun, Chinda Phudphong, et al. The Development of a Case Management Model for Patients with Acute Myocardial Infarction. Journal of Nursing Division. 2020; 43(2): 101-126
8. Cardiac center of Nakhon Pathom Hospital.(2020). Annual report.(2020). Nakhon Pathom Hospital. Nakhon Pathom Province.
9. Bureau of Non Communicable Disease. (2022). Situation Report of Non Communicable Disease. Aksorn graphic and Design Publishing Limited Partnership. Bangkok,2/88.
10. Nursing Division of Ministry of Public Health.(2022).Indicator Guideline for Nursing Service Development. Ministry of Public Health.Thailand:27/75.
11. Chattraphas Pongcharoen.(2012). Teaching Documentation Unit 12 Principles and Techniques for Nursing New Admission, Distribution, Relocation and Referral Record symptoms. Boromarajonani College of Nursing Suphan Buri, 4 September 2012. Retrieved from Preoperative Patients, Phrae Hospital. Independent Study. Master degree of Nursing Administration. Graduate School of Chiangmai University.

รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

รัฐากร แสงเทียนทอง* พย.บ

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (constructivism) และกระบวนการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ (1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (2) การสร้างรูปแบบ (3) การทดลองใช้รูปแบบ และ (4) การประเมินประสิทธิผลและรับรองรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ คือ รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์ แบบวัดความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า (1) รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ขั้นตอนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง และคำแนะนำในการเตรียมความพร้อม ก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (2) ผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ความสามารถสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) พยาบาลผู้ใช้มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ โดยรวมในระดับมาก (Mean 4.35, SD 0.59) และ (3) ภายหลังการใช้รูปแบบ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัดจากสาเหตุที่ควบคุมได้ลดลง และไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

คำสำคัญ: รูปแบบ ระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

E-mail: matoomna50@gmail.com

Developing professional nurses' knowledge of preoperative patient preparation for safety from complications

Rattakorn Sangtiantong* B.N.S.(Nursing)

Abstract

The objective of this research and development study was to create an online preoperative procedure model to improve knowledge and capability of professional nurses on patients' preparation for abdominal surgery to attain safety from complications. The proposed online model derived theoretical concepts of creating self-knowledge (constructivism) and group discussion process. The sample consisted of registered nurses working at the surgery units, Prachuapkhirikhan Hospital. There were 4 steps: (1) fundamental data analysis, (2) develop a model, (3) model implementation, and (4) model evaluation and endorsement. The study tools consisted of the proposed online preoperative procedure model, knowledge and capability test of professional nurses, and the nurses' satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test and paired t-test.

The results revealed that (1) the online preoperative procedure model consisted of abdominal surgery procedure, the patient preparation before getting abdominal surgery, and advice on abdominal surgery preparation. (2) the model implementation indicated that the average knowledge and capability score of the nurses in the experimental group were higher than before using the model, and significantly higher than the control group ($p < 0.00$). The nurses were satisfied with the model at a high level (Mean 4.35, SD 0.59). (3) After applying the model, the number of postponed or cancelled operative cases decreased. There were no cardiovascular complications reported.

Key words: model, preoperative period, preparation before surgery

* Registered nurse, Senior professional Level, Anesthesiology Nursing Group, Prachuap Khiri Khan Hospital
E-mail: matoomna50@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Exploratory Laparotomy) เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญอย่างหนึ่งเพื่อรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะในช่องท้อง นับว่าเป็นหัตถการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและใช้เวลานานตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป¹ ทำให้มีการสูญเสียเลือดมาก และการได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะหลังผ่าตัดใหญ่ช่วง 72 ชั่วโมงแรก¹⁻² จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใหญ่ในประเทศอุตสาหกรรมที่มีความก้าวหน้าทางการแพทย์เกิดถึงร้อยละ 3 – 16³ แม้ว่าการผ่าตัดเปิดช่องท้องจะช่วยในการรักษาโรค แต่ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังผ่าตัด ได้แก่ การสูญเสียเลือด การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ท้องอืดหลังผ่าตัด เป็นต้น⁴ ซึ่งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเกือบครึ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้³ จากข้อมูลของเครือข่ายการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลระหว่างประเทศ (International Nosocomial Infection Control Consortium) ในโรงพยาบาลเครือข่าย 82 แห่ง ใน 30 ประเทศทั่วโลก พบอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดโดยภาพรวม ร้อยละ 2.9 ส่วนในประเทศไทย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 13 แห่ง พบว่า มีอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 1.4⁵ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น 7-11 วัน และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง 2-11 เท่า⁶ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่มีการติดเชื้อ และยังพบว่า ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมีสาเหตุโดยตรงจากการติดเชื้อ^{5,6} อีกทั้งผู้ป่วยต้อง

เผชิญกับการให้ยาสลบที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลายระบบ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีโอกาส

เสี่ยงต่อชีวิต ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัวการผ่าตัดมากที่สุด ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ทำให้ต้องการยาลดปวดในระยะหลังผ่าตัดมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพล่าช้า ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น^{7,8} ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ และมีบทบาทในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย การประเมินสภาพผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่่วงที่ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety)³

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 278 เตียง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัด จากสถิติของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2564 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง จำนวน 3,813 ราย 3,881 ราย และ 3,061 ราย ตามลำดับ โดยพบอัตราผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ร้อยละ 4.85, 7.16 และ 9.90 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากร และเวลาในการรักษาพยาบาล เมื่อพิจารณาพบว่า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และจากผลวิเคราะห์สถานการณ์ที่ผ่านมา ร่วมกับการสนทนากลุ่ม สรุปได้ว่าปัญหาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องมากที่สุด ได้แก่ ความไม่พร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การไม่ถอดฟันปลอม การทา

เจ็บ และดื่มน้ำดอาหารไม่ครบตามเวลา ความดันโลหิตสูง มีไข้ ไม่รายงานผลตรวจจากห้องปฏิบัติการให้แพทย์ทราบ การเตรียมอุปกรณ์ไปห้องผ่าตัดไม่ครบเป็นต้น ความไม่พร้อมดังกล่าวส่งผลให้ต้องรอผ่าตัดนานหรือเลื่อนการผ่าตัด ในปี 2562-2564 ร้อยละ 5.40, 5.18 และร้อยละ 4.67 ตามลำดับ อีกทั้งขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และใช้เวลาค่อนข้างนานก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการผ่าตัดตามหลักการ Safe surgery⁹ ด้วยการสร้างรูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อยกระดับคุณภาพด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อสร้างรูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
- 2) เพื่อศึกษาระดับความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
- 3) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สร้างขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยเน้นส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) ที่ให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่พบเห็นจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม มีการศึกษา 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน 2) การสร้างรูปแบบ 3) การทดลองใช้รูปแบบ และ 4) การประเมินประสิทธิผลและรับรองรูปแบบ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน 2565 ถึง มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 -วันที่ 31 มีนาคม 2566 จำนวน 222 คน
2. คณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 -วันที่ 31 มีนาคม 2566 จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ในแต่ละชั้นตอน มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ 1) คณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล 10 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 10 คน คัดเลือกเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสนทนา
2. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการนำรูปแบบไปทดลองใช้ และนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปใช้ในขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกัน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่า อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ .80¹⁰ ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากผลการศึกษา เรื่อง ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกของ

ขีรีสิริ หงสวิไล¹¹ ค่าอิทธิพล คือ 0.64 และทำการเปิดตาราง Power tables สำเร็จรูป¹² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป
- 2) ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
- 3) ไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ
- 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ และยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายสถานที่ทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ที่ผู้วิจัยและคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลร่วมกันสรุปปัญหาที่พบ จากการสนทนากลุ่มแล้วสร้างเป็นรูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์ ซึ่งในรูปแบบประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 คำถามสำหรับการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด สำหรับคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล 8 ข้อ และสำหรับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล 6 ข้อ

2.2 แบบวัดความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบ 2 ตัวเลือก มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 7, 8, 9, 14 และคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 10, 11, 12, 13, 15 เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนน¹³ ดังนี้ ตอบถูก 12-15 ข้อ หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี ตอบถูก 9-11 ข้อ หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ตอบถูกน้อยกว่า 8 ข้อ หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับน้อย

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านการสร้างตระหนักในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง 2) ด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพจากบทเรียนออนไลน์ 3) ด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และ 4) ด้านการสะท้อนคิดจากการศึกษาด้วยตนเองและปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า 15 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลคะแนนในภาพรวมใช้หลักการอิงกลุ่มของเบสท์¹⁴

แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 3.67-5.00 เท่ากับ ระดับมาก คะแนน 2.34 – 3.66 เท่ากับ ระดับ ปานกลาง และคะแนน 1.00 – 2.33 เท่ากับ ระดับน้อย

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ

ผู้วิจัยนำรูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน (ฉบับร่างที่ 1) ไป 1) ตรวจสอบคุณภาพโดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบ ในหัวข้อกระบวนการพัฒนา การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อสอบถามความคิดเห็นและความเหมาะสมในการนำรูปแบบไปใช้ โดยใช้แบบประเมินค่า 5 ระดับ และข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ข้อเสนอแนะใน การปรับปรุง 2) การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบฯ โดยนำร่างรูปแบบไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จากนั้นนำรูปแบบมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3) การประเมินความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ โดยนำรูปแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการศึกษาพยาบาล 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 2 ท่าน ตรวจสอบความยากง่าย และความสามารถในการปฏิบัติตามรูปแบบ

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจ

แบบวัดความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยกรรม 1 ท่าน

พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)¹⁰ เท่ากับ 0.87 และ 0.93 ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะอีกครั้ง และหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)¹⁵ เท่ากับ 0.79 และ 0.94

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ใบรับรองเลขที่ 028/2565 เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565 และผู้วิจัยปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ความรู้ความสามารถพยาบาลผ่าตัดวิชาชีพ เรื่องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องและศึกษาวิเคราะห์หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำแนวทางที่เป็นข้อสรุปที่ได้จากการสนทนามาสร้างรูปแบบการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบออนไลน์ เสนอต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. นำรูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบวัดความรู้ก่อนใช้และพร้อมแบบสอบถามความพึงพอใจ

3. ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องกับกลุ่มทดลองส่วนกลุ่มควบคุมใช้การเตรียมความพร้อมแบบเดิม แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

4. การประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบฯ โดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยประชุมร่วมกันทุกสัปดาห์ เพื่อสังเกตผลการใช้แบบบันทึกของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง ร่วมกันค้นหาแนวทางในการปรับปรุงแบบบันทึกในเรื่องการประเมินผู้ป่วย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบการเตรียมความพร้อมสภาพร่างกายและจิตใจ และบันทึกทางการพยาบาล จากนั้นประเมินการปฏิบัติโดยผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยประชุมทุก 1 เดือน 2 ครั้ง เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติตามรูปแบบ ถึงประเด็นปัญหา ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การวางแผนการพัฒนา หรือแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติ เพื่อนำลงสู่การปฏิบัติในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วยความถี่ร้อยละ สถิติ paired t-test และ independence t-test และวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์ที่สร้างขึ้น ผ่านการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการรับรองรูปแบบของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 4 ใน 5 คน) ผลโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมีคุณภาพมาก พยาบาลผู้ให้การดูแลในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสามารถเข้าไปศึกษาได้โดยการสแกน QR Code และสามารถเข้าไปศึกษาได้ตลอดเวลา

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 39.03 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 36.11 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100 เกือบครึ่งของทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 14.23 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประสบการณ์เฉลี่ย 10.69 ปี ตำแหน่งในองค์กรทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ บทบาทหน้าที่ในองค์กรของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติ

ผลการใช้รูปแบบ พบว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ความสามารถสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 (ตารางที่ 1) และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ความสามารถ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มทดลอง (n=35)

คะแนนทดสอบ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	t-test	P-value
ก่อนใช้	15	10.94	1.30	10.76	.000
หลังใช้	15	13.03	1.25		

*p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้รูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนน			
	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
กลุ่มทดลอง (n=35)	13.03	1.25	4.44	.000
กลุ่มควบคุม (n=35)	11.71	1.23		

*p < .05

ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลองที่มีต่อรูปแบบการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.35$, S.D.=0.59) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพจากบทเรียนออนไลน์มีความพึงพอใจมากที่สุด

3. ผลการใช้รูปแบบในด้านผู้รับบริการได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่พบอุบัติการณ์งัดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อม และในเวลา 2 เดือนภายหลังการใช้รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สร้างขึ้นไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

4. การรับรองคุณภาพรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ระดับคุณภาพรูปแบบการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมีคุณภาพมาก ($\bar{X}=4.59$, S.D.=0.34) และผลการรับรองของผู้เชี่ยวชาญให้การยอมรับตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 4 ใน 5 คน) จากการวิเคราะห์ความถี่ โดยค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ในประเด็นเนื้อหา ประเด็นผลลัพธ์การเรียนรู้ ประเด็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ ประเด็นแหล่งการเรียนรู้และสื่อการเรียนรู้ของรูปแบบ ประเด็นการวัดและประเมินผล และประเด็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล โดยรวม 6 ประเด็น แยกเป็นรายข้อ 24 ข้อ พบว่ามีความเหมาะสมมากที่สุดทั้งในด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และด้านความเป็นประโยชน์

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์ที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง 2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้อง และ 3) คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผู้วิจัยและคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรมมีการแก้ปัญหา มีการปรับปรุงและแก้ไขร่วมกัน จึงผ่านการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการรับรองรูปแบบของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 4 ใน 5 คน) ผลโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมีคุณภาพมาก สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล สอดคล้องกับบัณฑิตี กองทอง¹⁶ ที่ได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวไว้ว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญรัตน์ เฟิกเดช¹⁷ ที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ดีต้องประกอบด้วยผังปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ทีมพยาบาลที่มีความรู้และทักษะ รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษา และแผนการดูแลที่ร่วมกันปรับปรุงขึ้น อีกทั้งกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและเกิดต้นแบบในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ¹⁸

2. ระดับความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ความสามารถสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.00$) และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Independent t-test พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ความสามารถสูงกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.44$, $p=.00$) ทั้งนี้ เนื่องจากได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์ความรู้ โดยการร่วมกำหนดปัญหาและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง จึงทำให้เข้าถึงองค์ความรู้ได้ง่าย มีการสะท้อนการคิดและตระหนักถึงกระบวนการเรียนรู้ เมื่อได้ใช้รูปแบบที่มีส่วนร่วมทำให้ได้ใช้ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ด้วยตนเอง จึงสามารถนำไปใช้ได้ดียิ่งขึ้น¹⁹ และหลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับบัณฑิตี กองทอง¹⁶ ที่ได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การดูแล และการปฏิบัติตัว

3. ผลการใช้รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สร้างขึ้นจากการศึกษา พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองที่มีต่อรูปแบบ การพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.35$, $S.D.=0.59$) ทั้งนี้ เนื่องจากได้แสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมกันอีกทั้งรูปแบบการดูแล มีการกำหนดบทบาทและกิจกรรมรวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความสะดวกแก่การนำไปใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อำไพ สารจันทร์ และคณะ²⁰ ที่ได้ศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดอยู่ในระดับสูง อีกทั้งยังสอดคล้อง

กับการศึกษาของอรนุช คลังบุญครอง²¹ ที่ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นใหม่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.98$, S.D.= 0.93) ซึ่งไม่สอดคล้องกับธีรา พงษ์พานิช และคณะ⁵ ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากร หลังใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 มากกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม กลับพบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้รูปแบบ ครั้งที่ 2 ในภาพรวมยังคงอยู่ในระดับปานกลาง จึงให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการวิเคราะห์ หาสาเหตุเพิ่มเติม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปฏิบัติตามรูปแบบฯ อย่างต่อเนื่องให้มากขึ้น

ในด้านผู้รับบริการได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่พบอุบัติการณ์งัดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พรรณสมัย และคณะ²² ที่ได้ศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล สรุปผลการวิจัยไว้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์งัดเลื่อนจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ สารพันธ์ และคณะ²⁰ ที่ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด พบว่า ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดทำให้ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด นอกจากนี้ศิริภาณี คำอู และกาญจนา วิเชียร²³ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาล

ขอนแก่น สรุปผลวิจัยไว้ว่า ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีผลให้อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมลดลงจากร้อยละ 17.83 เป็น 2.62 และในเวลา 2 เดือนภายหลังจากใช้รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สร้างขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์มีผลลัพธ์ที่ดีต่อพยาบาลและผู้ป่วย ดังนั้น ผู้บริหารและทีมพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการนำรูปแบบ ดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม ควรมีการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ดังนั้น จึงควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติให้มีความรู้และทักษะอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำรูปแบบ ไปปฏิบัติเพื่อพัฒนางานและประยุกต์ใช้บริบทที่คล้ายคลึงกัน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของรูปแบบพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบออนไลน์ ควรมีการศึกษาดูตามประเมินประสิทธิผลในการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการเตรียมใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนารูปแบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์อาร์ักษ์ วงศ์
วรชาติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
นายแพทย์วุฒิกกร วงษ์ศิลาทัย นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ศัลยกรรม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ คุณอุณาโลม

สุริยะฉันทนันทน์ คุณวรรณะ เพื่อถือ คุณนฤมล
วัลลภวรกิจ คุณยุพิน งามดี ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัย
ให้คำปรึกษา แนะนำข้อคิดเห็นต่างๆ อันเป็นประโยชน์
อย่างยิ่ง จนทำให้รายงานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์
ยิ่งขึ้น

References

1. Preeyaporn Samakkan, Wanlapa Kunsongkiet and Supaporn Doungpaeng. Need and Need Responses from Operating Nurse's Pre-visit among the Patients Undergo Major Surgery. JFONUBUU. 2014;22(4):25-34. Thai.
2. Permpen Noitun. The factor associated with systemic inflammatory response syndrome 72 hours after major abdominal surgery. (Thesis). Pathum Thani: Thammasat University, Department of Adult Nursing; 2016. Thai.
3. World Health Organization. The Second global patient safety challenge: Safe surgery saves lives. [Internet] 2022 [cited 2022 Sep 5]; Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf.
4. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentals of Nursing. Human Health and Function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
5. Theera Pongpanich, Tananya Lokittichon and Sudavan MakNual. Development of a Safety Model to Prevent Infection in Operating Theatre Nursing Department, Rajavithi Hospital. NJPH. 2563;30(1):174-89. Thai.
6. Wongduan Suwannakeeree and Yupares Payaprom. Prevention of Surgical Site Infection. JNSCU. 2560;29(2):15-28. Thai.
7. Jutathip Sakboon. Factors related to competencies of perioperative patient care among professional nurses in the regional hospital, Rayong Province. (Thesis). Chon Buri: Burapha University; 2560. Thai.
8. Nicha Piyasoontrawong, et al. Postponements and Cancellations, and a Solution Based on Participatory Action Research. JTNMC. 2558;30(3):112-20. Thai.
9. Accreditation is an Educational Process. Patient safety goals: SIMPLE. Nonthaburi: Accreditation is an Education Process; 2551. Thai.
10. Srisathitnarakoon B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U&I Intermedia Co., Ltd.; 2010. Thai.
11. Kaseesiri Hongvilai. The Outcomes of Readiness Pattern for Patients Undergone Anesthesia. (Thesis). Nakornpathom: Christian University; 2014. Thai.

12. Polit, D.F., & Beck, C.T. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
13. Bloom, Benjamin S. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill; 1971.
14. Best, J.W.. Research in education. 4th ed. Englewood Cliffts, New Jersey: Printice-Hall; 1981.
15. Cronbach, L. J. Essentials of psychological testing 5th ed. New York: Harper Collins; 1990.
16. Aphantri Kongthong. Development of Stroke Patients Care Model in Srisangwornasukhothai Hospital. Nursing, Health, and Public Health Journal 2565;1(3):1-17. Thai.
17. Boonyarat Perkdetch. Development of the Patient Care Model for Cerebrovascular disease in Phetchabun Hospital. Region 11 Medical Journal. 2563;34(3):7-21. Thai.
18. Manthana Suwanmajo. Research and development of collaborative learning model between community and health service units in order to enhance the effectiveness of chronic patients care. (Dissertation). Chon Buri: Burapha University; 2019. Thai.
19. Scherdsak choomnoom. Constructivism. All Article: Human Resource Development Project Innovation. Bangkok: Human Resource Development Project Coordination Office Ministry of Education; 2541. Thai.
20. Ampai Sarakhan et al. Development a model of pre-operative and preparation for anesthesia in Udon thani Cancer Hospital. NHEJ. 2563;3(1):10-7. Thai.
21. Oranuch Klungboonklong. Development a model of pre-operative and preparation for general anesthesia in Kalasin Hospital. RDHSJ. 2557;7(3):86-94. Thai.
22. Laddawan Pansamai, et al. Pre-Operative Preparation Nursing Model in Geriatric Anesthetist Nurses. Mahasarakham Hospital Journal 2560;14(3):76-89. Thai.
23. Siranee khamau and kanjana wichian. Development of the patient care model for patients with open heart surgery in Khonkhan. JHS. 2564;30(3):509-20. Thai.

อาการและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

สุวรรณกิจ สมทรัพย์*	พย.บ.
ชลียา วามะลุน**	ปร.ด. (ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค)
โสภิต ทับทิมหิน***	ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)
เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์**	พย.บ.
ประภัสสร ชูไทย***	พย.บ.
ธีระพันธ์ กากแก้ว***	พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)
นันทิยา แก้ววงษา***	พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการและอาการรบกวนต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี 205 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (3) แบบบันทึกการประเมินอาการผู้ป่วย และอาการรบกวนต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย และ (4) แบบบันทึกการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า อาการทางด้านร่างกาย ที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาการปวด อาการหอบเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 31.10, 25.66, 22.55, 19.44, ตามลำดับ อาการทางด้านจิตใจ คือ อาการไม่สุขสบายใจ คิดเป็นร้อยละ 90.99 โดยพบว่า ความอ่อนเพลีย มีความชุกและความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด คือ ร้อยละ 43.9 ส่วนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ ส่วนมากอยู่ที่ระดับ PPS V2 60% และ PPS V2 50% คิดเป็นร้อยละ 72.7 และ 22.9 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาการ ระดับความสามารถผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี,

E-mail: pccuboncancer@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

Symptoms and performance status of cancer patients receiving palliative care in Ubon Ratchathani Cancer Hospital

Suwannakit Somsup*	B.N.S.
Chaliya Wamaloan**	Ph.D. (Regional Development Strategies)
Sopit Tubtimhin***	Dr.P.H.(Doctor of Public Health)
Petthai Wiramansakulpong**	M.Sc. (Primary Care System Management)
Prapasson Chuthai***	B.N.S.
Theerapan Kakkaew***	MNS. (Family nursing)
Nanthiya Kaeowwongsa***	MNS. (Gerontological Nursing)

Abstract

This descriptive study aimed to study the symptoms and performance status of cancer patients receiving palliative care in Ubon Ratchathani Cancer Hospital. The samples comprised of 205 cancer patients receiving palliative care admitted to the inpatient unit at Ubon Ratchathani Cancer Hospital. Data were collected through medical records from 1 April to 31 December 2020. The research instruments consisted of (1) personal information sheet, (2) disease and treatment information sheet, (3) Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2), and 4) Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that the most common physical symptoms were fatigue (31.10%), loss of appetite (25.66%), pain (22.55%), and shortness of breath (19.44%) respectively. Psychological symptoms included body and mind discomfort, accounted for 90.99%. Fatigue was found to be the factors that its prevalence and severity affect the lifestyle of patients the most (43.9%). Regarding performance status, most of the patients' palliative performance scales were at PPS V2 60% (72.7%) and PPS V2 50% (22.9%), respectively.

Key words: cancer patients, symptoms, palliative performance status

* Registered Nurse and Advanced Practice Nurse, Ubonratchathani Cancer Hospital

E-mail: pccuboncancer@gmail.com

** Professional Nurse, Ubonratchathani Cancer Hospital.

*** Registered Nurse and Advanced Practice Nurse, Ubonratchathani Cancer Hospital

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับทุกประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2018 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 18.1 ล้านคนและเสียชีวิต 9.6 ล้านคน คาดว่าในปี ค.ศ.2040 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 29.3 ล้านคน¹ ในปัจจุบันมีการพัฒนาทางการแพทย์และเทคโนโลยีในการรักษาโรคมะเร็งที่มีความทันสมัยเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้เข้าสู่วิธีการรักษาที่หลากหลาย ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรุนแรงขึ้น การเลือกใช้การรักษาวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค การแพร่กระจาย สภาพร่างกายผู้ป่วยมะเร็งและเศรษฐกิจ ในทางปฏิบัติมักใช้การรักษาวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน โดยวิธีที่ใช้ในการรักษาในปัจจุบันประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายรังสี เคมีบำบัด การใช้ฮอร์โมน การรักษาด้วยยามุ่งเป้า การใช้ระบบภูมิคุ้มกัน การปลูกถ่ายไขกระดูก² ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งจากอาการไม่สบายที่มีความหลากหลาย ผลจากการรักษาตลอดระยะของการเป็นโรค รวมทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง จำเป็นต้องได้รับการประเมินให้ครอบคลุม คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาเพื่อสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและอาการที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ปัญหา และนำไปสู่การศึกษาวิจัย รวมทั้งสามารถนำผลการศึกษาไปวางแผนให้การช่วยเหลือผู้เป็นโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาอาการรบกวนต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

3. เพื่อศึกษาระดับความสามารถผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ของผู้รับบริการ ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ผสมผสานแนวคิดประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของดอดด์และคณะ³ ร่วมกับผลการศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่เข้ามารับบริการ ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่เข้ามารับบริการ ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงเวลา 1 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาว่าเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
3. สัญชาติไทย
4. ลงทะเบียนรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เกณฑ์การคัดออก

ข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีที่มีความไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี รหัสโครงการ EC 004/2021 ออกให้ ณ วันที่ 16 มีนาคม 2565 เนื่องจากวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ถือว่าเป็นความเสี่ยงน้อยมาก แต่ทีมวิจัยได้ปฏิบัติตามมาตรฐานข้อควรระวัง รวมถึงการระบุนิสัยและการรักษาความปลอดภัยในการจัดเก็บข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับและถูกนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดมีลักษณะเป็นการนำเสนอแบบภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง เป็นข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
2. แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การวินิจฉัยโรค การแพร่กระจายของโรค การรักษาที่ได้รับ
3. แบบบันทึกการประเมินอาการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จากข้อมูลดังต่อไปนี้

3.1 แบบประเมินอาการ (Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS) โดยใช้ตัวเลขบอกระดับความรู้สึกของผู้ป่วยตามความคิดเห็นของผู้ป่วย มีค่าตั้งแต่ “0” หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย ไป จนถึง “10” หมายถึง มีความทุกข์ทรมานมาก

3.2 แบบประเมินอาการรบกวนต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาประคับประคอง ใช้เครื่องมือ แบบประเมินอาการ (Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS) โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกอาการตามความคิดเห็นที่คิดว่าเป็นปัญหามากที่สุด

4. แบบบันทึกการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS V2)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินอาการ (Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS) ฉบับภาษาไทยซึ่งพัฒนาโดย Chinda, et al.⁴ แบบประเมินประกอบด้วยการประเมินความรุนแรง 9 อาการ คือ ปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สุขสบายกายใจ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นๆ และ 10 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด แบบประเมินฉบับภาษาไทยได้ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า Cronbach's alpha = 0.86 และผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือโดยการนำไปใช้จริงในผู้ป่วยมะเร็ง⁴

2. แบบประเมินระดับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale: PPS V2) ซึ่งสร้างขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2539 โดย นายแพทย์ไมเคิล ดาวนิง ปัจจุบันพัฒนามาเป็น version 2^{5,6} แปลโดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปรับปรุงโดยนุชยามาส ชีวสกุลยง และคณะ⁷ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) ได้เท่ากับ 0.911 และ 0.905 ตามลำดับ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ณ หอผู้ป่วยใน และการส่งปรึกษาทางพยาบาลประคับประคองภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงเวลา 1 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. เสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงเวลา 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม 2563 ตามคุณสมบัติที่กำหนด
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 205 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N= 205)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	122	59.5
หญิง	83	40.5
อายุ (mean = 29.28, S.D.=22.98, Max =90,Min= 21)		
21-30	4	3.9
31-40	12	5.85
41-50	26	12.68
51-60	67	32.68
61-70	48	23.41
71-80	38	18.53

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประมวลผลข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ 2) การประเมินอาการและอาการรบกวนต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.5 ช่วงอายุมากที่สุดคือ ปี คิดเป็นร้อยละ 32.68 รองลงมาผู้ป่วยอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 23.41 ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 77.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.9 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.3 และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81.5 แสดงตามตารางที่ 1

81-90

10

4.87

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N= 205) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	20	9.8
คู่/สมรส	158	77.1
หย่า/แยก	6	2.9
หม้าย	21	10.2
ศาสนา		
พุทธ	203	99.0
คริสต์	2	1.0
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	23	11.2
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน	8	3.9
ค้าขาย	12	5.9
เกษตรกร	90	43.9
รับจ้างทั่วไป	22	10.7
ไม่ได้ทำงาน	50	24.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	136	66.3
มัธยมศึกษา	34	16.6
ปริญญาตรี	32	15.6
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.5
สิทธิ์การรักษาพยาบาล		
เบิกต้นสังกัด	34	16.6
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	167	81.5
ประกันสังคม	4	2.0

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานี้ พบการวินิจฉัยโรคในระบบทางเดินหายใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.1 รองลงมาโรคระบบทางเดินอาหารคิดเป็นร้อยละ 22.4 ไม่พบการแพร่กระจายของโรคร้อยละ 56.1 ส่วนอวัยวะที่มีการแพร่กระจายมาก

ที่สุดคือระบบสมองและระบบประสาทคิดเป็นร้อยละ 22 การรักษาที่ได้รับมากที่สุดคือรังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 63.9 และ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดคิดเป็นร้อยละ 23.4 ตามลำดับ แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (N= 205)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรคในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้		
ระบบทางเดินหายใจ	72	35.1
ระบบทางเดินอาหาร	46	22.4
ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบอวัยวะสืบพันธุ์	32	15.6
มะเร็งเต้านม	20	9.8
ระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง	20	9.8
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	6	2.9
ต่อมไทรอยด์	5	2.4
ระบบประสาทสัมผัส	4	2.0
การแพร่กระจายของโรค		
สมองและระบบประสาท	45	22.0
กระดูก	24	11.7
ปอด	15	7.3
ตับ	5	2.4
อวัยวะหลายแห่ง	1	0.5
ไม่มี	115	56.1
การรักษาที่ได้รับ		
ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา	131	63.9
ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	48	23.4
ได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ	24	11.7
ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	2	1.0

จากกลุ่มตัวอย่างอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ 1) อ่อนเพลีย ($\bar{X} = 2.87$; S.D. = 0.84) 2) เบื่ออาหาร ($\bar{X} = 2.06$; S.D. = 0.722) 3) อาการปวด ($\bar{X} = 2.59$; S.D. = 0.879) 4) อาการเหนื่อยหอบ ($\bar{X} = 2.46$; S.D. = 1.05) 5) อาการไม่สุขสบายกายใจ ($\bar{X} = 2.17$; S.D. = 0.74) แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อาการผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (N= 205)

อาการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง	N	(%)	mean	S.D.
อาการทางด้านร่างกาย				
อ่อนเพลีย	200	31.10	2.87	0.847
เบื่ออาหาร	165	25.66	2.06	0.722
อาการปวด	145	22.55	2.59	0.879
เหนื่อยหอบ	125	19.44	2.46	1.059
คลื่นไส้	6	0.93	1.17	0.408
ง่วงซึม/สับสน/สับสน	2	0.31	3	2.828
อาการทางด้านจิตใจ				
ไม่สุขสบายกายใจ	101	90.99	2.17	0.749
ซึมเศร้า	6	5.40	1.17	0.408
วิตกกังวล	4	3.60	2.75	0.957
อื่นๆ	4	3.60	2.75	0.957

อาการที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ารบกวนต่อการใช้ชีวิตเป็นปัญหาสำคัญในช่วงที่ผ่านมามากที่สุดคือ อาการอ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 43.9 และอาการปวด ร้อยละ 27.8 แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อาการรบกวนต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาประคับประคอง(N= 205)

ปัญหาสำคัญในช่วงที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
อ่อนเพลีย	90	43.9
อาการปวด	57	27.8
เหนื่อยหอบ	35	17.1
เบื่ออาหาร	12	5.9
ไม่สุขสบายกายใจ	7	3.4
ง่วงซึม/สับสน/สับสน	2	1.0
คลื่นไส้	1	.5
ปัญหาอื่นๆ	1	.5

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง อยู่ที่ระดับ PPS V2 60% มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาคือระดับ PPS V2 50% คิดเป็นร้อยละ 22.9 แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (N= 205)

ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPSV2)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ PPS V2 30%	6	2.9
ระดับ PPS V2 40%	3	1.5
ระดับ PPS V2 50%	47	22.9
ระดับ PPS V2 60%	149	72.7

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. อาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คือ 1) อ่อนเพลีย 2) เบื่ออาหาร 3) อาการปวด 4) อาการหอบเหนื่อย 5) อาการไม่สุขสบายกายใจซึ่ง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ซลียา วามะลุน¹⁰ ที่พบว่าอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบได้บ่อย คือ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไอ หายใจลำบาก และปวดตามลำตัว ซึ่งอาการที่พบบ่อยอันดับแรกคือ อ่อนเพลีย มีความสอดคล้องกับ Kutner และคณะ¹¹ พบว่าอาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองมากที่สุดคือ ภาวะไม่มีกำลังโดยคิดเป็นร้อยละ 83 และในส่วนอาการทางด้านจิตใจ พบอาการไม่สุขสบาย กายใจมากที่สุด สาเหตุที่พบเกิดจากปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ อาการของโรคมะเร็ง ความเครียดความวิตกกังวลต่อการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึก เหนื่อยล้า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการปวดไม่ได้ถูกเลือกเป็นอันดับหนึ่งซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^{12,13} อาจเป็นเพราะปัจจุบันมีการศึกษาเรื่องความปวด และการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการบริหารจัดการอาการที่ดีขึ้น¹⁴ อีกทั้งมีนโยบายในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองที่กำหนดตัวชี้วัดเรื่อง การเข้าถึงยา แก่ปวด ในผู้ป่วยแบบ

ประคับประคอง จึงทำให้การบริหารจัดการเรื่องปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁹

2. อาการรบกวนต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรกสุดคือ 1) อ่อนเพลีย 2) อาการปวด 3) อาการหอบเหนื่อย 4) เบื่ออาหาร 5) อาการไม่สุขสบายกายใจและจากการศึกษาพบว่า อ่อนเพลีย (fatigue) มีความชุกและความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมนัด และคณะ¹² ที่พบอาการนี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นอันดับที่ 2 รองจากอาการปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ซึ่งสาเหตุที่พบเกิดจากปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ อาการของโรคมะเร็ง ความเครียดความวิตกกังวลต่อการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า

3. ระดับความสามารถผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองของผู้รับบริการ ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

จากผลการศึกษพบว่าระดับความสามารถผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองของผู้รับบริการ ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ PPS V2 60% ซึ่งอยู่ระยะเปลี่ยนผ่าน กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ มีการลุกลามของโรค

มากขึ้น ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่าง มีความสอดคล้องกับเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามประกาศนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย ซึ่งเป็น การดำเนินการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองของ กระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วย กึ่งเฉียบพลันและการรักษาแบบประคับประคอง¹⁰ และการกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี ได้เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำ แนวทางการคัดกรองและส่งปรึกษาดูแลรักษาแบบ ประคับประคอง โดยสามารถให้ทุกสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพ สามารถส่งปรึกษาได้เมื่อ ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยมีเกณฑ์ที่ต้องดูแลรักษาแบบ ประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลใน ระยะตั้งแต่ระดับ PPS V2 60 % และเมื่ออาการหรือ การรักษาลิ้นสุด แพทย์เจ้าของไข้จะวางแผนการดูแล รักษา กับผู้ป่วยและญาติเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามระดับการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative care approach)¹⁵ จึงพบ ผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรม PPS V2 30% น้อยที่สุด เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้กลับไป รักษาและดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและ โรงพยาบาลใกล้บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและ

ญาติ จากผลการศึกษาดังกล่าว มีความสอดคล้องกับ การดำเนินงานตามนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบ ประคับประคองและระยะท้ายที่กำหนดให้แต่ละ หน่วยงานมีการดูแลผู้ป่วยประคับประคองอย่าง ต่อเนื่องและครอบคลุมนั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำ ผลไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรใช้แบบประเมินอาการ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วย มะเร็ง เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลและช่วย บรรเทาทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งได้เหมาะสม รวมทั้ง ให้คำแนะนำวิธีการจัดการอาการแต่ละอาการให้ สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วยแต่ละราย

2. ด้านการวิจัย

2.1 ศึกษาคลุ่มอาการ (symptom cluster) ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งแต่ละระยะ

2.2 ศึกษาการใช้แพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการอาการที่พบบ่อยใน ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2.3 ศึกษาประสบการณ์อาการและ การจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละระยะ

References

1. International Agency for Research Cancer. [internet]. Lyon Cedex. The Global Cancer Observatory Cancer today 2022. [cited 2021 Dec 10] ; Available from :<https://gco.iarc.fr/today>
2. Jarin Chindaprasirt. Basic Oncology. faculty of medicine Khon Kaen university;2018. Thai.
3. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs. 2001 ;33(5):668-76.
4. Montarat Chinda , Darin Jaturapatporn, Albert J Kirshen, Umaporn Udomsubpayakul. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage. 2011 ;42(6):954-60.

5. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, LerchN. Palliative performance scale (PPS): a newtool. J Palliat care. 1996; 12(1): 5-11.
6. Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. BMC Palliat Care. 2008;7:1-10.
7. Busyamas Chewaskulyong, Ladarat Sapinun, G Michael Downing, Prapai Intaratat, Lesperance M.Suntree Leautrakul. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliat Med. 2012 ;26(8):1034-41.
8. Ubonratchathani cancer Hospital. Hospital-based Cancer Registry. Ubonratchathani. The Hospital; 2020. Thai.
9. Prathomporn Siraprapasiri and Duenpen Horatanarung ,eds. Practice Guideline of Palliative care book (for healthcare professionals) .Nonthaburi: Department of Medical Service Ministry of Public Health, 2020. Thai.
10. Chaliya Wamaloon. Development models of the terminal cancer patient's care at Ubon Ratchathani cancer center. Ubon Ratchathani; 2008. Thai.
11. Kutner JS, Kassner CT, Nowels DE. Symptom burden at the end of life: hospice providers' perceptions. J Pain Symptom Manage. 2001 ;21(6):473-80.
12. Kittikorn nilmanat. ,Wongchan Petpichetchian. ,Wantanee Wiroonpanich. ,Sureeporn Kritcharoen. A survey of Symptom Experience and Symptom Management in Person Living with Cancer in Thailand. Songkla. Prince of Songkla University; 2006. Thai.
13. Get- Kong S, Hanucharumkul S, McCorkle R, Viwatwongkasem C, Junda T, Ittichaikulthol W. Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2010;14(3):219-34.
14. Lee JW, Lee WB, Kim W, Min BI, Lee H, Cho SH. Traditional herbal medicine for cancer pain: a systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. 2015 ;23(2):265-74.
15. Fedel P, Joosse LL, Jeske L. Use of the Palliative Performance Scale version 2 in obtaining palliative care consults. J Clin Nurs. 2014 ;23(13-14):2012-21.

การป้องกันการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ: บทบาทพยาบาล

อภิษฐา มั่นเกษวิทย์* พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ภิตินันท์ สุทธิธีรนนท์** พ.ย.บ.

บทคัดย่อ

แผลกระจกตา คือ ภาวะที่มีแผลบริเวณกระจกตาและอาจเกิดการอักเสบติดเชื้อ ความผิดปกติของเปลือกตาทำให้หลับตาไม่สนิท หรือมีการบาดเจ็บของดวงตา มีระดับความรู้สึกตัวลดลง จากการได้รับอุบัติเหตุรุนแรง หอผู้ป่วยวิกฤติเกิดแผลกระจกตาประมาณร้อยละ 3.6-60 และพบมากในช่วง 2-7 วัน มีสาเหตุจากการใช้ยา เช่น ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาระงับประสาท รวมถึงสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การรักษาสภาวะความเจ็บป่วยเป็นเวลานานในหอผู้ป่วยวิกฤติก็เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลกระจกตา การดูแลรักษาป้องกันดวงตาส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ ทำให้พบปัญหาของแผลกระจกตาในระดับที่รุนแรง เสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรหรือตาบอดได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู. จนกระทั่งผู้ป่วยออกจากไอ.ซี.ยู. โดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้ (1) การประเมินอาการของผู้ป่วยแรกรับ (2) วินิจฉัยทางการพยาบาล (3) การวางแผนทางการพยาบาล (4) กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกระจกตา (5) ประเมินผลการพยาบาล ป้องกันและลดความเสียหายต่อกระจกตา ลดความสูญเสียการมองเห็น และความพิการของผู้ป่วย รวมทั้งลดค่ารักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: แผลกระจกตา หอผู้ป่วยวิกฤติ การป้องกัน

* พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช, E-mail game_pao@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช

Prevention of corneal ulcer in hospitalized trauma patients during the intensive care unit admission: Nursing role

Apitchaya Munketwit* M.N.S (Adult nursing)

Pitinun Suttiteeranun ** B.N.S.

Abstract

Corneal ulcer (CU) is a wounded condition of the cornea leading to infectious keratitis. The causes of UC consist of eyelid abnormalities, difficulty to close the eyes properly, having the eye injury, and decreased level of consciousness due to severe trauma. UC occurs in the intensive care unit approximately 3.6-60 % and mostly appears during 2-7 days. CU may result from drug used such as analgesics, muscle relaxants, sedative and environment. In addition, prolonged admit in the intensive care unit is the risk factor of CU. Most of eye preventive measures will be given to the patients after they have passed the critical period, thereby causing severe corneal ulceration including risk of vision loss and blindness. Nurse play important roles on prevention of CU in the accident patients admitted in the intensive care unit until discharge. The 5 steps of nursing process apply in caring these patients include (1) assessment of the patient's symptoms at first admission (2) establishment of nursing diagnosis (3) nursing care plan construction (4) implementation of nursing care activities to prevent CU (5) evaluation of nursing care to prevent and reduce corneal damages. All of those processes can lessen vision loss, disability, medical expenses and length of hospital stay.

Key words: corneal ulcer, intensive care unit, prevention

* Registered nurse, Trauma Intensive Care Unit, Siriraj hospital. E-mail: game_pao@hotmail.com

** Registered nurse, Trauma Intensive Care Unit, Siriraj hospital

บทนำ

แผลกระจกตา (corneal ulcer; CU) คือภาวะที่มีแผลบริเวณกระจกตาและอาจเกิดการอักเสบติดเชื้อตามมาได้ สาเหตุมาจากการติดเชื้อ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา เป็นต้น มีความผิดปกติของเปลือกตาทำให้หลับตาไม่สนิท หรือมีการบาดเจ็บของดวงตา¹⁻² เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (trauma patient) ที่เกิดอุบัติเหตุต่อกระจกตาโดยตรง มีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score; GCS) น้อยกว่า 8 คะแนน จากการได้รับการบาดเจ็บศีรษะ หรือได้รับอุบัติเหตุรุนแรง เป็นต้น การเกิดแผลกระจกตาส่งผลให้สูญเสียการมองเห็น (vision loss) พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกระจกตาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Unit; ICU) ประมาณร้อยละ 3.6-60³ และพบมากในช่วง 2-7 วันหลังเข้ารับการรักษา⁴ มีสาเหตุมาจากการหลับตาไม่สนิท หรือมีการกระพริบตาน้อยกว่า 5 ครั้งต่อนาที ทำให้มีอาการตาแห้ง (dry eye) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้เกิดแผลกระจกตา มีสาเหตุจากการใช้ยา เช่น ยาแก้ปวด (analgesic) ยาลดกล้ามเนื้อ (muscle relaxants) ยาระงับประสาท (sedative) รวมถึงสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ออกซิเจนรักษา การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องปรับอากาศ เป็นต้น นอกจากนี้การรักษาสภาวะความเจ็บป่วยเป็นเวลานาน⁴⁻⁵ ในหอผู้ป่วยวิกฤติก็เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลกระจกตา การดูแลรักษาป้องกันดวงตาส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต มีระดับสัญญาณชีพคงที่ หรือปลอดภัยแล้ว ทำให้พบปัญหาของแผลกระจกตาในระดับที่รุนแรง การดูแลรักษาที่ล่าช้า เสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร หรือตาบอดได้ บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการเกิดแผลกระจกตา สาเหตุ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง และแนวทางการพยาบาลในการป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ

ป้องกันและลดความเสียหายต่อกระจกตา ลดความสูญเสียการมองเห็น ความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งลดค่ารักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (length of stay)

นิยาม

แผลกระจกตา คือ ภาวะที่มีแผลบริเวณกระจกตาและอาจเกิดการอักเสบติดเชื้อตามมาได้

สาเหตุ

แผลกระจกตามีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุและการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง⁶⁻⁷ การหลับตาไม่สนิท มีอาการตาแห้ง และสิ่งแวดล้อม การเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บที่กระจกตา ซึ่งอาจเกิดจากการขยี้ตา มีวัตถุกระแทกตาหรือกระเด็นเข้าตา ถูกของมีคม ถูกทำร้ายร่างกาย โดนสารเคมีทำให้เกิดแผลที่กระจกตาหรือบางกรณีอาจทำให้กระจกตาทะลุ ส่วนสาเหตุการติดเชื้อจากกระจกตาอักเสบ พบบ่อยที่สุดคือกระจกตาอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (bacterial keratitis) และเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาทันทีเพื่อป้องกันสูญเสียการมองเห็น เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย คือ Gram-positive coagulase-negative Staphylococci, Staphylococcus aureus และ Gram-negative Pseudomonas aeruginosa ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดคือ การใส่เลนส์สัมผัส (contact lens) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสุขอนามัยที่ไม่ดี ส่วนกระจกตาอักเสบจากเชื้อไวรัสที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อเริม (herpes simplex virus; HSV) และกระจกตาอักเสบจากเชื้อราที่พบได้คือ Aspergillus หรือ Fusarium นอกจากนี้ยังพบกระจกตาอักเสบจากปรสิต เชื้ออะมีบา (acanthamoeba) พบได้ทั่วไปในอากาศ น้ำ และในดิน พบในผู้ใส่เลนส์สัมผัสซึ่งกรณีนี้จะค่อนข้างยากในการรักษา⁷

พยาธิสภาพ

กระจกตา (corneal) แบ่งเป็นด้วย 5 ชั้น ชั้นนอกสุด ชั้นเซลล์เยื่อบุผิว (epithelium) มีหน้าที่ป้องกันดวงตาจากสารเคมี น้ำ สิ่งแวดล้อม ชั้นต่อมา โบริวแมน (bowman's layer) มีหน้าที่รักษารูปร่างของกระจกตาให้คงที่ ชั้นเนื้อเยื่อหลัก (stroma) ทำหน้าที่หักเหแสง ชั้นเยื่อรองรับเซลล์ด้านใน (Descemet's membrane) และชั้นในสุดคือเซลล์เยื่อบุโพรง (endothelium) มีหน้าที่นำน้ำจากเนื้อเยื่อชั้นหลักเข้าสู่ช่องหน้าม่านตา (anterior chamber) เพื่อให้รักษาความใสของกระจกตา และเมื่อเกิดความเสียหายชั้นนี้ไม่สามารถงอกใหม่ได้⁸

แผลกระจกตา คือมีการฉีกขาดของชั้นเนื้อเยื่อที่ลึกกว่าชั้น epithelium ลงไป ทำให้เชื้อโรคแบ่งตัวเข้าไปสู่ชั้น stroma ส่งผลให้มีการอักเสบ (inflammation) มีการตายของเนื้อเยื่อเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง และเมื่อมีลูกกลมไปสู่ชั้น Descemet's membrane ทำให้การติดเชื้อมีการกระจายไปทั่วทั้งดวงตา อาจถึงขั้นสูญเสียการมองเห็นและดวงตาได้⁹

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของผู้ที่มีแผลที่กระจกตา มีดังนี้ กระจกตาเป็นฝ้า (diffuse corneal haze) ตาแดง (hyperemia) เป็นอาการเป็นทั่วไป เปลือกตาบวม (eyelid edema) ปวดตา (พบได้จากการจากติดเชื้อรา เชื้อแบคทีเรีย เชื้ออะมีบา) ประสิทธิภาพในการมองเห็นลดลง (photophobia) มีน้ำตาหรือของเหลวอื่น ๆ ไหลออกมาจากตา กระพริบตาแรงและถี่กว่าปกติ (blepharospasm) และมีหนองในชั้นหน้าลูกตา (hypopyon)¹⁰

การตรวจวินิจฉัย

ปีที่ 50 ฉบับที่ 1 มกราคม- เมษายน 2566

การตรวจตาด้วยการย้อมสีดูการเรืองแสงฟลูออเรสเซนซ์ (fluorescence) โดยการดึ้งเปลือกตาล่างของผู้ป่วยลงและแตะแถบฟลูออเรสเซนซ์ลงบนเยื่อบุตาและให้ผู้ผู้ป่วยกระพริบตาเพื่อให้สีย้อมกระจายทั่วดวงตา ในรายที่เป็นแผลบริเวณกระจกตาเมื่อส่องแสงโคบอลต์บลู (cobalt blue) พบรอยโรคสีเขียวบริเวณกระจกตา¹¹

การรักษา

การรักษาแผลกระจกตาแบ่งเป็น 5 แนวทางดังนี้

1. การให้ยาฆ่าเชื้อ
2. การให้ยาแก้อักเสบ (anti-inflammatory)
3. การให้ยาสเตียรอยด์ (steroid)
4. การรักษาฟิล์มน้ำตา (tear film) ที่เคลือบบริเวณเซลล์เยื่อบุผิวด้านนอก โดยการเพิ่มความชุ่มชื้นบริเวณดวงตาด้วยสารหล่อลื่นในรูปแบบยาหยอดตา หรือยาป้ายตา
5. การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาในรายที่มีอาการรุนแรง ทำให้กระจกตาใส และสามารถมองเห็นได้ดีขึ้น ในรายที่ประสาทยังดี¹²

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู.จนกระทั่งผู้ป่วยออกจากไอ.ซี.ยู. โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (แผนภูมิที่ 1) รายละเอียดดังนี้

1. การประเมิน (assessment)

เมื่อผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. จะได้รับการประเมินดวงตา การ

บาดเจ็บของดวงตา การหลับตา และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกระจกตา ซึ่งได้จัดทำแผนภูมิแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกระจกตา ผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการประเมินและการให้การพยาบาล โดยการประเมิน ดังนี้

ประเมินดวงตา หมายถึง การตรวจตั้งแต่เปลือกตา เยื่อบุตา กระจกตา การกลอกตา ขนาดรูปร่างและการตอบสนองของรูม่านตา รวมถึงสารคัดหลั่งต่าง ๆ ประเมินสิ่งผิดปกติ เช่น เยื่อบุตาขาววมอักเสบ มีขี้ตามาก สีเหลืองหรือเขียว ตาแดง ตาขาว กระจกตาอักเสบ มีรอยแผล มีฝ้า ขุ่น มีแผลกระจกตา

ประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกระจกตา

- ระดับความรู้สึกตัว (GCS) < 8
- คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ข้อ การลืมตา (eye opening) ระดับคะแนน 1-4 การสื่อสารภาษาที่ดีที่สุด (best verbal response) ระดับคะแนน 1-5 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (best motor response) ระดับคะแนน 1-6
- ได้รับยาแก้ปวด เช่น morphine, pethidine, fentanyl เป็นต้น
- ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ เช่น atracurium, cisatracurium, pancuronium, rocuronium, suxamethonium, vecuronium เป็นต้น
- ได้รับยาระงับประสาท เช่น benzodiazepine, diazepam, midazolam เป็นต้น
- ใช้เครื่องช่วยหายใจ / ออกซิเจน

ประเมินการบาดเจ็บของดวงตา หมายถึง การบาดเจ็บทางตาชนิดที่มีบาดแผลแทงทะลุและไม่มีบาดแผลแทงทะลุจากอุบัติเหตุ เกิดได้หลายตำแหน่งของตาได้แก่ กระจกตา กระจกตาขาว ช่องหน้าม่านตา ม่านตา เลนส์ น้ำวุ้นตา จอประสาทตา และเส้นประสาทตา และเมื่อตรวจพบการบาดเจ็บทางตาจะถูกส่งต่อการรักษาโดยจักษุแพทย์

ประเมินการหลับตา หมายถึง ประเมินการปิดของเปลือกตาดังแต่เริ่มต้นที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ การไม่สามารถปิดเปลือกตาได้อย่างสมบูรณ์ เรียกว่า lagophthalmos ซึ่งสามารถนำไปสู่กระจกตาอักเสบ (keratitis) หรือแผลที่กระจกตา (corneal ulcer) จุดประสงค์หลักของการประเมินนี้คือการให้เกรดความรุนแรงของปิดเปลือกตาจาก 0-2

- เกรด 0 (Grade 0) หมายถึง ผู้ป่วยหลับตาสสนิท เปลือกตาสามารถปิดได้สนิท
- เกรด 1 (Grade 1) หมายถึง ผู้ป่วยหลับตาไม่สนิท เปลือกตาไม่สามารถปิดได้อย่างสมบูรณ์ มองเห็น เยื่อบุตาขาว (conjunctival exposure) แต่ไม่เห็นกระจกตา
- เกรด 2 (Grade 2) หมายถึง มองเห็นกระจกตา (corneal exposure)¹³

2. การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถระบุปัญหา รวมถึงเป้าหมายในการป้องกันการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษานในไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ ข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล คือ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกระจกตา

3. การวางแผนการพยาบาล (nursing plan) พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษานในไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุได้ตั้งแต่แรกเริ่มให้หอผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ซึ่งต้องออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวอาจรู้สึกไม่สบายดวงตา หลังจากป้ายตาหรือครอบ moist Chamber พยาบาลต้องวางแผนกิจกรรมพยาบาลให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย โดยอาจจะครอบ moist Chamber ตอนกลางวัน ตอนที่ยุป่วยหลับ เป็นต้น

4. กิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) เมื่อมีประเณดวงตาแล้ว ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกระจกตาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

การปฏิบัติตัวเมื่อรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

- รักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ห้ามขยี้ตา ไม่ควรใช้ผ้าหรือกระดาษทิชชูที่ไม่สะอาดเช็ดตา

- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทั้ง 5 หมู่ และควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อไม่ให้ท้องผูก

- นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
- หยอดตา บำบัดตา ให้ครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง

- หลีกเลียงบริเวณที่มีฝุ่นละออง ควันทไฟ ลมแรง หรือแสงแดดจัด ควรสวมแว่นตากันแดดเมื่อออกจากบ้าน

- มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง แต่ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น ตาบวม ตาแดง ปวดตามากขึ้น มีขี้ตามากผิดปกติ ควรรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

วิธีการเช็ดทำความสะอาดตา

- ล้างมือให้สะอาด
- จัดผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย
- ประเณลักษณะของดวงตา ถ้าพบว่ามึลักษณะผิดปกติ เช่น ตาแดง มีหนองจากตา ขี้ตามีสีผิดปกติจากเดิม และอื่นๆ รายงานแพทย์ทราบ
- นำสำลีมา 6 ก้อน เทน้ำเกลือ (normal saline) ลงบนสำลี บีบหมาด โดยไม่สัมผัสบริเวณด้านในของสำลี ซึ่งจะเป้นจุดสัมผัสกับดวงตาโดยน้า

- สำลีก้อนที่ 1 เช็ดหนังตาด้านบน จากหัวตาไปหางตาครั้งเดียวแล้วทิ้ง

- สำลีก้อนที่ 2 เช็ดบริเวณหัวคิ้ว

- สำลีก้อนที่ 3 เช็ดบริเวณถัดจากสำลีก้อนที่ 2 ขึ้นไปจากหัวตาไปหางตา

- สำลีก้อนที่ 4 เช็ดหนังตาด้านล่าง จากหัวตาไปหางตาครั้งเดียว

- สำลีก้อนที่ 5 เช็ดบริเวณโหนกแก้ม

- สำลีก้อนที่ 6 เช็ดระหว่างคิ้ว โดยเช็ดจากหัวตามาดังจุมก

ห้ามเช็ดกลับไปกลับมา ถ้ายังไม่สะอาดให้ทำซ้ำโดยใช้สำลีก้อนใหม่จนสะอาด⁽¹⁴⁾

วิธีป้ายตา

- ป้ายตาด้วย Vidisic eye gel⁽¹⁵⁾ ทุก 6 ชั่วโมงใช้นิ้ววางบนโหนกแก้ม ดึงเปลือกตาล่างลง มือข้างถนัดถือหลอดยาสูงจากถุงเยื่อตา 1 – 2 เซนติเมตร บีบยา ลงไปด้านในเปลือกตาล่างจากหัวตาไปหางตายาวประมาณ 1 เซนติเมตร ระวังไม่ให้ปลายหลอดยาสัมผัสกับส่วนใดส่วนหนึ่งของตา

- กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกดึงเปลือกตาผู้ป่วยให้ลงมาปิดกันให้มากที่สุด ระวังอย่าให้ขนตาเข้าไปที่กระจกตาด้านใน กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวให้ผู้ป่วยหลับตาเบาๆ ใช้สำลีสะอาดซับยาส่วนที่ล้นออกนอกตาโดยไม่กดหรือขยี้

วิธีการครอบ moist chamber

- ก่อนครอบ moist chamber ควรจัดให้ขอบแนบพอดีกับส่วนโค้ง และส่วนเว้าบริเวณแก้ม หรือใบหน้า พลาสเตอร์ทุกเส้นพับปลายบนลงมาเล็กน้อย

- ปิดขอบให้รอบด้วยเทปเพื่อไม่ให้มีการเข้าออกของอากาศ

- ล้าง moist chamber ให้สะอาดด้วยน้ำสบู่และน้ำเปล่า เช็ดให้แห้งก่อนใช้ครอบตา
- เปลี่ยนพลาสติกเมื่อสกปรกหรือเมื่อหมดคุณสมบัติในการยึดติด

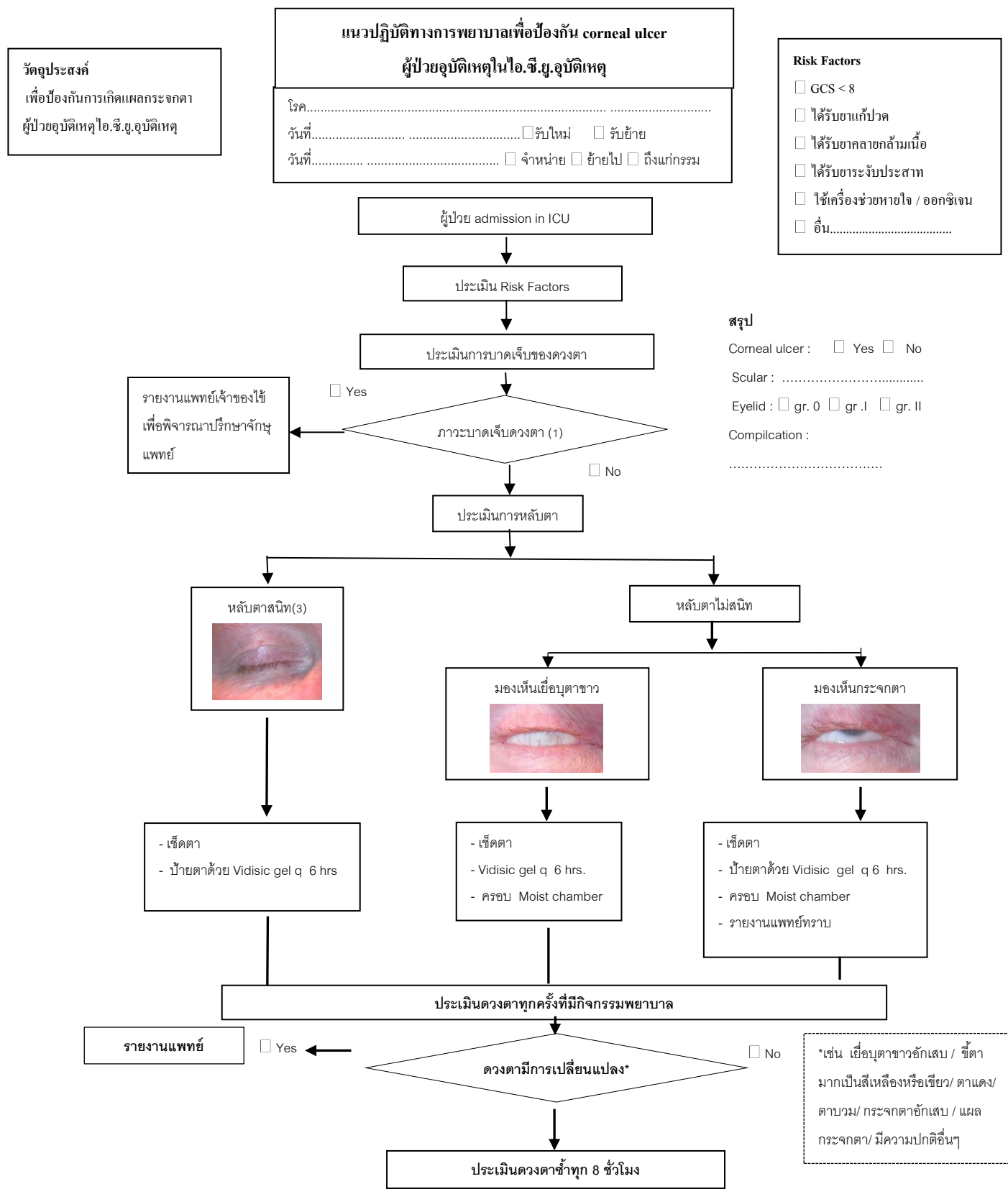
สรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกระจกตาในผู้ป่วยอุบัติเหตุตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. จนกระทั่งจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤติที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกระจกตา ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น

5. ประเมินผล (nursing evaluation)

ประเมินดวงตาซ้ำทุก 8 ชั่วโมง หรือประเมินดวงตาทุกครั้งที่มีกิจกรรมพยาบาล เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง

การประเมินดวงตารวมถึงการดูแลดวงตาในระหว่างที่เข้ารับการรักษ สามารถลดการเกิดแผลกระจกตาซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ช่วยลดสูญเสียการมองเห็น รวมทั้งลดค่ารักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล



แผนภูมิ 1 แสดงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษา ในไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุ

References

1. Kousha O, Kousha Z, Paddle J. Incidence, risk factors and impact of protocolised care on exposure keratopathy in critically ill adults: a two-phase prospective cohort study. *Critical Care*. 2018;22(1):1-8.
2. Soares RP da S, Fernandes APN de L, Botarelli FR, Araújo JN de M, Olímpio J de A, Vitor AF. Clinical indicators of dry eye severity nursing outcome in intensive care unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9b8zpvRqWrnzNTHsD5HM6SL/?lang=en&format=html#>
3. Shaeri M, Mahdian M, Akbari H, Asl SA. Incidence and related factors of surface eye disorders in traumatic intensive care unit patients in Iran. *International Journal of Burns and Trauma*. 2021;11(4):344-349.
4. Ceylan I, Korkmaz H, Ulutas H. Eye care in intensive care in COVID-19 era: a prospective observational study from Turkey. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26(6):2165-70.
5. Sansome SG, Lin P-F. Eye care in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Hospital Medicine*. 2020;81(6):1-10.
6. Woodfield D, Tanner DL. Complicated Neurotrophic Corneal Ulcer in a Patient with Multiple Autoimmune Disorders. *CRO (Clinical & Refractive Optometry) Journal*. 2022;33(4):1-7.
7. Mack HG, Fazal A, Watson S. Corneal ulcers in general practice. *Australian Journal of General Practice*. 2022;51(11):855-60.
8. Sridhar MS. Anatomy of cornea and ocular surface. *Indian journal of ophthalmology*. 2018;66(2):190.
9. Barrientez B, Nicholas SE, Whelchel A, Sharif R, Hjortdal J, Karamichos D. Corneal injury: Clinical and molecular aspects. *Experimental eye research*. 2019;186(1):1-13.
10. Chopra A, Solanki S, Sharma R, Gupta RK. Microbial profile of infectious corneal ulcer in a remote Himalayan teaching hospital in Himachal Pradesh (India) . *Journal of Clinical Ophthalmology and Research*. 2022;10(3):1014.
11. Kenia VP, Kenia RV, Pirdankar OH. Diagnosis and management protocol of acute corneal ulcer. *Int J Health Sci Res*. 2020;10(3):69-78.
12. Stamate A- C, Tataru CP, Zemba M. Update on surgical management of corneal ulceration and perforation. *Romanian journal of ophthalmology*. 2019;63(2):166-173.
13. Hearne BJ, Hearne EG, Montgomery H, Lightman SL. Eye care in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society*. 2018;19(4):345-50.
14. Mary E.S AL. *Ophthalmic Nursing*. 5th ed. Oakville; 2017.
15. de Araujo DD, Silva DVA, Rodrigues CAO, Silva PO, Macieira TGR, Chianca TCM. Effectiveness of nursing interventions to prevent dry eye in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*. 2019;28(4):299-306.

การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ : ประเด็นความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาล

รุจิรัตน์ มณีศรี*	พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)
สุรพล เตชะกฤตธีรธำรง**	ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
สุพรรณิ ธรากุล**	วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
นิตยา ไรจนินันต์กริก**	พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ

บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะเป็นแนวทางการบันทึกที่สะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รูปแบบการบันทึกสะท้อนกระบวนการพยาบาลโดยใช้รูปแบบของการประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลที่สนับสนุนข้อความชี้เฉพาะโดยบันทึกรายการที่เป็นประเด็นสำคัญและการบันทึกเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดังนั้น บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล ช่วยให้เกิดความเข้าใจในประเด็นรายละเอียดของการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติและการนำใช้กระบวนการพยาบาล ในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประเด็นความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาล โดยผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมระหว่างครูผู้สอนและผู้เรียน ครูเตรียมความพร้อมผู้เรียนให้พร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติด้วยการสื่อสารและเตรียมความพร้อมในเรื่องที่ชี้เฉพาะในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มีคู่มือการฝึกภาคปฏิบัติที่ประกอบไปด้วยรายละเอียดของการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ การสังเกตปฏิบัติการทางอารมณ์ การดูแลทางด้านจิตใจก็เป็นประเด็นสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ประเด็นความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์ประจำวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ถ์

E-mail: kungbana@hotmail.com

** อาจารย์ประจำวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ถ์

*** รองศาสตราจารย์ วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ถ์

Focus charting: Understanding Issues of Nursing Students.

Rujiruth Maneesri*	M.N.S. (Pediatric Nursing)
Surapon Taechakritthiraathamrong**	M.P.H. (Public Health Administration)
Supunnee Thrakul**	MS. (Public Health)
Nitaya Rotjananirunkit**	M.N.S. (Nursing Administration)

Abstract

Focus charting nursing records are the documenting guidelines that reflect nursing practice on patient-centered care. This model represented the nursing process using assessment, intervention and evaluation to support the nursing focus-list statements by documenting key points, goals or expected outcomes. Therefore, focus charting nursing records are important tools for the nursing students to enhance understanding the details of practical training and applying the nursing process to assess the patient's health status and guide for effective nursing documentation according to the nursing process. The preparation process between the instructors and the students should be organized to create issues for understanding of the nursing students. The instructors prepare the students on readiness of practical training by communication and preparation in specific matters for effective practice. The practical training manual that contains details of focus charting nursing records, observes emotional reactions, and psychological care are important issues that helps the students acquiring self-confidence and understanding of nursing practice including documentation the nursing records accurately and efficiently.

Key words: focus charting nursing record, understanding Issues of Nursing Students

* Lecturer, Child and Adolescent department, School of Nursing, Metharath University
E-mail: kungbana@hotmail.com

** Lecturer, Maternal-Newborn Nursing and Midwifery Department, School of Nursing, Metharath University

*** Associate Professor, Maternal-Newborn Nursing and Midwifery Department, School of Nursing, Metharath University

บทนำ

บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะเป็นเครื่องมือสำคัญในการบันทึกทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ความถูกต้อง และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดคุณภาพสะท้อนกระบวนการพยาบาล ประเด็นความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลเกิดจากกระบวนการเรียนการสอนโดยถูกถ่ายทอดจากประสบการณ์จากการเตรียมความพร้อม จนได้ลงมือปฏิบัติจริง และสามารถทำได้อย่างเป็นธรรมชาติคล่องแคล่วอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากความเข้าใจของผู้สอนในการเตรียมความพร้อมผู้เรียนและมีคู่มือการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้ศึกษาทำความเข้าใจก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริง รวมทั้งสภาพแวดล้อมการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการมีปฏิริยาทางอารมณ์ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเข้าใจ ต่อประเด็นการบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting)

บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting)¹ เป็นแนวทางการบันทึกที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered care) รูปแบบการบันทึกสะท้อนกระบวนการพยาบาล (Nursing process charting) และช่วยให้พยาบาลมีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วและกระชับง่ายต่อการหาประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุดของพยาบาล โดยต้องบันทึกให้มีความครอบคลุม

ครบถ้วน ถูกต้อง และต่อเนื่องตามกระบวนการพยาบาลและสามารถบอกถึงคุณภาพของการพยาบาลได้¹ บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ส่วนสรุปที่ใช้อ้างอิง (Focus list) ประกอบไปด้วย การบันทึกรายการที่เป็นประเด็นสำคัญ (Focus) และการบันทึกเป้าหมาย หรือ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Goal/Outcome) และ 2) ส่วนที่เป็นเนื้อหาบันทึกบอกความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงตามปัญหาที่เขียนไว้โดยใช้คำที่สั้นมีความหมายชัดเจน (Progress note) การบันทึกชี้เฉพาะในส่วนนี้ใช้รูปแบบของ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation)² โดย A หมายถึง การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) เป็นการบันทึกข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) และข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเห็น การตรวจร่างกาย การตรวจวินิจฉัย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ บันทึกทางกายภาพ (Objective Data) ที่ช่วยสนับสนุนข้อความชี้เฉพาะ (Focus) หรืออธิบายเหตุการณ์สำคัญที่ได้สังเกตเห็น I หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) เป็นการบันทึกสิ่งที่ปฏิบัติทันที หรือจะปฏิบัติ หรือแผนการดูแลที่มีพื้นฐานจากข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วย และ E หมายถึงการประเมินผล (Evaluation) โดยบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล หรือผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล และบันทึกให้สอดคล้องกับเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ (Goals/Outcomes) เป็นการบันทึกไว้ในแบบบันทึกรายการจุดเน้นเฉพาะ (Focus) ที่พยาบาลบันทึกเป็นคำหรือวลีสำคัญ เพื่อสื่อสารให้กับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Nursing Focus List)³ โดยจากการศึกษาเรื่อง การใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลพบว่า รูปแบบการใช้นักศึกษาพยาบาลแบบ AIE ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

และความพึงพอใจในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ AIE อยู่ในระดับพึงพอใจมาก³ สัมพันธ์กับผลการวิจัย เรื่องการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด⁴ โดยพบว่า การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ได้แก่ 1) พัฒนาความรู้และทักษะให้แก่พยาบาล 2) มีแนวปฏิบัติการมอบหมายงาน 3) มีแนวทางการนิเทศ 4) มีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบพบว่า พยาบาลให้การดูแลตามมาตรฐานในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดทุกราย และ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก แพทย์มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านผู้รับบริการ พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการที่หอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤต (PICU) ในระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านคุณภาพบริการ พบว่า มีคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ไม่พบความคลาดเคลื่อนหรือภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล⁴ สอดคล้องกับ ผลการศึกษา การประเมินผลการใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในศูนย์สรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ⁵ โดยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ ควรมีการพัฒนาบุคลากรเสริมสร้างความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย และแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล สร้างแรงจูงใจให้พยาบาลเห็นความสำคัญในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ควรมีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล นอกจากนี้ ควรมีการจัดระบบการตรวจสอบประเมินผลการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และนำไปสู่ความพึงพอใจในการบันทึกทางการพยาบาล และพบว่า มีความต้องการ ดังนี้

1) โครงสร้างการบันทึก ต้องการบันทึกทั้งแบบที่เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และมีการเติมคำในช่องว่าง โดยสามารถบันทึกได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล 2) แบบบันทึกแต่ละแบบต้องไม่ใช้เวลาในการบันทึกมาก แต่สื่อความหมายได้ชัดเจน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ 3) ควรมีคู่มือการบันทึกและตัวอย่างการบันทึกโดยมีขั้นตอนการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกวันทุกเวรและแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล 4) ต้องการคู่มือหรือตัวอย่างการวางแผนการพยาบาลตามกลุ่มอาการหรือตามกลุ่มโรคผู้ป่วย

การวางแผนการพยาบาลตามกลุ่มโรค : กรณีศึกษา⁶

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (Respiratory distress syndrome: RDS) เกิดจากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีโครงสร้างระบบทางเดินหายใจที่มีความไม่สมบูรณ์ทางกายวิภาคของเนื้อปอด เซลล์บุหลอดเลือดฝอย และผนังทรวงอก และมีการสังเคราะห์ การเก็บ และการหลั่งสารลดแรงตึงผิวลดลงจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (Surfactant) ส่งผลให้สารลดแรงตึงผิวในถุงลมลดลง ทำให้แรงตึงผิวที่ถุงลม (Alveoli) เพิ่มขึ้น มีผลให้อัตราการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอดต่อการเปลี่ยนแปลงของแรงดัน (Lung compliance) ลดลง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ทารกใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ทำให้มีการตีบตันของถุงลม (Alveolar collapse) ส่งผลให้เกิดถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) และการระบายอากาศในถุงลมน้อยจนการกำซาบ (กระบวนการขนส่งสารอาหารของเลือดแดงจากหลอดเลือดแดงไปยังแขนงหลอดเลือดฝอยในเนื้อเยื่อ) เสียคุณภาพ ผลที่ตามมาทำให้เลือดขาดออกซิเจน (Hypoxemia) และ มี

ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์เกิน (hypercapnia) ทำให้เกิดภาวะกรดจากการหายใจ (Respiratory acidosis) หลอดเลือดที่ปอดบีบตัวเพิ่มการไหลลัด (Shunt) ในปอดทำให้การกำซาบที่ปอดลดลง ผลที่ตามมา คือ หลอดเลือดที่ปอดถูกทำลาย ทำให้พลาสมาเริ่มเกิดเป็นไฟบริน (fibrin) มาเคลือบแทนสารลดแรงตึงผิว ร่วมกับการมีเลือดไหลลัดจากซ้ายไปขวาจาก Patent ductus arteriosus (PDA) ทำให้เลือดไหลไปปอดมากขึ้น เกิดการเพิ่มขึ้นของน้ำในถุงลม และเซาะเนื้อเยื่อมากขึ้นตามมา อาการทารกมีดังนี้ หายใจเร็วเกิน 60 ครั้งต่อนาที หลังคลอดประมาณ 6 ชั่วโมง ร้องครางขณะหายใจออก (Expiratory moaning) เสียงหายใจขณะสิ้นสุดการหายใจออกมีเสียงดัง (Expiratory grunting) ซึ่งเกิดจากการปิดของกล่องเสียงไม่สนิท เพื่อรักษาแรงดันบวกในปอด มีอาการหายใจลำบาก ได้แก่ ปีกจมูกบาน (Flaring of alar nasi) การหายใจมีการดึงรั้ง หรืออกบุ๋ม (Retraction) บริเวณคอ (Suprasternal) ช่องระหว่างซี่โครง (Intercostal) ใต้ชายโครง (Subcostal) และกลางหน้าอกได้ลิ้นปี่ (Substernal) และการหายใจที่หน้าอกและท้องเคลื่อนไหวไม่พร้อมกัน (Paradoxical movement: See-saw breathing) ระดับการตื่นตัว (Level of arousal) ประเมินการหลับลึก (Deep sleep) มีการหลับตื่น (Light sleep) ตื่นเคลื่อนไหวน้อย (Awake and light peripheral movement) ตื่นเคลื่อนไหวมาก (Awake and large peripheral movement) และตื่นร้องดัง (Awake and crying) การรักษาตามอาการที่พบ โดยเริ่มจากการให้ออกซิเจน ตั้งแต่ออกซิเจนครบศีรษะ ออกซิเจนแรงดันบวก (Continuous positive airway pressure; CPAP) จนกระทั่งถึงเครื่องช่วยหายใจ (Respirator) ถ้าทารกเกิดอาการหายใจล้มเหลว โดยติดตามประเมินได้จากค่าก๊าซในหลอดเลือด (Arterial blood gas) ประกอบด้วย ค่าปกติ คือ pH (7.35-7.45), PaO_2 (60-80 mmHg),

PCO_2 (35-45 mmHg), HCO_3 (22-26 mEq/L) ติดตามประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง (Oxygen saturation: SpO_2) ให้อยู่ในช่วง 90-95% และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญที่จะเกิดตามมาในทารกเกิดก่อนกำหนดจากการได้รับออกซิเจนในการรักษา โดยการเกิดภาวะพิษจากออกซิเจน (Oxygen toxicity) ได้แก่ พิษของออกซิเจนทำลายจอประสาทตา (Retinopathy of prematurity; ROP) และถ้ายังไม่สามารถนำออกซิเจนออกได้ภายในเวลาที่กำหนดจะทำให้เกิดพิษของออกซิเจนทำลายเนื้อปอด เรียกว่า ภาวะโรคปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary dysplasia; BPD) ตามมา

ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ (ประเมินจากอายุครรภ์โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว) ทารกรายนี้จัดอยู่ในเกณฑ์เกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 38 สัปดาห์ลงไป ได้รับการวินิจฉัยโรค Respiratory distress syndrome: RDS อายุ 3 วัน น้ำหนักแรกเกิดน้อย 2,200 กรัม (Low birth weight; LBW: น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม) น้ำหนักปัจจุบัน 2,100 กรัม กลับตื่น ตื่นเคลื่อนไหวน้อย⁷ สิวปลายมือและเท้าแดง หายใจ ไม่สม่ำเสมอ (Periodic breathing) 62 ครั้ง/นาที มีอกบุ๋มที่ชายโครง (subcostal retraction) ปานกลาง นอนในรังนอน (Nest) ท่าเป็นกลางศีรษะสูงเล็กน้อยลำคอตรง (Neutral position) $T = 36.9^\circ\text{C}$ $P = 120$ ครั้งต่อนาที $\text{SpO}_2 = 97\%$ รักษาความอบอุ่นใน Radiant warmer อุณหภูมิ 31.6°C (31.2°C - 33.4°C เป็น Neutral thermal environmental: NTE อุณหภูมิเหมาะสมกับอายุและน้ำหนักของทารกเกิดก่อนกำหนด) ได้รับนมมารดา (Breast milk; BM) 50 มิลลิลิตร วันละ 8 มื้อ ดูดนมมารดาได้ดี ไม่มีสำรอก การบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ แบบชี้เฉพาะ มีดังนี้

ข้อความชี้เฉพาะ (Focus)	การประเมินสภาพผู้ป่วย A=(Assessment)	การปฏิบัติการพยาบาล I=(Intervention)	การประเมินผล E=(Evaluation)
มีภาวะพร่อง ออกซิเจนจากปอด ขาดสารลดแรงตึงผิว ⁷	ทารกแรกเกิดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์หายใจไม่สม่ำเสมอ 62 ครั้งต่อนาที มือกบุมที่ซ้ายโครง	1.ประเมินการหายใจ ระดับการ ตื่นตัว ⁸ สีผิว ปลายมือและเท้า 2.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3.จัดทำเป็นกลางศีรษะสูงเล็กน้อย ลำคอตรง 4.ดูแลให้ออกซิเจนที่อุณหภูมิ 31°C - 34°C และมีความชื้นร้อยละ 40- 60 ตามแผนการรักษา 5.ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้ อยู่ในช่วง 37.0°C ±0.1 ⁹ 6.Keep warm ใน Radiant warmer อุณหภูมิตาม NTE 7.กำหนดกิจกรรมการพยาบาลใน เวลาเดียวกัน 8.ประเมิน vital signs 9.ประเมิน SpO ₂ และค่า ABG	หายใจไม่สม่ำเสมอ 58 ครั้งต่อ นาที สีผิวปลายมือและเท้าแดงดี มีชายโครงบวมเล็กน้อย T=37.0°C SpO ₂ =95 % ABG PH=7.40 PaO ₂ =70 mmHg PCO ₂ =38mmHg HCO ₃ =22 mEq/L BE=-1.0 mEq/L
การควบคุมอุณหภูมิ กายไม่มี ประสิทธิภาพ	ทารกแรกเกิดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 2,200 กรัม น้ำหนักปัจจุบัน 2,100 กรัม	1. Keep warm ใน Radiant warmer อุณหภูมิตาม NTE 2.ประเมินภาวะอุณหภูมิกาย 3.ป้องกันการสูญเสียความร้อนจาก การนำความร้อน (Conduction) โดย หลีกเลี่ยงการวางทารกบนพื้นผิว ที่เย็นจากการพาความร้อน (Convection) โดยไม่เปิดพัดลม หรือให้ลมพัดผ่านตัวทารกจากการ ระเหย (Evaporation) โดยดูแล ผิวหนังทารกให้แห้งเสมอ เปลี่ยน ผ้าอ้อมที่เปื้อนปัสสาวะหรือ อุจจาระทันทีหรือตามเวลาทุก 4 ชั่วโมง จากการแผ่รังสี (radiation) โดยห่อตัวทารกหรือ ห่มผ้า สวมหมวก 3. ติดตามอุณหภูมิของทารก 4.ปฏิบัติการพยาบาลอย่างรวดเร็ว	T=37.0°C

ข้อความชี้เฉพาะ (Focus)	การประเมินสภาพผู้ป่วย A=(Assessment)	การปฏิบัติการพยาบาล I=(Intervention)	การประเมินผล E=(Evaluation)
		และทำหลายกิจกรรมในเวลาเดียวกัน	
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ROP ¹⁰	ทารกแรกเกิดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ SpO ₂ = 97%	1.ประเมิน SpO ₂ (92-95%) และค่า PaO ₂ (60-80mmHg) 2.ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการดูแลทารกทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ¹⁰	SpO ₂ = 95% PaO ₂ =70 mmHg

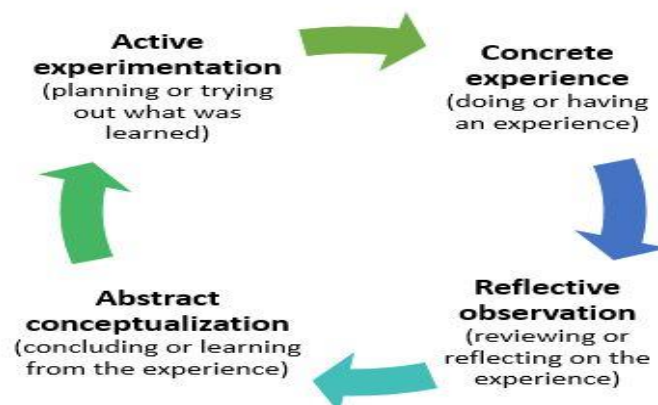
ประเด็นความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาล

วิชาชีพการพยาบาลเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติ การพัฒนาสู่ความเป็นวิชาชีพพยาบาล (nursing professionalism) ต้องใช้เวลาในการฝึกฝน และเรียนรู้เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนและสังคมได้อย่างมีคุณภาพ การพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ และเป็นผู้ใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิตถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง และเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามเป้าหมายที่ต้องการ การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติควบคู่กันไป โดยจัดให้มีการฝึกภาคปฏิบัติทั้งในหอผู้ป่วยและในชุมชน¹¹ สำหรับการฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และมารดาหลังคลอด ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องเตรียมความรู้เฉพาะด้าน ในรายละเอียดของกระบวนการพยาบาลที่ต้องให้การดูแลทารกแรกเกิดและเด็กทุกช่วงวัย และการฝึกมารดาหลังคลอดต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดโดยใช้กระบวนการพยาบาล จากประเด็นความเข้าใจการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบปัญหา จากการบันทึกทางการ

พยาบาลแบบชี้เฉพาะที่ไม่ชัดเจน (Clear) ร้อยละ 54.9 ไม่ถูกต้อง (Accurate) ร้อยละ 72.48 และไม่ครอบคลุม (assessable) ร้อยละ 78.6 บันทึกการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ที่ส่งผลถึงความปลอดภัย (Safe) ของผู้รับบริการ และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-based nursing practice) ของนักศึกษาพยาบาล¹² สัมพันธ์กับการศึกษา ผลของการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักของนักศึกษาพยาบาล¹¹ พบว่า หลังได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านความรู้และด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยควรจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมด้านความรู้ และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น¹¹ สัมพันธ์กับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง ความท้าทายของนักศึกษาพยาบาลใน

สภาพแวดล้อมการเรียนรู้การสอนทางคลินิก¹² โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลในอิหร่านต้องเผชิญกับความท้าทายในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้การสอนในคลินิก ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective communications) การเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติไม่เพียงพอ (inadequate readiness) และปฏิกิริยาทางอารมณ์ (emotional reactions) โดยมีข้อเสนอให้ผู้สอนมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนโดยการสื่อสารร่วมกันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนในเรื่องที่ชี้เฉพาะต่อการปฏิบัติ (the instructors prepare students with a specific focus) ที่ส่งเสริมให้เกิดความกระตือรือร้นและแรงจูงใจในการเรียน สร้างให้เกิดความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) และตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของนักเรียน (psychological needs)¹³ ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's Experiential Learning Theory)¹⁴ ซึ่งให้ความหมายของการเรียนรู้ในฐานะกระบวนการที่ความรู้ถูกสร้างขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (transformation of

experience) ผู้เรียนจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อย่างเป็นกระบวนการ ดำเนินกันไปเป็นวงจรแต่ละขั้นตอนต่อเนื่องกัน มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การเรียนรู้ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience-CE) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วม และรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึกและยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างใคร่ครวญ (reflection observation; RO) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่างรอบคอบเพื่อการไตร่ตรองพิจารณา ขั้นที่ 3 สร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม (abstract conceptualization - AC) เป็นขั้นที่ผู้เรียนใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่างๆ จากประสบการณ์ที่ได้รับ และขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation; AE) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริงเพื่อทดสอบว่าถูกต้อง หรือขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้จนเกิดประสบการณ์ในเชิงรูปธรรมที่วนกลับมาวงจรเดิม¹⁵ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Kolb's Four Stages Of Learning,

ที่มา: <https://educationaltechnology.net/kolbs-experiential-learning-theory-learning-styles/>

สัมพันธ์กับทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy)¹⁶ ซึ่งได้กล่าวถึงการจำแนกการเรียนรู้แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านพุทธิพิสัย เริ่มจากความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินผล 2) ด้านจิตพิสัย จำแนกเป็น การรับรู้ การตอบสนอง การสร้างค่านิยม การจัดระบบ การสร้างคุณลักษณะจากค่านิยม และ 3) ด้านทักษะพิสัย จำแนกเป็น ทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทักษะการเคลื่อนไหวของอวัยวะสองส่วนหรือมากกว่าพร้อมๆ กัน ทักษะการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง และทักษะการแสดงพฤติกรรมทางการพูด โดยในแต่ละด้านจะมีการจำแนกระดับความสามารถจากต่ำสุดไปถึงสูงสุด ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยๆ 5 ชั้น ดังนี้ เริ่มตั้งแต่ 1) เลียนแบบ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือ เป็นการเลือกหาตัวแบบที่สนใจ 2) ทำตามคำสั่ง เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามแบบที่ตนสนใจและพยายามทำซ้ำ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้ หรือ สามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำ 3) ทำเพื่อความถูกต้อง เป็นพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะ เมื่อได้กระทำซ้ำแล้วก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ 4) ทำอย่างสร้างสรรค์ต่อเนื่อง หลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตนเองจะกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง จนปฏิบัติงานที่ย่างยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง คล่องแคล่ว การที่ผู้เรียนเกิดทักษะได้ ต้องอาศัยการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ และขั้นสุดท้าย 5) ทำได้เหมือนธรรมชาติ เป็นพฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติได้คล่องแคล่วโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูง¹⁷

บทวิจารณ์: การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

ประเด็นความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาล บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เป็นเครื่องมือที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ ในเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย และแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาพยาบาลทำความเข้าใจในขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และเห็นความสำคัญในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล นักศึกษาต้องผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมระหว่างครูผู้สอนและผู้เรียน โดยครูต้องเตรียมความพร้อมผู้เรียนให้พร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติด้วยการสื่อสารในเรื่องที่ชี้เฉพาะในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเสริมสร้างทัศนคติทางบวกและนำไปสู่เป้าหมายของการปฏิบัติ คือ ปฏิบัติได้คล่องแคล่วโดยอัตโนมัติเป็นไปอย่างธรรมชาติ ควรมีคู่มือการฝึกภาคปฏิบัติที่ประกอบไปด้วยรายละเอียดของการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ในประสบการณ์เรื่องที่ขึ้นฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์อย่างเป็นรูปธรรมก่อนผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วม และรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้พบในขณะนั้นและมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการสังเกตอย่างรอบคอบเพื่อการไตร่ตรองพิจารณาแล้วใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับ และสามารถปฏิบัติและบันทึกเรื่องที่ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ควรมีการจัดระบบการตรวจสอบประเมินผลการบันทึกทางการพยาบาล โดยครูผู้สอนเพื่อให้ได้แนวทางการบันทึกที่มี

วารสารกองการพยาบาล

ประสิทธิภาพและถูกต้องแก่นักศึกษา ร่วมกับการ จิตใจที่ช่วยให้นักศึกษาเกิดความเชื่อมั่นในตนเองใน
สังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์ หรือการดูแลทางด้าน การปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

References

1. Potchanee Teerakul, Gunyadar Prachusilpa. Effects of the Focus Charting Nursing Documentation on quality of nursing perceived by patients and professional nurses' satisfaction. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;12(S2):257-65. [online] Thai.
2. Department of Nursing, Srinakarin Hospital, Khon Kaen Nursing Documentation Manual (patient). 2019 [online] Thai.
3. Udomporn Komlamlird, Aree Cheevakasemsook, Rachanee Namjuntra, Wilai Kusolvisitkul. The Development of a Nursing Record Model in a Neonatal Intensive Care Unit of Samutsakhon Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(S2):411-16. [online] Thai.
4. Sunetra Kaewwichien, Siriporn Sangkhamal. The development of nursing system for pediatric patients undergoing an open heart surgery at Queen Sirikit National institute of child health. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2016;27(1) :56-71. [online] Thai.
5. Radiwan Kittichaised. The evaluation of the usage of nursing documentation in in-patient department at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre. Thesis in M.Sc. (Public Health) program in Health Administration. Graduate School Mahidol University 1993. [online] Thai.
6. Pathumthani Hospital. Pediatric ward 1, Case Study: Respiratory distress syndrome, 2022. Thai.
7. Srisomboon Musiksukont. Pediatric Nursing Textbook 1. Faculty of nursing, Mahidol University. 2016:301-28.
8. Kriangsak Jirapaet. Newborn Assessment Textbook. Faculty of Medicine Siriraj Hospital .2009. [online] Thai.
9. Kriangsak Jirapaet. Care body temperature of the Newborn. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. 2012 [online] Thai.
10. Saichon Thantaristri. Nursing Care for the Premature Infants: Case series 2 Cases. Mahasarakham Hospital Journal. 2019;16(2):149-56.
11. Nongnaphat Rungnoe. Effects of Self-development Supportive for the Pre-practicum Preparation at Intensive Care Unit on Knowledge and Skills among Nursing Students. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2016;27(2):29-38 [online] Thai.

12. The American Nursing Association. Teaching and Learning Documentation for Supporting Nursing Students' Practice Readiness. 2010(1):1[online]
13. Jamshidi N, Molazem Z, Sharif F, Torabizadeh C, Kalyani MN. The Challenges of Nursing Students in the Clinical Learning Environment: A Qualitative Study. ScientificWorldJournal. 2016:1846178 doi: 10.1155/2016/1846178 [online]
14. Siriporn Chudjuajeen, Sudarat Wutisukpaisan, Warangkana Khumsuk. Simulation Based- Learning: Application of nursing teaching. The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi. 2022;5(1):17-31. Thai
15. Kurt S. Kolb's Experiential Learning Theory & Learning Styles. [Internet] 2022 September 25 [cited 2022 Aug 26]; Available from: <https://educationaltechnology.net/kolbs-experiential-learning-theory-learning-styles/>
16. Shabatura J. Using Bloom's Taxonomy to Write Effective Learning Outcomes. University of Arkansas. [Internet] 2022 Jul 26 [cited 2022 Aug 26]; Available from: <https://tips.uark.edu/using-blooms-taxonomy/>
17. Phichitra Thongpanit. The Development of a Teaching and Learning Paradigm That Promotes Higher-Order Thinking Skills in the Age of Education 4.0 Among Education Students. Silpakorn Educational Research Journal. 2019;11(2):179-98. [online] Thai.