



NDJ วารสาร กองการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 50 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 Vol. 50 No. 3 September - December 2023

ISSN 0125-7242

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 50 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2566 Vol. 50 No. 3 September-December 2023 ISSN 0125-7242

วัตถุประสงค์

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

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 สารน่ารู้ 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 สติรอังกูร Teeraporn Sathira-angura กองการพยาบาล
2. อาจารย์ศิริมา ลีละวงศ์ Sirima Leelawong สภาการพยาบาล

บรรณาธิการ Editor

1. อาจารย์อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ Armarapas Atthachaiwat กองการพยาบาล
2. ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ 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 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
(Associate Professor Dr. Somjai Puttapitukpol)
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ภุชิตา 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.ดนุลดดา จามจรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
(Assistant Professor Dr. Danulada Jamjuree)
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีเสาศร 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. นางจรรุวรรณ จันทา กองการพยาบาล
4. นายภูวนาท บ่อมเมือง กองการพยาบาล
5. นางสาวรสรินทร์ บุญเหลี่ยม กองการพยาบาล

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)

รายนามผู้พิจารณากลับกรองบทความวิจัย (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 โฟน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุสดา จามจวีร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
10. ดร.กฤษดา แสงวงดี สภาการพยาบาล
11. ดร.รุ่งอรุณ เกศวงษ์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
12. ดร.นวรรตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก
13. ดร.ชลิยา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
14. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
15. ดร.สุรีย์พร กุมภะคาม นักวิชาการอิสระ
16. นางสาวโคกิชฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
17. นางศิริมา ลีละวงศ์ สภาการพยาบาล
18. ดร.ธีรพร สติรังกูร กองการพยาบาล
19. ดร.อรรณยา อมรพรหมภักดี กองการพยาบาล
20. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ กองการพยาบาล
21. ดร.กนกพร แจ่มสมบุญณ์ กองการพยาบาล
22. นางอัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ กองการพยาบาล
23. นางสาวอุไรพร จันทะอุมเม้า กองการพยาบาล
24. นางสาวพัชรีย์ กัดจอมพงษ์ กองการพยาบาล
25. นางสาวขวัญณา ขวัญสถาพรกุล กองการพยาบาล
26. ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ วณิชโยบล กองการพยาบาล

| สารบัญ | | Content |
|---|----|---|
| บรรณาธิการแถลง | | Chief Editorial |
| <p>ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัด นครปฐม</p> <p>ณิชากุล พิชชาชญ วารีย์ วณิชปัญจพล ศิริภัททรา จุฑามณี ยุพา พูลสวัสดิ์</p> | 1 | <p>Factors Affecting Coronavirus Disease 2019 Preventive Behaviors among students in a secondary school, Nakhon Pathom province</p> <p>Nitchakun Phichachan Waree Wanichpunchaphol Siripattra Juthamane Yupa Poonsavas</p> |
| <p>การพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์</p> <p>เสาวลักษณ์ พุฒแก้ว นริสา สะมาเอ สุธาสินี เรียมจันทร์ แวรสลินดา มาหามะ</p> | 12 | <p>Development of New Normal in Nursing Service Model for End-stage Renal Disease Patients with Hemodialysis, Naradhiwasrajanagarindra Hospital</p> <p>Saovaluk Putkaew Narisa Sahmae Suthasinee Riamchan Waeroslinda Mahama</p> |
| <p>ผลของการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย เด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>พรรณทิพา ขำโพธิ์ ชุลิพร แสงบุญเรืองกุล สิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์ รัชดาภรณ์ เชื้อใจ</p> | 27 | <p>Effects of an education program via mobile application on self-care behaviors to prevent infection among children with cancer receiving chemotherapy</p> <p>Punthipa Khumpho Chuleeporn Sangboonruangkul Siriluk Khunkamol Karn Ratchadaporn Auajai</p> |
| <p>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยากลำบากในการปรับตัว หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิด ปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน</p> <p>พุฒิสันต์ รัตนชู</p> | 38 | <p>Factors Associated with Coping Difficulties Following Discharge in Patients with Closed Leg Fractures Undergoing Open Reduction internal fixation surgery</p> <p>Puttisan Rattanachoo</p> |
| <p>ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรีหลังคลอด ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการสนับสนุนของ ครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับ น้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลนครปฐม</p> <p>อัจฉรภา รัตนจันทร์ สันหิรีวา นิตยแสง ภาณุมาศ ไกรสัย</p> | 49 | <p>Effect of Self-Efficacy Enhancement Program in Postpartum Women with Gestational Diabetes Mellitus and Family Support on knowledge, Self-care Behaviors and Blood Sugar Level, Nakhonpathom Hospital.</p> <p>Adcharapa Ratanajan Sanjira Nitsawang Panumad Kraesai</p> |
| <p>การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิด รุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป</p> <p>เพชร กาลสกุล วันทนา วงศ์คำจันทร์ เอณัฐฐา หว่างนนท์รังสี</p> | 67 | <p>The development of nursing practice guidelines for the care of pregnant women undergoing caesarean section with severe preeclampsia receiving general anesthesia</p> <p>Petchara Kalsakul Vanthana Wongkhumjun Aynattha Wanknontrangsee</p> |

| สารบัญ | | Content |
|--|-----|---|
| ความสัมพันธ์ของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี วลัยนารี พนมลา สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์ กัญณภัทร สนสกุล | 77 | Relation of health literacy management on self-care management behavior of chronic disease patients in Pathum Thani Province Walainaree Pommala Sirikan Krajangpho Kannaphat Sonsakul |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ผุสดี ชูชีพ วลัยนารี พนมลา สาวิตรี แยมศรีบัว | 87 | Factors related to the identity of nursing students: a private university in Pathum Thani province Pusadee Chucheep Walainaree Pommala Savitri Yamsribua |
| รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ ดุษฎี ใหญ่เรืองศรี สมจิตต์ สุขสง | 98 | Model of Control and Prevention for the spread of Multidrug Resistant Bacteria in The Priest Hospital Dusadee Yairangsri Somchit Suksong |
| ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก เครือวัลย์ กุมพล มะลิวรรณ อังคนิตย์ | 114 | Effects of Employing Nursing Practice Guidelines for Managing Disturbance Symptoms in Older People Underwent Cataract Surgery Kueawan Kumphon Maliwan Angkhanit |
| ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จารุพัทธ์ สุขุมลพพิทักษ์ มะลิวรรณ อังคนิตย์ | 125 | The Effects of Nursing Practice Guidelines for Implementing an Early Warning System for Emergency Critical Arrest Management in Medicine In-Patients at Roi Et Hospital Jarupak Sukhumalpitak Maliwan Angkhanit |
| การพัฒนาระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ นัชชา สุนทรสวัสดิ์ ธิดารัตน์ เหลี่ยมไกร นฤมล อนุมาศ ประณีต ส่งวัฒนา | 138 | Development of Emergency Nursing System in Patients with Acute Myocardial Infarction (STEMI), Accident and Emergency Department, Hatyai Hospital Nachcha Soontornsawad Thidarat Liamkrai Narumon Anumat Praneet Songwattana |
| การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสถิตควบคุมพิเศษ ชวิกา มีสวัสดิ์ เจตธิดา ตาแก้ว | 154 | The Development of Nursing Practice Guideline for Infection Prevention of Specially Controlled Multidrug-Resistant Chawika Meesawat Jathida Takeaw |
| ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด | 170 | Effects of Using Nursing Practice Guidelines to Promote Success in Weaning from a Ventilator in Male Medical Ward 4 Unit, Roi Et Hospital |

| สารบัญ | | Content |
|---|-----|---|
| เย็นจิต มีดทัพไทย มะลิวรรณ อังคนิตย์ จารุพัคตร์ สุขุมาลพิทักษ์ | | Yenjit Mudtupthai Maliwan Angkhanit Jarupak Sukhumalpitak |
| การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อรนุช ท้าวอนนท์ เรืองอุไร อมรไชย ไพรินทร์ ยอดสุบัน | 185 | Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Patients Undergoing Hemodialysis Oranuch Thaoanont Ruangurai Amornchai Pairin Yodsuban |
| แผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการ สุขภาพ และการขับเคลื่อน สู่การปฏิบัติ สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ อรรถยา อมรพรหมภักดี อัมรภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ วชิรา โพธิ์ไธ ขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล นครินทร์ สุวรรณแสง | 201 | Specialized nurses' development plan according to the regional health service system: driving into practice Somchit Wongsuvansiri Attaya Amonprompukdee Armarapas Atthachaiwat Vachira Posai Khwannapha Khwansatapornkoon Nakarin Suwanasaeng |

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับที่ 3 ปี พุทธศักราช 2566 ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายส่งท้าย ปี 2566 วารสารกองการพยาบาล มีการปรับปรุงการทำงานของวารสารมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปรับเป็นการตีพิมพ์และเผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง วารสารตีพิมพ์ทันทีที่บทความแต่ละเรื่องเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวมเล่ม และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานมากขึ้นกว่าเดิม โดยเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็น Peer review ให้มีความหลากหลายทางด้านวิชาการให้มากขึ้น และเพื่อตรวจสอบและคัดสรรบทความและงานวิจัยที่มีคุณภาพมีมาตรฐานเหมาะสมในการตีพิมพ์

บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ สหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง ที่ดูแลผู้ป่วยและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรมและบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครสมาชิกวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและ แหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยและชุมชน

เนื้อหาสาระของวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ ประกอบด้วยเรื่องที่น่าสนใจ ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม การพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีดื้อยา เป็นต้น

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาลและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งงานวิจัยหรือบทความมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่อง

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญณ์

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2566

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียน มัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม

| | |
|--------------------|-------------------------------------|
| นิชกุล พิชชาชญ* | พ.ย.ม (การพยาบาลเด็ก) |
| ศิริภัทรา จุฑามณี* | พ.ย.ม (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) |
| วารี วณิชปัญจพล* | ปร.ด (การพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษย์) |
| ยุพา พูลสวัสดิ์** | พ.ย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) |

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาอธิบายแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 269 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรอบรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่า IOC 0.67 – 1.00 และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.80 - 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรอบรู้เรื่องโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ($M=4.17$ $SD=0.86$, $M=3.88$ $SD=0.86$ และ $M=3.83$ $SD=0.84$, ตามลำดับ) และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา คือความรอบรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta=0.612$, $p < 0.001$) สามารถอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา ได้ร้อยละ 37.2 (Adjusted $R^2=0.372$, $p, < 0.001$) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาสามารถใช้ผลวิจัยนี้ไปวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่นักเรียนเพื่อเพิ่มความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

คำสำคัญ: การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักเรียนมัธยมศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรค

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ธีย์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองอ้อ

Corresponding e-mail: nitchakun.p@mru.ac.th

Factors Affecting Coronavirus Disease 2019 Preventive Behaviors among students in a secondary school, Nakhon Pathom province

Nitchakun Phichachan* M.N.S (Pediatric Nursing)
Siripattra Juthamane* M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)
Waree Wanichpunchaphol* Ph.D (Human Resource)
Yupa Poonsavas** M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Abstract

This explanatory cross-sectional research aimed to investigate factors influencing preventive behaviors towards Coronavirus disease 2019 of the secondary school students, Nakhon Pathom province. A sample of 269 secondary school students were randomly selected using a multistage random sampling technique. The interviews questionnaires consisted of perceived severity, health literacy on Coronavirus disease 2019 and preventive behaviors towards Coronavirus disease 2019. The content validity was examined by three experts yielding IOC of 0.67-1.00 and Cronbach's Alpha Coefficient of 0.80-0.93 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression.

The results found that perceived severity, health literacy on Coronavirus disease 2019 and preventive behaviors towards Coronavirus disease 2019 were at a high level, (M=4.17 SD=0.86, M=3.88 SD=0.86 and M=3.83 SD=0.84, respectively). Factors affecting Coronavirus disease 2019 preventive behaviors among students was health literacy on Coronavirus disease 2019 ($\beta=0.612$, $p < 0.001$). These factors could predict preventive behaviors by 37.2 % (Adjusted $R^2=0.372$, $p < 0.001$). Therefore, the public health officers and the education personnel should apply this result to plan activities to promote health literacy on Coronavirus disease 2019 of the students aimed at increasing awareness and leading to further action to prevent coronavirus 2019 infection.

Keyword: Coronavirus Disease 2019, secondary school student, preventive behaviors

* Lecturer, School of Nursing, Metharat University

** Registered Nurse, Professional Level, Nong-or Health Promoting Hospital

Corresponding e-mail: nitchakun.p@mru.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดการระบาด (Outbreak) เมื่อเดือนธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่นของ สาธารณรัฐประชาชนจีน หลังจากนั้นได้มีผู้ติดเชื้อเป็น จำนวนมากทั้งในสาธารณรัฐประชาชนจีน และหลาย ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยทำให้การระบาดของ โควิด-19 กลายเป็นโรคระบาด (Epidemic) เต็ม รูปแบบ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศอย่างเป็นทางการถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 ระยะเวลาประมาณ 4 ปี ที่ทั่วโลกต้องรับมือกับ สถานการณ์ดังกล่าว¹ และผ่านวิกฤตการณ์การระบาด ทั้งสายพันธุ์อู่ฮั่น สายพันธุ์อัลฟา สายพันธุ์เบต้า สายพันธุ์เดลต้า จนมาถึงสายพันธุ์โอมิครอน ตลอดทั้ง ปี 2565 ทั่วโลกเผชิญกับโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน เป็นหลัก ทั้งนี้ WHO เคยประกาศให้เป็นสายพันธุ์ที่น่า กังวล เพราะมีการกลายพันธุ์ส่วนโปรตีนหนามหลาย ตำแหน่ง ทำให้สามารถหลบหลีกภูมิคุ้มกันต้านทานได้มาก ขึ้น มีการแพร่เชื้อได้เร็วขึ้น ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อเป็น จำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว ผู้ที่เคยติดเชื้อแล้ว สามารถกลับมาติดเชื้อซ้ำได้อีก ในส่วนการระบาดของ สายพันธุ์โอมิครอนในประเทศไทยเริ่มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ พร้อมกับกำเริบกลับมาระบาดอย่างหนักของ โควิด-19 หลังจากตัวเลขผู้ติดเชื้อได้ลดลงไปเมื่อปลายปี 2564 (ก่อนการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน) จนถึง สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ 2565 เชื้อโควิด-19 ที่ระบาดใน ไทยส่วนใหญ่พบเป็นสายพันธุ์โอมิครอนเกือบ 100% โดยสถิติผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายวันในประเทศไทยพุ่ง สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยถึงจุดสูงสุดเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อถึง 28,379 ราย (เฉพาะตรวจ RT-PCR) สำหรับอาการของผู้ป่วยสายพันธุ์โอมิครอนนั้น จาก ข้อมูลที่รวบรวมโดยกระทรวงสาธารณสุข ทั้งจาก ต่างประเทศและในประเทศ พบว่าเบื้องต้นอาการไม่

แตกต่างจากอาการโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการของ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน คือ มีไข้ เจ็บคอ และไอแห้งๆ มีหลายประเทศรายงานตรงกัน ว่าความรุนแรงไม่มากเท่าสายพันธุ์เดลตา บางรายมี อาการปอดอักเสบ และเนื่องจากการที่ไม่ค่อยแสดง อาการเมื่อป่วยทำให้เป็นการยากในการคัดกรอง รวมทั้งผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 แล้ว ก็ยังสามารถ กลับมาติดเชื้อซ้ำได้อีก ผู้ติดเชื้อสายพันธุ์นี้จึงอาจ ประปนกับผู้ไม่ติดเชื้อได้ อันเป็นสาเหตุของการระบาด อย่างหนักในช่วงต้นปี 2565²

ประเทศไทยประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019) หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตาม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งกระทรวง สาธารณสุขได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง ลงวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2565 ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการ ควบคุมโรคติดต่อ เนื่องจากในรายที่มีอาการรุนแรงจะมี อาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้น เสียชีวิตได้³ ซึ่งโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หมายถึง โรคติดต่อที่ต้องติดตาม ตรวจสอบหรือจัดเก็บข้อมูล อย่างต่อเนื่อง⁴

จากการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์การระบาดของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย ณ วันที่ 27 ธันวาคม 2564 ยังคงมีการระบาดแบบเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) โดย พบจำนวนผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน มากกว่า 200 กลุ่ม ก้อน และมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 12,862 ราย กลุ่มก้อนที่มีการพบผู้ติดเชื้อมากที่สุด จะเป็น

ลักษณะของการติดเชื้อที่ตลาดหรือห้างสรรพสินค้าเฉลี่ยมีการติดเชื้อมากกว่า 232 ราย ต่อกลุ่ม รองลงมา ได้แก่ การติดเชื้อในโรงงาน บริษัท หรือสถานประกอบการ กิจกรรมการรวมกลุ่ม และการติดเชื้อในครอบครัว หรือชุมชน เฉลี่ยมีการติดเชื้อมากกว่า 94,52 และ 49 ราย ต่อกลุ่มตามลำดับ การติดเชื้อในชุมชนจะเป็นกลุ่มที่สามารถพบได้ในทุกจังหวัด⁵

นักเรียนมัธยมศึกษาเป็นกลุ่มคนที่อยู่รวมกันจำนวนมากในสถานศึกษาและเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมในการพบปะพูดคุยหรือเข้าไปในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า หรือทำกิจกรรมในชุมชน จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 แบบเป็นกลุ่มก้อน ซึ่งหากมีการระบาดขึ้นจะมีผลกระทบไปสู่บุคคลในครอบครัว สังคมหรือผู้ใกล้ชิดจนกระทั่งระบาดวงกว้างได้ และนโยบายของหน่วยงานสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการในโรงเรียนเพื่อรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยเช่นกัน⁶

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยซึ่งอาจมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นว่าทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค⁷

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและ

บำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ⁸ หากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ จะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาลจนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ขาดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการได้⁹

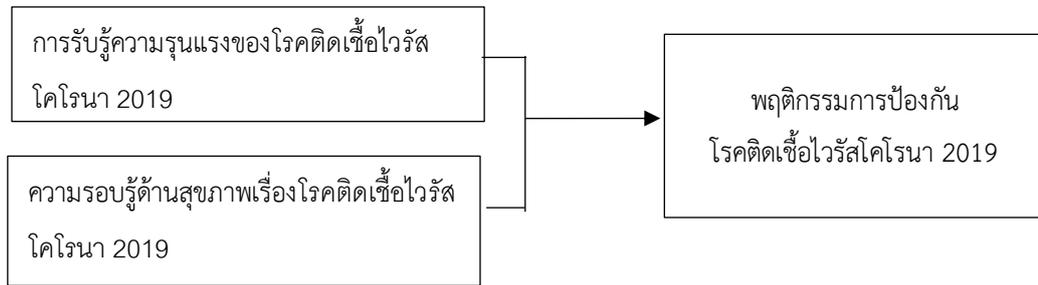
จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษายังมีไม่มาก และนักเรียนมัธยมศึกษายังเป็นองค์ประกอบของประชาชนที่เป็นกลุ่มก้อนที่เผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทราบว่าโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ยังไม่หมดไป การดูแลและป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัดก็ยังคงมีความจำเป็น ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีความสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมัธยมศึกษา มีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้ใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ระดับการรับรู้ความรุนแรง ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียน
แห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม

2. ปัจจัยทำนาระดับการรับรู้ความรุนแรง
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำรป้องกัน
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา
โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาธิบาย
แบบภาคตัดขวาง (Explanatory Cross-Sectional
Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำร
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียน
มัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม
เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียน
แห่งหนึ่ง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ปีการศึกษา
2565 จำนวนทั้งหมด 764 คน¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา
โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา
2566 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ
Krejcie and Morgan¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 256
คน และเพิ่มอีก 5% คือ 13 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง
269 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัด
นครปฐม ดังภาพที่ 1

หลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) คือ
1) แบ่งสัดส่วนระหว่างชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและ
ตอนปลาย (135:134) 2) คำนวณสัดส่วนตาม
ระดับชั้น 3) คำนวณสัดส่วนตามห้องเรียน 4) จับ
สลากบัญชีรายชื่อจนครบจำนวน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6
ที่กำลังศึกษาอยู่โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางเลน
จังหวัดนครปฐมในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล
2. สมัครใจและยินยอมให้ข้อมูลของกลุ่ม
ตัวอย่างและผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออก เป็นนักเรียนที่พ้นสภาพ
การเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม
ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของ
นักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบางเลน
จังหวัดนครปฐม เป็นคำถามปลายปิดมีคำตอบให้

เลือกตอบประกอบไปด้วย เพศ ประสบการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแหล่งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม ใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและเป็นเชิงบวกทั้งหมด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น ตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์¹²

ส่วนที่ 3 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม ใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและเป็นเชิงบวกทั้งหมด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น ตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์¹²

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม ใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามของข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิดและเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น ตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์¹²

เกณฑ์การแปลผลในภาพรวม
คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและประยุกต์ใช้เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและประยุกต์ใช้ไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำคำตอบที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (α) ไม่ต่ำกว่า 0.8¹³ ผลการทดสอบ พบว่า แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น 0.90 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น 0.80 และภาพรวมค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยเมธาร์ตย์ เลขที่ไดรับอนุมัติ IRBS 23/09 ลงวันที่ 8 มีนาคม 2566 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรม ดังนี้ (1) ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวิธีการวัตถุประสงค์ การวิจัยรายละเอียดตัวแปร แบบสอบถาม

วิธีการตอบแบบสอบถาม ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย (2) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดและ (3) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจะถูกรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอมหาวิทยาลัยเมธารัตย์ เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียนที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วม และได้ลงลายมือชื่อในเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สถิติอนุมาน (Inferential statistics) และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Enter multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 59.11 และ 40.89 ตามลำดับ มีประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ ร้อยละ 52.78 และไม่มีประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 47.22 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 49.07

2) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมาก ($M=4.17$ $SD=0.86$) เมื่อพิจารณารายข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อโรคให้บุคคลที่สัมผัสใกล้ชิด ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากอย่างรวดเร็ว ($M=4.26$ $SD=0.93$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 มีโอกาสเสียชีวิตสูง ($M=3.74$ $SD=0.98$)

3) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมาก ($M=3.88$, $SD=0.86$) เมื่อพิจารณารายข้อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ นักเรียนสวมหน้ากากอนามัยหรือผ้าเมื่อไปในที่สาธารณะหรือสถานที่แออัด ($M=4.22$ $SD=0.98$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ นักเรียนเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความถูกต้องก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ ($M=3.58$ $SD=1.05$)

4) ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม เมื่อพิจารณารายข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ นักเรียนสวมหน้ากากอนามัยหรือผ้าเมื่ออยู่นอกบ้าน ($M=4.36$ $SD=0.94$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ นักเรียนรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ วันละ 3 มื้อ ($M=3.23$ $SD=1.06$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม (n = 269)

| ปัจจัย | M | SD |
|---|------|------|
| การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 | 4.17 | 0.86 |
| ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด-19 | 3.88 | 0.86 |
| พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 3.83 | 0.84 |

5) ความสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครปฐม พบว่า ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด-19 สามารถอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ

37.2 (Adjusted $R^2 = 0.372$, $p < 0.001$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ไม่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครปฐมได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุของการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครปฐม (n=269)

| | B | Std. Error | Beta | F | p-value |
|-----------------------------------|-------|------------|--------|--------|---------|
| ค่าคงที่ | 1.37 | 0.19 | | 7.24 | 0.001* |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 | -0.55 | 0.07 | -0.056 | -0.81 | 0.419 |
| ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด-19 | 0.63 | 0.05 | 0.61 | 12.614 | 0.001* |

$R^2 = 0.374$, Adjusted $R^2 = 0.372$, $F = 159.12$, $p < .001$

* $p < .001$

อภิปรายผล

ผลการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามัธยมศึกษา อยู่ในระดับมาก 3.83 (SD=0.84) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮมอัชฌา วัฒนบูรานนท์และคณะ¹⁴ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับ

มาก^{15,16,17} เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁷ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการโรค และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เปรียบได้กับการมีเกราะป้องกันอันตรายต่างๆ ในทุก ๆ สถานการณ์ ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม^{18,19}

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา

จังหวัดนครปฐม พบว่า ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด-19 สามารถอธิบายความผันแปรพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา ได้ร้อยละ 37.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted $R^2 = 0.372$, $p\text{-value} < 0.001$) หมายความว่า เมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จะมีการพัฒนาขึ้นเช่นกัน^{14,17,20,21} การเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะและความสามารถในการจัดการตนเอง เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ซึ่งพัฒนาได้ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไปในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam¹⁹ ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพต้องผสมผสานกับทักษะและความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวันของบุคคล ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพคือ สมรรถนะที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินความรู้ และสื่อสารเรื่องสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม การพัฒนาความรู้และทักษะเหล่านี้สามารถช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพและปรับปรุงสุขภาพของบุคคลในระยะยาว โดยส่งเสริมการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพและปรับปรุงสุขภาพของบุคคลและชุมชนในระยะยาว และยังสามารถนำข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอย่างเหมาะสม ฉะนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด-19 จึงเป็น

ปัจจัยที่สำคัญในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนในจังหวัดนครปฐม การศึกษานี้มีความสำคัญในการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมการป้องกันในกลุ่มเป้าหมายในอนาคตให้มีความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกันที่เหมาะสม ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ไม่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครปฐมได้ แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ยังไม่ได้นำมาร่วมพิจารณาในครั้งนี้ ดังการศึกษาของ อินทิตา อ่อนลาและคณะ²⁰ ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 (โควิด-19) ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาได้ เช่นเดียวกับ Zohreh และคณะ¹⁷ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ในประเทศอิหร่าน พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง อำนาจการพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และอาจเนื่องจากในช่วงเวลาศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลง จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดอบรมหรือสัมมนาให้ความรู้เรื่องการระบาดของโรคโควิด-19 ให้แก่กลุ่มผู้ปกครองนักเรียน และเพิ่มการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ต้องการให้กับนักเรียนมัธยมศึกษา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคระบาดอื่นที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังกำการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคระบาดอื่น ๆ

2. ควรมีกำการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกับพฤติกรรมกำบังกำการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคระบาดอื่น ของกลุ่มนักเรียนเพิ่มขึ้น

Reference

1. Phanthipha Homthip. COVID-19 On the transition path to “Endemic” 2022. [Internet]. [cited 2022 Nov 22]; Available from: <https://www.senate.go.th/assets/portals/93/san/Covid19.pdf>. Thai.
2. 2022 Year 3 of 'COVID-19' from a dangerous contagious disease - Omicron - to a surveillance disease. [Internet]. 2023 Mar 8 [cited 2023 Dec 1]; Available from: <https://prachatai.com/journal/2023/03/103085>.
3. Royal Gazette. Notification of the Ministry of Public Health “Designation and Main Symptoms of Surveillance Communicable Diseases” (Issue 3) 2022 Volume 139 Special part 223 Ngor Announced on 20 September 2022. [Internet]. [cited 2022 Nov 22]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/15620220926033355>. Thai.
4. Communicable Diseases Act, B.E. 2558 (2015). [Internet]. [cited 2022 Nov 22]; Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/001_1gcd.Pdf. Thai.
5. Department of Disease Control. Report on the situation of coronavirus disease 2019. Emergency Operations Center, Issue 728, December 31, 2022. Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2022. Thai.
6. Jongkonnee Witthayarungruang and Phamonsri Daengchai. School management manual for dealing with COVID-19. 1st ed. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing; 2020. Thai.
7. Rosenstock, MI., Strecher, V. J., & Becker, MH. Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly 1988, 15(2), 75-138.
8. Health Systems Research Institute Ministry of Public Health. Definition of health promotion terms. Revised edition. Nonthaburi: Health Systems Research Institute Ministry of Public Health; 1998.
9. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, & Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). [Internet]. BMC Public Health 2013; 16 July: 1-17. [cited 2022 Nov 22]; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/658>.

10. Banglaen Wittaya School. Student statistic 2022 [cited 2023 Jan 5] Available from: www.banglane.ac.th Thai.
11. Krejcie, RV., & Morgan, DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement 1970; 30(3): 607-10.
12. John W. Best and James V. Kahn. Research in education. 10th ed. United States of America: Pearson Inc; 2006.
13. Cronbach, L.J. Essential of Psychological Testing, 3rd ed. New York: Harper & Row; 1974.
14. Aim- utcha Wattanaburanon, Mingkwan Sirichote, Pannawit Piyaaramwong and Subhaaddh Sattayathewa. Perceptions and Preventive Behaviors of the COVID-19 among High School Students in Bangkok, Thailand. Journal of Liberal Arts, Maejo University 2021; 9(1): 36-49. Thai.
15. Hooda Waehayi. Severity Perception and Preventive Behavior on the Coronavirus disease - 2019 among Youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala. Academic Journal of Community Public Health 2020; 6(4): 158-68. Thai.
16. Kanyaphat Sripairoj, Jintana Sarayuthpitak, and Sarinya Rodpipat. Media exposure, perception, knowledge, and behavior in health protection on pandemic for junior high school student: Case of COVID-19. Academic Journal of Thailand National Sports University 2022; 14(3): 131-41. Thai.
17. Zohreh F.D. et al. Factors associated with preventive behaviors of COVID-19 among adolescents: Applying the health belief model. Research in Social and Administrative Pharmacy 2021; 17: 1786–90.
18. Wachira Pengchan. Health Literacy. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2017. Thai.
19. Nutbeam D. The evolving concept of Health Literacy. Social Science & Medicine 2008; 67: 2072-8.
20. Inthita Onla, Autchariyaporn Chumsong, Inthawa Khamyotha, et al. Predictors of Behaviors in Prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) In 7th – 12th Grade Students. The 13th Hatyai National and International Conference. On Friday 13 May 2022 at Hat Yai University, Songkhla Province 2020. Thai.
21. Katherine C. et al. COVID- 19 Knowledge and Behavior Change among High School Students in Semi-Rural Georgia. Journal of School Health 2021; 91(7): 526-34.

การพัฒนา รูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| เสาวลักษณ์ พุดแก้ว* | พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) |
| สุธาสินี เรียมจันทร์* | พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) |
| นริสา สะมาแอ* | พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่) |
| แวรสลินดา มาหามะ** | พย.บ. |

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้นรูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภายใต้ 4S care model กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 60 คน พยาบาลวิชาชีพ 30 คน ดำเนินการ 3 ระยะ (1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนาและทดลองใช้นรูปแบบ และ (3) ประเมินผลลัพธ์การใช้นรูปแบบ เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลฯ เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ (1) แบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ป่วย (2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย (3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล (5) แบบประเมินความพร้อมในการให้บริการทางการพยาบาล (6) แบบสนทนากลุ่ม และ (7) แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้นรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลฯ มี 3 ระยะ ครอบคลุม 4 ด้านของ 4S care model ดังนี้ **ระยะที่ 1** การป้องกันและลดผลกระทบ และเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้าง ด้านระบบและการบริการ ด้านบุคลากร และด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย **ระยะที่ 2** การดูแลผู้ป่วย **ระยะที่ 3** การฟื้นฟูสภาพหรือสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการใช้นรูปแบบ พบว่า หลังใช้นรูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยมีคะแนนความพึงพอใจในระดับมาก (Mean 4.42, SD 0.64) คะแนนความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าก่อนใช้นรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจในระดับมาก (Mean 4.26, SD 0.53) การติดเชื้อโควิด-19 ของผู้ป่วยและพยาบาลหลังการใช้นรูปแบบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

คำสำคัญ : การพยาบาลวิถีใหม่, ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

E-mail: saowaluk_putkaew@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

Development of New Normal in Nursing Service Model for End-stage Renal Disease Patients with Hemodialysis, Naradhiwasrajanagarindra Hospital

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| Saovaluk Putkaew* | M.N.S. (Nursing Management) |
| Suthasinee Riamchan* | M.N.S. (Gerontological Nursing) |
| Narisa Sahmaae* | M.N.S. (Adult Nursing) |
| Waeroslinda Mahama** | B.N.S. |

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of the new normal nursing service model for end-stage renal disease with hemodialysis using 4S care model. The sample composed of 60 end-stage renal disease with hemodialysis and 30 professional nurses. This study consisted of 3 phases (1) situation analysis, (2) develop and test the model, and (3) model evaluation. The research instrument included the new normal nursing service model. Data collecting tools consisted of (1) knowledge, attitude and behavior assessment form of the patients, (2) the patient satisfaction questionnaire, (3) knowledge on caring for COVID-19 patients and spreading of disease prevention of the nurses, (4) the nurse satisfaction questionnaire, (5) nursing service readiness assessment form, (6) focus group discussion form, and (7) outcome data record form of using the model. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results found that the new normal nursing model for end-stage renal disease consisted with hemodialysis consisted of 3 phases, covering the 4 aspects of the 4S care model. Phase 1: prevention and impact reduction as well as preparation for the structure, systems and services, personnel, and patient care standards. Phase 2 involved patient care and phase 3 included rehabilitation or termination of the patient care. The results of the model evaluation revealed that the average score of the patients' knowledge, attitude and behavior was significantly improved after the model implementation ($p < .001$). The patients' satisfaction score was at a high level (Mean 4.42, SD 0.64). The nurses' knowledge on caring for COVID-19 patients and spreading of disease prevention were significantly improved after model implementation ($p < .001$). The nurse satisfaction score was at high level (Mean 4.26, SD 0.53). COVID-19 infection of the patients and the nurses after the model implementation was significantly decreased ($p < 0.01$).

Keywords: New Normal in Nursing Service, End-stage renal disease, hemodialysis

* Professional Nurse, Naradhiwasrajanagarindra Hospital

E-mail: saowaluk_putkaew@hotmail.com

** Registered Nurse, Naradhiwasrajanagarindra Hospita

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว มีการปฏิบัติตามข้อแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์ การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล โดยกิจกรรมเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่แตกต่างไปจากเดิม เป็นการใช้ชีวิตแบบใหม่ (New Normal)¹ ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ ต้องเตรียมการเพื่อรองรับการระบาดของโรคโควิด-19 หรือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging infectious Diseases) และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ (Reemerging infectious Diseases) ที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต² ประกอบกับจังหวัดนครราชสีมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 โรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำ เนื่องจากเป็นจุดผ่านแดนประเทศไทย-มาเลเซีย การเดินทางเพื่อไปประกอบพิธีฮัจย์ที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย การชุมนุมทางศาสนาในประเทศเพื่อนบ้าน การมีเรือนจำขนาดใหญ่ ส่งผลทำให้จังหวัดนครราชสีมาเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 รุนแรงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ โดยมียอดผู้ป่วยโรคโควิด-19 สะสมตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 – สิงหาคม 2565 จำนวน 50,517 คน และเสียชีวิตจำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8³

โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 รับผู้ป่วยเข้ารักษาทั้งสิ้น 30,609 คน เสียชีวิต 330 คน คิดเป็นร้อยละ 1.08⁴ สถานการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อหน่วยไตเทียม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ไม่สามารถปิดหรือเลื่อนการให้บริการได้ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 96 คน เสียชีวิต 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.21 ขาดนัดไม่มาฟอกเลือด ร้อยละ 21.54 พยาบาลติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 62 ทำให้ขาดอัตรากำลังขาดวิสัยอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น แม้ในปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะดีขึ้นจนกลับเข้าสู่การให้บริการ

ตามปกติแล้ว แต่ยังคงมีความเสี่ยงในการระบาดซ้ำ และเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ได้ ประกอบกับหน่วยไตเทียมไม่เคยมีแนวทางหรือรูปแบบการให้บริการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคไตที่เป็นโรคโควิด-19 มาก่อน

ดังนั้นในฐานะที่ผู้วิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซ้ำหรือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้แนวคิด การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ของ สภาการพยาบาลสากล (ICN) และ Jennings-Sanders A⁵ ที่ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ (1) ระยะการป้องกันและลดผลกระทบ (2) ระยะการเตรียมความพร้อม (3) ระยะการตอบสนอง และ (4) ระยะการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยรูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ จะทำให้หน่วยไตเทียมสามารถให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยติดเชื้อได้อย่างต่อเนื่อง มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในหน่วยไตเทียมด้วย

วัตถุประสงค์

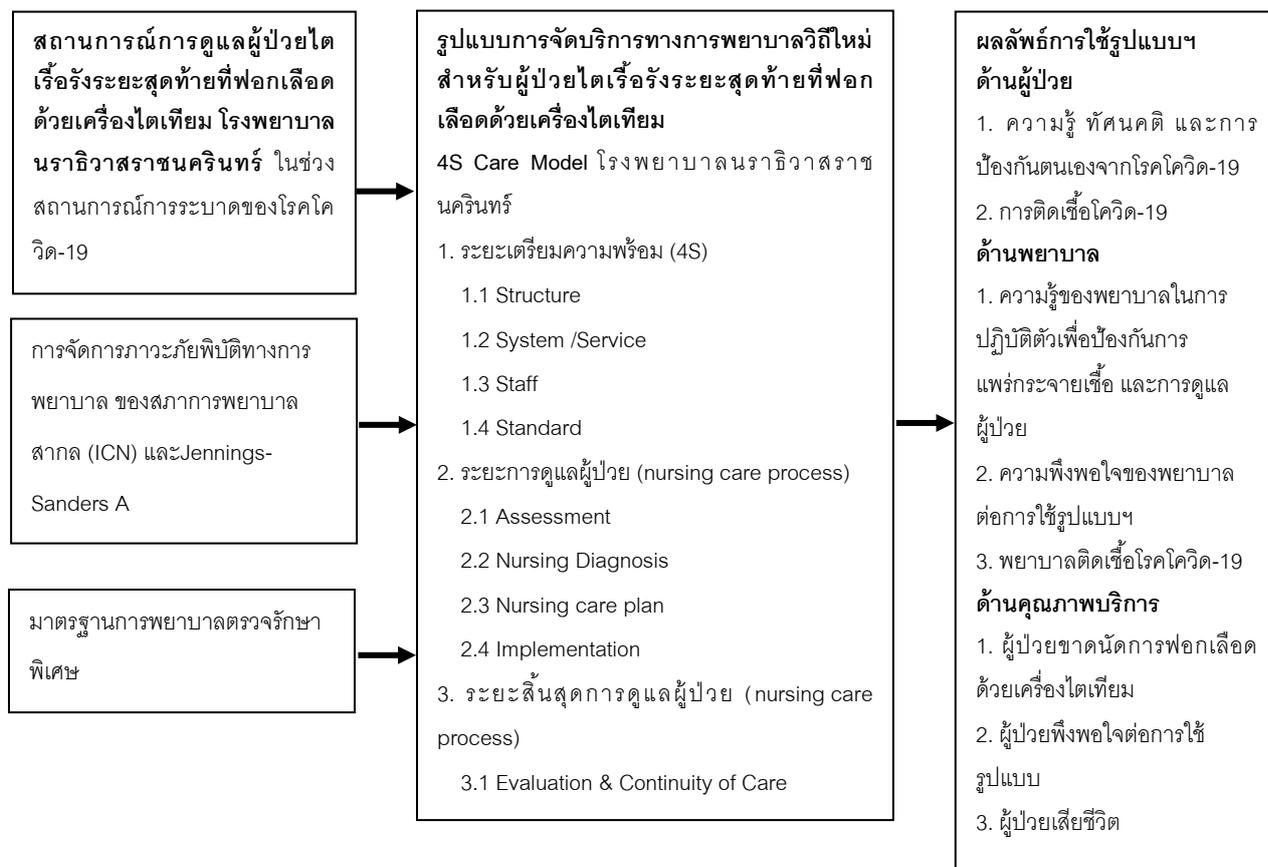
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนครินทร์

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การนำรูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้ ใช้แนวคิดการจัดการภาวะภัย

พิบัติทางการพยาบาลของสภาการพยาบาลสากล (International Council of Nursing: ICN) และ Jennings-Sanders A⁵ ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ (1) ระยะการป้องกันและลดผลกระทบ (2) ระยะการเตรียมความพร้อม (3) ระยะการตอบสนอง และ (4) ระยะการฟื้นฟูสภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ใช้ระเบียบ วิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การนำรูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาล

วิถีใหม่ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ศึกษาในช่วงเวลา เดือนกรกฎาคม 2565 - เดือนสิงหาคม 2566 การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์

เดือนกรกฎาคม - เดือนตุลาคม 2565
ศึกษาสถานการณ์ และผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่าง ปี พ.ศ. 2563-2565 โดย (1) ทบทวนเอกสารวิชาการ เวชระเบียน แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลสถิติ ผลลัพธ์การให้บริการของหน่วยไตเทียม (2) ศึกษาความพร้อมในการให้บริการทางการแพทย์ (3) การสนทนากลุ่มกับพยาบาลในหน่วยไตเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) 30 คน ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 2) ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มาไม่ต่ำกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1

ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือ จาก การทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ ศาสนา การศึกษา 2) ระยะเวลาการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) โรคประจำตัว 4) ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 5) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ ได้แก่ การขาดนัดการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนวันนอน การติดเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยและพยาบาล และบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

(2) แบบประเมินความพร้อม ปรับจาก

แบบประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาล ตอบได้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับอนุญาตจากผู้วิจัยเจ้าของเรื่อง แบบประเมินประกอบด้วย การให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยไตเทียม ในระยะก่อน ขณะและหลังการเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 และผลลัพธ์ของบุคลากรพยาบาลภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.80 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาร์ท เท่ากับ 0.97

(3) แบบสนทนากลุ่ม สำหรับทีมดูแลผู้ป่วย

ไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นคำถามปลายเปิด สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.0 และปรับแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเล็กน้อย ก่อนที่จะนำมาศึกษานำร่องกับทีมดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 2 ราย เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาร์ท เท่ากับ 0.96 และปรับปรุงแก้ไขภายใต้คำแนะนำ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูล โดย 1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 2) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 60 ฉบับ 3) รวบรวมแบบประเมินความพร้อมจากพยาบาลหน่วยไตเทียม และ 4) สนทนากลุ่มกับพยาบาลหน่วย

ไต่เตียมเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน

วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำร่างรูปแบบในระยาะที่ 2

จากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มสรุปเป็นสถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยไต่เตียม เรือร้งระยาะสุดท้ายที่พอกเลือดด้วยเครื่องไต่เตียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในช่วงสถานการณ์การระยาะของโรคโควิด-19 ได้ดังนี้

ผลจากการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 60 ฉบับ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุน้อยที่สุด คือ 45 ปี อายุมากที่สุดคือ 85 ปี อายุเฉลี่ย 60.8 ปี (SD 11.80) ร้อยละ 30 มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา ร้อยละ 21.67 คือ โรคเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.48 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 2 เข็ม ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.33 เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยมีวันนอนต่ำสุด 5 วัน และสูงสุด 24 วัน วันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 10.10 วัน (SD 4.62) จากการทบทวนการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่มีการบันทึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะพอกเลือดด้วยเครื่องไต่เตียม แต่ขาดการบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19

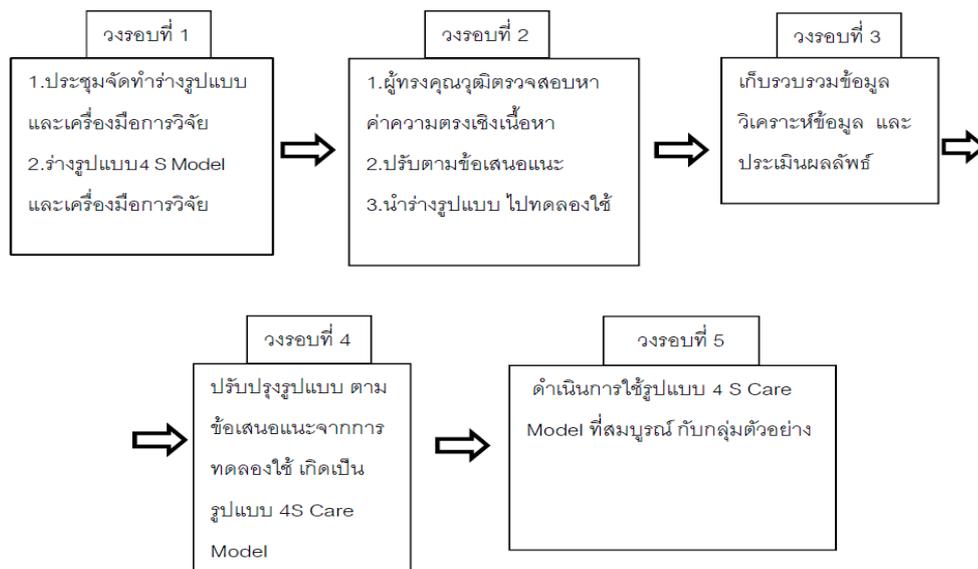
การประเมินความพร้อมในการให้บริการทางการพยาบาลหน่วยไต่เตียม ในสถานการณ์การระยาะของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่ผ่านมา พบว่า มีการปรับปรุง ด้านอาคาร สถานที่ ภายหลังการระยาะมากที่สุด ร้อยละ 100 โดยมีการเตรียมด้านโครงสร้างก่อนการระยาะ คิดเป็นร้อยละ 90.00 ส่วนด้านที่ไม่มีความพร้อมเลย มี 2 ด้าน คือ ด้านมาตรฐาน และการนำมาตรฐานเฉพาะโรคลงสู่การปฏิบัติ

ผลจากการสนทนากลุ่มกับทีมดูแลผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไต่เตียม พบประเด็น ดังนี้

- 1) ด้านโครงสร้าง มีการเตรียมความพร้อมได้ดี มีการเตรียมห้องแยกความดันลบ หอผู้ป่วย Cohort Ward หอผู้ป่วย PUI จุดคัดกรอง
- 2) ด้านอัตรากำลัง มีปัญหาการขาดอัตรากำลัง เนื่องจากพยาบาลมีการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบกับมีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมาก และขาดการเตรียมความรู้และทักษะให้กับบุคลากร ผู้ป่วย หรือญาติ
- 3) ด้านระบบการบริการ พบว่า ขาดรูปแบบการให้บริการเฉพาะโรคขาดระบบการสื่อสารกับผู้ป่วย
- 4) ด้านมาตรฐานแนวปฏิบัติ ขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานตามบริบทของโรงพยาบาล
- 6) ด้านทรัพยากรที่จำเป็น พบว่าขาดอุปกรณ์ที่สำคัญ เช่น Mask N95 Mask ทางการแพทย์ เสื้อกาวน์กันน้ำ ถุงคลุมรองเท้ากันน้ำ เป็นต้น

ระยาะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ

มีการดำเนินการ จำนวน 5 วงรอบ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การดำเนินการในระยะการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ

วงรอบที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2565 นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนความรู้แนวทางการปฏิบัติ และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาโดยเน้นการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) ประชุมจัดทำร่างรูปแบบ และเครื่องมือการวิจัย ร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญ 8 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล อาจารย์แพทย์โรคไต หัวหน้าหน่วยไตเทียม ผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) ร่างรูปแบบการจัดการบริการทางการพยาบาลวิธีใหม่ เป็นรูปแบบ 4S Model ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านโครงสร้าง (Structure) (2) ด้านระบบและการบริการ (System /Service) (3) ด้านบุคลากร (Staff) และ (4) ด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยมี 3 ระยะ คือ (1) การป้องกันและลดผลกระทบ และเตรียมความพร้อม (2) การตอบสนองหรือการดูแลผู้ป่วย (4) การฟื้นฟูสภาพหรือสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วย

วงรอบที่ 2 เดือนธันวาคม 2565 – เดือนมกราคม 2566 นำร่างรูปแบบ 4S Model และเครื่องมือการวิจัย ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน อาจารย์แพทย์โรคไต 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม 2 ท่าน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เดือนกุมภาพันธ์ 2566 นำร่างรูปแบบ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 30 คน และพยาบาล 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.90 - 0.97

วงรอบที่ 3 เดือนกุมภาพันธ์ 2566 เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และประเมินผลลัพธ์ โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

1) แบบประเมินความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับจากแนวทางปฏิบัติเพื่อการ

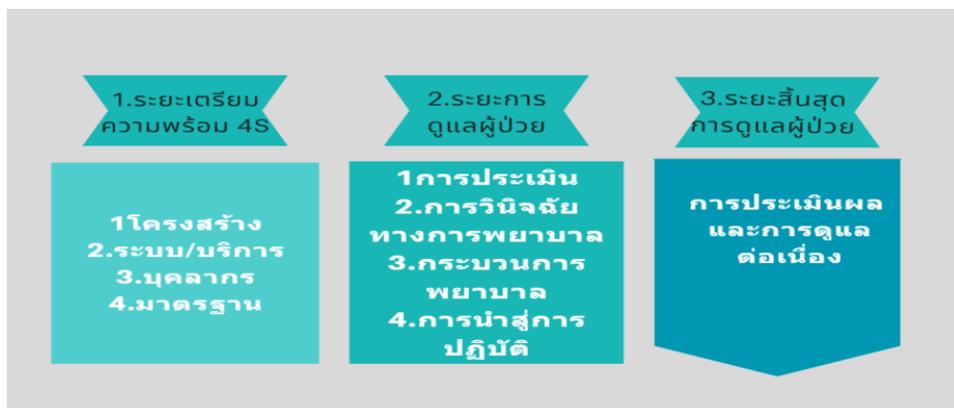
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือ โควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงของ กรมควบคุมโรค^{6,7,8} เป็นแบบปรนัย 60 ข้อ 3 ด้าน คือ 1.1) ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรม 20 ข้อ 1.2) ทักษะคติในการป้องกันโรคโควิด-19 20 ข้อ และ 1.3) พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 20 ข้อ ให้คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบถูก ให้ 0 คะแนน เมื่อตอบผิด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้เท่ากับ 0.95 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.90

2) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยผู้วิจัยได้บูรณาการมาจากการบริการพยาบาลตามวิถีใหม่ (New Normal in Nursing Service) ของกองการพยาบาล 6 ด้าน คือ ด้านชีวิตวิถีใหม่สำหรับพยาบาล ด้านการล้างมือ 7 ขั้นตอน ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในภาวะฉุกเฉิน ด้านการทำความสะอาด การฆ่าเชื้อ การกำจัดขยะ ด้านการสวมและถอดชุดอุปกรณ์

ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) และด้านการใช้ Line Official ติดตามและให้ข้อมูลผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า เท่ากับ 0.98 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.97

3) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯของพยาบาล และผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านโครงสร้างพื้นที่ให้บริการ (Structure) ด้านระบบการให้บริการ (System/Service) ด้านบุคลากรหรือผู้ป่วย (Staff/patient) และด้านมาตรฐานการให้บริการด้วยเครื่องไตเทียม (Standard) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.98 และ 1.0 ทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มผู้ป่วย 10 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ

วงรอบที่ 4 เดือนกุมภาพันธ์ 2566 ปรับปรุงรูปแบบ ตามข้อเสนอแนะ ได้เป็น รูปแบบ 4S Care Model ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 รูปแบบ 4S Care Model

วงรอบที่ 5 เดือนมีนาคม – เดือนสิงหาคม 2566 ดำเนินการในรูปแบบ 4S Care Model (ภาพที่ 3) กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 60 คน พยาบาลวิชาชีพ 30 คน

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ

ในระยนี้ดำเนินการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ามาใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ามาใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยก ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate Risk)

2. พยาบาลวิชาชีพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) 30 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 2) ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มาไม่ต่ำกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้แบบประเมินเดียวกับที่ใช้ในระยะที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประเมิน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ามาใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งที่ 1 หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

เมื่อครบ 8 สัปดาห์ จะประเมินเป็นครั้งที่ 2 พร้อมกับประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อรูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่

2. ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในหน่วยไตเทียมครั้งที่ 1 หลังจากนั้นมีการให้ความรู้แก่พยาบาลและประเมินความรู้ซ้ำในอีก 2 สัปดาห์ พร้อมประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูล โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.001

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยนำผลการบันทึกเทปจากการสนทนากลุ่ม มาถอดเทปแบบคำต่อคำ และค้นหาประเด็นสำคัญ เพื่อค้นหากลุ่มคำที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และจำแนกประเด็นหลัก จากนั้นนำประเด็นหลักเสนอให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมข้อมูลให้

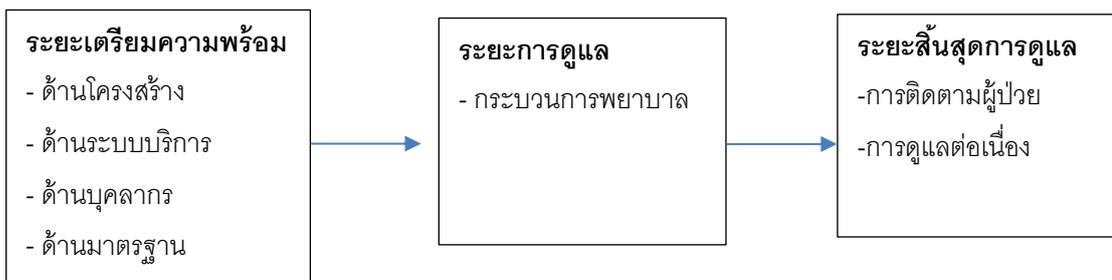
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และได้รับการอนุมัติ เลขที่ใบรับรองโครงการวิจัย COA 007/2566 ลงวันที่ 30 มกราคม 2566 และการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และมีการเห็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย ตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิธีใหม่สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เรียกว่า 4S Care Model (Structure, System/ Service, Staff, Standard, Care Process) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมความพร้อม 4 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง: Structure มีห้องแยกความดันลบที่สามารถรองรับผู้ป่วยและให้การดูแลได้อย่างปลอดภัย ด้านระบบบริการ: System/Service มีรูปแบบทั้งการคัดกรองผู้ป่วยและการให้บริการ เช่น มีการซักประวัติ

สวม Mask ล้างมือ ก่อนเข้าหน่วยบริการ ด้านบุคลากร: Staff มีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ส่วนด้านมาตรฐาน: Care Process มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเพื่อรองรับการจัดบริการทางการพยาบาลวิธีใหม่ (2) ระยะการดูแลผู้ป่วย โดยการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing care process) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาล (3) ระยะสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามผู้ป่วยผ่าน Application Line เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยหลังการฟอกเลือด การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังภาพ 4



ภาพที่ 4 รูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิธีใหม่สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 4S Care Model

2. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิธีใหม่ สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ประกอบด้วย

2.1 ด้านผู้ป่วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 60 คน มีอายุเฉลี่ย 59.73 ปี ต่ำสุด 43 ปี สูงสุด 67 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.33 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ประกอบอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 30 ระยะเวลาในการ

รักษานานสูงสุด คือ 19 ปี และน้อยที่สุด คือ 10 เดือน โดยมีค่าเฉลี่ย 8.47 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.67 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการวัคซีน ส่วนใหญ่ได้รับจำนวน 2 เข็ม และเคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 80.41

2) ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนการใช้รูปแบบฯ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 58.65 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 มีคะแนนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 62.85 ส่วนความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ

โควิด-19 อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 59.3 และ 53.8 ตามลำดับ

3) ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับดีมาก ทุกด้าน ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโควิด-19

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโควิด-19 หลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 60)

| | ก่อน | | ร้อยละ | หลัง | | ร้อยละ | t | p-value |
|---|-------|------|---------------|-------|------|---------------|-------|---------|
| | Mean | S.D. | (ระดับ) | Mean | S.D. | (ระดับ) | | |
| ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโควิด-19 | 11.86 | 0.36 | 59.3 (พอใช้) | 17.95 | 0.53 | 89.75 (ดีมาก) | 1.307 | .0002* |
| ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 | 12.57 | 0.51 | 62.85 (ดี) | 16.37 | 0.46 | 81.85 (ดีมาก) | 3.52 | .0005* |
| พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโควิด-19 | 10.76 | 0.44 | 53.8 (พอใช้) | 16.16 | 1.34 | 80.8 (ดีมาก) | 1.201 | .0006* |
| ภาพรวม (60 ข้อ) | 35.79 | | 58.65 (พอใช้) | 50.48 | | 84.13 (ดีมาก) | | |

* $p < .001$

2.2 ด้านพยาบาล

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44.8 ปี มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยไตเทียม เฉลี่ย 8.20 ปี (SD 6.65) ประสบการณ์น้อยที่สุดคือ 1 ปี สูงที่สุด คือ 23 ปี โดยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านไตเทียม ร้อยละ 80 ด้านล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 10 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 5 และไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทาง ร้อยละ 5 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม ร้อยละ 65 รองลงมาคือ 4 เข็ม ร้อยละ 35 และส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 75

2) เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ภายหลังจากใช้รูปแบบ พบว่าผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนสูงที่สุด ร้อยละ 100 ได้แก่ การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการสวม-ถอด PPE ส่วนชีวิตวิถีใหม่สำหรับพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ในภาวะฉุกเฉิน การทำความสะอาด การฆ่าเชื้อ การกำจัดขยะ และการใช้ Line Official ติดตามและให้ข้อมูล มีคะแนนคิดเป็น ร้อยละ 95.00 สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าอบรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความรู้ และการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19ของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30)

| | ก่อน | | ร้อยละ | หลัง | | ร้อยละ | t | p-value |
|---|-------------|------|----------------------|-------------|------|-------------------------|------|---------|
| | Mean | S.D. | (ระดับ) | Mean | S.D. | (ระดับ) | | |
| ชีวิตวิถีใหม่สำหรับพยาบาล | 0.25 | 2.36 | 25.00 (พอใช้) | 0.85 | 0.53 | 95.00 (ดีมาก) | 1.31 | .004* |
| การล้างมือ 7 ขั้นตอน | 0.95 | 0.51 | 95.00 (ดีมาก) | 0.86 | 0.46 | 100.00 (ดีมาก) | 3.52 | .002* |
| การช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในภาวะฉุกเฉิน | 0.5 | 4.48 | 50.00 (พอใช้) | 0.85 | 0.46 | 94.00 (ดีมาก) | 2.14 | .004* |
| การทำความสะอาด การฆ่าเชื้อ การกำจัดขยะ | 0.75 | 0.67 | 75.00 (ดี) | 0.85 | 0.53 | 95.00 (ดีมาก) | 1.31 | .004* |
| การสวม-ถอด PPE | 0.95 | 0.44 | 95.00 (ดีมาก) | 0.86 | 0.46 | 100.00 (ดีมาก) | 3.52 | .002* |
| การใช้ Line Official ในการติดตาม และให้ข้อมูล | 0.5 | 0.48 | 50.00 (พอใช้) | 0.75 | 0.44 | 93.00 (ดีมาก) | 5.75 | .0003* |
| รวม | 3.15 | | 65.00 (ดี) | 4.38 | | 97.50 (ดีมาก) | | |

* p < 0.01

3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก (Mean 4.26, SD 0.53) และพบว่า ด้านที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ด้านโครงสร้างพื้นที่ให้บริการ (Structure) และด้านระบบการให้บริการ (System/Service) (Mean 4.59, SD 0.49) รองลงมาคือ ด้านการให้บริการด้วยเครื่องไตเทียม (Mean 4.58, SD 0.48) ส่วนได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านบุคลากร/ผู้ป่วย (Staff)

2.3 ด้านคุณภาพ

1) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.04, SD 0.42) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ได้คะแนนระดับมากที่สุดคือ ด้านโครงสร้างพื้นที่ให้บริการ (Mean 4.14, SD 0.42) รองลงมาคือ ด้านระบบการให้บริการ (Mean 4.08, SD 0.45) คะแนนน้อยที่สุด

คือ ด้านมาตรฐานการให้การพยาบาลขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Mean 3.88, SD 0.56)

3) ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนาแบบฯ ไม่มีการติดเชื้อในพยาบาลระหว่างปฏิบัติงาน และไม่มีการแพร่กระจายไปยังผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยต้องสงสัยก่อนและหลังการดำเนินการตามแบบรูปแบบในหน่วยไตเทียม การเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยก่อนการพัฒนาแบบฯ เฉลี่ย 0.04 คน หลังการพัฒนาแบบฯ ไม่มีการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การขาดนัดจากการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วย ก่อนการพัฒนาแบบฯ เฉลี่ย 0.38 ครั้ง หลังการพัฒนาแบบฯ การขาดนัดจากการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 0.09 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 60)

| ผลลัพธ์ | ก่อนการใช้รูปแบบฯ | | | หลังการใช้รูปแบบฯ | | | t | p-value |
|---|-------------------|------|------|-------------------|------|------|------|---------|
| | จำนวน (ร้อยละ) | Mean | SD | จำนวน (ร้อยละ) | Mean | SD | | |
| ติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วย | 96 (80.00) | 0.80 | 0.38 | 12 (10.00) | 0.00 | 0.25 | 1.20 | 0.005** |
| ติดเชื้อโควิด-19 ในพยาบาล | 17 (85.00) | 0.57 | 0.41 | 5 (16.67) | 0.00 | 0.31 | 1.08 | 0.004** |
| เสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วย | 5 (4.17) | 0.04 | 0.18 | 1 (0.007) | 0.00 | 0.22 | 1.00 | 0.005** |
| ขาดนัดจากการติดเชื้อโควิด-19 | 21(38.89) | 0.38 | 0.18 | 5 (9.26) | 0.09 | 0.43 | 1.00 | 0.001** |

**p < 0.01

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิธีใหม่ สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เรียกชื่อว่า 4S Care Model ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมความพร้อม 4 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านระบบบริการ ด้านบุคลากรและผู้ป่วย และด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (2) ระยะการดูแลผู้ป่วย โดยการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing care process) (3) ระยะสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยหลังการฟอกเลือด การวางแผนการดูแลต่อที่บ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing care process) สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากับทีมดูแลผู้ป่วย ดังนี้

“เราไม่เคยมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ต้องฟอกเลือดเลย ต้องใช้วิธีติดต่อสอบถามกับโรงพยาบาลอื่น ๆ บ้าง หาความรู้จากสถาบันต่าง ๆ เช่น กรมควบคุมโรคฯ บำราญรูด หรือปฏิบัติตามข้อสั่งการของ EOC บ้าง แต่เมื่อสมาคมโรคไตแห่ง

ประเทศไทย ได้ออกประกาศแนวทางมา เราก็ได้นำมาปรับใช้เอง และคิดว่าหลังจากนี้ เราควรจะต้องมีแนวทางที่เป็นมาตรฐานที่เหมาะสมกับเราจริง ๆ”

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุษา คำประสิทธิ์¹⁰ โดยผลการวิจัยพบว่า การจัดการทางการพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาด ได้แก่ การมีอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็นครบถ้วน เพียงพอสำหรับการทำงาน และการมีสถานที่ที่เหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

สำหรับผลลัพธ์ด้านความรู้/ทัศนคติ/และพฤติกรรม ของผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ความรู้ของพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการสวม-ถอด PPE คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งทิภา พิมพ์ลักกะ¹¹ พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรู้หลังการ พัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการ พัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้รับบริการ

มีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก และผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ พบว่า การติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วย และพยาบาล การเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 และการขาดนัดจากการติดเชื้อโควิด-19 ลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ การศึกษาของ อีรพร สติรอังกูร และคณะ¹² ที่พบว่า ไม่มีการติดเชื้อในหมู่พยาบาลระหว่างปฏิบัติงาน และ ไม่มีการแพร่กระจายไปยังผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยต้อง สงสัยก่อนและหลังการดำเนินการตามแบบจำลองใน โรงพยาบาลระดับอุดมศึกษา 13 แห่ง

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการจัดบริการทางการพยาบาลวิถีใหม่ฯ 4 S Care Process ไปขยายผล และปรับใช้ในหน่วยงานอื่นๆ เพราะเป็นรูปแบบ ที่ได้รับการประเมินจากผู้ปฏิบัติว่า ทำให้เกิดการ พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลวิถีใหม่ และทำให้การ

วางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งสามารถช่วยป้องกันและลดความ เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้จริง

2. ควรมีการจัดอบรมหลักสูตร การบริการพยาบาลตามวิถีใหม่ (New Normal in Nursing Service) สำหรับนักศึกษาพยาบาล และพยาบาล วิชาชีพ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ การระบาดของโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

3. ควรมีการศึกษาวิจัย หรือจัดอบรม หลักสูตรเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม ทางการพยาบาล ที่เอื้อต่อการทำงานในสถานการณ์ การระบาดของโรคติดต่อที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และเครือข่ายการสื่อสาร ทั้งในหอผู้ป่วย และที่บ้าน การใช้ระบบการพยาบาล ทางไกล (Tele-nursing) การใช้ line official หรือ รูปแบบการปฏิบัติงานทางการพยาบาลโดยลดการ สัมผัสให้น้อยที่สุด

References

1. Tanongsak Sangsawangwatthana, Nidchchanun Sirisaiyas, Chot Bodeerat. A new way of life and adaptation of Thai people after Covid-19: work education and business. Journal of local Governance and Innovation. 2020;4(3):371-86. Thai.
2. Somtavil Ampornareekul, Somrak Sirikhetkon and Anchaleeporn Amataykul. Developing care management model for patients with dangerous contagious diseases emerging diseases and re-emerging diseases in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2022;16(1):1-12. Thai.
3. Department of Disease Control. Covid-19 situation [Internet] .2022 Aug 10 [cited 2022 Aug 30]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main> Health Administration Division.
4. Center for COVID 19 Situation Administration Thailand [internet]. 2021 [cited 2021 Apr 24]. Available from: <http://www.moicovid.com/>.

5. Jennings- Sanders A Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. Nurse Educ Pract [Internet] 2004 [cited 2021 Jan 30];4(1):69-76. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(03\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(03)00007-6).
6. Anonglak Punpromthada. Predicting COVID-19 related preventive behaviors using three psychosocial models in undergraduate student. (dissertation). Bangkok. National Institute of Development Administration; 2021. Thai.
7. Natawan Khumsaen. Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of COVID-19 among people living in Amphoe U-thong, Suphanburi province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2020; 4(1): 33-48. Thai.
8. Daranchanok Phansuma and Pongsit Boonruksa. New normal among health personnel to prevent coronavirus disease 2019 : A study of Fort Prachaksilapakom Hospital, Udon Thani province. Journal of Nursing and Health Care. 2020;38(4):45-53. Thai.
9. Bloom B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.

ผลของการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

| | |
|---------------------------|-----------------------------|
| พรรณทิพา ขำโพธิ์* | พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) |
| สิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์** | พย.ม. (บริหารการพยาบาล) |
| ชุลีพร แสงบุญเรืองกุล** | พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพเด็ก) |
| รัชดาภรณ์ เอื้อใจ*** | พย.บ. |

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง อายุ 7-12 ปี และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งแรก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวนกลุ่มละ 12 ราย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ การให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชัน และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง มีค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.95 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ วันที่ 1 ของการรักษา กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่ม ทดลองได้รับการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชัน วันที่ 2 ของการรักษา เป็นเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาเคมีบำบัด และ บันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง วันที่ 3 - 20 ของการรักษา เป็นการติดตามการบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม วันที่ 21 ของการรักษา ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี บำบัดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F 10.24, p < .05$)

คำสำคัญ: การให้คำแนะนำ, โมบายแอปพลิเคชัน, พฤติกรรมดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง, ยาเคมีบำบัด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากองการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี

E-mail: punthipakhumpho09@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี

Effects of an education program via mobile application on self-care behaviors to prevent infection among children with cancer receiving chemotherapy

| | |
|---|---------------------------------|
| Punthipa Khumpho [*] | M.N.S. (Pediatric Nursing) |
| Siriluk Khunkamolkarn ^{**} | M.N.S. (Nursing Administration) |
| Chuleeporn Sangboonruangkul ^{**} | M.N.S. (Pediatric Nursing) |
| Ratchadaporn Auajai ^{***} | B.N.S. |

Abstract

This quasi - experimental research aimed to examine effects of an education program via mobile application on self-care behaviors to prevent infection among children with cancer receiving chemotherapy. The sample were pediatric cancer patients aged 7-12 years, who received first chemotherapy treatment. A sample of 12 participants in the control and the experimental groups were selected using purposive sampling according to specified qualification. The research instrument consisted of an education program via mobile application, having a content validity index of 0.92 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.95. The procedures were as follows: Day 1 of the treatment, both of the experimental and the control group completed a self-care behavior assessment. The control group received usual care, whereas the experimental group received an education program via mobile application. Day 2 of the treatment included a preparation before receiving chemotherapy and recording self-care behavior. Day 3 - 20 of the treatment were a follow-up of recording self-care behavior of the patients in both groups. Day 21 of the treatment, the patients in both groups completed a self-care behavior assessment. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Chi square, and repeated measures ANOVA.

The results revealed that the self-care behavior to prevent infection among pediatric cancer patients receiving chemotherapy of the experimental group had a statistically significant higher average self-care behavior score than the control group (F 10.24, p < .05).

Key words: an education program; mobile application; self-care behavior; children with cancer; chemotherapy

^{*} Registered Nurse (Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

E-mail: punthipakhumpho09@gmail.com

^{**} Registered Nurse (Senior Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

^{***} Registered Nurse (Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

บทนำ

โรคมะเร็งในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตและใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งในเด็กจะให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหลัก¹ ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะซีด เลือดออกง่าย และภาวะติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยเด็กมีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะส่งผลต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยมากขึ้น และการติดเชื้อทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตได้² จากสถิติผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมา ในปี พ.ศ.2562-2564 พบการติดเชื้อเกิดขึ้น ร้อยละ 8.3, 5.4 และ 4.7 ตามลำดับ³ โดยการติดเชื้อเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

การเจ็บครั้งแรกด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ซึ่งต้องรับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อทำให้โรคสงบลงได้ การรักษาส่วนใหญ่ตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 2 ปี ทำให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก ติดเชื้อง่าย จากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำในร่างกายต่ำและผมร่วง⁴ ร่วมกับการไม่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งมีความต้องการข้อมูลและทราบถึงวิธีการที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เช่น การดูแลทำความสะอาดช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร เป็นต้น⁵ อีกทั้งข้อจำกัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ซึ่งบริบทของหอผู้ป่วยสามัญเด็ก จะเป็นการให้

ข้อมูลด้วยปากเปล่าโดยไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁶ (2001) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้โมบายแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์สมาร์ทโฟน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเข้าถึงระบบสุขภาพได้ง่าย เป็นการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายทางสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเกิดเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยสามารถที่จะคิดและแก้ไขปัญหาต่างๆ นำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมของตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะ 7 วัน 14 วัน และ 21 วัน

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลักได้รับคำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 7 วัน 14 วัน และ 21 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองในระยะระยะ 7 วัน 14 วัน และ 21 วัน ตัวแปรต้น ได้แก่ การให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่เข้ารับบริการรักษา ที่หอผู้ป่วยสามัญเด็ก 2 ชั้น 10 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวนทั้งหมด 24 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเด็ก อายุ 7-12 ปี เป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยยาเคมี

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4 กำหนดให้ขนาดอิทธิพล 0.50 กำหนดอำนาจทดสอบ 0.80 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน คำนวณการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง 10% ⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จัดเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชัน กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 12 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิดและได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก 2) ไม่เคยมีประวัติการเกิดการติดเชื้อมาก่อนและการมารักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งนี้ 3) ไม่เคยเกิดการติดเชื้อ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ของโรคอื่น ๆ เช่น โรคไต หัวใจ เบาหวาน หรือไม่มี การติดเชื้อภายในร่างกาย 5) ไม่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา 6) ไม่มีปัญหาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน และขา 7) มีความสามารถในการใช้โทรศัพท์มือถือ 8) มีโทรศัพท์มือถือใช้ และอยู่ภายใต้การดูแลของบิดา มารดา ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล 9) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การใช้สายตา และปัญหาการเคลื่อนไหว 10) สามารถ ฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบจำนวน 21 วัน และมีอาการเปลี่ยนแปลงจนต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักเด็กในระหว่างการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. การให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชัน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พัฒนาขึ้น จากกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁶ (2001) มีเนื้อหาครอบคลุม การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใน 3 ด้าน คือ ด้านความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลคอยชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจ สร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และเพิ่มเติมข้อมูลในประเด็นที่ยังมีข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพียงพอและต่อเนื่อง ในระหว่างการรักษาพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 21 วัน ดังนี้

วันที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญเด็ก เก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียน ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแล

ตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเปิดโอกาสให้ ชักถามข้อสงสัย ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาล ตามปกติ และในกลุ่มทดลอง ให้บิดามารดาและ ผู้ป่วยเด็กเข้าร่วมในกลุ่มไลน์ (add line@) แนะนำ วิธีการใช้งานเบื้องต้น การเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ และเปิด โอกาสให้ชักถาม

วันที่ 2 เตรียมความพร้อมก่อนได้รับยา เคมีบำบัด กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาล ตามปกติ ในกลุ่มทดลอง เมื่อบิดามารดาและผู้ป่วย เด็กเข้าร่วมในกลุ่มไลน์แล้ว เริ่มต้นการให้คำแนะนำ ผ่านโมบายแอปพลิเคชันและเปิดโอกาสให้ชักถาม จากนั้นสอนการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลงบันทึกด้วยตนเอง

วันที่ 3 - 20 ของการดำเนินการวิจัย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเด็กบันทึก พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อลงใน สมุด และผู้วิจัยติดตามซ้ำอีกครั้ง พร้อมทั้งแจ้งกลุ่ม ตัวอย่าง เรื่องการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ในวันที่ 7, 14 และในกรณีที่มี แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยการกระตุ้น เตือนโดยการโทรศัพท์ถึงผู้ป่วย

วันที่ 21 ของการได้รับยาเคมีบำบัด เข้า พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Post-test) ซึ่งเป็น แบบสอบถามชุดเดิม และกล่าวขอบคุณ

2. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** เป็นการ สอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ชนิดของ โรคมะเร็ง การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า absolute neutrophil count (ANC), HCT, Plt, WBC

3. **แบบประเมินพฤติกรรม การดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ** ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ

แบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ 2) การดูแลตนเองตาม ระยะเวลาการ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ 3) การ ดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ประกอบด้วย คำถาม 8 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณ ค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ กิจกรรมทุกวันในหนึ่งสัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อมันเลย เกณฑ์การให้ คะแนน มีดังนี้ ข้อคำถามที่มีพฤติกรรมด้านบวก ข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมด้านลบ แบบสัมภาษณ์ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ผู้ตอบเลือกตอบ เพียง 1 คำตอบ การแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ คะแนนพฤติกรรมอยู่ ระหว่าง 0-120 คะแนน คะแนนโดยรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเหมาะสมมาก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมิน หรือค่าความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และ เนื้อหา (IOC: Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.96 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษา 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.95

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาสารคามราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ ทำวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวม ข้อมูล หลังจากที่ได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญเด็ก 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการดำเนินการทดลองระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อมูลต่างๆ เป็นที่พอใจและเข้าใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจง เมื่อได้รับการยินยอมจากบิดามารดาและกลุ่มตัวอย่างแล้ว ให้บิดามารดาอ่านและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) มอบคำอธิบายโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และการแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับเด็กอายุ 7-12 ปี (Assent form for children 7-12 years) จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชัน 4 ครั้ง กลุ่มทดลองสามารถศึกษาข้อมูลและทำแบบประเมินพฤติกรรมในวันที่ 7, 14 และผู้วิจัยสื่อสารกับกลุ่มทดลองผ่านแอปพลิเคชันเกี่ยวกับคำแนะนำที่ได้รับ หากไม่เข้าใจหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ สามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ ในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบระยะเวลา 21 วัน จึงเริ่มการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่กลุ่มทดลองในเวลา 21 วันต่อมา หลังครบ 21 วันของการได้รับยาเคมีบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้ออีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 057/2021 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งพร้อมทั้งผู้ปกครอง เข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลจะถูกจัดเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean [M]) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คนและกลุ่มควบคุม 12 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 กับ 91.67 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 25 กับ 8.33 ในกลุ่มทดลองและควบคุม ตามลำดับ สำหรับอายุ พบว่า อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 10 ปี ($SD = 2.71$) อายุเฉลี่ย

ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.75 ปี ($SD = 2.81$) ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 58.33 กับ 41.66 ชนิดของโรคมะเร็ง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ ร้อยละ 41.67 และค่า absolute neutrophil count (ANC) day 0

ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 7300 ($SD=10769.74$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 4566.67 ($SD = 4720.62$ และค่า absolute neutrophil count (ANC) day 21 ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 1283.33 ($SD = 2833.19$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 1091.67 ($SD = 1278.82$) ดังผลที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบสอบถาม จำแนกตามตัวแปร (n=12)

| | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|--|---|--------|---|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | |
| ชาย | 9 | 75 | 11 | 91.67 |
| หญิง | 3 | 25 | 1 | 8.33 |
| รวม | 12 | 100 | 12 | 100 |
| ค่าเฉลี่ยของอายุ (ปี) | $M \pm SD$ $=10 \pm 2.71$ | | $M \pm SD$ $=9.75 \pm 2.81$ | |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ประถมศึกษาปีที่ 1 | 2 | 16.67 | 2 | 16.67 |
| ประถมศึกษาปีที่ 2 | 0 | 0 | 2 | 16.67 |
| ประถมศึกษาปีที่ 4 | 1 | 8.33 | 1 | 8.33 |
| ประถมศึกษาปีที่ 5 | 2 | 16.67 | 2 | 16.67 |
| ประถมศึกษาปีที่ 6 | 7 | 58.33 | 5 | 41.66 |
| รวม | 12 | 100 | 12 | 100 |
| ชนิดของโรคมะเร็ง | | | | |
| มะเร็งเม็ดเลือดขาว | 8 | 66.67 | 5 | 41.67 |
| มะเร็งต่อมน้ำเหลือง | 2 | 2 | 2 | 16.67 |
| มะเร็งกระดูก | 2 | 5 | 5 | 41.67 |
| รวม | 12 | 100 | 12 | 100 |
| ค่า absolute neutrophil count (ANC) day 0 | $M \pm SD = 7300 \pm 10769.74$ (Min-Max=100-39200) | | $M \pm SD = 4566.67 \pm 4720.62$ (Min-Max=0-15100) | |
| ค่า absolute neutrophil count (ANC) day 21 | $M \pm SD = 1283.33 \pm 2833.19$ (Min-Max=0-10000) | | $M \pm SD = 1091.67 \pm 1278.82$ (Min-Max=0-3700) | |

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการทดลองในกลุ่ม
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังผลที่แสดงในตารางที่ 2
 หลังการทดลอง วันที่ 1 วันที่ 7 วันที่ 14 และ
 วันที่ 21 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ
ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

| กลุ่มตัวอย่าง | วันที่ 1 | | วันที่ 7 | | วันที่ 14 | | วันที่ 21 | |
|--------------------|----------|--------|----------|---------|-----------|---------|-----------|--------|
| | M | (SD) | M | (SD) | M | (SD) | M | (SD) |
| กลุ่มทดลอง (n=12) | 84.83 | (8.81) | 92.17 | (7.67) | 96.58 | (7.04) | 99.33 | (4.91) |
| กลุ่มควบคุม (n=12) | 82.08 | (9.44) | 89.17 | (12.75) | 87.83 | (13.26) | 90.33 | (5.23) |

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจาก ทดลอง ในวันที่ 7 วันที่ 14 และวันที่ 21 โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(3, 66) = 10.24, p < .05$) ดังผลที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

| แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F ^a | p-value |
|-------------------------|---------|----|--------|----------------|---------|
| ภายในกลุ่ม (Time) | 1707.25 | 3 | 569.08 | 10.24 | .000* |
| ความคลาดเคลื่อน | 3666.38 | 66 | 55.51 | | |
| ระหว่างกลุ่ม (Group) | 828.38 | 1 | 828.38 | 4.99 | .036* |
| ความคลาดเคลื่อน | 3647.46 | 22 | 165.79 | | |
| ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม | | | | | |
| (Time* Group) | 216.38 | 3 | 72.13 | 1.29 | .282 |
| ความคลาดเคลื่อน | 3666.38 | 66 | 55.51 | | |

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 12, * $p < .05$, SS = Sum Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square, ^a Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าการให้คำแนะนำผ่านนโยบายแอปพลิเคชัน

ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สะท้อน ให้เห็นว่า การให้คำแนะนำในแต่ละระยะเวลาจะ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ เพิ่มขึ้น โดยสะท้อนได้จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่

เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งงานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี การดูแลตนเองของโอเร็ม ในการออกแบบการให้ คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชัน โดยพยาบาล จะเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนและให้ ความรู้ โดยการสอน ชี้แนะ สนับสนุนและสร้าง สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาความสามารถ ตนเอง โดยผู้วิจัยได้จัดกระทำอย่างเป็นขั้นตอน พร้อมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ มีการ สอนให้คำแนะนำผ่านสื่อแอปพลิเคชัน เพื่อให้เกิด ความเข้าใจ รับรู้ และสามารถทวนซ้ำ เนื้อหาได้ด้วย ตนเอง มีรูปแบบที่น่าสนใจ สามารถอ่าน ทำความ เข้าใจและเกิดการจดจำได้ดีมากกว่า การอธิบายให้ คำแนะนำด้วยปากเปล่า ซึ่งจะสามารถช่วยเพิ่ม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ ได้รับยาเคมีบำบัด เช่นเดียวกับการศึกษาของทัชมาศ ไทยเล็ก⁸ ที่ศึกษาผลของโมบายแอปพลิเคชันการ เสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อ พฤติกรรมการป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปาก อักเสบในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี บำบัด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังการ ทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโมบายแอปพลิเคชัน อีกทั้ง การศึกษาของวรรณชน ปาพรม⁹ ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เด็กศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและแอปพลิเคชัน ให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลทารกแรก เกิดที่มีภาวะตัวเหลืองและได้รับการรักษาโดยการ ส่องไฟ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของเพ็ญพร อยู่เย็น¹⁰ ศึกษาผลของ โปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสอนเรื่องการป้องกันการติดเชื้อของ ผู้ดูแลสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

มีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่า กลุ่มควบคุม และนอกจากนี้ยังมีการติดตามเพื่อ ทบทวน ชี้แนะ ปัญหาต่างๆ ซ้ำ ในสิ่งที่ยังปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง และมีการสนับสนุนให้กำลังใจและกล่าว ชมเชย เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งกระบวนการแบบ สนับสนุนนี้ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี บำบัดสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง

ในส่วนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มควบคุมในวันที่ 7 วันและ 14 วัน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อลดลง เนื่องมาจากการ ได้รับคำแนะนำแบบปากเปล่าหรือได้รับคำแนะนำ จากพยาบาลสั้นๆ ไม่ต่อเนื่องอาจพบข้อสงสัยไม่กล้า ชักถาม ดังนั้นการให้คำแนะนำจึงอาจจะแก้ไขปัญหา ได้ไม่ตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยเด็กประสบอยู่อย่าง ครบถ้วน ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การติดเชื้อลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิตา สอนกองแดง¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับ พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเรื่องอาหารเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มี ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากเคมีบำบัด พบว่าปัจจัยที่มี อำนาจการทำนายพฤติกรรม การดูแล คือการ สนับสนุนด้านข้อมูล และการรับรู้ความสามารถของ ตนเองและของผู้ดูแล ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าการให้ คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันที่สร้างขึ้นตาม กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001)⁶ สามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยา เคมีบำบัดได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วย 1) การสอน เป็นการให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กพัฒนาความรู้หรือทักษะในการดูแลตนเอง 2) การชี้แนะ เป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติและแก้ปัญหาได้ 3) การสนับสนุน สนับสนุนโดยการให้กำลังใจ ชมเชย ให้เกิดความมั่นใจในสิ่งที่ได้ปฏิบัติว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์และต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และ 4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันกับผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ป่วยเด็กคนอื่น ๆ ที่สามารถป้องกันการติดเชื้อด้วยตนเองหรือได้ผลดีมาก่อน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กได้พัฒนาความสามารถและเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ โดยกระบวนการเหล่านี้ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน ให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม

References

1. Kock AK, Kaya RS, Müller C, Andersen B, Langer T, Ingenerf J. Design, implementation, and evaluation of a mobile application for patient empowerment and management of long-term follow-up after childhood cancer. *Klin Padiatr.* 2015 May;227(3):166-70. doi: 10.1055/s-0035-1548840. Epub 2015 May 18. PMID: 25985450.
2. Coughlan M, Healy C. Nursing care, education and support for patients with neutropenia. *Nurs Stand.* 2008 Jul 23-29;22(46):35-41. doi: 10.7748/ns2008.07.22.46.35.c6598. PMID: 18712243.

และต่อเนื่อง จนสามารถทำให้ตนเองปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่เกิดขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำผลของการให้คำแนะนำผ่านโมบายแอปพลิเคชันนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การผ่าตัด การฉายแสง โดยมีการปรับเนื้อหาและรูปแบบของการทำให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย แต่ละแบบ เพื่อให้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการให้คำแนะนำ ความรู้ ทักษะและการสร้างความตระหนักให้กับทั้งผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้สามารถให้การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้

ควรมีการศึกษาติดตามผลของพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Number of patients with children cancer 2019 - 2020. 2022. Thai.
4. Cancer care. Understanding and Managing Chemotherapy Side Effects. [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 27]; Available from https://media.cancercare.org/publications/original/24-ccc_chemo_side_effects.pdf
5. Skalla KA, Bakitas M, Furstenberg CT, Ahles T, Henderson JV. Patients' need for information about cancer therapy. *Oncol Nurs Forum*. 2004 Mar-Apr;31(2):313-9. doi: 10.1188/04.ONF.313-319. PMID: 15017447.
6. Orem DE. Nursing concept of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
7. Grove S, Burns N, Gray J. The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation (7ed). Missouri: Elsevier Saunders.; 2013.
8. Touchamas Thailek, Wantanee Wiroonpanich, Busakorn Punthmatharith. Effects of Mobile Application for Enhancing Oral Care Self-Efficacy on Preventive Behavior and Occurrence of Oral Mucositis in School-aged Children with Cancer Receiving Chemotherapy. *JRN-MHS* [Internet]. 2021 Mar. 11 [cited 2023 Nov. 2];41(1):37-53. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/247167>. Thai.
9. Wassamon Paprom. Effects of the supportive program and application towards care behavior of caregivers of newborns with neonatal hyperbilirubinemia undergoing phototherapy. *JRN-MHS* [Internet]. 2018 Sep. 30 [cited 2023 Nov. 2];38(3):167-78. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/148290>. Thai.
10. Penporn Yooyen, Wanida Sanasuttipun, Arunrat Srichantaranit. The Effect of a Teaching Program on Knowledge and Behavior of Caregivers to Prevent Infection in Preschool-aged Children with Leukemia. *NURS SCI J THAIL* [Internet]. 2019 Dec. 30 [cited 2023 Nov. 2];37(4):79-92. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/224778>. Thai.
11. Wannita Sonkongdang, Seepan Kantawang, Srimana Niyomkar, Factors Influencing Caregivers' Behaviors Regarding Nutritional Care for Preventing Infection in Leukemic Children with Chemotherapy Induced Neutropenia. *Nursing Journal. THAIL* [Internet]. 2015 Dec. 30 [cited 2023 Nov. 2];42 :94-106. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/57304/47518>. Thai.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

พุดิพันธ์ รัตน์ชู*

ส.ม. (การบริหารงานสาธารณสุข),

บทคัดย่อ

ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ส่งผลต่อการฟื้นคืนสภาพและการสมานของกระดูกอย่างสมบูรณ์ การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด และความวิตกกังวล กับความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบประเมินอาการปวด แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.82, 0.90, 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M 160.44, SD 38.05) ระดับคะแนนเฉลี่ยของอาการปวด ความวิตกกังวลและความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย (M 2.39, SD 1.33; M 29.26, SD 9.50 และ M 23.71, SD 12.76 ตามลำดับ) และความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด และความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r .81, r .88, r .93$ ตามลำดับ ($p < .05$)

คำสำคัญ : ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด ความวิตกกังวล ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์, โรงพยาบาลทุ่งสง

Factors Associated with Coping Difficulties Following Discharge in Patients with Closed Leg Fractures Undergoing Open Reduction internal fixation surgery

Puttisan Rattanachoo* M.P.H. (Public Health Administration),

Abstract

Difficulties following discharge in patients with closed leg fractures undergoing open reduction internal fixation surgery had an effect on complete bone recovery and healing. This descriptive study aimed to study the relationship between readiness before discharge, pain, anxiety, and difficulties following discharge from the hospital. The sample consisted of 100 patients with closed leg fractures undergoing open reduction internal fixation surgery. The research instrument composed of questionnaire on perception of readiness before discharge from hospital, pain questionnaire, anxiety questionnaire, and questionnaire on difficulties following discharge from the hospital. Cron

bach alpha coefficients of those questionnaires were .82, .90, .85, and .86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

The results found that the sample had a high level perception of readiness before discharged from the hospital (M 160.44, SD 38.05). The average scores on pain, anxiety, and difficulties following discharge from the hospital were quite low (M 2.39, SD 1.33; M 29.26, SD 9.50 และ M 23.71, SD 12.76, respectively). There was a statistically significant positive relationship at a high level between difficulties following discharge from the hospital and perception of readiness before discharge from the hospital, pain and anxiety $r = .81$, $r = .88$, $r = .93$, respectively ($p < .05$).

Keywords: Difficulty in adjusting after discharge from hospital Readiness before being discharged from the hospital, pain, anxiety Patients with closed femur fractures who received internal fixation surgery.

* Registered Nurse Thungsong Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บกระดูกขาหักเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทย พบว่า ปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรในผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์อายุระหว่าง 15-29 ปี ซึ่งเป็นวัยเรียนและวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น การรักษาและการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่อาจหลงเหลือ และช่วยให้ผู้ป่วยหายอย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะตามกระดูกโดยเร็วหรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บ เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มการฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยเพียง 3.9 วัน แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ากระดูกที่หักจะได้รับการยึดตรึงด้วยโลหะผู้ป่วยก็ยังคงต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพชั่วคราว (Temporary Disability) นานถึง 6 เดือน รอคอยการสมานของกระดูกให้ติดกันสมบูรณ์ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคมโดยเฉพาะในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบาดแผลผ่าตัดที่ยังบวม ปวดบาดแผล รู้สึกเมื่อยและตึงกล้ามเนื้อขาที่หัก และยังเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันไม่ถนัด ผู้ป่วยจึงเคลื่อนไหวร่างกายลดลงและประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยความยากลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในระยะ 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์มากกว่าร้อยละ 40 พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย อากาศปวด อากาศบวม และการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมทำให้มีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 72 มีท่าเดินผิดปกติจากความพิการของข้อเท้า และอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อข้อข้อมือเข้าจนกลายเป็นภาวะทุพพลภาพถาวร (Permanent Disability)²

ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีผลต่อการฟื้นฟูอย่างสมบูรณ์ของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ต้องเผชิญหรือความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับบ้าน เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ³ การดูแลตนเอง การจัดการกับความเจ็บป่วย ครอบครัว ความคาดหวังและความต้องการการช่วยเหลือด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาล สูการดูแลตนเองที่บ้าน⁴ หากผู้ป่วยเผชิญและรับรู้ถึงความยากลำบากเป็นอย่างมากในการปรับตัว เพื่อดำรงชีวิตในสถานะผู้พิการชั่วคราวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้สมบูรณ์

การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันระบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมีการจำหน่ายเร็วขึ้น ด้วยบริบทที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและเฉียบพลันเป็นจำนวนมาก จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลาในการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่

พบว่าคุณภาพการนอนและระยะเวลาในการนอน
โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความพร้อม
ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และพบว่า
ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
มีความสัมพันธ์ทางลบกับความยากลำบากในการ
ปรับตัวหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น
หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลในระดับสูง จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้
ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลลดลง

ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัด
ยึดตรึงกระดูกภายใน ภายหลังจากจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก ยังมีอาการปวด
ในระดับปานกลางถึงรุนแรง และการบริหารร่างกาย
บางท่าอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดมากขึ้นและไม่อยาก
ทำอีก และพบว่าความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบ
กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและฟื้นตัวด้านการทำ
หน้าที่ของร่างกาย ดังนั้น ความปวดจึงน่าจะมี
ความสัมพันธ์กับการรับรู้ความยากลำบากในการ
ปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย
กระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก
ภายใน

โรงพยาบาลทุ่งสงเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้ง
อยู่ระหว่างเส้นทางสายหลักลงสู่ภาคใต้ ทำให้เกิด
อุบัติเหตุได้บ่อย โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากรถทางบก
ทำให้มีผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัด
ยึดตรึงกระดูกภายในเป็นจำนวนมาก และพบว่ายังไม่
มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความ
พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด
และความวิตกกังวล กับความยากลำบากในการ
ปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มนี้
ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึง
ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยากลำบาก
ในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย

กระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก
ภายในภายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะที่
สำคัญของการฟื้นฟูสภาพ หากผู้ป่วยมีความยากลำบาก
ในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนความพิการ และคุณภาพ
ชีวิตลดลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความพร้อมก่อน
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด ความวิตก
กังวลและความยากลำบากในการปรับตัว หลัง
จำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิด
ปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ภายหลังจาก
จำหน่าย 2 สัปดาห์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้
ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการ
ปวด และความวิตกกังวล กับความยากลำบากในการ
ปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย
กระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก
ภายใน ภายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อ
ศึกษาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่
ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แล้วกระดูกขาหักแบบปิด
บริเวณกระดูกต้นขา (Femur) หรือกระดูกหน้าแข้ง
(Tibia) หรือกระดูกน่อง (Fibula) หรือทั้งกระดูกหน้า
แข้งและกระดูกน่อง (Both bone) ในตำแหน่งใด
ตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุ่งสง
โดยได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นตาม
โลหะ (Plate) หรือ แกนตามโลหะ (Nail)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิด
ที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่เข้าพักรักษา

ในโรงพยาบาลทุ่งสง ในเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566 จำนวน 100 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. มีอายุระหว่าง 18 ขึ้นไป
 2. การหักของกระดูกจะต้องไม่หักในส่วนของข้อต่อของร่างกาย ได้แก่ ข้อสะโพกข้อเข่าข้อเท้า และไม่มีการบาดเจ็บร่วม
 3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
 4. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตประสาทหรือความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรควิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน เป็นต้น
- เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง ออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่าง 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น บาดแผลติดเชื้อ โลหะตามกระดูกหัก สกปรกอน เป็นต้น
2. ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธการเข้าร่วมหรือให้ข้อมูลระหว่างการดำเนินการวิจัย
3. มีประวัติความผิดปกติในการเคลื่อนไหว อยู่เดิมก่อนได้รับการบาดเจ็บ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษา ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล
2. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ Weiss and Piacentine สร้างขึ้นตามกรอบ ของ ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 23 ข้อ โดยข้อที่ 1 เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบว่า พร้อม หรือ

ไม่พร้อม และคำถามข้อที่ 2-23 ลักษณะ คำตอบเป็น มาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก การแปลผลคะแนนโดยการรวมคะแนนทั้งหมดแล้ว หาค่าเฉลี่ย หากมีคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีการรับรู้ความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาก จากนั้นนำมา จัดลำดับเพื่อการพรรณนาระดับ ดังนี้

- 0-73 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
- 74-147 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
- 148-210 คะแนน หมายถึง ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามอาการปวด (Brief Pain Inventory) โดยมีคำถาม ประกอบด้วย ข้อคำถาม ประเมิน อาการปวดระยะ 2 สัปดาห์ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยข้อคำถามเป็นลักษณะ เลือกตอบจำนวน 13 ข้อ แบบมาตราวัดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) โดยใช้เลขในการสื่อถึงระดับความถี่ แทนค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึง มีอาการปวดมากที่สุด แปลผลคะแนนโดย หาค่าเฉลี่ย และได้แบ่งระดับคะแนนความรุนแรง อาการปวด ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย
- 0.1-4.99 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ
- 5.00-6.99 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง
- 7.00-10.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

4. แบบสอบถามความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety inventory form Y-I) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

แบ่งเป็น ข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ และข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ แปลผลคะแนนโดยการรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ย หากมีคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก จากนั้นนำมาจัดลำดับ เพื่อการพรรณนาระดับความวิตกกังวล ดังนี้

20-39 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

40-59 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง

60-80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

5. แบบสอบถามความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่มีความยากลำบากเลยและ 10 หมายถึง มีความยากลำบากมากที่สุด ซึ่งแปลผลโดยคะแนนเฉลี่ย จากนั้นนำมาจัดลำดับเพื่อการอธิบายระดับคะแนน

0-33 คะแนน หมายถึง มีความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายในระดับต่ำ

34-67 คะแนน หมายถึง มีความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายในระดับปานกลาง

68-100 คะแนน หมายถึง มีความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบสอบถามอาการปวด แบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ทำการดัดแปลงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในหน่วยงานมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลเฉพาะ

ด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางสาขาฟื้นฟูสภาพ 1 ท่านและพยาบาลเฉพาะทางสาขาจิตเวช 1 ท่าน ซึ่งมีค่า IOC เท่ากับ 0.94 แล้วนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามอาการปวด เท่ากับ 0.90 และแบบสอบถามความวิตกกังวลเท่ากับ 0.85 ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวดและความวิตกกังวล กับความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ

การศึกษาค้นคว้านี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลทุ่งสง เอกสารรับรองเลขที่ REC-TH045/2023 เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะถูก

เก็บเป็นความลับ รายงานผลการศึกษาในภาพรวม
ไม่มีการระบุชื่อรวมทั้งไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ข้อมูล
ในแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูก
ทำลายโดยผู้วิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ที่ทำการศึกษามีจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
ร้อยละ 56 เพศหญิงร้อยละ 44 มีกลุ่มอายุ 18-20 ปี
ร้อยละ 33 กลุ่มอายุ 21-50 ปี ร้อยละ 34 และกลุ่ม
อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33 ปีเฉลี่ย 40.89±22.98 ปี
อายุมากที่สุด 96 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสดซึ่งคิดเป็น
ร้อยละ 49 เป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษาถึงร้อยละ 40

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป
ร้อยละ 35 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ
52 ส่วนใหญ่การมารักษาครั้งนี้ใช้สิทธิ พรบ. ร้อยละ
40 และสาเหตุของการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจาก
อุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 64 จำนวนวันนอนเฉลี่ยส่วน
ใหญ่น้อยกว่า 5 วันคิดเป็นร้อยละ 66

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมก่อน
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง
(M=160.44±38.05) แต่ระดับคะแนนเฉลี่ยของอาการ
ปวด ความวิตกกังวลและความยากลำบากใน
การปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ใน
ระดับต่ำ (M=2.39±1.33, M=29.26±9.50 และ
M=23.71±12.76 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด และความวิตกกังวลกับ
ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (n=100)

| ตัวแปร | M | S.D. | แปลผล |
|---|--------|-------|----------|
| การรับรู้ความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล | 160.44 | 38.05 | ระดับสูง |
| ด้านสภาพร่างกายและจิตใจ | 48.48 | 11.71 | - |
| ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง | 58.57 | 19.62 | - |
| ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา | 25.01 | 6.04 | - |
| ด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ | 30.38 | 8.28 | - |
| อาการปวด | 2.39 | 1.33 | ระดับต่ำ |
| ความวิตกกังวล | 29.26 | 9.50 | ระดับต่ำ |
| ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล | 23.71 | 12.76 | ระดับต่ำ |

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ความพร้อม
ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด และ
ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมาก

กับความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .81, r= .88
r= .93, p<.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด และความวิตกกังวล (n=100)

| ตัวแปร | ความยากลำบากในการปรับตัว หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล |
|--|---|
| การรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล | .81** |
| อาการปวด | .87** |
| ความวิตกกังวล | .92** |

** $p < .001$

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=160.44 \pm 38.05$) แสดงให้เห็นถึงแนวทางการดำเนินงานการวางแผนการจำหน่ายในปัจจุบันได้มีการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยทั้งด้านสภาพร่างกายและจิตใจ ความรู้ในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหาและความคาดหวังการได้รับการช่วยเหลือ และให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ประกอบกับในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 18-20 ปี (ร้อยละ 33) และ 21-50 ปี (ร้อยละ 34) ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่ยังมีความแข็งแรง และสามารถทำความเข้าใจกับพยาธิของโรคและสภาพการเปลี่ยนแปลงจากที่สามารถเดินได้ปกติ ผู้เป็นผู้ที่มีภาวะกระดูกขาหักได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของธรรณัฐ ปิยะกุล และคณะที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีกระดูกขาหักชนิดปิดและได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมีระดับการรับรู้ความพร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน⁴

ถึงแม้ว่าการหักของกระดูกจะได้รับการยึดตรึงด้วยโลหะแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่หลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดีและเชื่อว่าการรักษาที่ได้รับมีประสิทธิภาพส่งเสริมความอดทนและไม่เกิดทัศนคติด้านลบต่อการรักษา เกิดเป็นความรู้และความเข้าใจว่ากลุ่มตัวอย่างก็ยังคงเผชิญกับอาการปวดขาข้างที่ทำผ่าตัดที่ยังคงรับรู้ว่าการปวดนั้นจะหมุนเวียนกันไปมีทั้งดีขึ้นและแย่ลง แต่จะมีการจัดการอาการปวดโดยการให้ยาบรรเทาอาการปวดนั้น โดยไม่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลทำให้อนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดอยู่ในระดับต่ำ ($M=2.39 \pm 1.33$) ฉะนั้นการฟื้นฟูสภาพจะดีขึ้นได้นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการกับอาการปวดให้ลดลงและไม่รบกวนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระหว่างกระบวนการสมานของกระดูก เพื่อฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูได้อย่างสมบูรณ์ในระยะ 6 เดือน^{1,5} แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต้องปฏิบัติตัวและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ถูกต้องเหมาะสมและสามารถพึ่งพาตนเองได้⁶

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($M=29.26\pm 9.50$) อาจเนื่องจากการบาดเจ็บกระดูกขาหักไม่เป็นภาวะบาดเจ็บที่ไม่คุกคามชีวิตและเมื่อได้รับการผ่าตัดทำให้ฟื้นสภาพได้เร็วในทุกช่วงวัย^{4,7} และเมื่อผู้ป่วยเกิดความพร้อมด้านความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง (Adequate knowledge and information for self-care management) ควบคู่ไปกับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง⁸

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการปวด และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .81, r = .88, r = .93, p < .001$) จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวางแผนจำหน่ายครอบคลุมในรูปแบบ M-E-T-H-O-D ทั้ง 3 ระยะของการเปลี่ยนผ่าน⁹⁻¹⁰ ทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ได้ ซึ่งในช่วง 2 สัปดาห์แรกผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านโดยการมีวัสดุตามภายใน ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่แตกต่างไปจากที่เคยปฏิบัติ และต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนในการส่งเสริมการติดกันของกระดูก¹¹ การใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนทักษะการดูแลที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยและญาติ สามารถสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ¹² โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้มีบทบาทสำคัญใน

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องหาวิธีการช่วยสร้างความมั่นใจเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน^{5,13} เป็นแรงจูงใจให้มีความพร้อมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกิดประสิทธิภาพที่ดีหลังการผ่าตัดสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดผู้ป่วยจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ มีการรับรู้ปกติ¹⁴⁻¹⁵

สรุป

การให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านทั้ง 3 ระยะและครอบคลุมการจำหน่ายตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความพร้อมด้านสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและเข้าถึงการได้รับความสนับสนุนช่วยเหลือที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกเพื่อนำไปเป็นข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายโรค
2. พยาบาลควรมีฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนมุมมองของการเจ็บป่วยในด้านบวกเพื่อให้เกิดความร่วมมือในสนับสนุนการการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมฟื้นฟูและกลับคืนสภาพหลังผ่าตัด

Reference

1. Witchate Pichaisak, Pisit Lertwanich. Fracture and dislocation for general practice. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2018. Thai.
2. Sirapat Wadking. Nursing care of patients with femoral fractures treated by surgery: Two comparative case studies. *Chaiyaphum Med J.* 2023;43(1):40–55. Thai.
3. Chomphoonut Srirat, Sirirat Panuthai. Readiness for Hospital Discharge, Coping Difficulties Following Discharge and Health Care Utilization on Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nurs J (Manila).* 2017;44(1):13–25. Thai.
4. Taranut Piyakun, Niphawan Samartkit, Khemaradee Masingboon. Factors Related to Coping Difficulties after Hospitalization in Patients with Closed Leg Fracture Undergoing Open Reduction Internal Fixation Surgery. *J Nurs Educ.* 2019;12(4):15–31. Thai.
5. Chiraporn Chalanuwat, Kannika Samrit, Yupawan Thongtanunam, Niphawan Samartkit. Development of a clinical Nursing Practice Guideline for Hip Fracture Patients Undergoing Internal Surgery at Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao. *J Fac Nurs Burapha Univ.* 2021; 29(4):34–46. Thai.
6. Chontira Khampiuvpun. Effectiveness of promoting program on rehabilitation of closed fracture a leg patients with internal fixation surgery, Koh Samui hospital. *J MCU Nakhondhat.* 2021;8(5):263–78. Thai.
7. Sawitree Bunsrisaard, Nichapatr Phutthikhamin, Suthee Tharakulphan. Factors related to bone healing in patients with shaft tibia fracture underwent open reduction internal fixation. *J Nurs Sci Health.* 2021;44(2):98–108. Thai.
8. Sirirat Panuthai. Factors Affecting Readiness for Hospital Discharge among Older Persons. *Nurs J (Manila).* 2014;41(4):150–60. Thai.
9. Pornthana Prucktrangkun. Effectiveness of a Discharge Planning Program on Functional Recovery of Total Knee Arthroplasty Patients. *J Health Res Innov.* 2020;3(1):59–75. Thai.
10. Jittawadee Rhiantong, Sirirat Panuthai. Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Hospitalized Elderly Patients in Tertiary Hospitals. *Nurs J (Manila).* 2022;48(3):214–25. Thai.
11. Kornklao Rattanachankorn, Tipa Toaskunkaew, Venus Leelahakul. The Effects of Rehabilitation Nursing in Fracture Neck of Femur Patients After Undergoing Internal Fixation. *Christ Univ Thail J.* 2017;23(4):629–42. Thai.
12. Mulawee Sombut, Orathai Wongkhan, Phimwara Nongsae. The development of discharge planning among patients undergoing Total Knee Arthroplasty in Phrae hospital. *J Phrae Hosp.* 2020;28(1):107–20. Thai.

13. Chayanan Chueybuddha, Siripun Sripaoraya, Pensri yowsong. The Effect of Self- Efficacy Promotion Program to Re-fracture Behavior in Patients with Femoral Fractures Receiving Internal Fixation in Krabi Hospital. Krabi Med J. 2019;2(2):9–16. Thai.
14. Thai Association for Rehabilitation Medicine. Development of care for patients in the rehabilitation period (Subacute Rehabilitation) and lessons learned from operations Under the Ministry of Public Health. Sirindhorn Nation Medical Rehabilitation Institute; 2016.
15. Scheffers-Barnhoorn MN, Sharma-Virk M, Van Balen R, Van Eijk M, Achterberg WP. Coping strategies of older adults with a recent hip fracture within inpatient geriatric rehabilitation. Aging Ment Health. 2022;26(7):1436–43.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลนครปฐม

อัจฉราภา รัตน์จันทร์* พย.บ.(พยาบาลศาสตร์)

ภาณุมาศ ไกรสัย** พย.ม. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)

สัณหจิรา นิตย์แสง* พย.บ.(พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 33 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการสนับสนุนของครอบครัว เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกาย และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.94 ค่าความเที่ยง 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired Samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร และการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.952$) การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.764$) แต่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำสำคัญ: โปรแกรมรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การสนับสนุนของครอบครัว, สตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครปฐม E-mail: ratanajana859@gmail.com

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ธีย์

Effect of Self-Efficacy Enhancement Program in Postpartum Women with Gestational Diabetes Mellitus and Family Support on knowledge, Self-care Behaviors and Blood Sugar Level, Nakhonpathom Hospital.

| | |
|----------------------|-------|
| Adcharapa Ratanajan* | B.N.S |
| Panumad Kraissai** | M.N.S |
| Sanjira Nitsawang** | B.N.S |

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of self-efficacy enhancement program and family support on knowledge, diet and exercise self-care behaviors, and blood sugar levels among postpartum women with gestational diabetes mellitus. The sample consisted of postpartum women with gestational diabetes, divided into 2 groups: control and experimental group, in which each group consisted of 33 postpartum women with gestational diabetes. The experimental group participated the program intervention composed of 5 sessions of activities for 6 weeks. The control group received the usual care. Research instrument was self-efficacy enhancement program in postpartum women with gestational diabetes and family Support. Data collecting tools consisted of personal information questionnaire, knowledge test and diet and exercise self-care behavior test, and record fasting blood sugar level form. The content validity of the questionnaire was 0.94 and reliability was 0.85. Data were analyzed using frequencies, percentages, mean, standard deviation, independent t-test, and paired samples t-test.

The results revealed that the average knowledge score of the experimental group was significantly higher than before participated in the program and higher than the control group ($p < .001$). The average diet and exercise self-care behaviors score of the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .001$). Comparison fasting blood sugar levels before and after participated in the program of the experimental groups, it was found that there was no statistical difference ($p = 0.952$). Comparison fasting blood sugar levels between the experimental and the control groups, it was found that there was no statistical difference ($p = 0.764$). But, the sample in both experimental and control groups had normal fasting blood sugar.

Key words: Self-Efficacy Program, Family Support, Postpartum women with gestational diabetes mellitus, Self-care Behaviors.

*Registered Nurse, Nakhonpathom Hospital E-mail: ratanajana859@gmail.com

**Nurse's instructor in Metharath university

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่มีความสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงทั้งในมารดาและทารก โดยพบอุบัติการณ์ทั่วโลก ร้อยละ 22.3¹ สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 6.3-16.2 โดยขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่² โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์นอกจากจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์แล้ว ในระยะหลังคลอดยังเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด และติดเชื้อหลังคลอดรวมทั้งในระยะเวลา 4 ปีหลังคลอด ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึง 7-10 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีหลังคลอดที่ไม่มีประวัติของโรค³⁻⁴ ภาวะเบาหวานหลังคลอด เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนเสื่อมสภาพลงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ทำให้เกิดความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินที่ควบคุมการเผาผลาญกลูโคส เมื่อเข้าสู่ระยะหลังคลอดแม้ว่าฮอร์โมนที่ผลิตจากรก ซึ่งมีผลต่อน้ำตาลในเลือดช่วงตั้งครรภ์จะลดลงภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด แต่ความผิดปกติของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนที่เสื่อมสภาพยังคงอยู่ และส่งผลต่อการทำงานของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดยังสูงในระยะหลังคลอด⁵⁻⁶

แนวทางการชะลอการเกิดภาวะเบาหวานหลังคลอด พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และออกกำลังกายสม่ำเสมอ⁷⁻⁹ ในการศึกษาแบบ Meta-analysis¹⁰ พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถชะลอการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอดได้ ร้อยละ 45 การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายร่วมกัน มีประสิทธิภาพมากกว่าการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว¹¹ และการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือกลุ่ม โดย

ให้จดบันทึกชนิดการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานหลังคลอด ร้อยละ 35 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม¹² อย่างไรก็ตามแม้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะมีส่วนทำให้สตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานหลังคลอดได้ แต่การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตัวได้อย่างต่อเนื่องกลับเป็นสิ่งท้าทายสำหรับพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systemic reviews)¹³ โดยรวบรวมการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะเบาหวานหลังคลอดระหว่างปี ค.ศ. 1990-2015 จำนวน 58 เรื่อง พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด คือ สตรีหลังคลอดไม่รับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับขาดการสนับสนุนของบุคลากรสุขภาพ หรือขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด

สำหรับอุบัติการณ์โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ปีพ.ศ 2563-2565 มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 4.20, 6.50 และ 7.40 ตามลำดับ และจากการสำรวจปัญหาเบื้องต้น โดยสุ่มสัมภาษณ์สตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 15 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.33 ยังไม่มีความรู้ที่ถูกต้อง ในเรื่องโรคเบาหวานหลังคลอด ร้อยละ 66.67 ไม่ทราบเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยพฤติกรรมรับประทานอาหารในระยะตั้งครรภ์ พบว่า ร้อยละ 73.33 ไม่ควบคุมอาหารหรือคัดเลือกอาหารตามที่ได้รับคำแนะนำ เนื่องจากทนความหิวไม่ได้ โดยเฉพาะเวลากลางคืน ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.0 ไม่มั่นใจว่าจะสามารถทำตามคำแนะนำได้ ปัญหาที่พบจากการสัมภาษณ์ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการพยาบาลแบบเดิมที่เน้นการให้คำแนะนำ เรื่อง การปฏิบัติตัวด้านอาหาร การออก

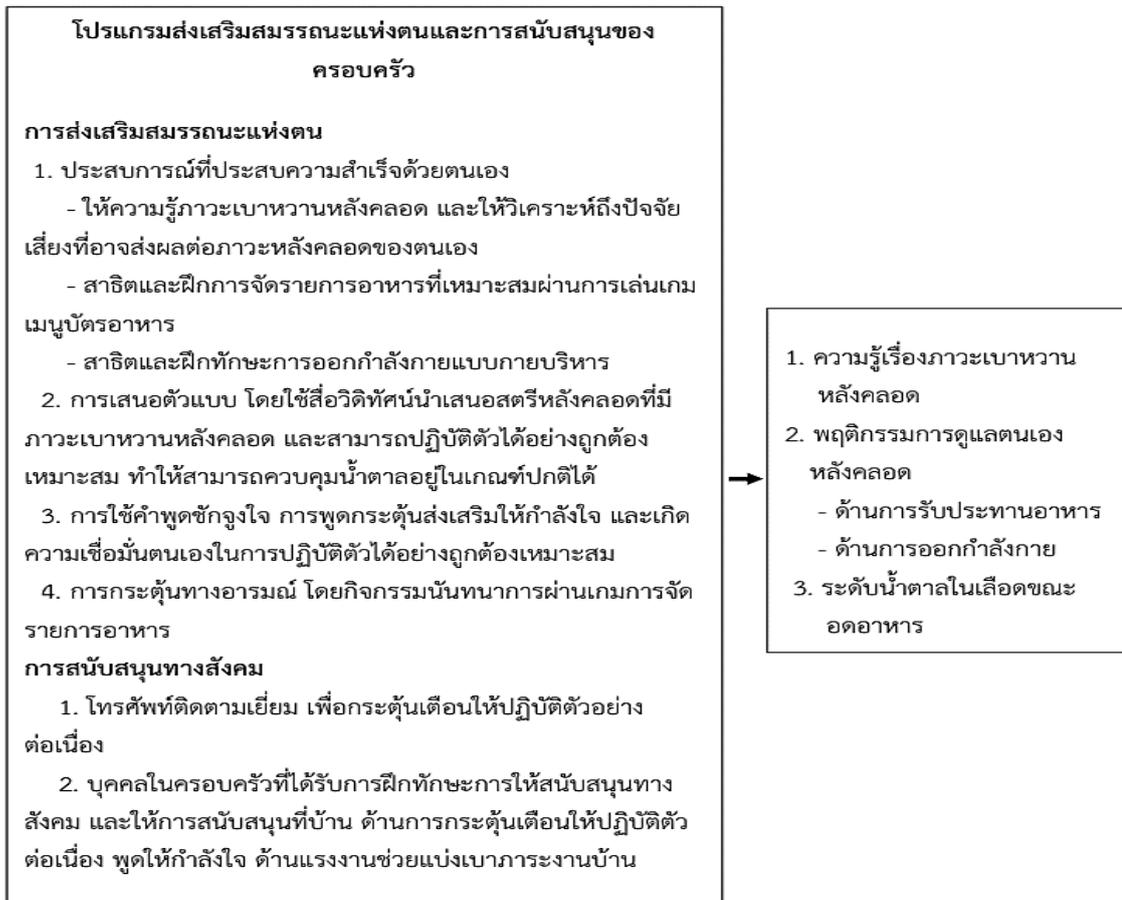
วารสารกองการพยาบาล

กำลังกาย กับให้แผนับความรู้อาจไม่ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาของสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันสตรีหลังคลอดที่เป็น

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดโรคเบาหวานหลังคลอดหรือเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิด ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁴ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม¹⁵ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะเบาหวานหลังคลอด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

ภายหลังคลอด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

วารสารกองการพยาบาล

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะเบาหวาน หลังคลอด ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายหลังคลอด ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รับบริการแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 - 31 สิงหาคม 2566 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยใช้ Effect size (d) ของวิจัยที่ใกล้เคียง¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะสุขภาพของสตรีหลังคลอดที่มีประวัติเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยหลังทดลอง กลุ่มทดลอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 120.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.51 และกลุ่มควบคุม 129.88 และ 11.23 ตามลำดับ นำข้อมูลข้างต้นแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α error) เท่ากับ 0.05 ค่า Power ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ได้ค่า Effect size (d) 0.659 Sample size group 1 = 30, group 2 = 30 Total sample size = 60 เพื่อป้องกันปัญหาการออกจากการศึกษา ได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่ม

ทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน และคัดเลือกแบบสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมี

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด 2) หลังคลอดไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือด 3) คลอดทางช่องคลอด 4) อายุ 20-40 ปี 5) มีประวัติฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครปฐมในครรภ์ที่ผ่านมา 6) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทย และ ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 7) ในกลุ่มทดลองมีบุคคลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมการทดลอง

เกณฑ์ในการคัดออกจากการทดลอง (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด มีภาวะติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ ติดเชื้อเอชไอวี 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนถึงสิ้นสุดการวิจัย หรือไม่ครบทุกขั้นตอน และ 3) ไม่สามารถมาตรวจหลังคลอดและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่โรงพยาบาลนครปฐม

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้โรคเบาหวานหลังคลอด จำนวน 20 ข้อ เลือกตอบ 1 ข้อ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ โดยข้อที่ตอบถูกต้องจะตอบใช่ = 1 คะแนน และถ้าตอบไม่ใช่หรือ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติ 4 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป = 5, 2-3 ครั้ง/

วารสารกองการพยาบาล

สัปดาห์= 4, 1 ครั้ง/สัปดาห์= 3, 2 ครั้ง/เดือน= 2 และ ไม่ปฏิบัติเลย = 1 มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการออกกำลังกาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity Index: CVI) แบบวัดความรู้โรคเบาหวานหลังคลอด 0.92 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 0.91 และ แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย 0.96 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน เพื่อทดสอบโดยการหาความคงที่ภายใน (Kuder-Richardson Reliability) ของแบบวัดความรู้โรคเบาหวานหลังคลอด 0.81 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ โดยแบบสอบถามใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภาพดำเนินการวิจัย

วารสารกองการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมกับกลุ่ม สนับสนุนของครอบครัว ดังตารางที่ 1 การจัดกิจกรรม ทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรี โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน หลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการ

ตารางที่ 1 การจัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการ สนับสนุนของครอบครัว

| วัตถุประสงค์การจัด กิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตน และการสนับสนุน ทางสังคม | กิจกรรม | ระยะเวลา/สถานที่ |
|--|--|---|
| ครั้งที่ 1 และ 2 1. เพื่อสร้างประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2. การเสนอตัวแบบทางบวก เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคาด หวังในผลลัพธ์ที่ดี 3. การพูดชักจูงใจ ให้กำลังใจ 4. การกระตุ้นความรู้สึก | - กิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ - การให้ความรู้ภาวะเบาหวานหลังคลอด และให้วิเคราะห์ถึง ปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะหลังคลอดของตนเอง - การสาธิตและฝึกการจัดรายการอาหารที่เหมาะสมผ่านการเล่น เกมเมนูบัตรอาหาร สาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบ กายบริหาร - เสนอตัวแบบทางบวก โดยใช้สื่อวิดีโอที่นำเสนอสตรีหลังคลอดที่ มีภาวะเบาหวานหลังคลอด และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ - การใช้คำพูดชักจูงใจ การพูดกระตุ้นส่งเสริมให้กำลังใจ และเกิด ความเชื่อมั่นตนเองในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม | - ครั้งละ 60 นาที - แผนกสูติกรรม(ห้อง นมแม่) - เข้ากลุ่มร่วมกับ บุคคลในครอบครัว |
| กิจกรรมฝึกทักษะการ สนับสนุนทางสังคมของ บุคคลในครอบครัว | - ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการให้แรงสนับสนุนทาง สังคม - ฝึกทักษะการให้สนับสนุนทางสังคม โดยพูดกระตุ้นเตือนให้ กำลังใจให้ปฏิบัติตัวต่อเนื่อง ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ช่วยเลี้ยง บุตร โดยสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมได้ทันทีที่บ้าน | - 30 นาที - แผนกสูติกรรม |
| ครั้งที่ 3, 4 และ 5 การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อ สอบถามปัญหา และกระตุ้น เตือนให้ปฏิบัติตัวอย่าง ต่อเนื่อง | - ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มทดลองตามวันและเวลาที่นัดไว้ ในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 5 โดยสอบถามปัญหาต่างๆด้านการ รับประทานอาหาร และการทำกายบริหาร ปัญหาอุปสรรค อาการ ผิดปกติต่างๆ หลังจากนั้นพูดให้กำลังใจ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะแล้วตลอด ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด | - คนละ 15-20 นาที |

**การเก็บรวบรวมข้อมูลและพหุทัศนะจากผู้เข้าร่วม
การวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาของจาก คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลนครปฐม เลขที่รับรอง COA No. 012/2023 NPH-REC No. 006/2023 วันที่ 21/03/2566 ผู้วิจัยพหุทัศนะจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายขั้นตอนการ ดำเนินวิจัย ประโยชน์ ผลดี และผลเสียรวมทั้งอาการ

วารสารกองการพยาบาล

ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการดูแลรักษาเมื่อเกิดขึ้น การตอบรับ ปฏิเสธ หรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล แจกแจงเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ อายุเฉลี่ย เท่ากับ 30.70 และ 29.61 ปี ทั้ง 2 กลุ่มนับถือศาสนาพุทธ และสถานภาพสมรสคู่ เท่ากัน ร้อยละ 100.00 การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 36.36 และ 30.30 ทั้ง 2 กลุ่มมีอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างเท่ากัน ร้อยละ 36.36 รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยเท่ากับ 14,818.18 และ 13,818.19 บาท ระยะเวลาลางาน 3 เดือน ร้อยละ 85.72 และ 80.00 และ บุคคลอ้างอิงเป็นสามี ร้อยละ 82.86 และ 88.57 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 29.88 และ 29.71 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 63.64 และ 54.55 ประวัติการคลอดครั้งที่ 2 ร้อยละ 63.64 และ 54.55 อายุครรภ์เฉลี่ย 38.23 และ 38.49 สัปดาห์ ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความรู้เรื่องภาวะเบาหวานหลังคลอด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย หลังการทดลอง

| | Mean | SD | t | p-value |
|--|------|----|---|---------|
|--|------|----|---|---------|

ความรู้เรื่องภาวะเบาหวานหลังคลอด

ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 63.64 และ 81.82 มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 43.33 และ 36.36 ตามลำดับ ประวัติคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวตั้งแต่ 4,000 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 25.42 และ 27.59 ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีประวัติคลอดบุตรพิการ หรือตาย ร้อยละ 100 การรักษาภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ได้รับยาลดน้ำตาลและควบคุมอาหาร ร้อยละ 63.64 และ 57.58 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะเบาหวาน หลังคลอด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p = .197$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

วารสารกองการพยาบาล

| | Mean | SD | t | p-value |
|---|-------|-------|-------|---------|
| กลุ่มทดลอง (n=33) | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 8.55 | 14.31 | -3.87 | 0.000* |
| หลังการทดลอง | 16.73 | 9.89 | | |
| ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมหลังการทดลอง | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=33) | 16.73 | 1.38 | 6.54 | 0.000* |
| กลุ่มควบคุม (n=33) | 13.28 | 2.28 | | |
| ด้านการรับประทานอาหาร หลังการทดลอง | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=33) | 3.83 | 0.43 | -4.99 | 0.000* |
| กลุ่มควบคุม (n=33) | 3.24 | 0.52 | | |
| ด้านการออกกำลังกาย หลังการทดลอง | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=33) | 3.99 | 0.32 | -9.39 | 0.000* |
| กลุ่มควบคุม (n=33) | 2.88 | 0.60 | | |

* p< .001

3. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารไม่พบความแตกต่างทางสถิติ (p= 0.952) และเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองไม่พบความแตกต่างทางสถิติ (p = 0.764) โดยทั้งสองกลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

| ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร | Mean | SD | t | p-value |
|--|-------|-------|------|---------|
| กลุ่มทดลอง (n=33) | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 98.61 | 11.15 | 0.06 | 0.952 |
| หลังการทดลอง | 98.45 | 12.88 | | |
| ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมหลังการทดลอง | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=33) | 98.45 | 12.88 | 0.30 | 0.764 |
| กลุ่มควบคุม (n=33) | 99.39 | 12.38 | | |

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปและอภิปรายผล ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะ

เบาหวานหลังคลอด สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะเบาหวานหลังคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม

วารสารกองการพยาบาล

สมมติฐานวิจัยที่ 1 จากผลการวิจัยอาจเป็นผลมาจากในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura¹⁴ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมสร้างการเรียนรู้ความสามารถตนเอง จากกิจกรรมเรียนรู้ 4 แหล่งหลัก คือ ส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยให้กลุ่มทดลอง ได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้ตนเองมีภาวะเบาหวานหลังคลอด รวมทั้งให้เสนอแนวทางแก้ไขที่คิดว่าสามารถปฏิบัติได้ เกมการเลือกอาหารและการฝึกทักษะออกกำลังกาย ซึ่งประสบการณ์ที่ทำแล้วประสบความสำเร็จด้วยตนเอง จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จที่เกิดจากการกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง¹⁴ และเมื่อเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองบุคคลก็จะใช้ทักษะที่ได้รับได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเช่นกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้คำพูดชักจูงใจ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาของตนเอง ประกอบกับการได้พบทวนคู่มือความรู้ที่มีภาพประกอบ สามารถอ่านเข้าใจง่าย ร่วมกับการบันทึกการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้นจึงนำไปสู่การปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง ดังนั้นผลการวิจัยหลังทดลองจึงทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากขึ้น

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ โดยใช้รูปแบบการสอนแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเองในสตรีตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลอง 121 ราย ได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถตนเอง โดยผ่านทางแอปพลิเคชันที่ติดตั้งในโทรศัพท์มือถือ เป็นความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำตาล ร่วมกับการฝึกทักษะตามโปรแกรมใน

แอปพลิเคชันที่ติดตั้งในโทรศัพท์มือถือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการคัดเลือกอาหาร และการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์¹⁷ โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวแบบสอบถามการเรียนรู้ความสามารถตนเอง การได้รับสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ และการจัดการตนเอง ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรทางอ้อมด้านความรู้มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สมมติฐานวิจัยที่ 2 พบว่า หลังทดลองเมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายหลังคลอด กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการทดลองเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งอาจเกิดจากในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง ได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านการเรียนรู้ 4 แหล่งหลัก คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยให้ความรู้และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะเบาหวานหลังคลอดของตนเอง การสาธิตและฝึกการจัดรายการอาหารที่เหมาะสมผ่านการเล่นเกมเมนูบัตรอาหาร และฝึกทักษะการออกกำลังกาย 2) การใช้ตัวแบบ เป็นสตรีหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานหลังคลอด และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งตัวแบบทางบวกเป็นการสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีจากการสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการทำงานที่ตนเองคิดว่ายาก ทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถกระทำได้เช่นกัน

วารสารกองการพยาบาล

3) การใช้คำพูดชักจูงใจ เป็นการพูดกระตุ้นส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ร่วมกับการให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ด้วยกิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างบรรยากาศ ซึ่ง Bandura¹⁴ ได้เสนอแหล่งการเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่ง เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม และเกิดความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ และเมื่อเกิดความคาดหวังก็จะผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงการกระทำจนสำเร็จ ดังนั้นผลการทดลองครั้งนี้ กลุ่มทดลองจึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย มากกว่ากลุ่มควบคุม

สอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด A1⁷ กลุ่มทดลอง ได้รับการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยความเชื่อที่ไม่เหมาะสม สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองด้วยกิจกรรมแลกเปลี่ยนในกลุ่มร่วมกับวิเคราะห์ปัญหาตนเอง การใช้ตัวแบบทางบวก ร่วมกับสนับสนุนทางสังคมโดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิด class A1 และ A2¹⁸ กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ได้แก่ ให้ความรู้ด้านอาหาร ออกกำลังกาย และควบคุมน้ำตาลในเลือด สังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการฝึกอ่านฉลากอาหาร ร่วมกับการส่งข้อความเพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง หลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการศึกษาโปรแกรมการส่งข้อความความรู้ผ่านระบบออนไลน์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์¹⁹ เริ่มกิจกรรมทดลองตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานอายุครรภ์ 24-30 สัปดาห์ จนถึงหลังคลอด ซึ่งจะได้รับการให้คำปรึกษาและฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหารแบบรายบุคคล และให้เริ่มออกกำลังกายด้วยการเดิน 30 นาที/ครั้ง นาน 5 วัน/สัปดาห์ หลังจาก 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นต้นไป พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่สามารถควบคุมพลังงานทั้งหมดที่ได้จากอาหาร และจากคาร์โบไฮเดรตตามเกณฑ์ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้²⁰ โดยจัดโปรแกรมทดลองให้ความรู้และการฝึกการผ่อนคลายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด A1 กิจกรรมโปรแกรม 5 ครั้ง เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ได้แก่การให้ความรู้ภาวะเบาหวาน การควบคุมอาหาร การฝึกทักษะจัดรายการอาหาร และการฝึกผ่อนคลายความเครียด พบว่า หลังทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม ทั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า คะแนนทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับที่สูงตั้งแต่ก่อนการทดลองอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งทำให้หลังการทดลองคะแนนทั้ง 2 กลุ่มจึงไม่มีความแตกต่างกัน

สมมติฐานวิจัยที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ก่อนและหลังทดลอง รวมทั้งระหว่างกลุ่มทดลอง และควบคุมไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า โดยส่วนใหญ่สตรีที่มีประวัติเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ จะมีโอกาสเป็นเบาหวานหลังคลอด ร้อยละ 37 ภายใน

วารสารกองการพยาบาล

ระยะเวลา 4 ปี โดยพบเป็นส่วนน้อยเพียงร้อยละ 12.5 ที่จะเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใน 2 เดือนหลังคลอด และร้อยละ 23.8 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใน 1 ปี หลังคลอด²¹ สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปของเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนเสื่อมสภาพลง⁵⁻⁶ อย่างไรก็ตาม การป้องกันหรือชะลอการเกิดเบาหวานหลังคลอด มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพระยะหลังคลอด โดยรับประทานอาหารที่เหมาะสม และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ²² ในการศึกษาแบบ Meta-analysis¹⁰ พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถป้องกันการพัฒนาของเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 45 หรือการควบคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกายร่วมกันมีประสิทธิภาพมากกว่าการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว¹¹ และการให้คำปรึกษาด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานหลังคลอด ร้อยละ 35 เมื่อติดตามในระยะ 4 ปีหลังคลอด¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของสตรีหลังคลอดที่มีประวัติเป็นเบาหวานชนิดที่ 2¹⁶ โดยเริ่มกิจกรรมหลังคลอดแล้ว 6-10 สัปดาห์ เป็นการออกกำลังกายแบบไทชิ นานครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 5 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร และค่าฮีโมโกลบิน A1C ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือการศึกษาในต่างประเทศ^{3,23} เริ่มทดลองหลังคลอดแล้ว 10-16 สัปดาห์หลังคลอด เน้นกิจกรรมการรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสร้างผลลัพธ์ที่ดี ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค การสร้างแรงจูงใจ และอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หลังทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับ

น้ำตาลในเลือด ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้²⁴ โดยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในสตรีชาวจีนที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเริ่มกิจกรรมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลอง 218 ราย ได้รับการให้ความรู้แบบรายบุคคล และกิจกรรมกลุ่ม การฝึกทักษะเลือกอาหาร และออกกำลังกายที่เหมาะสม ผลการศึกษาเมื่อติดตามในระยะ 6-12 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า อัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอด ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ โดยทั้งสองกลุ่มมีผลน้ำตาลลดลงอยู่ในระดับปกติ และการศึกษาทดลองควบคุมแบบสุ่มเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์²⁵ เริ่มโปรแกรมทดลองหลังคลอดระยะแรก กลุ่มทดลอง 800 ราย ได้รับการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร และออกกำลังกาย แบบรายบุคคล 3 ครั้ง และการส่งข้อความกระตุ้นเตือน และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการทดลอง ในระยะ 2 เดือนหลังคลอด แม้ว่ากลุ่มทดลองโดยรวมจะพบอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. แผนกสูติกรรมหลังคลอด ควรจัดกิจกรรมให้สตรีหลังคลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับการเสริมสร้างรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว โดยการให้ความรู้ การคิดวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของตนเอง การฝึกคัดเลือกหรือจัดรายการอาหารที่เหมาะสม และการฝึกการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับระยะหลังคลอด และควรมีการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

วารสารกองการพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควร ดำเนินการต่อเนื่องและติดตามผลในระยะยาวจนถึง 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการ ทดลองว่าสามารถป้องกันโรคเบาหวานหลังคลอด รวมทั้งควรประสานความร่วมมือกับแผนกฝากครรภ์ และหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน เพื่อนำโปรแกรมการทดลองนี้ ไปใช้ตั้งแต่ระยะ ตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอดที่บ้าน และการติดตาม ผลในระยะยาว

References

1. Rowland J, Wilson, CA. The association between gestational diabetes and ASD and ADHD: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2021; 11: 5136 .
2. Praphat Wanichpongphan, Kuson Rasamecharoen, Triphop Lertbunnapong. *Obstetrics textbook.* Bangkok: PA. Living: 2017. Thai
3. Kapoor D, Gupta, Y, Desai A, et al. Lifestyle intervention programme for Indian women with history of gestational diabetes mellitus. *Global health epidemiology and genomics.* 2019; 4: e1.
4. Vounzoulaki E, Khunti K, Abner SC, et al. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020; 369(1): m1361.
5. Diabetes Association of Thailand. *Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017.* Bangkok: Arun Printing: 2017. Thai.
6. Xie W, Wang Y, Xiao S, et al. Association of gestational diabetes mellitus with overall and type specific cardiovascular and cerebrovascular diseases: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022; 378 : e0702442022.
7. Walailak Suwanpakdee, Sunanta Youngwanichsetha, Sopen Shunuan. Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Dietary and Exercise Behaviors among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. *SCNG;* 6(1): 39-50. Thai.
8. Huang S, Magny-Normilus C, McMahon E, Whittemore R. Systematic Review of Lifestyle Interventions for Gestational Diabetes Mellitus in Pregnancy and the Postpartum Period. *JOGNN.* 2022; 51: 155-25.
9. Yang Y, Lin QY, Quan PP, Wen YM, Li XY, Lin JF. Study on the Effect of Web Based Real-Time Interactive Intervention Teaching Model on Self-Efficacy of Gestational Diabetes Mellitus Patients. *International Journal of Clinical Medicine.* 2020; 11: 778-85.
10. Gilinsky AS, Kirk AF, Hughes AR, Lindsay RS. Lifestyle interventions for type 2 diabetes prevention in women with prior gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis of behavioural, anthropometric and metabolic outcomes. *Prev Med Rep.* 2015; 24(2): 448-61.
11. Berger AA, Peragallo-Urrutia R, Nicholson WK. Systematic review of the effect of individual and combined nutrition and exercise interventions on weight, adiposity and metabolic outcomes after

วารสารกองการพยาบาล

- delivery: evidence for developing behavioral guidelines for post-partum weight control. *Pregnancy Childbirth*. 2014; 14(1): 319.
12. Aroda VR, Christophi CA, Edelstein SL, et al. The effect of lifestyle intervention and metformin on preventing or delaying diabetes among women with and without gestational diabetes: the Diabetes Prevention Program outcomes study 10-year follow-up. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015; 100(4): 1646–53.
 13. Nielsen KK, Kapur A, Damm P, Courten M, Bygbjerg C. From screening to postpartum follow-up – the determinants and barriers for gestational diabetes mellitus services: a systematic review. *Pregnancy Childbirth*. 2014; 14: 41.
 14. Bandura A. *Self-efficacy the Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman: 2014.
 15. Supreya Tansakul. (2005). *Theory and model applied in health education and behavioral science* (Revised edition). Bangkok: Yutharin Printing. Thai.
 16. Sunantha Yangwanichset, Sasithorn Phumduang, Thitiporn Inkhathawornwong. Effects of the exercise program Effects of Tai Chi exercise on controlling blood sugar levels Blood and health status of postpartum women with a history of type 2 diabetes. [The funding research report]. Songkla: Prince of Songkla University; 2013. Thai.
 17. Ansarzadeh S, Salehi L, Mahmoodi Z, Mohammadbeigi A. Factors affecting the quality of life in women with gestational diabetes mellitus: a path analysis model. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020; 8:31.
 18. Al-Hashmi I, Hodge F, Nandy K, Thomas E, Brecht ML. The Effect of a Self-Efficacy-Enhancing Intervention on Perceived Self-Efficacy and Actual Adherence to Healthy Behaviours Among Women with Gestational Diabetes Mellitus. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2018; 18(4): e513-19.
 19. Cheung NW, Blumenthal C, Smith BJ, et al. A Pilot Randomised Controlled Trial of a Text Messaging Intervention with Customisation Using Linked Data from Wireless Wearable Activity Monitors to Improve Risk Factors Following Gestational Diabetes. *Nutrients*. 2019; 11(3): 590.
 20. Aunchalee Jittrapirom, Jantararat Chareonsanti. Effectiveness of Education Provision and Relaxation Training Program on Self-care Behaviors, Blood Sugar Levels, and Stress among Gestational Diabetic Women. *Nursing Journal*. 2015; 42: 133-45. Thai.
 21. Kwak SH., Choi SH, Kim K, Jung SH, et al. Prediction of type 2 diabetes in women with a history of gestational diabetes using a genetic risk score. *Diabetologia*. 2013; 56: 2556–63.
 22. Cunningham GF, Leveno JK., Bloom LS, Hauth, C.J., Rouse JD, Spong YC. *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: Mcgraw-Hill; 2014.

วารสารทางการแพทย์

23. O'Reilly SL, Dunbar JA, Versace V, et al. Mothers after Gestational Diabetes in Australia (MAGDA): A Randomised Controlled Trial of a Postnatal Diabetes Prevention Program. *PLoS Med.* 2016; 13(7): e1002092
24. Li N, Liu J, Zhang C, et al. Effects of lifestyle intervention during pregnancy on postpartum diabetes among Chinese women with gestational diabetes. *Diabetologia.* 2021; 64(1): 255-58.
- 25 Tandon N, Gupta Y, Kapoor D, et al. (2022). Effects of a Lifestyle Intervention to Prevent Deterioration in Glycemic Status Among South Asian Women With Recent Gestational Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*; 5(3): e220773.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| เพชรรา กาลสกุล* | ค.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ) |
| เอณัฐฐา ห่วงนนท์รังสี** | พย.บ. |
| วิณทนา วงศ์คำจันทร์** | พย.บ. |

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยประยุกต์ใช้แนวคิดไอโอวาโมเดล กลุ่มเป้าหมาย คือ วิชาชีพพยาบาล จำนวน 26 ราย โดยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จำนวน 52 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2566 ถึง เดือนกันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูล (2) แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อน (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของวิชาชีพพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล และ (4) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ t-test

ผลการวิจัย พบว่า วิชาชีพพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 98.11 พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และวิชาชีพพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลในระดับสูง ($M 28.81, SD 2.00$) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และควรประยุกต์ใช้โดยปรับตามบริบทของการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

E-mail: petkalsaku2@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

The development of nursing practice guidelines for the care of pregnant women undergoing caesarean section with severe preeclampsia receiving general anesthesia

Petchara Kalsakul^{*} M.Ed. (health promotion)

Aynattha Wanknontrangsee^{**} B.N.S.

Vanthana Wongkhumjun^{**} B.N.S.

Abstract

The purpose of this study was to develop nursing guidelines based on the concept of the Iowa Model for caring the pregnant women undergoing cesarean section, who had severe preeclampsia and received general anesthesia. The sample consisted of 26 anesthetic nurses and applied the nursing practices to 52 pregnant women undergoing cesarean section, who had severe preeclampsia and received general anesthesia, in which divided into two groups, 26 cases in the experimental group and a26 cases in the control group. Data were collected between May 2022 to September 2023. The research instrument consisted of (1) data record form, (2) complication data record form, (3) satisfaction questionnaire of the anesthetic nurses towards using nursing guidelines, and (4) the nursing guidelines caring for pregnant women undergoing cesarean section, who had severe preeclampsia and received general anesthesia. The content validity index was .90. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results showed that the anesthetic nurses were able to comply with the guidelines at 98.11 per cent. Less complications were found in the experimental group than the control group, but they were not significantly different ($p < .05$). The anesthetic nurses were satisfied using the nursing guidelines at a high level (M 28.81, SD 2.00). The research results reflected that the developed nursing practice guidelines can be applied into practice and should be adjusted to fit the context of service delivery to the pregnant women undergoing cesarean section.

Key words: development of nursing practice guidelines, severe-preeclampsia, general anesthesia

^{*} Registered Nurse (Senior Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

^{**} Registered Nurse (Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

^{***} Anesthesia nursing department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยมีค่าความดันซิสโตลิก มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป นานมากกว่า 4 ชั่วโมง ร่วมกับการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ¹ สาเหตุของการเกิด ภาวะครรภ์เป็นพิษนั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบ การศึกษาที่ผ่านมาเชื่อว่าเกิดจากการสร้างเส้นเลือด ที่เชื่อมระหว่างผนังมดลูกและผนังของรกไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดสูง² ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์สามารถพบได้ประมาณ ร้อยละ 5-10 ของ การตั้งครรภ์³ ทั่วโลกพบรายงานการเสียชีวิตถึงร้อยละ 14 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตด้วยภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์⁴ อีกทั้งการศึกษาภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มารับการรักษาตัว ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรง 734 ราย มีภาวะชัก 31 ราย มีอาการปวด ศีรษะก่อนชัก 14 ราย 16 รายมีอาการชักซ้ำที่โรงพยาบาล หลังให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต 14 ราย ทุกรายมีระดับ แมกนีเซียมต่ำกว่าระดับการรักษา มีน้ำหนักเกิน มาตรฐาน พบสตรีที่มีภาวะชักเสียชีวิต 1 ราย⁴ และในปี 2563 เสียชีวิต 1 ราย⁵

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีนโยบายพัฒนาคุณภาพ บริการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ เหล่านี้จะถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยการส่งต่ออาจส่งผลระยะเวลารอคอยการผ่าตัดและ การระงับความรู้สึก ทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตได้ จากข้อมูลการการ ให้บริการการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดคลอดทางหน้า ท้องในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวน 3,547 3,195 และ 3,088 ราย ตามลำดับ อีกทั้งยังพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน

317 ราย 365 ราย และ 255 ราย ตามลำดับ หญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่มารับการให้ ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการ ให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจยาก หรือ ใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ ความดันโลหิตสูง อาการชัก เป็นต้น⁶

สำหรับการการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ ครรภ์เป็นพิษบางรายจะต้องได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตก่อน ให้ยาระงับความรู้สึก จากรายงานภาวะแทรกซ้อนที่เกิด หลังได้รับยาระงับความรู้สึก พบว่า ผลของยาหย่อน กล้ามเนื้อกลุ่ม Non-depolarization ออกฤทธิ์ยาวนานขึ้น ทำให้ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจ มีภาวะออกซิเจนใน เลือดต่ำ (Desaturation)⁶ อีกทั้งการใช้ยาแมกนีเซียม ซัลเฟตมีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวไม่มี ประสิทธิภาพหลังผ่าตัดคลอด จึงต้องระวังภาวะตกเลือด หลังคลอด รวมถึงการให้ยาที่ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัว ชนิด Methylergonovine ทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง ได้⁷ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ต้องได้รับการช่วยเหลือ อย่างรวดเร็ว เพราะอาจส่งผลทำให้เกิดทุพพลภาพหรือ การเสียชีวิตได้ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ต้องได้รับการดูแลจากทีมรักษาพยาบาลที่มีความรู้ ความ ชำนาญ และประสบการณ์สูง ได้แก่ ทีมสูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล รวมถึง พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำห้องคลอด และ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องมีความพร้อมในการ ให้บริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดเวลา

กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา มีหน้าที่ในการให้บริการด้านวิสัญญี ตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับ ความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ตาม มาตรฐานบริการวิสัญญี โดยการให้ยาระงับความรู้สึกใน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงนั้น ต้อง คำนึงถึงชีวิตของมารดาและทารกในเวลาเดียวกัน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ทำให้อวัยวะ สำคัญในร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติ นอกจากนี้การได้รับยา

ป้องกันการชักมีผลในการเลือกใช้ยาในการระงับความรู้สึกด้วย ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ กระบวนการในการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว หรือเกิดจากการแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์ยาวนานขึ้นจากแมกนีเซียมซัลเฟต เกิดน้ำท่วมปอด^๑ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเมื่อต้องมารับการผ่าตัดคลอดและได้รับการระงับความรู้สึก ต้องมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ปัจจุบันแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปขณะผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในบทบาทของวิสัญญีพยาบาล ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาล ที่จะให้การบริการด้านการพยาบาลวิสัญญีในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ประกอบกับโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา เป็นศูนย์ความเป็นเลิศในการดูแลมารดาและทารก จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอด ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อให้มีแนวปฏิบัติในการดูแล สำหรับวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา และนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในการให้ยาระงับความรู้สึกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงต่อไป โดยพัฒนาตามกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care)^๑

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

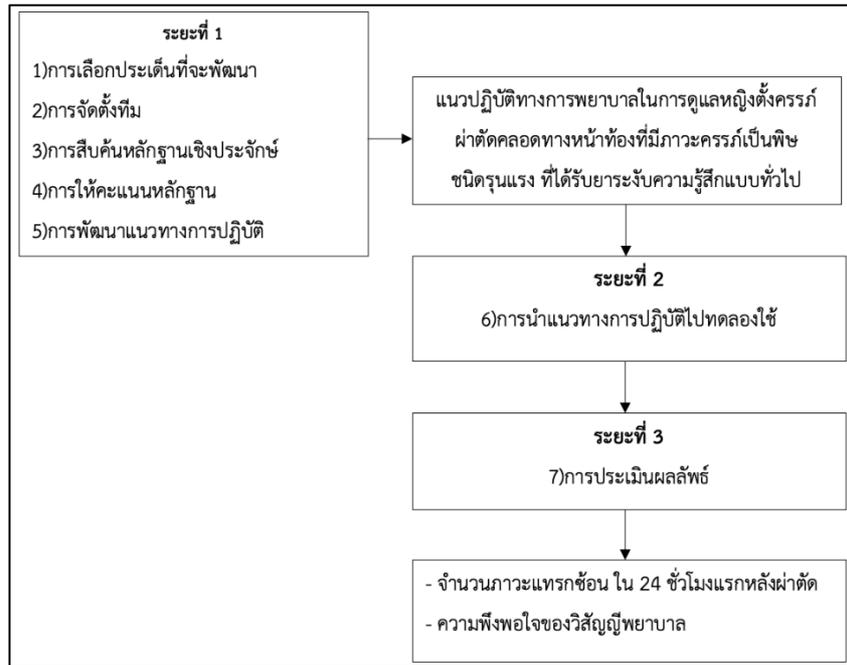
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ จำนวนรวมภาวะแทรกซ้อนรายบุคคล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีที่ใช้แนวปฏิบัติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care)^๑ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเลือกประเด็นที่จะพัฒนา (Selection of a topic) 2) การจัดตั้งทีม (Forming a team) 3) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence retrieval) 4) การให้คะแนนหลักฐาน (Grading the evidence) 5) การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Developing an EBP standard) 6) การนำแนวการปฏิบัติไปทดลองใช้ (Implement the EBP) และ 7) การประเมินผลลัพธ์ (Evaluation) โดยผู้วิจัยแบ่งการพัฒนาออกเป็น 3 ระยะ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วิสัญญีพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่มีประสบการณ์มากกว่า 3 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 26 ราย และ ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 26 ราย และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 26 รายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของวิสัญญีพยาบาล

1. เป็นวิสัญญีพยาบาล ที่ปฏิบัติงาน ที่กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. เป็นวิสัญญีพยาบาลมาแล้ว ไม่ต่ำกว่า 3 ปี

3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างของวิสัญญีพยาบาล

คือ การปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่ได้รับการวินิจฉัยทางแพทย์ว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

3. สามารถพูด ฟัง อ่าน ภาษาไทยได้เข้าใจ

4. ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

5. อายุ 18 ปี ขึ้นไป

6. อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

คือ การปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการพยาบาลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวา โมเดล (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care)⁹ ประกอบด้วย การพยาบาล 4 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะเตรียมการ ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างของวิสัญญีพยาบาล

1. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เป็นแบบเลือก ถูก-ผิด (1/0) โดย 1 หมายถึง ปฏิบัติ และ 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ โดยคะแนนสูง หมายถึง สามารถปฏิบัติตามแนวได้มาก และคะแนนต่ำ หมายถึง สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้น้อย

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล ที่ผู้วิจัยปรับปรุงตามแบบฟอร์มการประเมินความพึงพอใจของการใช้แนวการปฏิบัติ ของคณะกรรมการทบทวนคู่มือการปฏิบัติงาน (Work instruction, WI) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณการ 5 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ระดับคะแนน 1-5 โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมาก และคะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ และอาชีพ

2. แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย severe hypertension, uterine

atony, prolong muscle relaxant, oliguria, arrhythmia, severe hypotension, difficult intubation, massive blood loss, pulmonary edema, desaturation, esophageal intubation และอื่นๆ เป็นแบบเลือก ถูก-ผิด (1-0) โดย 1 หมายถึง เกิดภาวะแทรกซ้อน และ 0 หมายถึง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดย คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะแทรกซ้อนมาก และคะแนนต่ำ หมายถึง มีภาวะแทรกซ้อนน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยนำเครื่องมือวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิสัญญี 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เท่ากับ 0.90 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 0.98 แบบสอบถามความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล เท่ากับ 0.98 และ แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เท่ากับ 0.96

2. ความเชื่อมั่น (reliability) ภายหลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิสัญญี 10 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ของแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 0.92 แบบสอบถามความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล เท่ากับ 0.94 แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 66039/2566 ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยใน

มนุษย์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยสมัครใจโดยให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ได้ระบุตัวบุคคลและข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บเป็นความลับ

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้ากลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการดำเนินการทดลองระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อมูลต่างๆ จนเป็นที่พอใจและเข้าใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย (participant information sheet) เมื่อได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิสัญญีแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอม (Consent form) จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จากนั้นตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล และ แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะแทรกซ้อนที่พบ จำนวนรวมภาวะแทรกซ้อนที่พบรายบุคคล การปฏิบัติตามแนว

ปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีที่ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean [M]) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) ทดสอบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า มีอายุระหว่าง 32-37 ปี (ร้อยละ 34.62) อายุครรภ์ระหว่าง 38-40 ปี (ร้อยละ 34.62) สำหรับกลุ่มที่ใช้แนวการปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า อายุระหว่าง 25-31 ปี (ร้อยละ 34.62) อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ (ร้อยละ 42.32) เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

2. การประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่า วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ครบร้อยละ 100 ในระยะเตรียมการ ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด สำหรับระยะที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ครบ คือ ระยะก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 93.85) ซึ่งข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คือ ข้อที่ 7 การประเมินทารกในครรภ์ด้วยการฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ปฏิบัติได้เพียง ร้อยละ 7.69 เมื่อพิจารณาทั้ง 4 ระยะ จำนวน 49 ข้อ 4 ขั้นตอน วิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติตามได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ถึงร้อยละ 98.11 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (n = 26)

| การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ระยะก่อนผ่าตัด 15 ข้อ (เฉลี่ย ร้อยละ 93.85) | | |
| 1. ตรวจสอบชื่อ-สกุล แพ้มประวัติ การลงนามยินยอมผ่าตัดและบริการทางวิสัญญี | 26 | 100 |
| 2. ประเมิน Surgical Check List | 26 | 100 |
| 3. ชักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน อาการต่าง ๆ ตามระบบที่เกี่ยวข้อง เช่น ปวดศีรษะ ปวดบริเวณชายโครงขวา จุกแน่นลิ้นปี่ ปัสสาวะออกน้อย ตาพร่ามัว ชัก | 26 | 100 |
| 4. ตรวจร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ระบบหายใจ และระบบไหลเวียนเลือด เช่น ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก อาการบวม ปอดบวม น้ำ และระบบประสาท เช่น รีเฟล็กซ์ ระดับความรู้สึกตัว และปริมาณปัสสาวะ | 26 | 100 |
| 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ CBC, Platelet count, Electrolyte, BUN, Creatinine, Uric acid, Coagulogram, Liver function test, Urine protein และ Protein-creatinine ratio และ Magnesium level ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Magnesium ก่อนผ่าตัด | 26 | 100 |
| 6. ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA class | 26 | 100 |
| 7. ประเมินทารกในครรภ์ ได้แก่ การฟังเสียงหัวใจเด็ก | 2 | 7.69 |
| 8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม | 26 | 100 |
| 9. ตรวจสอบประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผ่าตัด | 26 | 100 |
| 10. ตรวจสอบประวัติการใช้ยาปัจจุบันขณะอยู่โรงพยาบาล Magnesium เพื่อป้องกันการชัก Steroid ในผู้ที่มีอายุครรภ์ไม่ครบกำหนด และ ยาลดความดันเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน | 26 | 100 |
| 11. ประเมินการเลือกวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ได้แก่ 1) ระบบไหลเวียนเลือดและดุลของสารน้ำของผู้ป่วย 2) การประเมินทางเดินหายใจ 3) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ หรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ | 26 | 100 |
| 12. การประเมินข้อควรระวัง ก่อนการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 1) การใส่ท่อช่วยหายใจยากและใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ 2) การสำลักอาหารและน้ำย่อยเข้าปอด 3) ความดันเลือดสูงขณะใส่ท่อช่วยหายใจ | 26 | 100 |
| 13. ตรวจสอบระยะเวลางดน้ำและอาหาร | 26 | 100 |
| 14. ตรวจสอบการจางเลือดและส่วนประกอบของเลือด | 26 | 100 |
| 15. เตรียมหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง | 26 | 100 |
| ระยะเตรียมการ 9 ข้อ (เฉลี่ย ร้อยละ 100) | | |
| 16. เตรียมยาที่ใช้ระงับความรู้สึก | 26 | 100 |
| 17. เตรียมยาที่ใช้ลดความดัน | 26 | 100 |
| 18. เตรียมยาที่ใช้เพิ่มความดันเลือดและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ | 26 | 100 |

| การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 19. เตรียมยาที่ใช้แก้ไขภาวะ Magnesium ในเลือดสูง | 26 | 100 |
| 20. เตรียมยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก | 26 | 100 |
| 21. เตรียมสารน้ำชนิดต่าง ๆ | 26 | 100 |
| 22. ตรวจสอบเครื่องให้ยาสลบ อุปกรณ์ช่วยหายใจฉุกเฉิน | 26 | 100 |
| 23. เตรียมท่อหายใจและอุปกรณ์ในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีใส่ท่อช่วยหายใจยาก | 26 | 100 |
| 24. เตรียมอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย ตามสภาวะปัญหาของผู้ป่วย และความรุนแรงของผู้ป่วย | 26 | 100 |
| ระยะระหว่างผ่าตัด 15 ข้อ (เฉลี่ย ร้อยละ 100) | | |
| 25. ตรวจสอบความถูกต้อง ประเมินและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก | 26 | 100 |
| 26. ตรวจสอบการไหลของน้ำเกลือ | 26 | 100 |
| 27. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทาง Face mask 3-5 นาทีก่อนหลับยาบาลห้องผ่าตัดทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด แพทย์ผ่าตัด ปู่ฝ้าปราศจากเชื้อเรียบร้อย ทีมรับเด็กพร้อม | 26 | 100 |
| 28. ใส่ท่อหายใจแบบ Rapid sequence induction with cricoid pressure | 26 | 100 |
| 29. ฉีดยา Antibiotic ก่อนลงมีด | 26 | 100 |
| 30. เตรียมให้ยาลดความดันเลือด ให้ก่อน และ/หรือขณะใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ความดันเลือดไม่สูงเกินไป | 26 | 100 |
| 31. ยาที่ใช้ในการนำสลบก่อนการผ่าตัด Propofol 2-2.5 mg/kg หรือ Thiopental 4-5 mg/kg | 26 | 100 |
| 32. ยาที่ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ Succinylcholine 1-1.5 mg/kg | 26 | 100 |
| 33. การคงระดับการสลบด้วย 50% Nitrous oxide, Volatile anesthetic agents เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีหายใจกลับมา จึงบริหารยาหย่อน กล้ามเนื้อชนิด non-depolarizing และต้องลดขนาดยาที่ใช้ลงเนื่องจาก Magnesium เสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ | 26 | 100 |
| 34. เฝ้าระวังสภาวะของออกซิเจน การหายใจ การไหลเวียน ระดับความรู้สึกตัว ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด | 26 | 100 |
| 35. เมื่อทารกคลอด เพิ่มความเข้มข้น 50% Nitrous oxide ลด Volatile anesthetic agents 0.5 MAC หรือหยุดให้ บริหารยาแก้ปวด เช่น Morphine หรือ Fentanyl, Benzodiazepines, Syntocinon 3 unit IV ให้ Syntocinon 10 unit in 5%D/N/2 1000 ml และ 20 - 40 unit in 5%D/N/2 1000 ml ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ | 26 | 100 |
| 36. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก วิธีการยา อุปกรณ์ สภาวะต่าง ๆ ที่ต้องเฝ้าระวัง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการแก้ไข สารน้ำ การสูญเสียเลือด อย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน | 26 | 100 |
| 37. เมื่อเสร็จผ่าตัด แก่ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ กรณีให้ non-depolarizing เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองได้ มีรีเฟล็กซ์การหายใจ และทำตามคำบอกได้ พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ โดยต้องระวังภาวะความดันเลือดสูง อาจต้องให้ยาลดความดันเลือด | 26 | 100 |

| การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 38. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักรักษาตัว พร้อมทั้งส่งต่อปัญหาที่พบขณะผ่าตัดและระดับความรู้สึก สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ Magnesium มีผลต่อการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก เผื่อระวังภาวะมดลูก หดตัวไม่ดี ทำให้ตกเลือดหลังคลอด และติดตามอาการหลังได้รับยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ | 26 | 100 |
| 39. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ให้พิจารณาส่งต่อผู้ป่วยพร้อมท่อช่วย หายใจ (ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะผิดปกติ ดังนี้ 1) การตกเลือดหลังผ่าตัด 2) ปริมาณการสูญเสีย เลือดขณะผ่าตัด มากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ร่วมกับมีภาวะไม่คงที่ของสัญญาณชีพ 3) การอุดตัน ทางเดินหายใจ และภาวะ Hypoventilation ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง จาก ยาระงับความรู้สึก การบวมของทางเดินหายใจส่วนต้น 4) ภาวะหัวใจวายและปอดบวมน้ำ 5) ชัก 6) เลือดออกในสมอง | 26 | 100 |
| ระยะหลังผ่าตัด 10 ข้อ (เฉลี่ย ร้อยละ 100) | | |
| 40. ประเมินสภาวะผู้ป่วยตาม Modified Aldrete Score | 26 | 100 |
| 41. ดูแลการให้ออกซิเจน | 26 | 100 |
| 42. ประเมินความปวด | 26 | 100 |
| 43. วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที | 26 | 100 |
| 44. ประเมินการหดตัวของมดลูก / Active bleeding per vagina ทุก 15 นาที โดยใช้ ป้ายเตือนเวลาประเมินการหดตัวของมดลูก | 26 | 100 |
| 45. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยาหดตัวของมดลูก ยาแก้ชัก และยาลดความดันโลหิต ตาม แผนการรักษา | 26 | 100 |
| 46. ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการย้ายออกจากห้องพักรักษาตัว ตามเกณฑ์ PAPP Score | 26 | 100 |
| 47. บันทึกรายงานการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน | 26 | 100 |
| 48. ส่งต่ออาการผู้ป่วย ก่อนทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย | 26 | 100 |
| 49. ติดตามตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อน หลัง การให้ระงับความรู้สึกและการผ่าตัด | 26 | 100 |
| รวม 4 ระยะ 49 ข้อ (เฉลี่ย ร้อยละ 98.11) | | |

3. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด 3
ลำดับแรก คือ Severe hypertension (ร้อยละ 92.30)
รองลงมา Uterine atony (ร้อยละ 64.28) และ Oliguria
(ร้อยละ 50) ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่ใช้แนวการปฏิบัติ
ทางการพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด 3
ลำดับแรก คือ Sever hypertension (ร้อยละ 96.15)
รองลงมา Uterine atony (ร้อยละ 88.46) และ Prolong
muscle relaxant (ร้อยละ 53.84) ตามลำดับ

4. จำนวนภาวะแทรกซ้อนรายบุคคล กลุ่มที่ไม่
ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีจำนวนรวม
ภาวะแทรกซ้อน สูงสุด 7 ภาวะแทรกซ้อน และต่ำสุด 2
ภาวะแทรกซ้อน เช่นเดียวกับกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางการ
พยาบาล เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อน
ระหว่างกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะแทรกซ้อนที่พบใน
กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Mean = 4.08)
น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Mean
= 4.35) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired

t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

| กลุ่มตัวอย่าง | Mean | SD | t | p-value |
|--------------------------------------|------|------|------|---------|
| กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล | 4.35 | 1.47 | .633 | .550 |
| กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล | 4.08 | 1.60 | | |

5. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระดับสูง (M = 28.81, SD = 2.00)

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ด้วยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care)⁹ โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สาเหตุ และปัญหา ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมรวมถึงการมองเห็นปัญหาร่วมกันจากวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งก่อนการพัฒนาไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่ชัดเจน ปฏิบัติตามประสบการณ์และความชำนาญของแต่ละบุคคล และนำมาผสมผสานได้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำไปทดลองใช้ ประเมินผล ปรับปรุง และนำสู่การปฏิบัติ ทำให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีคุณภาพ ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกันในการนำไปใช้ในการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินสภาพและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในทุกระยะของการบริการระงับความรู้สึก เพื่อยกระดับมาตรฐานทางการพยาบาล

ลดภาวะแทรกซ้อน และลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ทำให้สามารถสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยการพยาบาล 4 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะเตรียมการ ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนมีจำนวนเฉลี่ยที่ลดลง ส่งผลทำให้ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤต ที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก¹⁰⁻¹² สำหรับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติตามอยู่ในช่วงมากกว่า ร้อยละ 90¹⁰⁻¹¹ อีกทั้งการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติยังทำให้พยาบาลวิสัญญีผู้ใช้แนวปฏิบัติเกิดความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีที่ใช้แนวปฏิบัติ¹²

ข้อเสนอแนะ

ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ควรมีการประเมินถึงความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และมีการเตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อีกทั้งหากศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาล การเตรียมผ่าตัดและการระงับความรู้สึกในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง การเฝ้าระวัง การส่งต่ออาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาล และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรคำนึงถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และการควบคุมความ

แตกต่างกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการวิจัย

References

1. Antwi E, Amoakoh-Coleman M, Vieira DL, Madhavaram S, Koram KA, Grobbee DE, Agyepong IA, Klipstein-Grobusch K. Systematic review of prediction models for gestational hypertension and preeclampsia. PLoS One. 2020 Apr 21;15(4):e0230955. doi: 10.1371/journal.pone.0230955. PMID: 32315307; PMCID: PMC7173928.
2. Kittipong Thuakprasert. Risk Factors Associated With Preeclampsia In Pregnant Women In Nongkhai Hospital. HSCR [Internet]. 2022 Jun. 30 [cited 2023 Nov. 5];37(1):1-9. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/hscr/article/view/256672>. Thai
3. Kulthida Lusawat, Sukree Soontrapa, Srinaree Kaewrudee. Prevalence of Vitamin D Deficiency among Pregnant Women at Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province, Thailand. J Med Assoc Thai 2018;101:19-25. Available from: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/8690>. Thai
4. Kahsay HB, Gashe FE, Ayele WM. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy among mothers in Tigray region, Ethiopia: matched case-control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Dec 6;18(1):482. doi: 10.1186/s12884-018-2106-5. PMID: 30522444; PMCID: PMC6282279.
5. Siraya Kitiyodom. Eclampsia in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Med J Sisaket Surin Buriram Hosp. [Internet]. 2018 May 7 [cited 2023 Oct. 10];29(3):129-38. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/122515>. Thai
6. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Number of patients with preeclampsia. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, year 2018-2020. Thai
7. Khumpan D. Nursing and general anesthesia in preeclampsia patients for the Caesarean Section with Tubal Resection: Case study. Singburi Hosp J [Internet]. 2020 May 20 [cited 2023 Oct. 9];29(1):91-104. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/249645>. Thai
8. Anesthesia Nursing department Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Number of patients with preeclampsia. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, year 2018-2020. Thai
9. Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, Buckwalter KC, Tripp-Reimer T, Goode CJ. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Crit Care Nurs Clin North Am. 2001 Oct;13(4):497-509. PMID: 11778337.
10. Junpen Yooyong, Sireenart Unmuan, Wassana Panthaisong. Development of Nursing Practice Guidelines for Pregnant Women with Severe Pre-eclampsia at the Delivery Room, Chaiyaphum Hospital. JMP [Internet]. 2022 Apr. 6 [cited 2023 Oct. 10];12(10):131-43. Available from: <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/12934>. Thai
11. Plengchawee Sakontarat, Wanyada Inthisaeng, Sasithorn Pakdeechot, Piyarat Somsripang, Laksakana Charenras. Development of the Nursing Care Model to Prevent Crisis in Pregnant Women with

- Hypertensive Disorders at Sakon Nakhon Hospital. JND [Internet] . 2023 Apr. 7 [cited 2023 Oct. 10];48(1):20-38. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/262847>. Thai
12. Klomma C, Sittichamlong A, Jenjai P. The Effect of the Nursing Practice Guideline for Pregnant Women with Preeclampsia in the Delivery Room at Nakornping Hospital. J Nakornping Hosp [Internet]. 2022 Jun. 25 [cited 2023 Oct. 10];13(1):169-8. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnkp/article/view/256165>

ความสัมพันธ์ของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| วลัยนารี พรมลา [†] | ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล) |
| กัญญภัทร สนสกุล** | ปร.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์) |
| สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์* | ปร.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) |

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 196 คน เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ และ (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแบบสอบถามการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M 3.99, SD 0.61$) และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r .207, p < .01$) ดังนั้น การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี

คำสำคัญ: การจัดการความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: walainaree@ptu.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี

Relation of health literacy management on self- care management behavior of chronic disease patients in Pathum Thani Province

| | |
|----------------------|--|
| Walainaree Pommala* | Ph.D (Nursing management) |
| Kannaphat Sonsakul** | Ph.D (Public administration) |
| Sirikan Krajangpho* | Ph.D (Curriculum research and development) |

Abstract

This descriptive research aimed to study self- care management behavior of chronic disease patients and the relationship between health literacy management and self-care management behavior of chronic disease patients, in Pathumthani Province. The sample consisted of 196 chronic disease patients, in particular diabetes and hypertension. Data were collected during November to December 2022. The research instrument consisted of (1) personal information record form, (2) health literacy management questionnaire, and (3) a questionnaire on self- care management behavior of chronic disease patients. The content validity was tested by 5 experts, yielding congruence indexes of 0.80 - 1.00. The Cronbach's alpha coefficient of health literacy management questionnaire and a questionnaire on self- care management behavior of chronic disease patients were .80 and .86, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Person's Product Moment Correlation coefficient.

The study results showed that patients with chronic diseases had a high level of overall self-care management behavior (M 3.99, SD 0.61). Health literacy management had a low significant positive relationship with self-management behavior of chronic diseases patients ($r .207, p < .01$). Therefore, promoting and supporting the patients with chronic diseases to have accurate health literacy, thereby results in good self-management behavior of chronic disease patients.

Keywords: health literacy management, self-care behaviors, chronic disease patients

* Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University E-mail: walainaree@ptu.ac.th

** Pathumthani Hospital

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases-NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงปีละ 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย โดยเป็นโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า 300,000 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สะท้อนภาพการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร¹ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบในประเทศไทย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอยู่ในปัจจุบัน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ซึ่งมีอายุเพิ่มมากขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดทางสมอง โรคไต และโรคอื่น² และโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม เป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน และหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง³ ซึ่งเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ความรุนแรงของโรคจะมากกว่าในวัยอื่น สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลว่าขณะนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุ

หลักของการเสียชีวิตร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปีโดยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ⁴ นอกจากนี้ข้อมูลสถิติของประชากรในจังหวัดปทุมธานีในปี พ.ศ.2565 ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง 48,250 ราย และโรคเบาหวาน 45,601 ราย และจากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ย 2,687 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 7.01 และพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีคิดเป็นร้อยละ 31.18, 33.40, 32.22, 27.47 และ 27.33 ตามลำดับ และเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 2.81, 2.51, 2.08, 2.13 และ 1.66⁵ จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งสองโรคในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลเป็นอย่างมาก หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และแผลที่เท้า เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น⁶

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คือ การควบคุมการรักษาด้วยยาและหรือการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรได้รับการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และมีพฤติกรรมในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care management behavior) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด⁷

การจัดการความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy management) เป็นแนวคิดที่พัฒนาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁸ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการจัดการตนเอง ซึ่ง Jordan และคณะ⁹ ได้นำมาพัฒนาต่อขยายสร้างเครื่องมือวัดการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ทักษะคติต่อสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การพิจารณาทางเศรษฐกิจสังคม การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงสุขภาพเชิงรุก และการใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ซึ่งการจัดการความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง^{7,10}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือได้ว่าเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรม

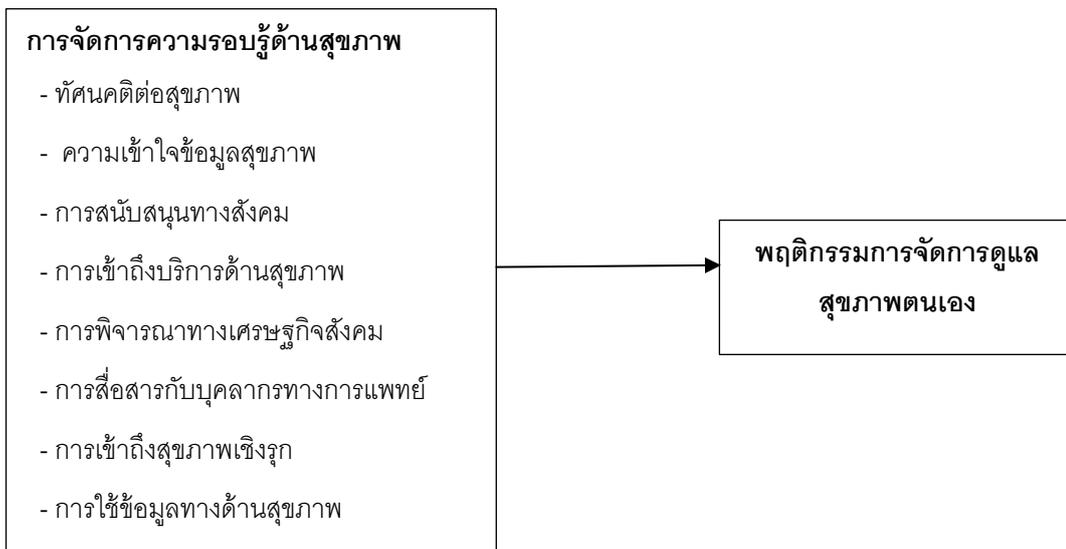
จัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถมีพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ความสัมพันธ์ของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ของ Jordan และคณะ⁹ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ ทักษะคติต่อสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การพิจารณาทางเศรษฐกิจสังคม การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงสุขภาพเชิงรุก การใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ Riegel และคณะ^{7,10} เป็นกรอบในการศึกษา ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษา พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดปทุมธานี มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดปทุมธานี 32,454 คน⁵

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปทุมธานี กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล 0.20 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 ทำการคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยโปรแกรม G* power 3.1.9.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 191 คน และได้เพิ่มจำนวนป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20¹¹ (Dropout rate) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 229 คน

ปีที่ 50 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

คน คิดเป็นร้อยละ 85.59 โดยกำหนดเกณฑ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และยินดีในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลของประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือของ Jordan และคณะ⁹ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะคิดต่อสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การพิจารณาทางเศรษฐกิจสังคม การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงสุขภาพเชิงรุก การใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ สำคัญมากที่สุด (5) จนถึง สำคัญน้อยที่สุด (1)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือของ Riegel และคณะ⁷ ข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด จนถึง สำคัญน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามให้ตอบเลือกได้ 5 ระดับ ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด (5) จนถึง สำคัญน้อยที่สุด (1)

กำหนดเกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ออกเป็น 5 ระดับ¹² คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.31-3.40 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC) โดยแบบสอบถามการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีค่าเท่ากับ 1.00

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ 0.88 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 014/2565 ลงวันที่ 07/10/2565 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงได้ดำเนินการขออนุญาตไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ ในจังหวัดปทุมธานี เมื่อได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยง ใดบ้างที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการศึกษาวิจัย มีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตามผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแล้วให้เซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิเก็บไว้เป็นหลักฐาน และทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย 3 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือที่ผ่านการอนุมัติ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หรือจนกว่าจะได้รับข้อมูลครบตรงตามจำนวนข้อคำถาม ในการตอบแบบสอบถาม ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. ข้อมูลการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมพันธ์พิสัยสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 121 คน (ร้อยละ 61.73) อายุเฉลี่ย 62.94 ปี ($SD = 10.88$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ 126 คน (ร้อยละ 64.28) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา 90 คน (ร้อยละ 45.92) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา 81 คน (ร้อยละ 41.33) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว 60 คน (ร้อยละ 30.61) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป 53 คน (ร้อยละ 27.04) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท 105 คน (ร้อยละ 53.57) และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังเฉลี่ย 7.80 ปี ($SD = 4.59$)

2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.99, SD = 0.61$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n=196)

| ตัวแปร | จำนวนข้อ | M | SD | แปลผล |
|--|----------|------|------|-------|
| พฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง | 7 | 3.99 | 0.61 | มาก |

หมายเหตุ คะแนนเต็ม เท่ากับ 5.00

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในจังหวัดปทุมธานี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดการ

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การจัดการความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
การจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .207$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

| ตัวแปร | พฤติกรรมจัดการการดูแลตนเอง |
|----------------------------|----------------------------|
| การจัดการความรู้ด้านสุขภาพ | .207* |

* $p < .01$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.99, SD = 0.61$) เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยมีความสนใจและใส่ใจกับสุขภาพมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Riegel และคณะ⁷ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณเตือนหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น⁹ จึงมีการ
ปีที่ 50 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

จัดการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าร้อยละ 99 เป็นวิธีการหลักในการดูแลอาการเจ็บป่วยเรื้อรังในแต่ละวันโดยบุคคลที่ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว นอกจากนี้สามารถทำได้โดยปรึกษากับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ¹³ นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikan¹⁴ พบว่า พฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องมีการวางแผนการจัดการดูแลสุขภาพในการดูแลตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดรวมถึงต้องมีการประเมินความสามารถของตนเองในการบ่งชี้สถานะสุขภาพเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ว่าอาการคงที่ อาการดีขึ้นหรืออาการแย่ลง รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 90

คน (ร้อยละ 45.92) และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังนานเฉลี่ยเท่ากับ 7.80 ปี ($SD = 4.59$) ซึ่งอาจได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก

2. การศึกษาความสัมพันธ์ของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัย พบว่า การจัดการความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .207$) เนื่องจากการจัดการความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพ^{7,10} จึงส่งผลให้ทั้งสองด้านมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการจัดการความรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรู้ด้านสุขภาพ จึงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ ($r = .37$)¹⁵ ซึ่งพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การไปพบแพทย์ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องการจัดการความรู้ด้านสุขภาพอันจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่วางเป้าหมายไว้¹⁶

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะสุขภาพ, ระยะเวลาการเป็นโรค เป็นต้น

References

1. Piyarut Choomee, Jiraporn Udomkitpipat. Knowledge of Chronic Diseases and Competencies in Providing Services Regarding Chronic Diseases in the Community of Village Health Volunteers in Sura Thani Province. Journal of Legal Entity Management and Local Innovation. 2021;7(4):277-93. Thai
2. World Health Organization. Hypertension. [internet]. [cited 2021 August 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2016. Diabetes Care. 2016;39(Suppl1): S13-S22.
4. Divisions of Non Communication Disease, Ministry of Public Health. Non communication disease data. [internet]. [cited 2021 August 25]. Available from http://www.thaincd.com/2016/mission/documents_detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020. Thai.

5. Pathum Thani Provincial Public Health Office. Data from health data center, Pathum Thani; 2022. Thai
6. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: trick-think; 2019. Thai.
7. Riegel B, Barbaranelli C, Sethares KA, Daus M, Moser DK, Miller JL, et al. Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. *J Adv Nurs* 2018;74(10):2465- 76.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67:2072–8.
9. Jordan EJ, Buchbinder R, Briggs MA, Elsworth RG, Busija L, Batterham R, et al. The health literacy management scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Education and Counseling* 2013;91(2):228-35.
10. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009;24(6):485–97.
11. Gupta K, Attri JP, Singh A, Kaur H, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi J Anaesth*. 2016;10(3):328-31.
12. Best JW. *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall Inc; 2017.
13. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. In M. J. Smith & P. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 341–353). New York, NY: Springer Publishing Company; 2017.
14. Sirikan Krajangpho. Confirmatory factor analysis of self-management for chronic disease patients at Pathum Thani Province. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2023;50(2):378 -88. Thai
15. Amanee Daemayu, Sirirat Panuthai, Juntasopeepun P. Correlation between health literacy and self-management amongst older Thai muslims with hypertension. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* Vol. 2020;35(3):88-107. Thai
16. Farley H. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: a literature review. *Nursing Open*. 2020;7:30- 41.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี

| | |
|--------------------|----------------------------|
| ผุสดี ชูชีพ | ปร.ด. (จิตวิทยาสังคม) |
| วลัยนารี พรหมลา* | ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล) |
| สาวิตรี แยมศรีบัว* | พย.ม. (การพยาบาลจิตเวช) |

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2-4 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ (3) แบบสอบถามด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และ (4) แบบสอบถามอัตลักษณ์ของนักศึกษา ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ แบบสอบถามด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และแบบสอบถามอัตลักษณ์ของนักศึกษา มีค่าเท่ากับ .88, .86, .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.07, SD 0.47) ระดับชั้นปี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19$ และ $r = .47$, และ $r = .68$ ตามลำดับ) ดังนั้น ผู้บริหารการศึกษาควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมอัตลักษณ์ของนักศึกษา โดยจัดบรรยากาศทั้งด้านผู้สอน ผู้เรียน และกิจกรรมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้มีอัตลักษณ์ที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: อัตลักษณ์, การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา, การจัดกิจกรรมการเรียนรู้, นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

E-mail: walainaree@ptu.ac.th

Factors related to the identity of nursing students: a private university in Pathum Thani province

| | |
|----------------------|------------------------------|
| Pusadee Chucheeep * | Ph.D (Social Psychology) |
| Walainaree Pommala * | Ph.D. (Nursing management) |
| Savitri Yamsribua* | M.N.S. (Psychiatric Nursing) |

Abstract

This descriptive research aimed to study the identity of nursing students and factors related to the identity of the nursing students at a private university in Pathumthani Province. The sample consisted of 120 nursing students, studied in 2nd - 4th year, academic year 2023. The research instrument consisted of (1) personal information record form, (2) questionnaire on organizing learning activities, (3) questionnaire on interaction between teachers and students, and (4) questionnaire on student identity. The reliability of those three questionnaires was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a number of .88,.86,.84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

The results showed that the average nursing identity of the nursing students was at a high level (Mean 4.07, (SD 0.47). Year of studied, interaction between teachers and students, and organizing learning activities had a positive relationship with the nursing student's identity, yielding statistically significant at the .05 level (r .190, r .470, and r .680, respectively). Therefore, educational administrators should recognize the important of promoting student identity via providing an atmosphere for both teachers and students, including learning activities that simplify the good identity development of the nursing graduates.

Key words: identity, interaction between teachers and students, organizing learning activities, nursing students

* Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University
E-mail: walainaree@ptu.ac.th

บทนำ

อัตลักษณ์มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในอันเกิดจากการที่บุคคลรู้จักตนเองและยอมรับตนเอง รวมถึงเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมและวัฒนธรรมกำหนด¹ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล เป็นอาชีพที่มีเกียรติในสังคม เพราะเป็นอาชีพที่กระทำต่อชีวิตมนุษย์ทั้งยามสุขและยามทุกข์ บนพื้นฐานการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พยาบาลจึงต้องมีคุณลักษณะที่เหมาะสมทั้งด้านบุคลิกภาพและด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่ตอบสนองความต้องการทางสังคม² ดังนั้นการศึกษาในระดับอุดมศึกษาจึงสำคัญ เนื่องจากเป็นการศึกษาที่เตรียมบุคคลเข้าสู่อาชีพบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา และเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของสถานประกอบการและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

เมื่อเข้าสู่การศึกษาในระดับอุดมศึกษา ผู้เรียนจะต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมค่อนข้างมาก เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับการเรียนในระดับอุดมศึกษา จึงอยู่ในช่วงเวลาแห่งการแสวงหาอัตลักษณ์ (Identity) ของผู้เรียน ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของสถานศึกษาพยาบาล ในการปลูกฝังอัตลักษณ์ที่พึงประสงค์ของพยาบาล ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล³ ที่จะสะท้อนภาพลักษณ์ที่โดดเด่น ทำให้เป็นที่รู้จัก และได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้บริการ อันจะส่งผลดีต่อวิชาชีพและองค์กร และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (Professional Identity) มีผลต่อการประกอบอาชีพในอนาคตอีกด้วย⁴

คณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหน่วยงานภายใต้มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี มีการกำหนดอัตลักษณ์ให้สอดคล้องกับปรัชญาของมหาวิทยาลัยที่กล่าวว่า วิชาความรู้คุณธรรม และนำปฏิบัติได้ คณะพยาบาลศาสตร์จึงนำมากำหนดเป็นอัตลักษณ์ของนักศึกษา ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนน้อม มีจิตอาสา และมีภาวะผู้นำ⁵ โดยความอ่อนน้อม เป็นพฤติกรรมความสงบเสงี่ยม สุขภาพเรียบร้อย ยอมรับและเรียนรู้ในสิ่งที่ผิดพลาดของตน รับฟังในเสียงส่วนใหญ่ เคารพและให้เกียรติผู้อื่น การมีจิตอาสา เป็นจิตแห่งการให้ความดีงามแก่เพื่อนมนุษย์โดยเต็มใจสมัครใจ พร้อมจะเสียสละเวลาเพื่อสาธารณประโยชน์ ในการทำกิจกรรม หรือสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน และมีภาวะผู้นำ คือ สามารถสร้างอิทธิพลต่อผู้อื่นให้มีความเชื่อถ้อยยอมรับร่วมมือ หรือยอมรับในตัวเองได้ มีความรู้ความสามารถ ความคิดริเริ่ม การตัดสินใจ เพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่ม⁶ การพัฒนาให้นักศึกษามีอัตลักษณ์ตามที่กำหนดจึงเป็นความท้าทายของคณะผู้สอน อย่างไรก็ตามการเกิดอัตลักษณ์ดังกล่าว มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยเหล่านั้น จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาอัตลักษณ์ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษา ซึ่งผลที่ได้มีความเหมือนและความต่าง เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้⁷⁻⁸ ซึ่งการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การออกแบบกระบวนการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่คาดหวัง โดยนำเอาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ สอน กิจกรรม เทคนิคการสอนและ สื่อเทคโนโลยี

ต่าง ๆ มาเป็นส่วนประกอบ เพื่อให้เกิดกระบวนการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และมีความสัมพันธ์ต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล⁹ นอกจากนี้ การศึกษาของ วรณวิภา และคณะ¹⁰ พบว่า ชั้นปีมีความสัมพันธ์ต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษาด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และชั้นปีมีความสัมพันธ์ต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษา จากเดิม คณะพยาบาลศาสตร์มีคู่มือแนวทางการจัดการศึกษา เพื่อส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตอยู่แล้ว แต่เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนักศึกษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาคู่มือแนวทางการจัดการศึกษา เพื่อส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิต อันเป็นการแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพอย่าง

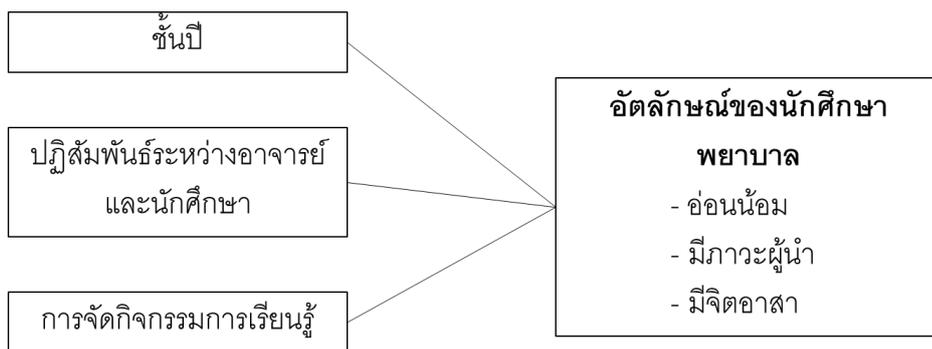
ต่อเนื่องในการผลิตบัณฑิต อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้สำหรับวางแผนหรือการจัดรูปแบบการพัฒนาให้นักศึกษาให้เป็นไปตามอัตลักษณ์และเตรียมตัวเป็นบัณฑิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. อัตลักษณ์ของ นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับชั้นปี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้กับอัตลักษณ์ของนักศึกษา พยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษา ได้แก่ ชั้นปี¹⁰ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษา⁷⁻⁸ และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้⁷⁻⁹ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัย เอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ชั้นปีที่ 2-4 ปี การศึกษา 2566 จำนวน 315 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power 3.1.9.2 กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล .25 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Proportional stratified random sampling) ตามสัดส่วนขนาดของ นักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี ได้นักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 3 จำนวน 39 คน และปีที่ 4 จำนวน 42 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ปีการศึกษา 2566 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดออกของตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ นักศึกษาพยาบาลที่ไม่ยินดีให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ และชั้นปีที่กำลังศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) ความอ่อนน้อม มีจำนวน 9 ข้อ 2) มีจิตอาสา จำนวน 9 ข้อ และ 3) มีภาวะผู้นำ จำนวน 9 ข้อ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของณัฐรดี ชมภูวิเศษ¹¹ ลักษณะเป็น

มาตรฐานประมาณค่า มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด จนถึง สำคัญน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามให้ตอบเลือกได้ 5 ระดับ ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด (5) จนถึง สำคัญน้อยที่สุด (1) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยด้านอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล ออกเป็น 5 ระดับ¹² คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีอัตลักษณ์เหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีอัตลักษณ์เหมาะสมอยู่ในระดับมาก (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีอัตลักษณ์เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีอัตลักษณ์เหมาะสมอยู่ในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีอัตลักษณ์เหมาะสมอยู่ในระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปฏิสัมพันธ์

ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของทัศนากิติ¹³ จำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรฐานประมาณค่า มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด จนถึง สำคัญน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามให้ตอบเลือกได้ 5 ระดับ ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด (5) จนถึง สำคัญน้อยที่สุด (1) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา เป็น 5 ระดับ¹² คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาอยู่ในระดับดีที่มากที่สุด (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาอยู่ในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึงมี

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาอยู่ในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาอยู่ในระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสภาพ พุทธิภูมิ⁹ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด จนถึง สำคัญน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามให้ตอบเลือกได้ 5 ระดับ ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด (5) จนถึง สำคัญน้อยที่สุด (1) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เป็น 5 ระดับ¹² คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้อยู่ในระดับดีที่สุด (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ แบบสอบถามด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และแบบสอบถามอัตลักษณ์ของนักศึกษา โดยนำไปทดลองกับนักศึกษา

พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88, .86, .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี เลขที่ 013/2566 ลงวันที่ 11/10/2566 เมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบแล้ว จึงดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และข้อมูลต่างๆที่ได้ในการวิจัย และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ เก็บไว้เป็นหลักฐาน และทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ขอขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเชิญชวนเข้าร่วมในการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และอัตลักษณ์ของนักศึกษาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ชั้นปี กับ
 อัตลักษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน
 (Spearman's Rho) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์
 ระหว่างปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา
 กิจกรรมการเรียนรู้กับอัตลักษณ์ของนักศึกษา
 พยาบาลโดยใช้การทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์
 สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation
 coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 115 คน (ร้อยละ

95.83) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับชั้นปีที่ 4 จำนวน
 42 คน (ร้อยละ 35)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูล
 อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า อัตลักษณ์
 โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.07 (SD = 0.47)
 และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า ด้านอ่อนน้อม
 ด้านมีจิตอาสา และ ด้านมีภาวะผู้นำ มีคะแนนเฉลี่ย
 อยู่ในระดับมากทุกด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี (n = 120)

| อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล | M | SD | แปลผล |
|--|------|------|-----------|
| ด้านอ่อนน้อม | 4.09 | 0.49 | มาก |
| 1. ท่านสงบเสงี่ยม สุภาพเรียบร้อย | 4.06 | 0.81 | มาก |
| 2. ท่านไม่สนใจในการยกย่องตนเอง | 2.72 | 1.18 | ปานกลาง |
| 3. ท่านยอมรับในสิ่งที่ผิดพลาดจากการกระทำของตน | 4.25 | 0.70 | มากที่สุด |
| 4. ท่านมีการให้คำปรึกษา ด้วยความสุภาพ เป็นมิตรกับผู้อื่น | 4.22 | 0.70 | มากที่สุด |
| 5. ท่านเป็นผู้รับฟังที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้อื่นแสดงความคิดเห็นอย่าง อิสระ | 4.31 | 0.68 | มากที่สุด |
| 6. ท่านยอมรับคำวิพากษ์วิจารณ์และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ | 4.27 | 0.74 | มากที่สุด |
| 7. ท่านได้รับคำแนะนำด้านวิชาการ | 4.29 | 0.71 | มากที่สุด |
| 8. ท่านได้รับคำแนะนำด้านการใช้ชีวิตแก่นักศึกษา | 4.38 | 0.76 | มากที่สุด |
| 9. ท่านได้รับประโยชน์จากการอบรม | 4.32 | 0.70 | มากที่สุด |
| ด้านมีจิตอาสา | 4.06 | 0.51 | มาก |
| 1. ท่านบริจาคเงิน หรือสิ่งของ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อน | 3.99 | 0.80 | มาก |
| 2. ท่านสามารถทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม | 4.06 | 0.76 | มาก |
| 3. ท่านใช้อุปกรณ์เกี่ยวกับการเรียนพยาบาลแล้วเก็บไว้ในสภาพเดิม | 4.34 | 0.68 | มากที่สุด |
| 4. ท่านใช้เวลาว่างเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยเหลือสังคมที่สถาบันและชุมชนจัดขึ้น | 3.98 | 0.76 | มาก |
| 5. ท่านรักษาความสะอาดภายในห้องเรียนและอาคารเรียน | 4.29 | 0.70 | มากที่สุด |
| 6. ท่านใช้ทรัพย์สิน ของส่วนรวมด้วยความระมัดระวัง | 4.30 | 0.72 | มากที่สุด |
| 7. ท่านแบ่งการใช้อุปกรณ์เกี่ยวกับการเรียนพยาบาลให้คนอื่นใช้ร่วมด้วย | 4.25 | 0.74 | มากที่สุด |
| 8. ท่านยึดอุปกรณ์การเรียนไว้เพียงผู้เดียว | 3.13 | 1.50 | ปานกลาง |

| อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล | M | SD | แปลผล |
|---|-------------|-------------|------------|
| 9. ท่านเปลี่ยนให้คนอื่นใช้อุปกรณ์ต่อเมื่อตนเองใช้เสร็จ | 4.15 | 0.82 | มาก |
| ด้านภาวะผู้นำ | 4.06 | 0.58 | มาก |
| 1. ท่านมีความมั่นใจในตนเองทั้งในเรื่องการพูดและการกระทำ | 3.94 | 0.77 | มาก |
| 2. ท่านคำนึงถึงผลดีและผลเสีย ก่อนการตัดสินใจกระทำกรใด ๆ | 4.20 | 0.67 | มาก |
| 3. ท่านแต่งกายสุภาพเรียบร้อย ตามกฎระเบียบของสถาบัน | 4.23 | 0.68 | มากที่สุด |
| 4. ท่านเป็นผู้ที่สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ในทุกสถานการณ์ | 3.94 | 0.80 | มาก |
| 5. ท่านเรียนรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ไม่ได้เรียนรู้มาก่อน | 4.03 | 0.74 | มาก |
| 6. ท่านมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และทำสิ่งใหม่ ๆ | 4.01 | 0.72 | มาก |
| 7. ท่านปรับตัวให้กับผู้อื่นได้ทุกสถานการณ์ | 4.18 | 0.69 | มาก |
| 8. ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นปฏิบัติตามตนเองได้ | 3.93 | 0.80 | มาก |
| 9. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นทั้งในและนอกสถาบัน | 4.09 | 0.74 | มาก |
| ภาพรวม | 4.07 | 0.47 | มาก |

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของชั้นปี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ทั้งสามด้านมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{sp} = .19$ และ $r = .48, .68$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชั้นปี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล

| ตัวแปร | อัตลักษณ์ของนักศึกษา | ระดับความสัมพันธ์ |
|--------------------------------------|----------------------|-------------------|
| ชั้นปี | .19 ^a | ต่ำ |
| ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา | .47 ^b | ปานกลาง |
| การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ | .68 ^b | ปานกลาง |

* $p < .05$, a = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน, b = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ การวิจัย ดังนี้

1. อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า อัตลักษณ์โดยรวมของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัย

เอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.07 (SD = 0.47) และเมื่อวิเคราะห์ เป็นรายด้านพบว่า เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า ด้านอ่อนน้อม ด้านมีจิตอาสา และ ด้านมีภาวะผู้นำ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.09 (SD =

0.49), 4.06 (SD = 0.51) และ 4.06 (SD = 0.58) ตามลำดับ เนื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาอย่างชัดเจนและให้ทุกรายวิชามีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทั้ง 3 ด้าน⁵ รวมถึงคณะพยาบาลได้มีคู่มือแนวทางการจัดการศึกษาเพื่อส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิต แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องในการผลิตบัณฑิต และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมมือกันในการดำเนินการส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตให้บรรลุจุดมุ่งหมายของคณะพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับสุภาพรณ์ และคณะ¹⁴ ที่ระบุว่า การจัดการศึกษาเพื่อส่งเสริม อัตลักษณ์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้บริหารต้องกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และแผนงานส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตอย่าง มีส่วนร่วมของบุคลากร รวมถึงพัฒนาคู่มือแนวทางการจัดการศึกษาเพื่อส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตให้ชัดเจนก็จะทำให้สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายของวิทยาลัยได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์เกือบทุกข้ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ยกเว้นข้อคำถามอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) “ท่านไม่สนใจในการยกย่องตนเอง” แสดงว่านักศึกษาพยาบาลมีความภาคภูมิใจในตนเองน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Plumwongrot and Pholphirul¹⁵ ที่พบว่า เด็กไทยมีความภาคภูมิใจในตนเองน้อย ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ระบบการเรียนการสอนในโรงเรียนที่เน้นผลลัพธ์ (outcome) มากกว่าการเรียนรู้ด้านกระบวนการ (process) การเติบโตมาพร้อมกับสังคมออนไลน์ที่ทำให้เกิดการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่ดีกว่า หรือการเลี้ยงดูของครอบครัวที่พ่อแม่ไม่มีความภาคภูมิใจใน

ตนเองเช่นกัน เป็นต้น และ 2) “ท่านยึดอุปกรณการศึกษาไว้เพียงผู้เดียว” ซึ่งก็คือ การแบ่งปันสิ่งของซึ่งกันและกัน การแบ่งปัน (sharing) เป็นคุณลักษณะของคนไทยที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่วัยเด็กให้มีการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่หรือแบ่งปันให้กับผู้อื่น หรือบุคคลที่อยู่ร่วมกันในสังคม จนเกิดเป็นลักษณะนิสัย และยังคงให้ความสำคัญเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับชั้นปี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้กับอัตลักษณ์ของนักศึกษา พยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี โดยจำแนกรายปัจจัย ดังนี้

2.1 ชั้นปีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{sp} = .19$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 35 ทำให้ได้รับการพัฒนาและปลูกฝังอัตลักษณ์มาทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิภา และคณะ¹⁰ ที่พบว่าชั้นปีมีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของนักศึกษา

2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .47$) เนื่องจากการที่อาจารย์และนักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันย่อมก่อให้เกิดความไว้วางใจ¹⁰ และเมื่อมีการมอบหมายงานให้ทำกิจกรรมในการเรียนการสอนย่อมส่งผลให้นักศึกษามีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,8} สิ่งที่สำคัญที่ช่วยในการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา คือ อาจารย์ผู้สอนจะต้องมีการสอดแทรกอัตลักษณ์ในรายวิชาอย่างต่อเนื่อง เช่น การอ่อนน้อม การเป็นผู้นำ การมีจิต

อาสา เป็นต้น โดยอาจยกตัวอย่างประสบการณ์ทางการพยาบาลรวมทั้งการใช้สื่อการสอนหรือกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเนื้อหาวิชา

2.3 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .68$) เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์มุ่งเน้นการจัดการกิจกรรมการเรียนการสอนเชิงรุก (active learning) ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และมีพฤติกรรมแสดงออกผ่านกิจกรรมกลุ่ม เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สถาพร⁹ ที่พบว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์ต่ออัตลักษณ์ของนักศึกษา

จากผลการศึกษาสามารถกล่าวได้ว่า การส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งนี้ให้มีอัตลักษณ์บัณฑิตที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ควรมุ่งเน้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา และด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาเพิ่มขึ้น เพื่อให้อาจารย์กับนักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อีกทั้งต้องส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนแบบ

เชิงรุกให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้มีความเป็นผู้นำ เช่น การมอบหมายการทำงานกลุ่ม เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้การเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาได้ทำกิจกรรมที่ผสมผสานระหว่างความรู้ที่ได้จากการเรียนในวิชาทฤษฎีกับการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหรือประชาชน ซึ่งในส่วนี้จะเป็นการปลูกฝังให้นักศึกษามีจิตอาสาที่ดีในการให้บริการและช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ควรจัดกิจกรรมของหลักสูตรที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ของบัณฑิต โดยเน้นในส่วนของกิจกรรมการเรียนรู้ให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลมากที่สุด เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์ที่โดดเด่น
2. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมอัตลักษณ์ โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน
3. ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ของนักศึกษา รวมทั้งศึกษาผลของอัตลักษณ์ว่ามีเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของนักศึกษาอย่างไร

References

1. Sinaporn Withayavanitchai, Oraphin Choochom, Ujsara Prasertsin. A study on ego identity and professional identity of nursing. Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University. 2019;13(3):125-36. Thai

2. Kittiporn Nawsuwan, Sermsak Wisalaporn, Wittawat Didyasarin Sattayarak. Indicators development of nursing students's identity in nursing colleges, ministry of public health. Princess of Naradhiwas University Journal. 2015;7(3):59 -73. Thai
3. Black PB, Chitty KK. Professional nursing concepts & challenge. Missouri: Elsevier; 2011.
4. Lairio M, Puukari S, Kouvo A. Studying at university as part of student life and identity construction. Scandinavian Journal of Education Research. 2013;57(2):115-31.
5. Faculty of Nursing Pathum Thani University. 5-year strategic plan (2017 – 2022) 2017.Thai
6. Wichian Witthayaudom. Organizational theory. Bangkok: Thanathat Printing; 2011. Thai
7. Chumsai J. Study of identity of Srinakarin University students. Rawirot, Grade 4, 1. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2011.Thai
8. Suphatchan Sriiam. Student identity development in higher education institutions. EAU Heritage Journal. 2011;186 -99. Thai
9. Sataporn Pruettiku. Factors affecting transformational leadership of the students of educational faculty in Burapha University. Journal of Education Burapha University. 2020;31(2):43-50.Thai
10. Wannawipha Thaweetangtrakul, Prasong Tanpichai, Santi Srisuantaeng. Factors affecting to the identities of students Majoring in agricultural and environmental education, Kasetsart University. Veridian E-Journa. 2015;7(3):754 –69. Thai
11. Nattharadee Chomphuwiset. Factors influencing the identity characteristics of students at the Institute of Physical Education. In the northeastern region. (Master's degree thesis). Maha Sarakham Rajabhat University, Faculty of Education, Curriculum Education Research and Evaluation Department; 2016. Thai
12. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall Inc; 2017.
13. Tasana Thongpakdee. The relationship between university experiences and students' personalities. Bachelor's degree, Srinakharinwirot University, Prasarnmit; 2008.Thai
14. Suphaphon Udomluck, Pimpimon Vongchaiya, Sirisuda Tachawisad, Somsri Sutjasakulrat. Development of an educational management model enhancing humanized health care identity among graduates of Boromarajonnani college of Nursing Phayoa. Journal of Nursing Division. 2017;44(1): 9 –23. Thai
15. Phaphon Plumwongrot & Piriya Pholphirul. Participating in religious activities and adolescents' self-esteem: empirical evidence from buddhist adolescents in Thailand. International Journal of Adolescence and Youth. 2021;26(1):185-200.

รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์

ดุษฎิ ใหญ่เรืองศรี*

ปร.ด.(การจัดการ)

สมจิตต์ สุขสง**

พย.บ.(พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระสงฆ์อาพาธที่ติดเชื้อดื้อยา 48 รูป และพยาบาลวิชาชีพ 40 คน ดำเนินการ 3 ขั้นตอน (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนาและทดลองใช้ และ (3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบ เครื่องมือวิจัย คือ SHIPE SMART Model เครื่องมือเก็บข้อมูลคือ (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (2) แบบสนทนากลุ่ม (3) แบบประเมินความรู้ (4) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ (5) แบบประเมินทักษะ (6) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล และ (7) แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Incidence rate differences

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 1.21/1,000 วันนอนในปี พ.ศ.2562 เป็น 2.75/1,000 วันนอน ในปี พ.ศ. 2564 ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุด คือ ระบบทางเดินปัสสาวะ รองลงมา คือ ระบบทางเดินหายใจ รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ "SHIPE SMART Model" มี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ S: Single use, H: Hand hygiene, I: Isolation, P: Promotion, E=Environment, S: Supervision, M: MLAB (Application), A: Alert, R: Response, T: Team. การศึกษาผลการใช้รูปแบบ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยามีอัตราต่ำกว่าปี พ.ศ. 2564 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น "SHIPE SMART Model" สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เชื้อดื้อยา รูปแบบ การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์

Email address: yairaungsri.dusadee@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์

Model of Control and Prevention for the spread of Multidrug Resistant Bacteria in The Priest Hospital

Dusadee Yairangsri* Ph.D. (Management)

Somchit Suksong** B.N.S.

Abstract

This research and development study aimed to develop a model to control and prevention the spread of multidrug resistant in the Priest Hospital. The sample consisted of 48 sick monks with drug resistant infection and 40 professional nurses. This study composed of 3 phases: (1) situation analysis, (2) develop and test the model, and (3) study the results of using the model. The research instrument was SHIPE SMART Model. Data collecting tools consisted of (1) in-depth interview form, (2) focus group discussion form, (3) knowledge assessment questionnaire, (4) infection surveillance form, (5) skill assessment form, (6) nurse's satisfaction questionnaire, and (7) the model's outcome assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test and Incidence rate differences.

The results found that trend of idrug resistant infection situation in the Priest Hospital has increased from 1.21/1,000 bed days in 2019 to 2.75/1,000 bed days in 2021. The most common sites of infection were the urinary system followed by the respiratory system. The model for control and prevention the spread of drug-resistant in the Priest Hospital "SHIPE SMART Model," consisted of 9 components: S: Single use, H: Hand hygiene, I: Isolation, P: Promotion, E=Environment, S: Supervision, M: MLAB (Application), A: Alert, R: Response, T: Team. The results of using the model revealed that the average knowledge score and skill of the nurses were statistically significant higher than before using the model ($p < .01$). The incidence of multidrug resistant was statistically significant lower than in 2021 ($p < .01$). The average nurses' satisfaction score was statistically significant higher than before using the model ($p < .05$). Therefore, the "SHIPE SMART Model" can be used effectively in nursing practice.

Key words: Multidrug resistant bacteria, Model of control and Prevention, the spread of Multidrug resistant bacteria

* Registered Nurse (Senior Professional Level) Head of Nursing Service Department, Priest Hospital,

* Registered Nurse (Senior Professional Level) Head of Academic Nursing Service Department, Priest Hospital

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาระดับโลก ซึ่งมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ที่มีจำนวนยาปฏิชีวนะใหม่ลดน้อยลง ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน พบว่า ทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหาคาดว่าใน ค.ศ.2050 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน¹ จากข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติของประเทศไทย (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand : NARST) ดำเนินการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2561 จากโรงพยาบาล 85 แห่ง ในทุกภาคของประเทศไทย พบเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 7.6 เป็น 72.2 ในหอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 14.2 เป็น 79.8² ทั้งนี้โรคติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลมีความชุกเฉลี่ยของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่า ร้อยละ 50 ส่วนโรคติดเชื้อที่เกิดในชุมชนมีความชุกเฉลี่ยของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานน้อยกว่า ร้อยละ 20³ และผู้ป่วยวิกฤตพบเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.1 เป็น 81.1 และพบเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นในหอผู้ป่วยสามัญจาก ร้อยละ 1 เป็น 55.4 อัตราการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมากกว่า 100,000 คนต่อปี ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวันต่อปี อัตราการเสียชีวิต 38,481 คน เสียค่าใช้จ่ายยาปฏิชีวนะมากกว่า 10,000 ล้านบาท คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจไม่ต่ำกว่า 40,000 ล้านบาท หรือประมาณ ร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ⁴

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Isolation precautions) เป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เชื้อจุลชีพจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหรือผู้ที่มีเชื้ออยู่แต่ไม่ปรากฏอาการ (Carrier หรือ colonized) แพร่ไปสู่ผู้ป่วยอื่น บุคลากร หรือญาติผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบที่เรียกว่า 10 กิจกรม⁵ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนของผู้บริหาร 2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา

3) การให้ความรู้บุคลากรผู้ป่วย และญาติ 4) การใช้อียาต้านจุลชีพ 5) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 6) การควบคุมสิ่งแวดล้อม 7) การทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ 8) การเก็บสิ่งส่งตรวจ 9) ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยและ 10) การสื่อสาร นอกจากนี้ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁰ มีการส่งเสริมการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพตามแนวทางคลินิก ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การแยกผู้ป่วย การแยกอุปกรณ์ของใช้ การทำความสะอาด และทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ซึ่งการใช้หลายวิธีประกอบกัน จะได้ผลต่อการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพปฏิบัติตามที่กำหนดมากกว่าและก่อให้เกิดผลที่ยั่งยืนกว่าใช้วิธีเดียว

สถาบันสถาบันโจแอนนาบริกส์ ประเทศออสเตรเลีย (The Joanna Briggs Institute)¹¹ ให้ข้อเสนอแนะว่า กลยุทธ์ในการส่งเสริมการปฏิบัติควรใช้หลายวิธีดีกว่าใช้วิธีเดียว โดยต้องมีการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ ต้องมีการติดตามวัดประเมินผลและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการใช้กลวิธีที่หลากหลายในการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ¹² ได้แก่ การอบรมให้ความรู้จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติร้อยละ 84.8 การให้ข้อมูลย้อนกลับส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 39 การสนับสนุนอุปกรณ์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 15.2 ซึ่งการใช้หลายวิธี ร่วมกันสามารถลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้สูงถึงร้อยละ 90.9 นอกจากนี้ พบว่า การกระตุ้นการปฏิบัติโดยใช้วิธีเดียวได้ผลเพียงร้อยละ 18.2 ถ้าหากใช้หลายวิธีได้ผลสูงถึง ร้อยละ 81.8¹²

การดำเนินการพัฒนาเพื่อเกิดคุณภาพบริการและการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยลดอัตราการติดเชื้อดื้อยา และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล สามารถดำเนินการได้ด้วยการพัฒนาคุณภาพโดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพหรือวงจรเดมมิ่ง

ซึ่งเป็นแนวคิดของ ดร.วอลท์เตอร์ ชิวฮาร์ท (Walter Shewhart) (Deming's management concept) เป็นผู้พัฒนาขึ้นเป็นคนแรก และ ดร.เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง (W. Edwards Deming) เป็นผู้นำมาเผยแพร่ในประเทศไทยในปี ค.ศ. 1950 จนแพร่หลายในชื่อ วัฏจักรเดมมิ่ง (Deming Cycle) หรือวงจรคุณภาพ หรือวัฏจักรแห่งการบริหารคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan – P) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Do – D) ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check – C) ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (ACT – A) และการควบคุมคุณภาพตามกระบวนการ PDCA ต้องมีการดำเนินการในทั้งระบบอย่างต่อเนื่อง²⁴ เช่นเดียวกับการประกันคุณภาพการพยาบาล ด้านการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล จะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต้องมีการประเมินตนเองไปพร้อมกันกับกระบวนการปฏิบัติ หรือ D (Do) มีวงจร PDCA หมุนอยู่ด้วย ซึ่งการบริหารงานด้วยวงจรเดมมิ่ง (Deming Cycle) เป็นกระบวนการบริหารคุณภาพที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในองค์กร และเพื่อให้องค์กรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง²⁴

จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล สงฆ์ ปี พ.ศ.2562-2564¹³ พบว่ามีแนวโน้มการติดเชื้อดื้อยาสูงขึ้น คิดเป็น 1.21, 1.27 และ 2.75 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ และจากการสอบสวนโรค พบว่า การรายงานผลการเพาะเชื้อล่าช้า ทำให้การเข้ายาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมอย่างน้อย 3-5 วัน จึงปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะส่งผลให้การใช้มาตรการหรือแนวทางปฏิบัติต่างๆ ไม่ได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การแยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ส่งผลทางลบต่อผลการดำเนินการของโรงพยาบาล ได้แก่ ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ระยะเวลาการรักษาเพิ่มขึ้น การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยของญาติมากขึ้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงฆ์ และเป็นผู้บริหารสูงสุดของภารกิจด้าน

การพยาบาล ตระหนักถึงผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยา และการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณา กำหนดมาตรการเชิงนโยบายในการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์
- 2) พัฒนารูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์
- 3) ศึกษาผลของรูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเชื้อในโรงพยาบาลสงฆ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ศึกษาข้อมูลเชิงวิเคราะห์และเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ตามแนวทางของวงจรคุณภาพเดมมิ่ง หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act)²⁴ และการจัดการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล (CDC, 2006)²⁵ มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ในช่วงเวลา 1-15 ตุลาคม 2564 ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การควบคุม และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ 16 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการ SWOT Analysis เพื่อหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค และนำข้อมูลที่ได้มาศึกษาจากแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา

ในโรงพยาบาลสงฆ์ในปีงบประมาณ 2564 มาวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ปัญหาและสาเหตุ (Research 1) เพื่อหาแนวทางการการปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสู่ขั้นที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ (Do) โดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆ ละ 5 คน ได้แก่ กลุ่มที่มีผู้วิจัย และกลุ่มที่มพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infectious Control Ward Nurse; ICWN) ในขั้นตอนการวางแผน โดยขั้นที่ 2 ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ แบ่งเป็น 2 วงจร

การพัฒนา (Development) วงจรที่ 1) ช่วงเวลา 15 ตุลาคม 2564-31 มกราคม 2565 โดยมีผู้วิจัยวางแผน การออกแบบ และยก่างรูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จาก การทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดทำเป็นรูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” ซึ่งประกอบด้วย S= Single use, H= Hand hygiene, I= Isolation, P=Promotion, E=Environment และนำสู่การปฏิบัติ (Do₁) การประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การให้ความรู้เรื่องโรค ติดเชื้อดื้อยา การควบคุม และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การประเมินทักษะการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (Check 1) การวิเคราะห์อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ และการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในการใช้รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” สรุปผลการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการ

พัฒนาของรูปแบบที่ 1 (R2) ขั้นตอนนี้เข้าสู่การปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการ (Action 1)

การพัฒนา (Development) วงจรที่ 2 (Plan 2) ช่วงเวลา 1-15 กุมภาพันธ์ 2565 จากการเสวนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยการนำผลจากรูปแบบที่ 1 เป็นข้อมูลนำเข้า โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 12 ท่าน ยก่างรูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” ซึ่งประกอบด้วย S= Single use, H= Hand hygiene, I= Isolation, P= Promotion, E= Environment, S= Supervision, M=MLAB, A= Alert, R=Response, T=Team และนำสู่การปฏิบัติอย่างเคร่งครัด (Do₂) การประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุม และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และการประเมินทักษะการปฏิบัติการการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การวิเคราะห์อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ และการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล (Check 2) สรุปผลการใช้รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” ปัญหา อุปสรรค (Research 2) และแนวทางการพัฒนาของรูปแบบที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสู่ขั้นที่ 3 เป็นการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการ (Action 2)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Check) การประเมินผลกิจกรรม โดยกลุ่มที่มีผู้วิจัย และกลุ่มที่ม ICWN ศึกษาผลการใช้รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ ที่พัฒนาขึ้น (Plan 3) (Research 3) โดยการเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” กับผลลัพธ์รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” ดังนี้ 1. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุม และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ 2. ทักษะการ

ปฏิบัติการควบคุมและกำกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ ส่วนปฏิบัติการรณรงค์การติดเชื้อดื้อ
ยาได้ศึกษาเปรียบเทียบปีงบประมาณ พ.ศ.2564 กับ
รูปแบบที่ 2 และ 3. ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล
ในการใช้รูปแบบวงจรที่ 1 กับรูปแบบที่ 2 (Check3)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Act) เพื่อการ
ทบทวนและแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยจัดเวที
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน โดยการนำทั้ง
รูปแบบที่ 1 และ รูปแบบที่ 2 เป็นเครื่องมือในการ
สังเคราะห์และหาข้อสรุปในการขยายผลไปใช้ทั่วทุก
หอผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน (Action3)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วย คือ
พระสงฆ์อาพาธที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลสงฆ์
แผนกผู้ป่วยใน ช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2564 – 31
มกราคม 2565 จำนวน 1,168 คน และช่วงเวลา 1
กุมภาพันธ์ 2565 – 31 พฤษภาคม 2565 จำนวน
1,499 คน 2) กลุ่มพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ
ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน 10 หอผู้ป่วย ในช่วง
เวลา 1 ตุลาคม 2564 – 31 มกราคม 2565 จำนวน
158 คน และช่วงเวลา 1 กุมภาพันธ์ 2565 – 31
พฤษภาคม 2565 จำนวน 158 คน

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วย คือ
พระสงฆ์อาพาธที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลสงฆ์
เลือกเจาะจงเฉพาะที่ติดเชื้อดื้อยา ช่วงเวลา 1 ตุลาคม
2564 – 31 มกราคม 2565 จำนวน 32 คน และ
ช่วงเวลา 1 กุมภาพันธ์ 2565 – 31 พฤษภาคม 2565
จำนวน 16 คน 2) กลุ่มพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพ
เลือกเจาะจงเฉพาะที่ปฏิบัติงานการป้องกันและ
ควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลวิชาชีพป้องกันและ
ควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย และพยาบาล
วิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน 10 หอผู้ป่วย

ช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2564 -31 มกราคม 2565 จำนวน
40 คน และช่วงเวลา 1 กุมภาพันธ์ 2565 - 31
พฤษภาคม 2565 จำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์การ
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion
criteria) คือ 1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอ
ผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบ
ที่ 1 จำนวน 40 คน และกลุ่มที่ 2 เพื่อศึกษารูปแบบที่
2 จำนวน 40 คน 2. เป็นผู้ที่ยินยอมและให้ความ
ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และ 3. พระสงฆ์อาพาธที่เข้า
มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงฆ์ที่ติดเชื้อ
ดื้อยา โดยใช้แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในระยะเวลา
ของผู้ป่วย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสงฆ์
กรรมการแพทย์ 14/2564 ตั้งแต่วันที่ 30 กันยายน 2564
ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี ก่อนการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1. เข้าพบรอง
ผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการ
พยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย
ใน และกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและโครงการวิจัย 2.
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม
ข้อมูล โดยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การ
ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อ
กลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษา 3. กลุ่มตัวอย่างอ่าน
รายละเอียดและลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือ
ยินยอมด้วยความสมัครใจ และ 4. ข้อมูลที่ได้จากการ
วิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมการ
วิจัย และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้
เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่าง
สามารถออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัย
ครั้งนี้จะสิ้นสุดลงโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ทดลอง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ รูปแบบที่ 1 "SHIPE Model" และ รูปแบบที่ 2 คือ "SHIPE SMART Model" ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมการส่งเสริมและการสนับสนุน การปฏิบัติในการควบคุม และป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยา¹⁰ โดยประยุกต์ร่วมกับ คู่มือการจัดการควบคุม การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล^{14,15,17,25} ร่วมกับ (1) ไปสเตอร์เตือน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อความ กระตุ้นเตือนให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (2) เวชระเบียน ที่มีข้อมูลในด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล คู่มือการดำเนินการติดเชื้อดื้อยาและร้อยละ การปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวทางการปฏิบัติของพยาบาล วิชาชีพ ซึ่งเป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพ (3) วิดีโอคลิปให้ความรู้แก่พยาบาล ทีมผู้ดูแลและญาติ

ผู้ป่วย เรื่องการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาด้วยการล้างมือ (4) อุปกรณ์สนับสนุน ได้แก่ เสื้อคลุม ถุงมือ อุปกรณ์ทำความสะอาดมือ แผ่นเช็ดทำความสะอาดและน้ำยาทำลายเชื้อ และ (5) คู่มือแนวทาง ปฏิบัติการพยาบาลในการควบคุมและป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยา ได้แก่ (1) การใช้วัสดุอุปกรณ์ สำหรับผู้ติดเชื้อดื้อยา (Single use) (2) การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) (2) การป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อแบบสัมผัส (Contact Precaution) (3) การแยกผู้ป่วย (Isolation) (4)การให้ความรู้บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ (Promotion) และ (5) การทำลายเชื้อ สิ่งแวดล้อม (Environmental Cleaning) เป็นต้น

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานในแผนกผู้ป่วยใน

ประสบการณ์ในการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ
ดื้อยา

2.2) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ 24 ข้อ เป็นแบบประเมินมี 2 คำตอบ คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

2.3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ 24 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน ประยุกต์จากแนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลสงฆ์ และ กำธร มาลาธรรมและสุนทรียาศิริโชติ (2558)¹⁴ และอะเคื่อ อุดมเหล็กขะ (2561)⁹

2.4) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสงฆ์ เป็นเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสงฆ์ และใช้เกณฑ์วินิจฉัย การติดเชื้อของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.2017 (CDC., 2017)¹⁵

2.5) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2 จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามในด้านความพึงพอใจของรูปแบบแต่ละกิจกรรมที่จัดขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของลิเคอร์ท (Likert scale) ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด และ ผู้วิจัยแบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ¹⁶ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด และ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

สงฆ์ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสงฆ์ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.90, 0.85, 1.00 และ 0.90 ตามลำดับ และนำมาปรับปรุงแก้ไขในส่วนของความสมบูรณ์ของภาษาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

2. ความเชื่อมั่น (Interrater reliability) นำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสงฆ์ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบทดลองใช้กับพยาบาลที่ลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และ 5 เหตุการณ์¹⁷ ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบประเมินความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ เท่ากับ 0.88 ประเมินทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ ความเชื่อมั่นจากการสังเกต = 0.90 แบบประเมินแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสงฆ์ 0.90 ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปเชิงเนื้อหาในข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Content Analysis) คะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์

ทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา และการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. ข้อมูลเปรียบเทียบ ใช้สถิติวิเคราะห์ Independent t-test และ 3. ข้อมูลอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้อัตราอุบัติการณ์ (incidence rate) จาก 1,000 วันนอน

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์คือ

ปัจจัยภายใน

| จุดแข็ง (Strengths) | จุดอ่อน (Weaknesses) |
|---|---|
| S1 มีแนวปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา | W1 พยาบาลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา และแนวทางปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาที่เป็นปัจจุบัน |
| S2 มีการประชุมทบทวนการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาของพยาบาลในหน่วยงาน | W2 พยาบาลใหม่ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาที่เคร่งครัด |
| S3 มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และน้ำยาทำลายเชื้อเพียงพอ | W3 ขาดการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน |
| S4 มีการบริหารจัดการเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาโดย ICN | W4 การนิเทศทางการพยาบาลด้านการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง |
| S5 มีการใช้สัญลักษณ์หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อแสดงถึงการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน (MDR), MRSA หรือเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ (CRE) | W5 ขาดการให้ข้อมูลเรื่องอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาแก่หน่วยงาน |
| S6 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาและการรายงานประจำวัน และสรุปรายงานประจำเดือน | W6 ไม่มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา หรือสงสัยว่าติดเชื้อดื้อยาก่อนการรับเข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยใน |
| S7 มีผู้ตรวจการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้คำปรึกษา | W7 การบริหารจัดการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลดำเนินการไม่สม่ำเสมอ |
| | W8 อุปกรณ์ที่ใช้เฉพาะพระสงฆ์อาพาธที่ติดเชื้อดื้อยาบางครั้งไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต และหูฟังในห้องแยก |
| | W9 ห้องแยกมีจำกัด พระสงฆ์อาพาธที่ติดเชื้อดื้อยามีจำนวนมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถใช้ห้องแยกโรคได้ตามหลักการแยกผู้ป่วย |

ปัจจัยภายนอก

| โอกาส (Opportunities) | อุปสรรค (Threats) |
|-----------------------|-------------------|
|-----------------------|-------------------|

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์

1. สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า อัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 2.21, 2.27 และ 2.75 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ ระบบทางเดินปัสสาวะโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ รองลงมาคือ ระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้อดื้อยาที่แผลเรื้อรัง ตามลำดับ เป็นการติดเชื้อดื้อยา MDR, CRE และ MRSA

2. ข้อมูลจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-debt interview) จากผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้เชี่ยวชาญทั้ง 16 คน ผลการวิเคราะห์ มีดังนี้

วาระการอภิปราย

| | |
|--|---|
| <p>O1 กรมการแพทย์มีนโยบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> -ให้โรงพยาบาลดำเนินการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล -ส่งเสริมและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างเพียงพอ -ให้โรงพยาบาลมีห้องปฏิบัติ การจุลชีววิทยาที่มีศักยภาพในการตรวจหาเชื้อดื้อยาหลายขนานและหรือเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ -ให้โรงพยาบาลพัฒนาระบบสารสนเทศที่ทันสมัย | <p>T1 ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>T2 อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลมีไม่เพียงพอในการแยกดูแลพระสงฆ์อาพาธที่ติดเชื้อดื้อยาเป็นการเฉพาะ</p> <p>T3 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอเพราะบริษัทไม่สามารถส่งมอบเครื่องป้องกันร่างกาย (PPE) ได้ทัน</p> <p>T4 การเชื่อมโยงโปรแกรมการรายงานผลการส่งสิ่งส่งตรวจเฉพาะเชื้อกับ HIS: Softcon กับ โปรแกรม MLAB ต้องมีงบประมาณสนับสนุน</p> |
| <p>O2 โรงพยาบาลมีแผนการเชื่อมโยงโปรแกรมการรายงานผลการส่งสิ่งส่งตรวจเฉพาะเชื้อกับ HIS: Softcon ของโรงพยาบาลสงฆ์</p> | <p>T5 การทำ Active surveillance culture ในผู้ป่วย CRE ทุกราย ก่อนรับเข้าแผนกผู้ป่วยในตามนโยบาย WHO มีค่าใช้จ่ายสูง</p> |

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ ผู้วิจัยได้ข้อมูลในการวางแผน (Plan) ตามแนวคิดการบริหารคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming's management concept) และการจัดการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล (CDC, 2006) การออกแบบและยกวางรูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อนำไปใช้ในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

ส่วนที่ 2 รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ ได้รูปแบบ ดังนี้

| รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ โดยใช้ "SHIPE SMART Model" ดังนี้ |
|--|
| <p>ขั้นการเตรียมพร้อม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเตรียมวัสดุ-อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์เป็นการเฉพาะ (S=Single use) ใช้คนเดียวไม่ใช้ร่วมกัน ใช้แล้วทิ้งไม่นำมาใช้ใหม่ 2. การเตรียมความรู้และทักษะบุคลากรพยาบาลด้านสุขอนามัยมือ (H=Hand hygiene) การล้างมือ 6 ขั้นตอน ใน 5 กิจกรรมที่สำคัญ (ก่อน 2 ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ หลัง 3 : หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย) 3. การเตรียมห้องแยกหรือโซนแยก (Isolate Room หรือ Cohort Ward) 4. การส่งเสริมความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจากการสัมผัส (P=Promotion, Contact Precaution; CP โดยติดป้ายเตือนหน้าแฟ้มผู้ป่วย หัวเตียง หน้าห้องแยก) 5. การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (E=Environment Cleaning) |
| <p>ขั้นการดูแลผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา หรือสงสัยติดเชื้อดื้อยา พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน (ICWN) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเวรตรวจการ ดำเนินการนิเทศการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (S=Supervision) 7. เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา หรือสงสัยติดเชื้อดื้อยา ผลเลือดจากห้องปฏิบัติการแสดงว่าติดเชื้อดื้อยา Pop Up ในระบบเอ็มแลป (M=MLAB รายงานผลอัตโนมัติในไลน์กลุ่มทีมผู้วิจัย และกลุ่มทีม ICWN) 8. กลุ่มทีมผู้วิจัย และกลุ่มทีม ICWN ลงพื้นที่เพื่อสังเกตการณ์ และบันทึกทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรในหอผู้ป่วยนั้นๆ ทันที (A=Alert) 9. จากข้อ 7 และ 8 กลุ่มทีมผู้วิจัย และกลุ่มทีม ICWN นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ส่งข้อมูลไปที่หัวหน้าหอผู้ป่วยนั้น ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (R=Response) กลุ่มทีมผู้วิจัยและกลุ่ม ICWN ทำงานร่วมกันเป็นทีม (T=Team) |
| <p>ขั้นการจำหน่าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. การวางแผนจำหน่าย ติดตามผลการเพาะเชื้อ ห่างกัน 3 ครั้ง ถ้าไม่พบเชื้อ ให้ยกเลิกมาตรการ Contact precaution 11. ทำสัญลักษณ์ ที่เพิ่มเวชระเบียนว่าเคยรักษา MDR, CRE และหรือ MRSA |

ส่วนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มพยาบาล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 35 รองลงมา อายุช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 25 และน้อยสุดมีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 17.50 อายุเฉลี่ย 38.82 ปี มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 47.5 มีประสบการณ์ในการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 85
2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ดื้อยาของพยาบาลระหว่างการใช้รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ต่ำสุด 7 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน เฉลี่ย 13.12 คะแนน (S.D.= 2.02) ส่วนรูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ต่ำสุด 14 คะแนน สูงสุด 24 คะแนน เฉลี่ย 20.6 คะแนน (S.D.= 2.88) เมื่อเปรียบเทียบพบว่า รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ารูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ระหว่างรูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” กับรูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” (n=40)

| คะแนนความรู้ (เต็ม 24 คะแนน) | คะแนน ต่ำสุด | คะแนน สูงสุด | \bar{X} | S.D. | t | p |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------|------|------|------|
| รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” | 7 | 20 | 13.12 | 2.02 | 7.87 | .000 |
| รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” | 14 | 24 | 20.6 | 2.88 | | |

* $p < .001$

3. การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลในการใช้รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” กับรูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” พบว่า พยาบาลมีทักษะการปฏิบัติการในการใช้รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” คะแนนเฉลี่ย 2.45 คะแนน (S.D.=1.09) รูปแบบ

ที่ 2 “SHIPE SMART Model” คะแนนเฉลี่ย 3.92 คะแนน (S.D.=1.13) เมื่อเปรียบเทียบ พบว่า รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” คะแนนทักษะเฉลี่ยสูงกว่า รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลรูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” กับรูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” (n=40)

| คะแนนทักษะการปฏิบัติ (เต็ม 24 คะแนน) | \bar{X} | S.D. | t | p |
|---|-----------|------|-------|------|
| รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” | 2.45 | 1.09 | 10.81 | .000 |
| รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” | 3.92 | 1.13 | | |

*p <.001

4. การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในแผนกผู้ป่วยในบึงประมาณ 2564 พบ ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (2.75 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” (0.99 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) คือ การใช้รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =0.001,RR=0.48; 95%CI=0.05-0.75) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา เมื่อใช้รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” กับบึงประมาณ 2564

| อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา | จำนวน (รูป) | วันนอน | จำนวน ครั้ง | อุบัติการณ์ 1,000วันนอน | RR (95%CI) | p |
|---------------------------------|-------------|--------|-------------|-------------------------|------------------|-------|
| บึงประมาณ 2564 | 4,994 | 60,760 | 167 | 2.75 | 0.48 (0.05-0.75) | 0.000 |
| รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” | 1,499 | 16,098 | 16 | 0.99 | | |

* p <0.01

5. การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ระหว่างรูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” กับรูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” เท่ากับ 3.35 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในการใช้รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” เท่ากับ 4.07 อยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาระหว่างรูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” กับรูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model”

| ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในการใช้รูปแบบ (n=40) | X̄ | S.D. | df | t | p-value |
|--|------|------|----|------|---------|
| รูปแบบที่ 1 “SHIPE Model” | 3.35 | 0.91 | 39 | 6.67 | <0.001 |
| รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” | 4.07 | 1.19 | 39 | 8.24 | <0.001 |

*p <.05

อภิปรายผล

1. ผู้วิจัยเปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบว่า รูปแบบที่ 2 “ SHIPE SMART Model” มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ารูปแบบที่ 1 “ SHIPE Model” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.

000) (ตารางที่ 1) เนื่องจากประสพการณ์ในการดำเนินกรรรูปแบบที่ 1 “ SHIPE Model” ส่งผลต่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จากการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีบทของอวัมประเสริฐ (2562)¹⁷ พบว่าหลังใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา CRE ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก พยาบาลวิชาชีพในวงจรที่ 2 มีความรู้สูงกว่าในวงจร ที่ 1 เนื่องจากแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการส่งเสริมความรู้และสนับสนุนการใช้แนวทางปฏิบัติช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา CRE ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁸ พบว่า ความรู้ของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนักหลังได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁹ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะภายหลังใช้การปฏิบัติด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับงานวิจัย²⁰ ที่พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในทารกแรกเกิด หลังการพัฒนาระบบการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในทารกแรกเกิดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ผู้วิจัยเปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติรูปแบบที่ 2 “ SHIPE SMART Model” มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติสูงกว่า

รูปแบบที่ 1 “ SHIPE Model” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) (ตารางที่ 2) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสพการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 47.5 รองลงมา น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 20 น้อยที่สุดทำงานช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 15 เคยดูแลพระสงฆ์อาพาธติดเชื้อดื้อยา และหลังการพัฒนาแบบมีการนิเทศทางการพยาบาลสม่ำเสมอมากขึ้น พยาบาลจึงมีทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁸ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษหลังได้รับโปรแกรมว่ามีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

3. ผู้วิจัยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในแผนกผู้ป่วยใน ช่วงเวลาที่ศึกษา โดยรูปแบบที่ 2 กับปีงบประมาณ 2564 พบอัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) เนื่องจากบุคลากรพยาบาลมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อดื้อยา การควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมีทักษะการปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์รูปแบบที่ 1 ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้ มีทักษะมากขึ้น และจากรูปแบบที่ 2 “ SHIPE SMART Model” อธิบายได้ว่าการนิเทศ (S=Supervision) ติดตามประเมินผลทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ คือ กลุ่มทีมผู้วิจัยจะมีการใช้ Line Application ของ MLAB (M=MLAB Line Application) ส่งผลการเพาะเชื้อใน Line Application อัตโนมัติ กลุ่มทีมผู้วิจัยจะเห็นผลการเพาะเชื้อทันที (A = Alert) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมลงพื้นที่สังเกตการปฏิบัติการและเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยนั้นๆ ที่มีพระสงฆ์อาพาธติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ทีม ICN และทีม ICWN เข้าสอบสวนโรค ส่งข้อมูลให้หัวหน้าหน่วยงาน (R=Rapid

response) และทบทวนปัญหาและแนวทางปฏิบัติ ร่วมกันตอบสนองอย่างรวดเร็ว และมีการทำงานเป็นทีม คือ ทีมพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และทีมพยาบาล ควบคุมโรคติดเชื้อประจำหน่วยงาน (T=Team ICN และ Team ICWN) สอดคล้องกับงานวิจัย²¹ เสนอแนะว่าต้อง มีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามนิเทศ สอดคล้องกับงานวิจัย²² เรื่องการกำกับติดตามการ ปฏิบัติของทีมทางการพยาบาลผู้ช่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อ ให้ การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนควบคู่กับ การติดตามทีมและประเมินอย่างเป็นระบบ

4. ผู้วิจัยเปรียบเทียบผลคะแนนความพึงพอใจ ของพยาบาลในการใช้รูปแบบที่ 2 “SHIPE SMART Model” พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้ รูปแบบที่ 2 สูงกว่า รูปแบบวงจรที่ 1 “SHIPE Model” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับงานวิจัย²³ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึง พอใจต่อสิ่งสนับสนุนการแยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา มาก ที่สุด 3 ลำดับแรก โดยหนึ่งในนั้น คือ เรื่องการให้ คำปรึกษา แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาเป็นส่วนหนึ่ง ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจ และการปฏิบัติ ด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทาง ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจะเป็น ประโยชน์หากมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

Reference

1. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Department of Science Ministry of Public Health, Thailand (NARST). [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 9]. Available form: <http://narst.dmsc.moph.go.th>.
2. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Department of Science Ministry of Public Health, Thailand (NARST). [Internet]. 2000-2018 [cited 2021 Oct 2]. Available form: <http://narst.dmsc.moph.go.th>.
3. Visanu Thamlikitkul, et al. Operational Actions of the Thailand Antimicrobial Resistance (AMR) Containment and Prevention Program in Response to the World Health Organization (WHO) Global Action Plan on AMR. Journal of Health Systems Research. 2017;11(4):453-69. Thai.

สรุปและข้อเสนอแนะ

“ SHIPE SMART Model” เป็นรูปแบบที่นำมาใช้ แล้วมีประสิทธิผล ดังนั้น ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์นอกจากพัฒนาทรัพยากรบุคคล จึงกำหนด แนวทางปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีประสิทธิผลและเหมาะสม กับองค์กร อันจะนำไปสู่องค์กรที่เป็นเลิศในอนาคต ข้อจำกัดในการนำไปใช้ คือ ด้านการเตรียมความพร้อมการ ใช้ห้องแยกโรค (Isolate Room) ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะมี จำกัดและการรักษาใช้เวลาการครองเตียงนาน อย่างไรก็ตาม สามารถดำเนินการจัดเป็น Cohort Ward หรือ Cohort zone ได้ และการใช้ระบบ IT เข้ามาพัฒนาและเชื่อมกับการ รายงานผลการเพาะเชื้อเอ็มแลป (MLAB) จะสำเร็จได้ จะต้องใช้งบประมาณสูง ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้ง ต่อไป คือ การศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาใน โรงพยาบาลสงฆ์แต่ละไตรมาส และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาคความรู้ ทักษะคติ และทักษะการ ปฏิบัติการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาใน โรงพยาบาลสงฆ์ เนื่องจากเมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรู้ ทักษะคติและทักษะอาจเปลี่ยนไป

4. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand (NARST) Antibiogram. [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 29]. Available form: <http://narst.dmsc.moph.go.th/>;2016. Thai.
5. Tamma PD, Aitken SL, Bonomo RA, Mathers AJ, van Duin D, Clancy CJ. Infectious Diseases Society of America Guidance on the Treatment of AmpC β -lactamase-Producing Enterobacterales, Carbapenem-Resistant *Acinetobacter baumannii*, and *Stenotrophomonas maltophilia* Infections. *Clinical Infectious Diseases*,2022;74(12):2089-114.
6. National Antimicrobials Resistant Surveillance Center, Department of Science Ministry of Public Health, Thailand (NARST). [Internet]. [cited 2022 Feb 2]. Available form: [http://narst.dmsc.moph.go.th/data/AMR%202000-2020-12 M. pdf](http://narst.dmsc.moph.go.th/data/AMR%202000-2020-12%20M.pdf). Thai.
7. Review on antimicrobial resistance. Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations: The Review on Antimicrobial Resistance Chaired by Jim O'Neill. [Internet]. 2014. [cited 2021 Oct 9]. Available form: <http://narst.dmsc.moph.go.th>.
8. Panumart Phumart, Tuangrat Phodtha, Visanu Thamlikitkul, Arthorn Riewpaiboon, Phusit Prakongsai, Supon Limwattananon. Health and Economic Impacts of Antimicrobial Resistant Infections in Thailand: A Preliminary Study. *Journal of Health Systems Research* 2012;6(3):352-60. Thai.
9. Akeau Unalekhaka. Surveillance And outbreak investigate of hospital associated infections. Changmai: Mingmuangnawarat; 2011. Thai.
10. Siegel, JD., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. *American Journal of Infection Control*. 2007;35(10 Suppl. 2):S165-S193.
11. The Joanna Briggs Institute. Management of peripheral intravascular devices. *Best Practice Information Sheets* 2008;12(5):1-4.
12. Barker K., Oguzhan Alagoz., Nasia Safdar. Interventions to Reduce the Incidence of Hospital - Onset *Clostridium difficile* Infection: An Agent-Based Modeling Approach to Evaluate Clinical Effectiveness in Adult Acute Care Hospitals *Annals of Clinical Infectious Diseases* 2018;66: 1192-202.
13. Infection Control Committee in The Priest Hospital: Report of surveillance. 2019-2021. Bangkok: Priest Hospital; 2019. Thai.
14. Kamthorn M., Suntareeya S. Preventing the spread of drug-resistant germs in: *Banjong Operating manual for infectious disease control in hospitals*. Bangkok: Golden Spot; 2015. Thai.
15. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. (January 2017). [cited 2021 Oct 2]. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanualcurrent.pdf>
16. Bunchom Srisa-at. Basic research. 7thed. Bangkok: Suviriyasan; 2002. Thai.
17. Tasanan Aumprasert, Kanlaya Kaewthanasin, Development of nursing practice guidelines for infection

prevention and control Carbapinem Resistant Enterobacteriaceae (CRE) in Pediatric Patients Care.
Journal of the Department of Medical Services 2019; 44(4):73-9. Thai.

18. Nattaya Parikumsi, Supha Pengluo, Somjai Saysom. Effects of the prevention and control program for special types of multi-drugs-resistant bacterial on knowledge and practices among health care workers in intensive care unit, Photharam Hospital. Hua Hin Medical Journal 2018;3 (2) :49-57. Thai.
19. Aussadang Suton. Effectiveness of an integrated approach to promote the drug-resistant bacterial infection prevention and control guideline in Anghthong Hospital. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2022;6(12):70-80. Thai.
20. Thanitchom Korrianchai et al. The Development of Effective Nursing System to Prevent Drug-resistant Infections in Newborns in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of the Preventive Medicine Association of Thailand 2022;9(2):113-31. Thai.
21. Supattra Uppanisakorn, Kuntira Tinnikom, Jaruwat Boonyarat. The outcome of control the bacterial multidrug-resistant in Medical ICU, tertiary hospital. Regional 11 Medical Journal 2017;31(4):649-56. Thai
22. Kulada Preudtiwat, Ratchanee Wongsaeen, Suttiophon Thanompan, Samattant Tariyo. The Effectiveness enhancement of patient care to reduce multi-drug resistance infection in medical and surgical department, Nakornping Hospital. Journal of Nursing Division 2017;44(1):10-33. Thai.
23. Wilailak Wongchunlachet. Promotion of Multifaceted Strategic Method on Practices of Health-care Personnel in Prevention of Multidrug resistant Bacterial Infection in Vachira Phuket Hospital. Regional 11 Medical Journal 2018;31(3):441-56. Thai.
24. Rueangwit Kasetsuwan. Quality management from: from TQC to TQM, ISO 9000 and quality assurance (print 5th time). Bangkok: Bopit Printing, 2007. Thai.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings. Retrieved from <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/MDRO/MDROGuideline2006.pdf>

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

เครือวัลย์ กุมพล*

พย.บ.

มะลิวรรณ อังคณิตย์**

ปร.ด (วิจัยและประเมินทางการศึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกจำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 42 คน และพยาบาล 63 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI = 1.0 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล (2) แบบประเมินผลการนิเทศการจัดการอาการรบกวน (3) แบบประเมินความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล (5) แบบวัดความพึงพอใจผู้ป่วย และ (6) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก Cronbach alpha coefficient ของแบบสอบถาม มีค่า 0.72, 0.82, 0.95, 0.96 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test, Mann-Whitney u test และ Spearman rank correlation

ผลการวิจัย พบว่า อาการรบกวนของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก มีความสัมพันธ์แบบผกผันในระดับสูงกับความร่วมมือในการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.717, p < .001$) ไม่พบอัตราการเลื่อนผ่าตัด ความร่วมมือในการผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 5.77, p < .001$) และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.49, p < .001$) ด้านพยาบาล พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ พยาบาลมีทักษะในการประเมินและจัดการอาการรบกวนร้อยละ 86.55 มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ ร้อยละ 87.44 และพยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.59, SD .0.51)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวน ผู้สูงอายุ การผ่าตัดต่อกระดูก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Email: Angkhanit2559@gmail.com

Effects of Employing Nursing Practice Guidelines for Managing Disturbance Symptoms in Older People Underwent Cataract Surgery

Kueawan Kumphon* B.N.S.

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

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to study the results of using the nursing practice guidelines to manage disturbing symptoms in the elderly undergoing cataract surgery, operating room nursing unit, Roi Et Hospital. A sample of 84 elderly undergoing cataract surgery was divided into 42 subjects in the experimental group and 42 subjects in the control group as well as 63 nurses. The research instrument was the nursing practice guidelines for managing disturbing symptoms in elderly undergoing cataract surgery, yielding a CVI of 1.0. Data collecting tool consisted of (1) nurse competency assessment form (2) disturbance management supervision form, (3) opinion towards the use of the nursing practice guidelines, (4) nurse satisfaction questionnaire, (5) patient satisfaction questionnaire, and (6) clinical outcome recording form. Cronbach alpha coefficient of data collecting tool were 0.72, 0.82, 0.95, 0.96 and 0.90 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, Mann-Whitney u-test, and Spearman rank correlation.

The results found that the patients' disturbing symptoms had a significantly high inverse relationship with the patients' surgical cooperation ($r -0.717, p < .001$). The surgery postponement rate was not found. The surgical cooperation of the experimental group was significantly higher than the control group ($z 5.77, p < .001$). The patients in the experimental group had significantly higher satisfaction than the control group ($t -13.49, p < .001$). It was found that after using the guidelines, the nurses stated that the guideline was possible, appropriate, correct, and useful. 86.55% of the nurses had skills in assessing and managing disturbing symptoms. 87.44 % of the nurses were able to follow the guideline. The nurses had the overall satisfied at the highest level (Mean 4.59, SD, 0.51).

Keywords: Nursing practice guidelines for managing bothersome symptoms, elderly people, cataract surgery

* Professional nurses, Head of the Operating Room Nursing Division, Roi Et Hospital

** Professional nurses, Head of Nursing Research and Development Group Roi Et Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต่อกระจกเป็นปัญหาทางตาที่สำคัญของประเทศไทยและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ตาบอดมากที่สุด การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกมาใช้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน¹ กิจกรรมการพยาบาลจึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ดังนั้นจึงมีการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน²

จากการสำรวจในประเทศไทย พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดในห้องผ่าตัด ได้แก่ ทำให้เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ ความล้มเหลวของการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเมื่อเกิดเหตุการณ์อันตรายต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้มีความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพช้าและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติตามมาตรฐานพยาบาลที่กำหนดไว้ แต่เนื่องจากสภาพงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในปัจจุบันที่มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น ต้องดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทั้งในและนอกเวลามากขึ้น ประกอบกับการผ่าตัดมีความซับซ้อนมีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัยเกิดความเครียด เหนื่อยอ่อนล้า หรือเกิดจากระบบงานไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ขาดการสื่อสารและการประสานงานภายในทีม ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงและมีโอกาสให้คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลดลง³

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้บริการผ่าตัดตาต่อกระจก

เพิ่มขึ้นทุกปีและเป็น 1 ใน 5 โรคแรกที่เข้ารับบริการห้องผ่าตัดมากที่สุด จากสถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่าปี พ.ศ. 2564-2566 เพิ่มสูงขึ้นทุกปี 1,476, 2,131 และ 3,238 คน ตามลำดับ และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจกแล้วไม่ได้รับการผ่าตัดตามวัน และเวลาที่กำหนด จำนวน 85, 99 และ 102 คน ตามลำดับ ที่ผ่านมามีรายงานความไม่ปลอดภัยหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าจากการทบทวน Surgical check list ตามมาตรฐานการผ่าตัดมีเหตุการณ์เกือบพลาดในการผ่าตัดตาผิดข้าง 3 ราย (สถิติความเสี่ยงห้องผ่าตัดปีพ.ศ. 2564-2566) สาเหตุของปัญหาดังกล่าว พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกยังไม่ครอบคลุมชัดเจนของทุกระยะการผ่าตัด รวมทั้งเจ้าหน้าที่บางคนมีทักษะไม่เพียงพอ ประกอบกับการผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามทั้งต่อร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุโรคต่อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกมักมีความวิตกกังวลในระหว่างรอผ่าตัดถึงร้อยละ 11- 80 เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการรบกวน เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความวิตกกังวลในระดับสูงเป็นสาเหตุให้มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ต้องใช้ยาในการระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น ในระยะหลังผ่าตัดต้องการยาแก้ปวด และเป็นสาเหตุให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ ความไม่สุขสบายที่เกิดจากบุคคลประเมินสถานการณ์ต่างๆ ในช่วงเวลาหนึ่งเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นกระบวนการความคิด ทำให้เกิดความวิตกกังวล และแตกต่างกันไปตามการรับรู้และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล⁴ หากมีมากเกินไปจะทำให้ไม่สามารถรับมือกับความจริงได้⁵ โดยเฉพาะการผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะประเมินว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตและเป็น

วารสารกองการพยาบาล

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล⁶ การรอนในห้องผ่าตัดทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงและสูงกว่าหลังผ่าตัด⁷ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่แปลกไป และการที่ต้องแยกจากบุคคลใกล้ชิด⁸ ตลอดจนรู้สึกว่าการกำลังเผชิญกับอันตรายเฉพาะหน้าที่ใกล้มาถึง ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมาก⁹ โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดตามีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด¹⁰ จากสถิติในการดูแลผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูก 236 ราย ระหว่างรอนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด พบว่า ขณะรอนในห้องผ่าตัดของ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยแสดงสีหน้ากังวล บางรายมีความดันโลหิตสูง สั่นเกร็ง ปวดบัสสวาระบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน และเกิดความปวดศีรษะจากความกังวล 3 ราย ซึ่งจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ 4 ราย บางรายปฏิเสธการผ่าตัดและไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดทำให้ต้องเลื่อนหรืองดการผ่าตัด 3 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสภาพจิตใจผู้ป่วย และยังส่งผลเสียทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลา ความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอนในห้องผ่าตัด เป็นปัญหาที่ต้องหาทางแก้ไขเพื่อให้การช่วยเหลือมากที่สุด ก่อนที่จะทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการรบกวนต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น¹¹⁻¹³ จากปัญหาดังกล่าวการให้บริการ พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อช่วยส่งเสริมการพยาบาลผู้ป่วยด้านอารมณ์และจิตใจ และจากการสังเคราะห์งานวิจัยวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีประสิทธิผลมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ 2) การใช้หลายวิธี คือ ตั้งแต่สองวิธีขึ้นไป เช่น การให้ข้อมูล การฝึกผ่อนคลาย การสัมผัสและการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ 3) การใช้เทคนิคการสัมผัส 4) การใช้กระบวนการกลุ่ม

5) การสอนหรือการให้ข้อมูล และ 6) การพูดคุยให้กำลังใจ¹⁴ นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและลดสิ่งกระตุ้นความวุ่นวาย การดูแลเรื่องอาหารและน้ำให้เพียงพอ การให้ออกาสระบายความรู้สึกเพื่อได้ทราบถึงปัญหาและช่วยเหลือแก่ไขการแนะนำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับอาการรบกวนจากความวิตกกังวล ซึ่งมีหลายวิธี¹⁵⁻¹⁶ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่พบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก พบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก 4 เรื่อง แต่ละแนวปฏิบัติเหมือนกันในประเด็นการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระดูก พบการศึกษาการพัฒนารูปแบบเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก 1 เรื่อง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งมีความสะดวกในการนำไปใช้และเหมาะสมกับบริบท ผู้วิจัยจึงเลือกแนวปฏิบัตินี้มาใช้ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อลดและป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอาการรบกวนผู้ป่วย อันจะก่อให้เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและการผ่าตัดมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

ผลการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

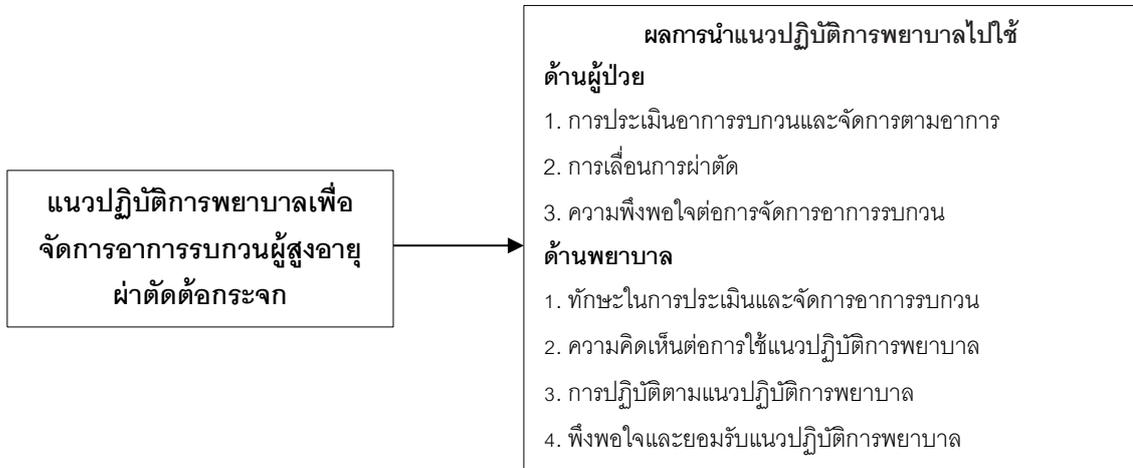
เพื่อศึกษาผลการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

วารสารกองการพยาบาล

ของพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีการออกแบบแนวคิดการวิจัย
ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลหลังการทดลอง (One-group posttest only design) โดยดำเนินการวิจัยในระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูก ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

2. ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาผ่าตัดต่อกระดูกที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกตา ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 63 คน โดยเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

2. ผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในจักษุและห้องตรวจตาผู้ป่วยนอกที่ขึ้นทะเบียนนัดมาผ่าตัดต่อกระดูกรายใหม่ในหน่วยผ่าตัด ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 399 คน คุณสมบัติคัดเลือก คือ ผู้ป่วยเพศชาย และหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกครั้งแรก และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกันทั้งในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการใช้ยา และการแพ้ยา และประวัติการมีโรคประจำตัว เกณฑ์คัดออก คือ ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน และไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสาร

วารสารกองการพยาบาล

ได้ กลุ่มตัวอย่าง 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก²⁵ มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงานการพยาบาล ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก (2) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก คือ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค สิทธิการรักษา ชนิดของเลนส์ (3) แบบประเมินกลุ่มอาการรบกวน (ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด และอาการนอนไม่หลับ) ของผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก (4) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นแบบ Check list ให้ตอบว่าปฏิบัติ (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) และประเมินผลการปฏิบัติ โดยการสังเกต จำนวน 34 ข้อ (5) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ 6 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับ ความชัดเจน เข้าใจง่าย การระบุทางเลือกสำหรับการจัดการแต่ละสถานการณ์ ความสะดวกในการนำไปใช้ ความเหมาะสมของการนำไปใช้ ความสามารถในการนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติจริง และประโยชน์ต่อหน่วยงานช่วยให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 6 ข้อ 30 คะแนน แปลความหมายของคะแนน 3 ระดับ คือ มาก (คะแนน 23-30) ปานกลาง (คะแนน 15-22) และน้อย (คะแนน

6-14) (6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล เป็นข้อความเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล และความกลัวในการผ่าตัด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และการประเมินความเสี่ยงจากอาการรบกวนที่จะเกิดขึ้น 10 ข้อ 50 คะแนน แปลความหมาย เป็น 3 ระดับ คือ มาก (คะแนน 37-50) ปานกลาง (คะแนน 24-36) และน้อย (คะแนน 10-23) Cronbach alpha coefficient ของแบบสอบถาม มีค่า 0.72, 0.82, 0.95, 0.96 และ 0.90 ตามลำดับ และ (7) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย (1) อุบัติการณ์การเกิดอาการรบกวนในแต่ละระยะของการผ่าตัด (ความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียด) (2) อุบัติการณ์ การเลื่อนหรือรอดผ่าตัดจากภาวะแทรกซ้อน และ 3) แบบวัดความร่วมมือในการผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้แบบบันทึกในห้องผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการใช้นา และผลลัพธ์ทางคลินิก ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระดูกต่อการบริการพยาบาลหลังการใช้นาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้สถิติ Independent t-test, Mann-Whitney u test และ Spearman rank correlation

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 100/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยโดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและพยาบาล ทุกคนรับทราบวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวม สิทธิ

วารสารกองการพยาบาล

ในการปฏิเธรการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม

ผลการวิจัย

ด้านผู้ป่วย พบว่า อาการรบกวนก่อนเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด มีความสัมพันธ์แบบผกผันในระดับสูงกับความร่วมมือในการผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.717, p < .001$) การ

เปรียบเทียบอาการรบกวนก่อนใช้แนวปฏิบัติ ก่อนผ่าตัด และหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอาการรบกวนลดลง (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมปลอดภัยจากการผ่าตัดร้อยละ 100 และไม่พบอัตราการเลื่อนผ่าตัดต่อกระจะของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 อาการรบกวนของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติ ก่อนผ่าตัด และหลังใช้แนวปฏิบัติ

| ตัวแปร | ก่อนใช้แนวปฏิบัติ | | | | t | ก่อนเข้าผ่าตัด | | | | t | หลังใช้แนวปฏิบัติ | | | | t |
|---------------|--------------------|------|-------------------|------|--------------------|--------------------|------|-------------------|------|-------|--------------------|------|-------------------|------|-------|
| | กลุ่มควบคุม (n=42) | | กลุ่มทดลอง (n=42) | | | กลุ่มควบคุม (n=42) | | กลุ่มทดลอง (n=42) | | | กลุ่มควบคุม (n=42) | | กลุ่มทดลอง (n=42) | | |
| | Mean | SD | Mean | SD | | Mean | SD | Mean | SD | | Mean | SD | Mean | SD | |
| ความกลัว | 35.37 | 3.56 | 36.6 | 5.53 | 1.05 ^{ns} | 34.0 | 2.51 | 28.0 | 2.52 | 9.19* | 29.2 | 1.52 | 24.4 | 2.34 | 8.37* |
| ความวิตกกังวล | | | | | | | | | | | | | | | |
| ความเครียด | | | | | | | | | | | | | | | |

*p < .05

ความร่วมมือในการผ่าตัดของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 5.77, p < .001$) และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อ

การเข้ารับบริการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.49, p < .001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความร่วมมือในการผ่าตัดต่อกระจะ และความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| รายการ | กลุ่มทดลอง (n 42) | | กลุ่มควบคุม (n 42) | | Z / T |
|----------------------------|-------------------|------|--------------------|------|-------------|
| | Mean | SD | Mean | SD | |
| ความร่วมมือในการผ่าตัด | 40.57 | 3.69 | 32.33 | 3.89 | Z = 5.77* |
| ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล | 25.87 | 1.50 | 19.96 | 1.80 | T = -13.49* |

*p < .001

2. ด้านพยาบาล พบว่า การใช้แนวปฏิบัติ มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ สมรรถนะของพยาบาลด้านความรู้การประเมิน และการจัดการอาการรบกวนสูงกว่าก่อนการพัฒนา ($p < .05$) พยาบาลมีทักษะในการประเมินและจัดการ

อาการรบกวน ร้อยละ 86.55 ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ ร้อยละ 87.44 พยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ใน ระดับ มาก ที่ สุด (Mean 4.59, SD ,0.51) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล (n=63)

| ลำดับ | หัวข้อการประเมินรูปแบบ | Mean | S.D | แปลผล |
|-------|---|------|------|-----------|
| 1 | แนวปฏิบัติมีความครอบคลุมด้านเนื้อหาการจัดการอาการรบกวน | 4.59 | 0.51 | มากที่สุด |
| 2 | แนวปฏิบัติมีความชัดเจนในการปฏิบัติ | 4.47 | 0.62 | มาก |
| 3 | แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง | 4.53 | 0.51 | มากที่สุด |
| 4 | แนวปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ง่ายและสะดวกต่อการใช้ | 4.82 | 0.51 | มากที่สุด |
| 5 | แนวปฏิบัติสามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามแนวทางได้ | 4.41 | 0.39 | มาก |
| 6 | แนวปฏิบัติการปฏิบัติงานทันสมัยและมีการใช้หลักฐานการวิจัย | 4.71 | 0.47 | มากที่สุด |
| 7 | แนวปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอาการรบกวน | 4.76 | 0.44 | มากที่สุด |
| 8 | มากขึ้น | 4.47 | 0.51 | มาก |
| 9 | แนวปฏิบัติทำให้ผู้ปฏิบัติปลอดภัยและลดการฟ้องร้อง แนวปฏิบัติทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น | 4.53 | 0.51 | มากที่สุด |
| 10 | ภาพรวมความพึงพอใจของท่านต่อการใช้นโยบายนี้ | 4.59 | 0.51 | มากที่สุด |

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ จากผลการนำใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด พบว่า ผู้รับบริการปลอดภัยร้อยละ 100 กลุ่มทดลองมีอาการรบกวนลดลงและมีความร่วมมือในการผ่าตัดและความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม การเลื่อนผ่าตัดลดลง ด้านพยาบาลเห็นว่าการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล มีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง เป็นประโยชน์ พยาบาลมีทักษะในการประเมินและจัดการร้อยละ 86.55 ประเมินผล พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 87.44 พยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.59, SD .0.51) จากผลลัพธ์ในการวิจัยนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ มีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีทักษะในการประเมินและจัดการอาการรบกวนแก่ผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูก อาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง เพิ่มความร่วมมือในการผ่าตัดของผู้ป่วย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน องค์การพยาบาลควรส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่าง

ต่อเนื่อง ทั้งนี้เป็นเพราะการส่งเสริมการจัดการอาการ¹⁷ เป็นแนวความคิดที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ที่คำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคล สามารถช่วยจัดการกับอาการที่มีความหลากหลาย และแตกต่างกันในแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและยอมรับกับวิธีการปฏิบัติการจัดการอาการของตนเอง ทำให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความร่วมมือในการจัดการอาการรบกวนได้อย่างต่อเนื่อง¹⁷ สอดคล้องการศึกษาของอัญติมา กิจศรีนภดล และคณะ¹⁸ เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวความคิดจัดการอาการในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถวางแผนการจัดการดูแลสุขภาพพร้อมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการ รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษา¹⁹ ที่พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อกระดูกสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีระบบงานที่ดีขึ้น โดยมีการพัฒนากระบวนการทำงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการ มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้การประสานงานสะดวก รวดเร็วและดำเนินการอย่าง

วารสารกองการพยาบาล

ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือใช้เลนส์ผิดเบอร์ ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูกและใส่เลนส์เทียมและหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความรู้และการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น อารมณ์รบกวนต่างๆลดลง พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้การจัดการอาการรบกวนนี้ในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกกลุ่ม²⁰ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น²¹ และพบว่าความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีอาการแทรกซ้อน (ร้อยละ 26.67) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (ร้อยละ 3.33) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มาใช้ ทำให้ลดอัตราการเกิดอาการแทรกซ้อนทางคลินิกได้สูง ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และลดการฟ้องร้องจากผู้ป่วยและญาติได้เป็นอย่างดี สอดคล้องการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวมในผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยินกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า สิ่งสำคัญที่เหมือนกันสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน คือ การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระดูก สิ่งที่แตกต่างของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจน ครอบคลุมด้านที่สำคัญต่อผู้ป่วยโดยตรง อาทิ สาเหตุของอาการรบกวนปวด การรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา สอดคล้องการศึกษา²² ถึงผลของการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องโรงพยาบาลนครพนม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องการศึกษา²³ ถึงผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลแพร่ พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำจึงควรพิจารณานำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกมาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกทุกรายต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปใช้เพื่อจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและเป็นต้นแบบที่ดีให้กับการพัฒนาในบริบทอื่นๆได้โดยก่อนนำไปใช้ควรศึกษาวิธีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างชัดเจน เพื่อให้การนำไปสู่การปฏิบัติได้ดี

2. สามารถใช้ในการบริหารจัดการ กำหนดปัจจัยในการสร้างแนวปฏิบัติและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวนและบรรเทาทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในกลุ่มอาการรบกวนแต่ละด้านได้

3. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดกำหนดเป็นนโยบาย ประกาศใช้และเผยแพร่แนวปฏิบัติ อย่างจริงจังพร้อมกันกับนิเทศแบบเสริมพลังอำนาจ และติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งทำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพร้อมเผยแพร่ขยายผลให้บุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาล และผู้ป่วยห้องผ่าตัดรับทราบ และมีแนวทางพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัดใหม่ให้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้อย่างถูกต้องต่อไป

References

1. Wanwimol Toomme. Development Clinical Nursing Practice Guidelines for cataract surgery patients in the operating room at Kalasin Hospital. *Journal of Health and Environmental Education*. 2021; 6(4):1-7. Thai.
2. Orapan Tosingh. Nursing care of orthopedic patients. Bangkok: Faculty of Nursing Textbook Project Mahidol University Bangkok: 1st printing, Pimlak Printing. 2016. Thai.
3. Operating room unit 3 Surgical patient nursing work group Roi Et Hospital. Statistics of surgical patients at Roi Et Hospital. Roi Et Province. 2023. Thai.
4. Spielberger, C.D. Anxiety as an Emotional State. In C.D. Spielberger (ed.), *Anxiety And Behavior* (pp.3 –44). New York : Academy. 1972.
5. Chaweewan Satayathum. Psychiatric and mental health nursing (11th ed) . Boromarajchanok Welfare Institution Program. Nonthaburi. 2011. Thai.
6. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site Infection. Geneva: WHO; 2016.
7. Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *Bio Med Central Surgery*. 2014; 14(67):2-10.
8. Liddle, C. Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times*. 2012;108(48):12-3.
9. Supapan Nittayasupaporn, Napaporn Kaewnimitchai, Rachanee Namjuntra. The Relationship between Personal Factors, Preoperative Anxiety and Preoperative Information Needs of Open Heart Surgery Patient. *Thai Journal of Cadio-Thoracic Nursing*. 2014;25(1):3-15. Thai.
10. Auengporn Pituksung, Jutalai Tanterothum, Sukanya Supharerx, Orathai Waranukulsak. The study of anxiety, stress and information required of the preoperative outpatients. *Siriraj Nursing Journal*. 2011;4(1):39-42. Thai.
11. Paweena Bunburaphong, et al. *Basic Anesthesiology*. Chulalongkorn University. Bangkok: Press. 2007. Thai.
12. Sirima Leelawong. Anesthesia nursing service standards. In *Nursing standards in hospitals* (2nd revised edition). Nonthaburi: Bureau of Nursing, Department of Medical Services, 2007. Thai.
13. Thanyaradee Jirasinthipok, Phiangjai Chermwiwatkul, Suwipha Nittayangkun, Sochit Wongsuwansiri, Sara Wongcharoen. (editor), *Nursing standards in hospitals*. War Veterans Organization Printing House, Nonthaburi. 2008. 283-88. Thai.
14. Surasak Puttiwanich, Pikul Nanthachaiphan, Chaweewan Thongchai. Meta-analysis of nursing intervention on anxiety reduction among surgical patients. *Nursing News*. 2003;30(3):25-37. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

15. Taveesa Maneerat. The effects of listening to an audio tape describing relaxation breathing technique combined with music on preoperative anxiety in patients undergoing transurethral resection prostatectomy. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing. Prince of Songkla University. 2004. Thai.
16. Suphida Suwannaphan, Maliwan Angkhanit, Kueawan Kumphon, Ariya Sornboon. Development of nursing service model for symptom distress management in older persons undergo cataract surgery. Journal of the Nursing Division. 2021;48(3):85-102. Thai.
17. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(5):668-76.
18. Nujaret Chantabun Jiraphon Udomkitpipat Darawan Rongmuang. The effects of education program on knowledge for pain management and attitude for non-pharmacological Interventions among nurse mentor worked in Boromarajonai College of Nursing Suratthani. Journal of Nursing and Health Care. 2015; 33(4): 168-176.
19. Somparn Waiyalap. Development of integrated cataract care system in Seka hospital. Nakhonphanom hospital Journal. 2019; 4(1): 71-85. Thai.
20. Kantapararat Ounsrimuang, Jirapa Siriwatanamethanon, Supattra Buatee. Effects of Self-Management Program on Knowledge, Self-Management, and Health Indicators among Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-eastern Division. 2013; 31(2):1-13. Thai.
21. Napatsaporn Choengsa-ard, Terdsak Promarak, Wachara Eamratsameekool. Development of quality model for clinical risk management based on in-patient nursing care standard in Atsamat hospital Roi-Et province. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(3):147-56. Thai.
22. Rattana Nilwatchararang. Results of using nursing practices in managing pain in patients after abdominal surgery at Nakhon Phanom Hospital. Nakhon Phanom Hospital Journal. 2019;6(2):46-58. Thai.
23. Arporn Puendee. The Effects of Nursing Practice Guideline for cataract surgery patients at Phrae Hospital, Journal of the Phrae Hospital. 2019; 27(2):30-45. Thai.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤติ ฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จารุพัทธ์ สุขุมลพพิทักษ์*

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มะลิวรรณ อังคนิตย์**

ปร.ด. (การวิจัยและประเมินผลการศึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือน (MEWS) เพื่อจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยประเภท 2 และ 3 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 240 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 120 ราย และกลุ่มทดลอง 120 ราย (2) พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 29 ราย เครื่องมือการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยวัดผลการใช้แนวปฏิบัติด้านผู้ป่วย 2 ประเด็น คือ (1) unplanned intubation และ (2) unplanned CPR เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลวิชาชีพ (3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ และ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล unplanned intubation ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบ unplanned CPR และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) ในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลมีความเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 3.80, SD .49) พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.71, SD .38)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ระบบสัญญาณเตือน การจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น
ผู้ป่วยอายุรกรรม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Email: jarupak.su@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

The Effects of Nursing Practice Guidelines for Implementing an Early Warning System for Emergency Critical Arrest Management in Medicine In-Patients at Roi Et Hospital

Jarupak Sukhumalpitak* M.S.N. (Adult Nursing)

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

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of using nursing practice guidelines for the use of a warning signal system (MEWS) to manage emergency cardiac arrest in medical patients, Roi Et Hospital. The sample consisted of (1) 240 type 2 and type 3 patients admitted in the medical unit and divided into 120 control group and 120 experimental group, and (2) 29 professional nurses and nursing assistants working in the inpatient department. The research instrument was the nursing practice guidelines. Data collecting tools consisted of (1) the patients' general information record form, (2) the professional nurses' personal information record form, (3) the opinion questionnaire of the professional nurses and nursing assistants towards the possibility of using the guidelines, and (4) satisfaction questionnaire of the professional nurses and nursing assistants towards using the guidelines. The reliability of the questionnaires was 0.87 and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results revealed that after using the nursing practice guidelines, unplanned intubation in the experimental group was significantly less than the control group ($p < .05$). Unplanned CPR and length of hospital stay (LOS) in the control group were more than the experimental group, but they were not significantly different. The overall opinion of the professional nurses and nursing assistants towards using the nursing practice guidelines was at a high level (Mean 3.80, SD .49). The overall satisfaction of the professional nurses and nursing assistants was at a high level (Mean 3.71, SD .38).

Key words: nursing practice guideline, emergency warning system, emergency critical arrest management, medical patients

* Professional nurses, Head of the Medical Intensive Care Unit 3, Roi Et Hospital

** Professional nurses, Head of Nursing Research and Development Group Roi Et Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเสี่ยงทางคลินิก เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเสียหายกับผู้ป่วย เกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลหรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล เนื่องจากเมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาปรับปรุงระบบการให้บริการ การดูแลและกระบวนการในการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้¹ การใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Sign: MEWS) เป็นวิธีการใช้เครื่องมือประเมิน เฝ้าระวังผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว โดยใช้ประเมินระดับความรุนแรงจากสรีรวิทยาของผู้ป่วย ปี 2012 ประเทศนิวซีแลนด์ใช้ Wellington Early Warning Sign² โดยนำอัตราการหายใจ ความดันโลหิต หัวใจเต้น อัตราการเต้นของชีพจร ปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 4 ชั่วโมง และระดับความรู้สึกตัว คิดเป็นค่าคะแนน และใช้สีเป็นตัวกำหนดความรุนแรงของอาการ คือ สีชมพู อันตรายมากที่สุด รองลงมาเป็นสีส้ม ทอง เหลือง และขาว รวมทั้งกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับคะแนนและสีที่ประเมินได้ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยถ้าเป็น สีชมพู (8 คะแนน ขึ้นไป) เรียกทีมฉุกเฉินทันที สีส้ม (6-7 คะแนน) รายงานแพทย์เพื่อให้มาดูแลผู้ป่วยใน 20 นาที รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรสีทอง (4-5คะแนน) รายงานแพทย์เพื่อให้มาดูแลผู้ป่วยใน 60 นาที รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร สีเหลือง (1-3 คะแนน) จัดการกับอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ไข้ และอื่น ๆ³ หอผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน และรักษาด้วยยา มีผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมาก และมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะทรุดลง จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

โดยไม่ได้วางแผน หรือภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งสามารถป้องกันได้ มีการศึกษาการเฝ้าระวังโดยใช้สัญญาณชีพก่อนหน้าที่อาการจะทรุดลงล่วงหน้า 6-24 ชั่วโมง ก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ที่สำคัญยังพบว่าการรอดชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความเข้าใจในความสำคัญของการเฝ้าติดตาม และการตัดสินใจของพยาบาลในการรายงานอาการที่สำคัญต่อแพทย์ หรือการขอความช่วยเหลือจากผู้ชำนาญกว่า

การดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต พบว่า ได้ผลลัพธ์ที่ดี สามารถเฝ้าระวังและคัดกรองอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ลดอัตราการเสียชีวิตและการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน⁴ การใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Intubation) การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned CPR) การใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในต่างประเทศรวมทั้งในประเทศไทย ยกตัวอย่าง เช่น การใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่าช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤต ทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอุบัติการณ์การเสียชีวิตลงได้⁵ และการใช้การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยหนักวัยผู้ใหญ่ ทำให้อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะช็อก และภาวะหายใจล้มเหลวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ และอยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด ในการปฏิบัติงานของพยาบาล ถือเป็นลักษณะงานที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ เนื่องจากมีการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์

มาใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยมีเครื่องมือสำคัญที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ คือ กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติทางการแพทย์ และการประเมินผล⁷ การนำสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Sign: MEWS) มาใช้ในการพยาบาลช่วยให้พยาบาลมีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน และมีคุณภาพในการประเมินผู้ป่วยแบบเชิงรุก สามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มารักษาตัวในโรงพยาบาลที่ง่ายและรวดเร็วขึ้น สามารถดักจับอาการผิดปกติ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การนำสัญญาณเตือนภัยมาใช้ทำให้พยาบาลสามารถประเมิน เฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้น จากเดิมร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 100 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ทันท่วงที่และปลอดภัยมากขึ้น บุคลากรพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมิน นอกจากนั้นยังพบว่า เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลจบใหม่ในการประเมินผู้ป่วย ทำให้ทราบที่ต้องปฏิบัติอย่างไร และเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อาจเกิดหัวใจหยุดเต้นจะให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย¹

งานผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีเป้าหมายให้บริการผู้ป่วยในที่มีภาวะวิกฤติทางอายุรกรรมและโรคทางอายุรกรรมที่มีภาวะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้มีคุณภาพ มีความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน และผู้รับบริการประทับใจ ด้วยการบริหารทรัพยากรที่เหมาะสม ซึ่งจากสถิติการเข้ารับการรักษา 5 โรคแรก ได้แก่ ปอดอักเสบ ซีด ไตเรื้อรัง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และภาวะหัวใจล้มเหลว ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อคจากการติดเชื้อ และโรคปอดอักเสบ ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยบางส่วนเข้า

รับการรักษาด้วยภาวะใช้ ไอหอบ ใช้ออกซิเจนในการรักษา และจากสถานการณ์ในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยปริมาณมาก รวมทั้งมีผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมากเช่นกัน อัตราครองเตียงมากกว่า ร้อยละ 130 ผลผลิตทางการพยาบาล (Nursing Productivity) มากกว่า ร้อยละ 140 ภาระงานหนักทำให้พยาบาลที่มีประสบการณ์มีแนวโน้มในการขอย้ายหน่วยงาน ในปี พ.ศ.2560 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลได้เพิ่มอัตรากำลังให้มากขึ้น ในแต่ละหน่วยงานจึงมีพยาบาลจบใหม่ มีประสบการณ์น้อย การดูแลควบคุมกำกับจากหัวหน้าเวร หัวหน้าทีมยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ทำให้เกิดปัญหา ผู้ป่วยบางส่วนที่ได้รับการประเมินล่าช้า เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยที่ยังไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ อุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนมีมากขึ้น จากการทบทวนกรณีเสียชีวิต และเสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียน จากสถิติที่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การประเมินล่าช้าจนเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นโดยไม่ได้วางแผน โดยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 5-8 พบว่าการประเมินสัญญาณชีพ อาการแสดงและการบริหารจัดการก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นยังไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่มีอยู่

ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ⁸ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น ในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก และการให้การดูแลช่วยเหลือก่อนผู้ป่วยเกิดภาวะทรุดลงจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplan Intubation) จนถึงเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นจนต้องช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่คาดคิดว่าจะเกิด (Unplan CPR) จากสาเหตุที่ป้องกันได้ โดยมีการประเมิน เฝ้าระวัง และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ส่งผลให้

ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยและผู้ให้บริการพึงพอใจ

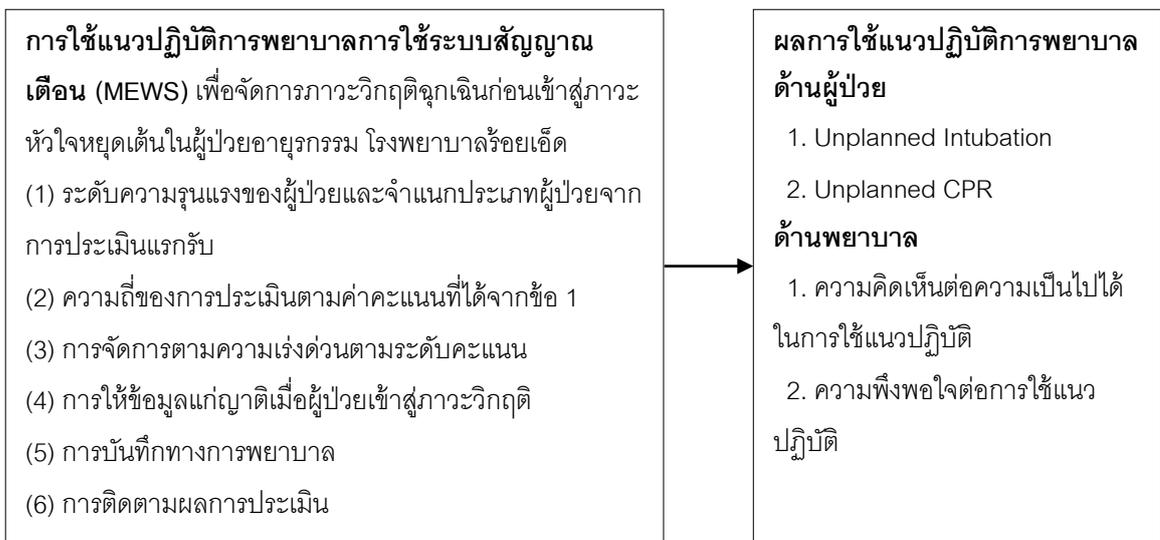
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษา ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยนำแนวปฏิบัติ ที่ปรับปรุงจาก Wellington Early Warning Sign (2012) ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ (1) การประเมินระดับความรุนแรง

ของผู้ป่วยและจำแนกประเภทผู้ป่วย (2) ความถี่ของการประเมินตามค่าคะแนนที่ประเมินได้จากข้อ 1 (3) การจัดการตามความเร่งด่วนตามระดับคะแนนประเมิน กำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับคะแนน (4) การให้ข้อมูลแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (5) การบันทึกทางการพยาบาล (6) การติดตามผลการประเมิน โดยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้สังเกตและบันทึกที่ระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติและประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ จากอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน ความเป็นไปได้ และพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Two-group posttest design)

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่ พยาบาล

วิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 จำนวน 29 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 ได้รับการจำแนกเป็นผู้ป่วยวิกฤติ (ประเภทที่ 2 และ 3) ยกเว้นผู้ป่วยระยะท้าย ระหว่างเดือนกันยายน

2566 – ตุลาคม 2566 จำนวน 240 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 120 ราย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE 089/2566 ลงวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัด คือ การปกปิดข้อมูลโดยการลงรหัสแทนชื่อ นามสกุล การรักษาความปลอดภัยในการจัดเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากกรวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ แนวปฏิบัติกรพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นเครื่องมือสัญญาณเตือน (Modified Early Warning Sign: MEWS)⁹ ที่ปรับปรุงจาก Wellington Early Warning Sign (2012)) ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ (1) การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยประเมินแรกเริ่ม ได้แก่ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตตัวบน อัตราการเต้นของชีพจร ปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 4 ชั่วโมง และระดับความรู้สึกตัว คิดเป็นค่าคะแนน และใช้สีกำหนดความรุนแรง คือ สีชมพูอันตรายมากที่สุด รองลงมาเป็นสีส้ม ทอง เหลือง และขาว (2) ความถี่ของการประเมินตามค่าคะแนนที่ประเมินได้จากข้อ 1 (3) การจัดการตามความเร่งด่วนตามระดับคะแนนประเมิน กำหนด

กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับคะแนน เพื่อให้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้ สีชมพู (8 คะแนนขึ้นไป) รายงานแพทย์ทันที สีส้ม (6-7 คะแนน) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร และรายงานแพทย์เพื่อให้มาดูแลผู้ป่วยใน 20 นาที สีทอง (4-5 คะแนน) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรและรายงานแพทย์เพื่อให้มาดูแลผู้ป่วยใน 60 นาที สีเหลือง (1-3 คะแนน) จัดการกับอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ไข้ และอื่นๆ (4) การให้ข้อมูลแก่ญาติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (5) การบันทึกทางการพยาบาล (6) การติดตามผลการประเมิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ประเภทผู้ป่วยแรกรับ การใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned intubation) การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned CPR) ระยะเวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และประเภทการจำหน่าย
- 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่ง ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม
- 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ น้อยที่สุด คะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด คือ 7 คะแนน สูงสุด คือ 35 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนแต่ละข้อออกเป็น 5 ระดับ
- 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ โดยคะแนนน้อยที่สุดคือ 1 คะแนน หมายถึง ฟังพอใจต่อแนวปฏิบัติระดับต่ำมาก คะแนนมากที่สุดคือ 5 คะแนน หมายถึง ฟังพอใจต่อแนวปฏิบัติระดับสูงมาก คะแนนรวมต่ำสุดคือ 9 คะแนน สูงสุดคือ 45 คะแนน แปลผลค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่า CVI เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม วิเคราะห์โดย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test
2. เปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ประเภทการจำหน่ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Pair t- test

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมผู้ประเมิน (พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล)

1.1 ชี้แจงข้อมูล ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามได้จนหมดข้อสงสัย

1.2 การฝึกทักษะการใช้แบบประเมิน โดย 1) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (MEWS) แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย 2) ผู้วิจัยสาธิตการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (MEWS) และให้บุคลากรลงมือปฏิบัติ สาธิตย้อนกลับ จนเกิดความเข้าใจ และปฏิบัติได้ โดยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลประเมินค่าคะแนน MEWS บันทึกลงใน Flow sheet และฟอร์มปรอท กรณีที่ค่าคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องรายงานแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาลจะมีการรายงานพยาบาลหัวหน้าทีม มีพยาบาลหัวหน้าทีมจะตรวจเช็คการประเมินซ้ำ บันทึกลงใน Progress note ในแบบฟอร์มคำสั่งแพทย์ รายงานแพทย์ และบันทึก ลงในบันทึกทางการพยาบาล

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการดูแลตามปกติ มีการประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยปกติ และมีการเก็บข้อมูลจนครบจำนวนทั้งหมด 120 ราย ช่วงวันที่ 6-30 กันยายน 2566 จึงจะเริ่มเก็บกลุ่มทดลอง

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลตั้งแต่วินิจฉัยผู้ป่วยเข้าหน่วยงานจนถึงจำหน่ายออกจาก

หน่วยงาน ช่วงวันที่ 1 - 31 ตุลาคม 2566 โดยมี
ขั้นตอน ดังนี้

1) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย
อายุรกรรมชาย 4 มาถึงยังหน่วยงานจะได้รับข้อมูล
เกี่ยวกับการดูแลและการประเมินการดูแลผู้ป่วยโดย
ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือน
เพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจ
หยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
(MEWS) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและลงนามรับทราบ
ในกรณีที่ไม่สามารถลงนามได้ให้ญาติเป็นผู้ลงแทน

2) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินตามแนวทาง
การประเมินการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะ
วิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วย
อายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (MEWS) เมื่อเข้ารับ
การดูแลรักษาทันทีจนกระทั่งย้ายออกจากหน่วยงาน
หรือจำหน่ายกลับบ้าน

3) เก็บข้อมูล โดยบันทึกลงใน Flow
sheet และฟอร์มปรอท โดยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล
กรณีที่ค่าคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่ต้อง
รายงานแพทย์ ให้รายงานพยาบาลหัวหน้าทีม
ตรวจเช็คการประเมินซ้ำ บันทึกลงใน Progress note
ในแบบฟอร์มคำสั่งแพทย์ รายงานแพทย์ และบันทึก
ลงในบันทึกทางการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้า
หน่วยงานจนถึงจำหน่ายออกจากหน่วยงานหรือ
จำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย อายุ
มากกว่า 70 ปี ร้อยละ 25.8 การวินิจฉัยโรคแรกรับ
เป็นโรคระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ
มากที่สุด ร้อยละ 17.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.7
การจำแนกประเภทผู้ป่วยแรกรับเป็นผู้ป่วยประเภทที่

3 ร้อยละ 99.2 ระดับคะแนน MEWS แรกรับ 0-3
คะแนน ร้อยละ 91.7 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีการใช้
แนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นเพศชาย อายุระหว่าง
50-59 ปี ร้อยละ 24.2 การวินิจฉัยโรคแรกรับเป็น
ระบบทางเดินหายใจมากที่สุดร้อยละ 20.0 มีโรค
ประจำตัวร้อยละ 74.2 การจำแนกประเภทผู้ป่วยแรก
รับเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 3 ร้อยละ 100 ระดับคะแนน
MEWS แรกรับ 0-3 คะแนน ร้อยละ 97.5

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาล
29 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.10 อายุระหว่าง
20-25 ปี ร้อยละ 41.38 ระดับการศึกษาปริญญาตรี
หรือเทียบเท่า ร้อยละ 89.66 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล
วิชาชีพ ร้อยละ 82.76 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
อายุรกรรม 1-5 ปี ร้อยละ 48.28

**2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
การใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะ
วิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นใน
ผู้ป่วยอายุรกรรม**

2.1 การเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติ
ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า การเกิด
Unplanned intubation ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 และ
พบการเกิด Unplanned CPR ในกลุ่มทดลองจำนวน
1 ราย และในกลุ่มควบคุม จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยใน
กลุ่มควบคุม มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS)
นานกว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับสภาพการจำหน่าย
ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบการ refer ผู้ป่วยใน
กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 3 ราย
เท่ากัน พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 2 ราย และไม่
สมัครอยู่ จำนวน 1 รายในกลุ่มควบคุม แต่ไม่พบการ
เสียชีวิต หรือไม่สมัครอยู่ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ซึ่ง
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียด
แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

| รายการ | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | X ² | p |
|----------------------|-------------|--------|------------|--------|----------------|-------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| Unplanned intubation | | | | | | |
| Yes | 14 | 11.7 | 2 | 1.7 | -0.041 | .001* |
| No | 106 | 88.3 | 118 | 98.3 | | |
| Unplanned CPR | | | | | | |
| Yes | 4 | 3.3 | 1 | 0.8 | 0.003 | .083 |
| No | 116 | 96.7 | 119 | 99.2 | | |
| จำนวนวันนอนโรงพยาบาล | | | | | | |
| 1 – 3 วัน | 79 | 65.8 | 87 | 72.5 | 0.317 | .113 |
| 4 – 7 วัน | 23 | 19.2 | 24 | 20.0 | | |
| ≥ 8 วัน | 18 | 15.0 | 9 | 7.5 | | |
| สภาพการจำหน่าย | | | | | | |
| ทุเลา | 114 | 95.0 | 117 | 97.5 | 0.228 | .337 |
| ไม่สมควรอยู่ | 1 | 8.0 | 0 | 0 | | |
| Refer | 3 | 2.5 | 3 | 2.5 | | |
| เสียชีวิต | 2 | 1.7 | 0 | 0 | | |

* p < 0.05

2.2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ความคิดเห็นโดยรวมต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมาก (Mean 3.80, SD .49) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากัน มี 2 ข้อ คือ

สามารถตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว และทำให้มีความมั่นใจในการรายงานแพทย์และให้การดูแลผู้ป่วย (Mean 3.88, SD .34) และคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ แนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้งาน (Mean 3.67, SD .65) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=29)

| รายการ | Mean | SD | ระดับ |
|---|------|-----|-------|
| แนวปฏิบัติมีความชัดเจน | 3.83 | .56 | มาก |
| แนวปฏิบัติสามารถเข้าใจง่าย | 3.83 | .56 | มาก |
| แนวปฏิบัติมีความครอบคลุม | 3.83 | .56 | มาก |
| แนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้งาน | 3.67 | .65 | มาก |
| สามารถนำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้จริง | 3.71 | .46 | มาก |

| | | | |
|--|-------------|------------|------------|
| สามารถตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว | 3.88 | .34 | มาก |
| ทำให้มีความมั่นใจในการรายงานแพทย์และให้การดูแลผู้ป่วย | 3.88 | .34 | มาก |
| รวม | 3.80 | .49 | มาก |

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.71, SD .38) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Mean 3.83, SD .56) รองลงมา คือ การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปปฏิบัติจริง (Mean 3.79, SD .41) และคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อย่างต่อเนื่อง (Mean 3.50, SD .51) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล (n=29)

| รายการ | Mean | SD | ระดับ |
|--|-------------|------------|------------|
| การจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น | 3.83 | .56 | มาก |
| การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปปฏิบัติจริง | 3.79 | .41 | มาก |
| การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้อย่างต่อเนื่อง | 3.50 | .51 | มาก |
| ความยาก-ง่าย ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้ | 3.67 | .65 | มาก |
| นโยบายของหน่วยงานในการใช้ปฏิบัติการพยาบาล | 3.75 | .61 | มาก |
| รูปแบบวิธีการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาล | 3.71 | .55 | มาก |
| รูปแบบวิธีการบันทึกตามแนวปฏิบัติการพยาบาล | 3.71 | .46 | มาก |
| ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยขณะใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล | 3.75 | .53 | มาก |
| การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล | 3.67 | .48 | มาก |
| รวม | 3.71 | .38 | มาก |

อภิปรายผล

1. ผลของการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่า หลังการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม เปรียบเทียบการเกิด Unplanned intubation ในกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล การใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนมีอัตราการเกิดภาวะแทรก

ซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน และไม่มีผู้เสียชีวิตเช่นเดียวกับ ผลการศึกษา¹¹ พบว่า การใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS) ช่วยในการประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลได้ปลอดภัยอย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความปลอดภัยหลังทำหัตถการมากกว่ากลุ่มควบคุม คล้ายคลึงกับผลการศึกษา¹² พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าเฉลี่ยของจำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย และจำนวนการช่วยฟื้นคืนชีพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา⁵ พบว่า

กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.01$) และมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษา⁴ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลงและไม่พบการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในขณะที่การเกิด Unplanned CPR ในกลุ่มทดลองมี 1 ราย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมี 4 ราย เช่นเดียวกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และสภาพการจำหน่ายภายหลังการใช้แนวปฏิบัติไม่พบผู้ป่วยไม่สมัครอยู่และเสียชีวิต แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประเด็นของการเกิด Unplanned CPR นั้น ผู้ศึกษาได้เลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับจำแนกเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยหนักปานกลาง การเกิด Unplanned CPR ถือว่าเป็นภาวะที่รุนแรงมาก การที่กลุ่มควบคุมเกิด 4 ราย ขณะที่กลุ่มทดลองเกิด 1 ราย สอดคล้องกับการศึกษา⁴ ที่ศึกษา ที่พบว่า การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่คาดคิดก่อนพัฒนาปบร้อยละ 4 และหลังการพัฒนาปบร้อยละ 2 ที่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา⁶ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สำหรับผู้ป่วยหนักวัยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสกลนคร ที่พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นหลังใช้รูปแบบแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก ในสภาพการจำหน่ายในกลุ่มทดลองไม่พบผู้ป่วยไม่สมัครอยู่และเสียชีวิต ส่วนกลุ่มควบคุมพบเสียชีวิต 2 ราย ไม่สมัครอยู่ด้วยอาการหนัก 1 ราย สอดคล้องกับการศึกษา^{5,6,12} ที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สามารถอธิบายได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม (MEWS) นำมาประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยที่มารับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้และปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตลงด้วยการตรวจจับสัญญาณที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง โดยประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญ ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความคิดเห็นของพยาบาล พบว่า โดยรวมมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในระดับมาก รายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ทำให้มีความมั่นใจในการรายงานแพทย์และให้การดูแลผู้ป่วย และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ แนวปฏิบัติมีความสะดวกต่อการใช้งาน ความพึงพอใจของผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก รายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้น รองลงมา คือ การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปปฏิบัติจริง และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับผลการศึกษา¹¹ พบว่า พยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจมีความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินระดับเห็นด้วยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา⁵ พบว่า การใช้แนวทาง

การประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสามารถช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤต ทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอุบัติการณ์การเสียชีวิตลงได้ เช่นเดียวกับผลการศึกษา⁴ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม ไปใช้ในหน่วยการพยาบาลอื่น เช่น หอผู้ป่วยสามัญอื่น ตลอดจนจัดอบรมให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้เข้าใจรายละเอียดแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

รวมทั้งมีการปรับปรุงพัฒนาจัดทำคู่มือให้เหมาะสมและสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยและพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือนเพื่อจัดการภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม ใช้ในผู้ป่วยจำแนกรายโรคหรืออาการทางคลินิกอื่น ตลอดจนศึกษามูลค่าในด้านอื่น เช่น ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาของโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำแนวทางการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและองค์กร ที่มอบโอกาสในการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานให้มีคุณค่า นำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยอายุรกรรมทุกท่าน

References

1. Paniittha Nakchuai, Lamaiphon Inprasong, Warin Tantrakul, Padiwarada Thongbai, Pilaiwan Chantanu. MEWS: adult pre arrest sign with the role of nurse. Siriraj Med Bull [Internet]. 2017;10(3):186-90. Thai.
2. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone. The ability of the national early warning score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. Resuscitation. 2013;84(4):465-70.
3. Penchan Saenprasan. A study of pre-crisis symptom assessment in heart disease patients (Modified Early Warning Signs in Cardiac patient). [Internet]. 2016 February 20. [cited 2022 march 12]: Available from http://www.thaicvtnurse.org/attachments/article/105/ROOM1_2.pdf. Thai
4. Yupadee Tummikakul. Effects of nursing practice guideline implementation by using modified early warning scores recording for sepsis patients of Inpatient Department, Thayang hospital, Phetchaburi Province. Journal of Prachomkloa College of Nursing, Phetchaburi Province. 2020; 3(1): 31-46. Thai.

5. Ladawan Ritklar. The results of using the evaluation form for early warning signs on unplanned ICU admission and mortality Rate in internal medicine ward at Thammasat University hospital. TUH Journal online. 2016; 1(1):5-12. Thai.
6. Nittayaporn Channakorn, Tasanee Daekhunthod, Uraiwan Sridama, Piyanuch Boonkong. Development of early warning signs assessment model for adult critical patients at Sakon Nakhon hospital. Journal of Nursing Division. 2020; 47(1): 39-60. Thai.
7. Orranun Harnyoot. Nursing process and implications. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3):137-43. Thai.
8. Healthcare Quality Accreditation Institute (Public organization). Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018. 2018. Nonthaburi; Thai.
9. Jarupak Sukhumalpitak, Maliwan Angkhanit, Surachat Sittipakorn. Development of a clinical nursing practice guideline for modified early warning signs before cardiac arrest, medicine department Roi Et hospital. Roi Et Medical Roi Et Hospital Special Edition. 2020; 7(1):1-12. Thai.
10. Sirada Taweewan. Effects of using nursing practice guidelines based on “Modified Early Warning Scores” for patients with sepsis in the medicine women department at Buengkan hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2018;26(3):153-63. Thai.
11. Saengsom Chuaychang. Effects of using the assessment of the modified early warning signs (MEWS) in the assessment and monitoring change symptom of patients in cardiac catheterization lab, Trang hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2018;29(1):72-83. Thai.
12. Taweerat Chawiwan and Teepatad Chintapanyakun. The effectiveness of utilization of the Ramathibodi rapid response system in premium wards at Somdech Phra Debaratana Medical Center. Nursing Journal of the Ministry of Public Health NJPH. 2020;30(3): 128-42. Thai.
13. Panida Jantararat, Penkhae Rattanaphan, Pakinee Kunsete, Prachyanan Thiengchanya. Development of early warning sign model in high-risk patient, Songkhla hospital. Journal of Health Science. 2023; 32(1): 109-19. Thai.

การพัฒนาระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่

| | |
|------------------------|---|
| นัชชา สุนทรสวัสดิ์* | พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมศัลยกรรม) |
| นฤมล อนุมาศ** | พย.ม. (การพยาบาลอายุรกรรมศัลยกรรม) |
| ธิดารัตน์ เหลี่ยมไกร** | พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน) |
| ประณีต ส่งวัฒนา*** | Ph.D. (Tropical Health) |

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (2) ศึกษาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉินฯ และ (3) เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉินฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 104 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน และ (2) คู่มือความรู้ของพยาบาลการดูแลผู้ป่วย STEMI ในการบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (2) แบบสอบถามผู้ป่วย STEMI (3) แบบบันทึกผลการดูแลผู้ป่วย STEMI: Fast track (4) แบบสอบถามความรู้พยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรง ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8, 0.8, 0.8 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ไคสแควร์ และ independent t test

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ระบบบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์บนรถพยาบาล (2) การดูแลผู้ป่วย STEMI ในห้องฉุกเฉิน และ (3) การประเมินผู้ป่วย STEMI ให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดได้ทันเวลา ความรู้ของพยาบาลหลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน อยู่ในระดับดีมาก และสูงกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะเวลารวมในการดูแลผู้ป่วยลดลงจาก 139.23 นาที (SD 80.41) เป็น 130.23 นาที (SD 79.25)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความรู้ของพยาบาล การบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

*** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Development of Emergency Nursing System in Patients with Acute Myocardial Infarction (STEMI), Accident and Emergency Department, Hatyai Hospital

| | |
|------------------------|---|
| Nachcha Soontornsawad* | M.N.S (Adult Nursing) |
| Narumon Anumat** | APN (Adult Nursing) |
| Thidarat Liamkrai ** | M.N.S (Nursing emergency room patients) |
| Praneet Songwattana*** | Ph.D. (Tropical Health) |

Abstract

This research and development study aimed to (1) develop emergency nursing system in patients with acute myocardial infarction (STEMI), (2) explore knowledge of registered nurses before and after using emergency nursing system, and (3) compare outcomes before and after using emergency nursing system. The sample consisted of 104 patients with acute myocardial infarction (STEMI) and 24 registered nurses working at accident and emergency department. The rese significant arch instrument consisted of (1) the emergency nursing system and (2) the nurses' knowledge manual for caring of STEMI patients and for centralized ambulance management. Data collection tools consisted of (1) an interview form for caring of patients with acute myocardial infarction: STEMI, (2) STEMI patient questionnaire, (3) STEMI patient outcome record form: Fast track (4) registered nurses' knowledge questionnaire. The IOC of the 4 data collection tools were 0.8, 0.8, 0.8, and 0.85, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, Chi-square, and independent t-test.

The results revealed that the emergency nursing system of the patients with acute myocardial infarction (STEMI), at the accident and emergency department, Hatyai hospital consisted of 3 components: (1) centralized ambulance management system, (2) caring for the patients with acute myocardial infarction (STEMI) in the emergency unit, and (3) evaluating STEMI patients to receive timely reperfusion. The nurses' knowledge after using the emergency nursing system was at a very good level and higher than before using the emergency nursing system; but did not significantly difference ($p < .05$). The patients had increased access to services and the patients' deaths significantly decreased ($p < .001$). The total time spent for caring of the patients decreased from 139.23 minutes (SD 80.41) to 130.23 minutes (SD 79.25).

Key words: acute myocardial infarction patients, knowledge of nurses, centralized ambulance management

* Registered Nurse, Professional Level, Hatyai hospital

** Registered Nurse, Professional Level, Hatyai hospital

*** Lecturer, School of Nursing, Prince of Songkla University

ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือด หรือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดจากภาวะการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนำไปสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction; AMI) สถานการณ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่าจำนวนและอัตราการป่วยของโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พ.ศ. 2560 – 2561 เท่ากับ 185,442 และ 190,474 ราย คน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) และเมื่อพิจารณาจำนวนและอัตราการตายของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แผนปฏิบัติการราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 เท่ากับ 19,417 , 21,008 , 20,746 , 20,786 และ 20,556 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการตาย 29.9, 32.3, 31.8, 31.8 และ 31.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (ST elevation myocardial infarction) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 17 ในปี พ.ศ.2545 เหลือประมาณร้อยละ 10 ในปีพ.ศ.2561 หากติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 1 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังคงค่อนข้างสูง โดยผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 14 ดังนั้นการดูแลรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทันเวลาที่ โดยใช้ช่องทางด่วน (fast track) การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy) ในผู้ป่วย STEMI ลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือเสียชีวิต ตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลและลดภาวะทุพพลภาพจากกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย กลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ และอัตราการเสียชีวิตในประเทศไทย ยังสูงกว่าในต่างประเทศ บ่งชี้ถึงช่องว่างระหว่างแนวทางปฏิบัติที่ใช้กันกับแนวทางปฏิบัติที่ทำอยู่จริง?

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินถือเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูง จึงต้องมีความพร้อมตลอดเวลาและสามารถดำเนินการในการดูแลรักษาด้วยความรวดเร็ว เพราะระยะเวลาที่ผ่านไปในแต่ละนาที หมายถึง โอกาสเสียชีวิตหรือความพิการก็จะสูงขึ้น ดังนั้นเป้าหมายการพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็วปลอดภัย และสามารถกลับไปดูแลตนเองได้ ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวจะบรรลุได้ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีความพร้อมทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพของบุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง สมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยทำงานวิจัยนี้ จากประสบการณ์ที่ได้พัฒนาคุณภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในบทบาทหัวหน้างาน โดยใช้การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ คือ วางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ ปรับปรุงการดำเนินการกิจกรรม (Plan-Do-Check-Action: PDCA) เป็นแนวทางในการพัฒนา³

โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เปิดบริการห้องตรวจสวนหัวใจ และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจในปี 2557 สถิติปี 2560-2565 พบผู้ป่วย STEMI เท่ากับ 289, 409, 318, 268, 277 และ 230 ราย พบปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ประกอบกับการติดตามตัวชี้วัดในแผนการบริการ (Service plan) ปี 2563 มีการปรับการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ตามมาตรฐานที่กำหนด หลังได้รับการวินิจฉัย คือ ระยะเวลาจากการวินิจฉัยถึงการสวนหัวใจ (STEMI Dx to Needle time) น้อยกว่าหรือ

วารสารกองการพยาบาล

เท่ากับ 30 นาที ระยะเวลาจากการวินิจฉัยถึงการทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Dx to PCI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 นาที การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดมากกว่า ร้อยละ 60 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการทำการคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ให้เร็วเพื่อช่วยในการวินิจฉัยให้เร็วขึ้น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการตามทีมสวนหัวใจ (activate team) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงในการให้การช่วยเหลือ การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและระหว่างหน่วยงานอย่างปลอดภัย การช่วยแพทย์ทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้อย่างรวดเร็ว และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราการรอดชีวิต ระยะเวลาการประเณิน และได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือต่างขยายหลอดเลือดหัวใจในเวลาภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จึงเกิดมีการผสมผสานระบบบริการระหว่างการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลกับระบบการรักษาแบบทางด่วน (STEMI Fast Trace) ที่ห้องฉุกเฉิน แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วย STEMI บางส่วนที่มาจากรายการพยาบาลชุมชน ระยะเวลาการเดินทางมากกว่าเดิม (มากกว่า 3 ชั่วโมง) ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หรือ หัวใจหยุดเต้นขณะเดินทาง มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลขนาดใหญ่จึงนำเทคโนโลยีแบบครบวงจรด้วยอินเทอร์เน็ต เป็นระบบบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ (Ambulance Operation Center: AOC) แต่ยังคงพบปัญหาในการปฏิบัติงาน คือ สมรรถนะพยาบาลห้องฉุกเฉิน ด้านความรู้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ (application) ในระบบ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยผ่านระบบบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ (AOC) ผู้วิจัยจึงมีการพัฒนาบุคลากรพยาบาลโดยให้ความรู้และ

ปีที่ 50 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

ความสามารถ ด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทีมงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร่วมกับการบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ เพื่อให้ผู้ป่วย STEMI สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. พัฒนาระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ศึกษาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉินฯ
3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉินฯ

คำจำกัดความ

ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ (Ambulance Operation Center: AOC) โดยพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการให้คำแนะนำ และสั่งการในการประเณินภาวะฉุกเฉินที่คุกคามผู้ป่วย และให้การพยาบาลภาวะวิกฤตระยะฉุกเฉินระหว่างส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ระบบความปลอดภัยรถพยาบาล (safety ambulance) 2) ระบบติดตามสถานะผู้ป่วย (patient monitoring) และ 3) ระบบสื่อสารประสานงาน (communication) ร่วมกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลฉุกเฉิน ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ 1) ความรู้ของพยาบาลในการบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ระยะเวลาเมื่อผู้ป่วยมาถึงจนทำการคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Door to EKG) 3) ระยะเวลาทำ EKG เสร็จจนถึง

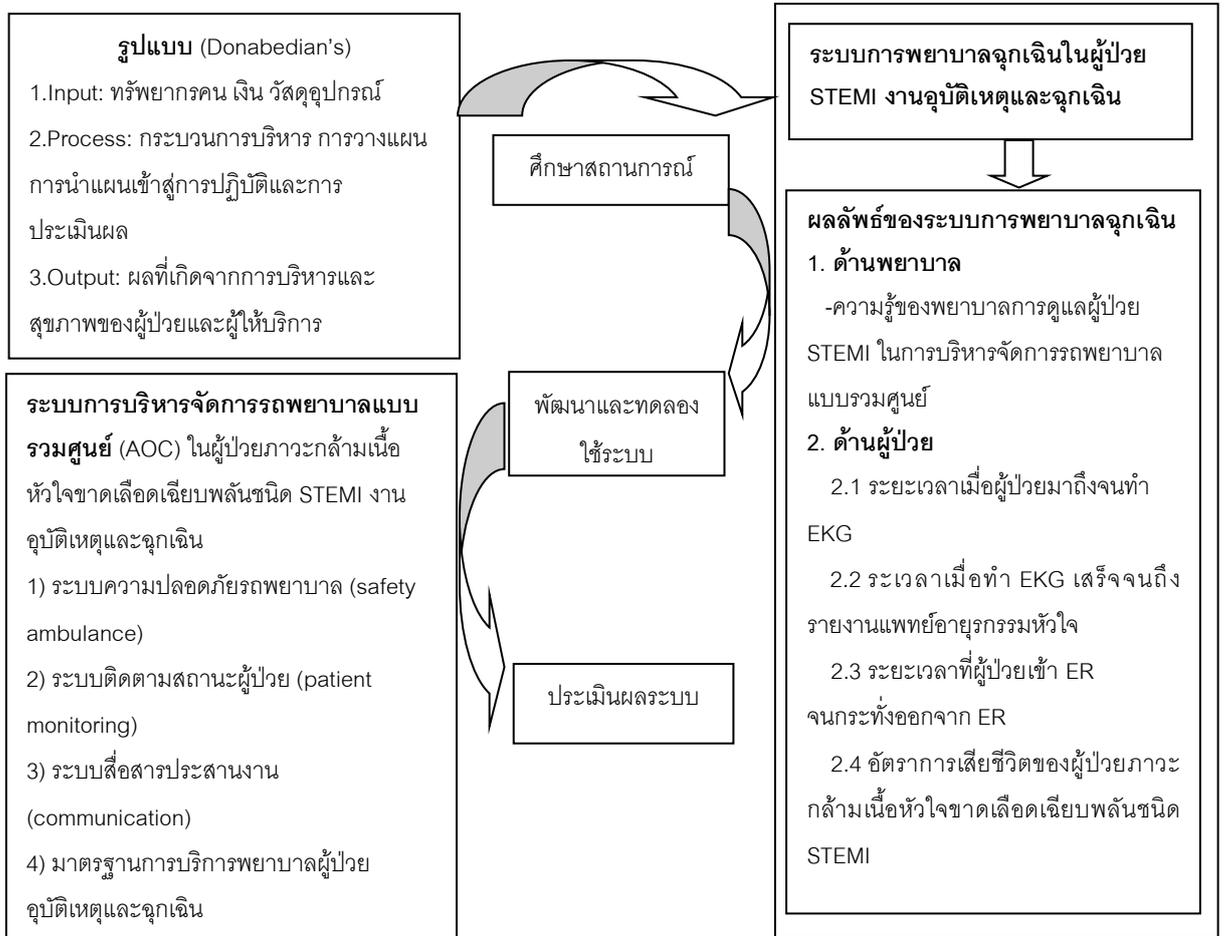
วารสารกองการพยาบาล

รายงานแพทย์อายุรกรรมหัวใจ 4) อัตราการเสียชีวิต
ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

**ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน** หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามี
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิด ในการพัฒนา Research and
development และ Donabedian's ร่วมกับ ระบบ
บริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ (Ambulance
Operation Center: AOC)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้มี 3 ระยะ เวลาการดำเนินงาน เดือนเมษายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2566

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2566)

ผู้วิจัยดำเนินงานเพื่อศึกษาสถานการณ์ของระบบการพยาบาลฉุกเฉินของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ดังนี้

1. ประชุมผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อสำรวจสถานการณ์ การจัดตั้งและบริหารทางการพยาบาลจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์ ในระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ทบทวนจำนวนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI จากเวชระเบียน
3. สัมภาษณ์ สอบถามพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ใน

วารสารกองการพยาบาล

การบริหารจัดการรพพยาบาลแบบรวมศูนย์ และ
มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน

4. สัมภาษณ์พยาบาลและทีมสุขภาพที่ดูแล
ผู้ป่วย STEMI ในเรื่องการสื่อสาร อุปกรณ์ เครื่องมือ
สถานที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการพยาบาลฉุกเฉินใน
การดูแลผู้ป่วย STEMI (เดือนมิถุนายน-กันยายน
2566) ดังนี้

1. ประชุมพยาบาลและทีม AOC ที่เกี่ยวข้อง
ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน
ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชนิด STEMI

2. ให้ความรู้พยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วย
STEMI และการบริหารจัดการรพพยาบาลแบบรวม
ศูนย์ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. จัดทำคู่มือแนวทางระบบการพยาบาล
ฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันชนิด STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดย
พัฒนาจากการบริหารจัดการศูนย์ AOC ของ Service
plan สาขาอุบัติเหตุ กระทรวงสาธารณสุข

4. นำระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วย
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย
10 ราย

5. ปรับปรุง และพัฒนาระบบการพยาบาล
ฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันชนิด STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉินใน
ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด
STEMI (เดือน ตุลาคม -พฤศจิกายน 2566)
ประกอบด้วย

1. ระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI งาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ด้านพยาบาล ได้แก่ ความรู้ของพยาบาล
การดูแลผู้ป่วย STEMI ในการบริหารจัดการ
รพพยาบาลแบบรวมศูนย์

3. ด้านผู้ป่วย 3.1 ระยะเวลาเมื่อผู้ป่วย
มาถึงจนทำ EKG 3.2 ระยะเวลาทำ EKG เสร็จจนถึงการ
รายงานแพทย์อายุรกรรมหัวใจ 3.3 ระยะเวลาเมื่อทำ
EKG เสร็จจนถึงรายงานแพทย์อายุรกรรมหัวใจ
3.4 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้า ER จนกระทั่งออกจาก ER
3.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม
ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันชนิด STEMI เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 2) พยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงานทั้งหมดที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลขนาดใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI
ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ (1) ผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการ
รักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระบบช่องทางด่วน
ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในเดือนเมษายน ถึง
พฤศจิกายน 2566 (2) ผู้ป่วยสื่อสารได้ (3) ยินดีและ
เข้าร่วมโครงการ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้
โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดค่า $\alpha=0.05$ และ
 $(1-\beta)=0.80$ ได้กลุ่มควบคุม 52 คนและกลุ่มทดลอง
52 คน รวม 104 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่
คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดย (1) เป็นพยาบาล
วิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี

วารสารกองการพยาบาล

(2) สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ และ(3) ยินดีเข้าร่วมโครงการ 24 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ระบบบริหารจัดการรพพยาบาลแบบรวมศูนย์บนรพพยาบาล (AOC) 2) การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในห้องฉุกเฉิน 3) การประเมินผู้ป่วย STEMI ให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดได้ทันเวลาตามมาตรฐาน

2. คู่มือแนวทางระบบการพยาบาลฉุกเฉินของพยาบาล ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80

2) แบบสอบถามผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80

3) แบบบันทึกผลการดูแลผู้ป่วย STEMI (Fast track) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือ (1) ระยะเวลาเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (2) ระยะเวลาตั้งแต่ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจจนถึงการรายงานแพทย์ห้องฉุกเฉิน (3) ระยะเวลาตั้งแต่ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจจนถึงการรายงานแพทย์อายุรกรรม

หัวใจ (4) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้า ER จนออกจาก ER (5) ระยะเวลาออกจาก ER จนถึงห้องสวนหัวใจ (6) ระยะเวลาทั้งหมด ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80

4) แบบสอบถามความรู้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มี 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน (2) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในการบริหารจัดการรพพยาบาลแบบรวมศูนย์ มี 5 ด้าน 30 ข้อ ได้แก่ ด้านการประเมินผู้ป่วยและการบริหารจัดการระยะฉุกเฉิน ด้านการบริหารยาในผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ CPR ด้านการให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการ และ ด้านการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อโรงพยาบาลต้นทางถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะความรู้และความสามารถของท่านมากที่สุด และคะแนน 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับลักษณะความสามารถของท่านน้อยที่สุด

การแปลผลค่าคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งตามอัตรภาคชั้น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง คะแนนระดับสูงมาก

คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง คะแนนระดับสูง

คะแนน 2.51-3.50 หมายถึง คะแนนระดับปานกลาง

คะแนน 1.51-2.50 หมายถึง คะแนนระดับต่ำ

คะแนน 1.00-1.50 หมายถึง คะแนนระดับต่ำมาก

วารสารกองการพยาบาล

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ และได้รับการรับรองเลขที่ HYH EC 004-66-01 เดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูลเก็บไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ปกปิดเป็นความลับ สถานที่พูดคุยเป็นส่วนตัวและมิดชิด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ เมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาของการทำวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้เฉพาะในงานวิจัยนี้เท่านั้น ถ้าจำเป็นต้องอ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะกล่าวในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำรวจรูป ดังนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้ระบบด้วยสถิติ Pair T-test ข้อมูลระยะเวลา เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ โดยใช้สถิติ independent t -test

ผลการศึกษา นำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

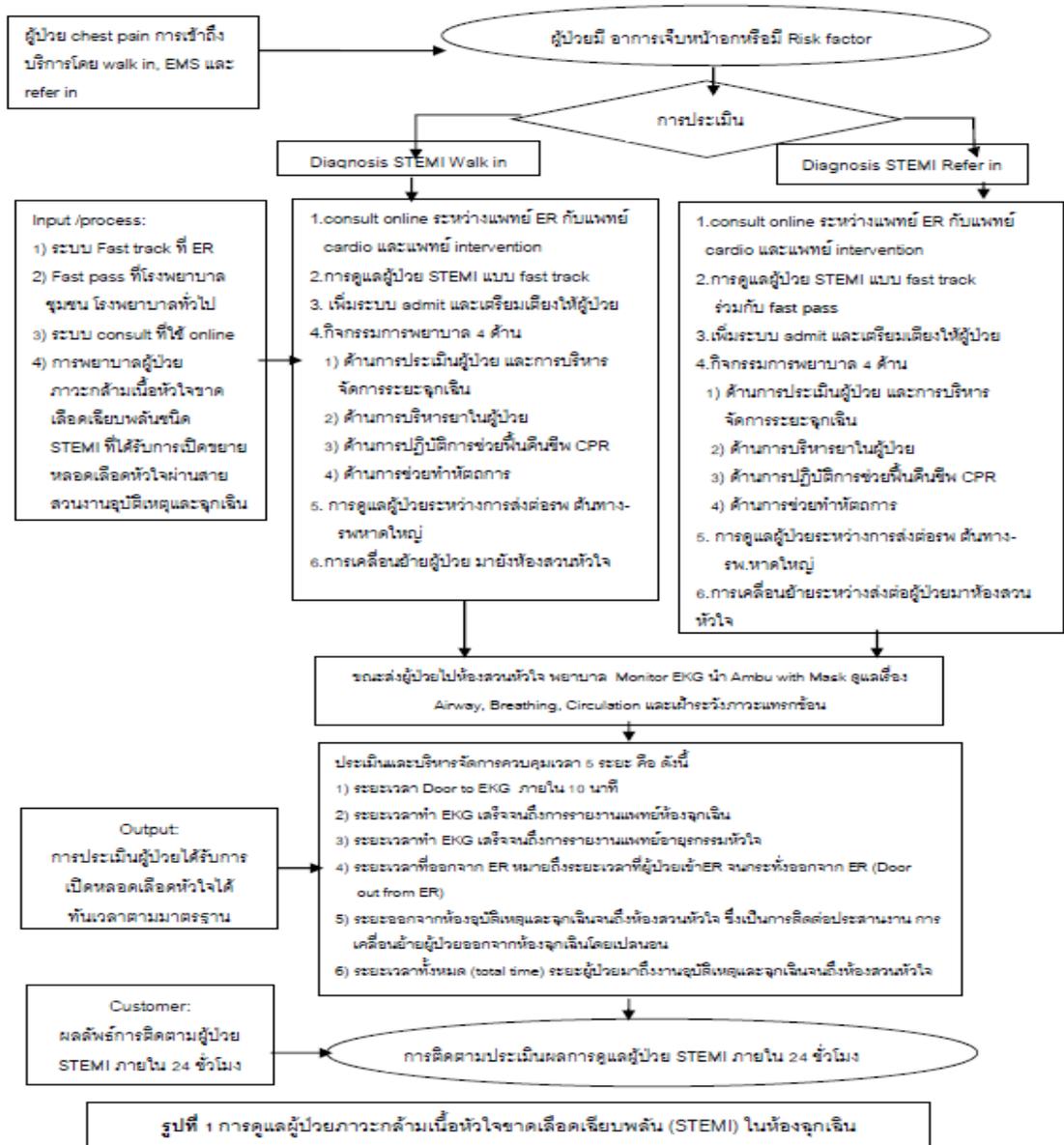
องค์ประกอบที่ 1 ระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลแบบรวมศูนย์บนรถพยาบาล (AOC)

ในการติดตามผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขณะส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ส่งต่อโดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ ระบบใช้ติดตามตำแหน่งรถพยาบาลส่งต่อ ซึ่งสามารถดูข้อมูลของผู้ป่วยจากระบบได้ ข้อมูลที่ได้รับจากรถพยาบาลส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วย รูปจากกล้องหน้ารถ และในรถพยาบาลส่งต่อ และตำแหน่งของรถพยาบาลส่งต่อ ซึ่งติดตามตำแหน่งของรถได้จาก Google map แบบเวลาจริง มีระบบการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญระหว่างการเดินทาง การรับผู้ป่วยใหม่เข้ารักษาและจัดหาเตียงให้ผู้ป่วยโดยผ่านระบบออนไลน์ (line official)

องค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย (triage) เพื่อคัดแยกผู้ป่วยเข้าสู่บริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Zone Emergency) มีพยาบาลวิชาชีพ คู่มือการคัดกรอง แบบการคัดกรอง การดูแลผู้ป่วย STEMI แบบช่องทางด่วน (fast track) ของห้องฉุกเฉิน มีแนวปฏิบัติการประเมิน การจัดการและการเตรียมผู้ป่วย เพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในห้องฉุกเฉิน กิจกรรมการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI 5 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินผู้ป่วยและการบริหารจัดการระยะฉุกเฉิน 2) ด้านการบริหารยาในผู้ป่วย 3) ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ CPR 4) ด้านการให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการ และ 5) ด้านการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางจนถึงโรงพยาบาลหาดใหญ่ มีระบบทางด่วน (fast pass) ผู้ป่วยที่ส่งต่อไม่ต้องผ่าน ER โดยสามารถส่งผู้ป่วยเข้าห้องสวนหัวใจได้โดยตรง และทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ได้ทันที ดังรูปที่ 1

องค์ประกอบที่ 3 การประเมินผู้ป่วย STEMI ให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดได้ทันเวลา ตามมาตรฐาน ผู้วิจัยพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องฉุกเฉินโดยการนำ การเรียนรู้ วิธีการอ่านและแปลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จัดทำระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก (chest pain) ขณะที่อยู่ห้องฉุกเฉิน และ

บริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยที่ refer in ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จนถึงวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตามแนวทางการบริหารงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ดังรูปที่ 1



2. ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลัง

การพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนพยาบาลวิชาชีพ 24 ราย พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง

วารสารกองการพยาบาล

ประสบการณ์การทำงานในแผนกฉุกเฉิน ประสบการณ์ การปฏิบัติงานการพยาบาล ก่อนและหลังใช้ระบบการ พยาบาลฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p > .05$) ส่วนที่ 2 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล หาดใหญ่ 5 ด้าน 31 ข้อ การเปรียบเทียบความรู้ก่อน และหลังพัฒนาระบบการพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นทุกรายข้อในระดับ มาก แต่ทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p > .05$)

ด้านการประเมินผู้ป่วยและการบริหารจัดการระยะฉุกเฉิน พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน พัฒนา 4.39 (SD .59) หลังพัฒนา ค่าคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 4.54 (SD .57)

ด้านการบริหารยาในผู้ป่วย พยาบาลมีค่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 4.56 คะแนน (SD .53)

หลังพัฒนา ค่าคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล เพิ่มขึ้น เป็น 4.58 (SD .54)

ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 4.49 (SD .55) หลัง พัฒนา ค่าคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล เพิ่มขึ้น เป็น 4.61 (SD .57)

ด้านการให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการ พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 4.46 (SD .56) หลังพัฒนา ค่าคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล เพิ่มขึ้น เป็น 4.60 คะแนน S.D. =0.56 คะแนน

5) ด้านการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อจาก โรงพยาบาลต้นทางถึงโรงพยาบาลหาดใหญ่ พยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 4.29 (SD .57) หลัง พัฒนา ค่าคะแนนเฉลี่ยของพยาบาล เพิ่มขึ้น เป็น 4.44 (SD .69) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

| รายการ | คะแนนความรู้ของพยาบาล | | | | t-test | p-value |
|--|-----------------------|------|-------------|------|--------|---------|
| | ก่อน (n 24) | | หลัง (n 24) | | | |
| | Mean | SD | Mean | SD | | |
| 1 ด้านการประเมินผู้ป่วย และการบริหาร จัดการระยะฉุกเฉิน | 4.39 | 0.59 | 4.54 | 0.57 | 0.883 | 0.382 |
| 2 ด้านการบริหารยาในผู้ป่วย | 4.56 | 0.53 | 4.58 | 0.54 | 0.154 | 0.878 |
| 3 ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ CPR | 4.49 | 0.55 | 4.61 | 0.57 | 0.770 | 0.445 |
| 4 ด้านการให้การพยาบาลและช่วยทำ หัตถการ | 4.46 | 0.56 | 4.60 | 0.56 | 0.874 | 0.387 |
| 5 ด้านการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อรพ ต้นทาง-รพหาดใหญ่ | 4.29 | 0.57 | 4.44 | 0.69 | 0.868 | 0.390 |

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้ ระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI พบว่า การ เข้าถึงบริการในผู้ป่วย STEMI ที่มาจากโรงพยาบาล

วารสารกองการพยาบาล

ต้นทาง มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 18 ราย เป็น 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.5 เป็นร้อยละ 70.5 ตามลำดับ ผู้ป่วย เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ลดลงจาก 20 คน เป็น 3

คน คิดเป็นร้อยละ 87.0 และ ร้อยละ 13 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการและเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน

| รายการ | ก่อน (n 52) | | หลัง (n 52) | | t-test | p-value |
|-----------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|--------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| การเข้าถึงบริการ | | | | | | |
| ER | 34 | 79.1 | 9 | 20.9 | 24.781 | <0.001* |
| Refer | 18 | 29.5 | 43 | 70.5 | | |
| ผู้ป่วยเสียชีวิต ใน 24 ชม. | | | | | | |
| เสียชีวิต | 20 | 87.0 | 3 | 13.0 | 16.133 | <0.001* |
| รอดชีวิต | 32 | 39.5 | 49 | 60.5 | | |

* $p < .001$

เปรียบเทียบระยะเวลา ก่อนและหลังใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI มีดังนี้

1. หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ ระยะเวลา Door to EKG หรือระยะเวลาการทำ EKG มีค่าลดลงกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ (Mean 16.27, SD 31.74 และ Mean 14.17, SD 30.05 ตามลำดับ) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ระยะเวลาทำ EKG เสร็จจนถึงรายงานแพทย์ห้องฉุกเฉิน หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ มีค่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ (Mean 8.13, SD 7.16 และ Mean 12.02, SD 27.16 ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ระยะเวลาทำ EKG เสร็จจนถึงรายงานแพทย์อายุรกรรมหัวใจ หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ มีค่าลดลงกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ (Mean 34.39, SD 51.28 และ Mean 31.89, SD 48.74) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้า ER จนออกจาก ER หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ มีค่าลดลงกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ (Mean 105.27, SD 51.85 และ Mean 78.58, SD 58.88 ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5. ระยะเวลาออกจาก ER จนถึงห้องสวนหัวใจ หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ มีค่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ (Mean 37.65, SD 63.32 เป็น Mean 51.75, SD 41.32 ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

6. ระยะเวลาทั้งหมด (total time) หลังใช้ระบบการพยาบาลฯ มีค่าลดลงกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาลฯ (Mean 139.23, SD 80.41 และ 130.23, SD 79.25 ตามลำดับ) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน

| ระยะเวลา | median | ก่อน (n 52) | | median | หลัง (n 52) | | t-test | p-value |
|---|--------|-------------|-------|--------|-------------|-------|--------|---------|
| | | Mean | SD | | Mean | SD | | |
| 1. Door to EKG | 6.00 | 16.27 | 31.74 | 5.00 | 14.17 | 30.05 | 0.346 | 0.730 |
| 2. ทำ EKG เสร็จถึงรายงานแพทย์ห้องฉุกเฉิน | 5.50 | 8.13 | 7.16 | 5.00 | 12.02 | 27.16 | -0.987 | 0.327 |
| 3. ทำ EKG เสร็จถึงรายงานแพทย์อายุรกรรมหัวใจ | 13.50 | 34.39 | 51.28 | 15.00 | 31.89 | 48.74 | 0.255 | 0.799 |
| 4. ผู้ป่วยเข้าจนออกจาก ER | 96.00 | 105.27 | 51.85 | 63.00 | 78.58 | 58.88 | 2.453 | 0.016* |
| 5. ออกจาก ER จนถึงห้องสวนหัวใจ | 10.00 | 37.65 | 63.32 | 45.00 | 51.75 | 41.32 | -1.346 | 0.182 |
| 6. ระยะเวลาทั้งหมด (total time) | 122.00 | 139.23 | 80.41 | 107.50 | 130.23 | 79.25 | 0.575 | 0.567 |

* p < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระบบการพยาบาลผู้ป่วย STEMI

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ส่งผลให้ผู้ป่วย STEMI สามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วสามารถทำการเปิดหลอดเลือดได้รวดเร็วและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามรูปแบบของ Donabedian's โดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ดังนี้ Input/Process ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 ระบบบริหารจัดการรถพยาบาลแบบรวมศูนย์บนรถพยาบาล (Ambulance Operation Center ; AOC) ประกอบด้วย

1) ระบบความปลอดภัยรถพยาบาล (safety ambulance) ซึ่งหมายถึง เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพของห้องฉุกเฉินที่จะต้องมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ของสภาพรถพยาบาล ความพร้อมใช้ของออกซิเจน ความพร้อมใช้ของเครื่อง Defibrillator และการทดสอบความพร้อมใช้ของระบบ AOC

2) ระบบติดตามสถานะผู้ป่วย (patient monitoring) โดยพยาบาลวิชาชีพในการประเมิน

ภาวะวิกฤตระหว่างส่งต่อ มีการ monitoring Early Warning Sign ของผู้ป่วยระหว่างที่อยู่ในรถ ambulance และทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องการพยาบาลภาวะวิกฤตระหว่างส่งต่อในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามและรายงานแพทย์ของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ และ

3) ระบบสื่อสารประสานงาน (communication) ในการติดตามผู้ป่วย AMI ขณะ refer ในรถ ambulance เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การสื่อสารโดยมีการปรึกษาใช้ online application ในการสื่อสาร วางแผนการดูแลและเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วในระบบ Fast pass ที่โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลทั่วไปเข้าถึงบริการการเปิดหลอดเลือดหัวใจ และพยาบาลวิชาชีพของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ในห้อง AOC ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างห้องปฏิบัติการ ตรวจสวนหัวใจและหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ

องค์ประกอบที่ 2 การดูแลผู้ป่วย STEMI ในห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่การดูแลคัดกรองผู้ป่วย (triage) เพื่อคัดแยกผู้ป่วยเข้าสู่บริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Zone Emergency) มีพยาบาลวิชาชีพ คู่มือการคัดกรอง แบบการคัดกรอง มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบ fast track ของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์การดูแล ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดได้ทันเวลาตามมาตรฐานมีการติดตามผู้ป่วย STEMI ภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต ซึ่งการพัฒนาการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย PCI ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่อย่างต่อเนื่องแบบทีมโดยเน้น การเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การทำระบบ Fast refer system STEMI Fast Track และการพัฒนาให้ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีการคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และสามารถวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (Early Triage & Diagnosis in ER) การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ โดยสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเลือดออก สามารถป้องกันและช่วยเหลือได้ทันเวลาขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยก่อนเปิดหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁵ พบว่า ผลของการพัฒนาระบบส่งต่อ STEMI FAST PASS ในเครือข่ายโรคหัวใจเชิงราย-พะเยาในผู้ป่วยกลุ่ม STEMI Fast Track 82 คน ผู้ป่วยกลุ่ม STEMI Fast Pass 90 คน ระบบ STEMI Fast Pass มีค่าเฉลี่ย ของเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชิงรายประชานุเคราะห์ จนถึงเวลาที่เปิดหลอดเลือดได้ ลดลงจาก 82.6 นาทีเหลือ 44.1 นาที ($p<0.001$) และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีแนวโน้มน้อยกว่า (13.4% และ 18.3%, $p=0.407$)

และจากการศึกษา⁶ ที่พบว่า การพัฒนาระบบส่งต่อช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าหลังการพัฒนา ระบบ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง

ส่วนที่ 2 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินผู้ป่วย และการบริหารจัดการระยะฉุกเฉิน 2) การบริหารยาในผู้ป่วย 3) การปฏิบัติกรช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นสูง 4) การให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการ และ 5) การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อโรงพยาบาลต้นทางจนถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากห้องฉุกเฉินมีการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาตัวชี้วัดเน้น 3 มิติ คือ มิติที่ 1 มิติการบริการและนโยบาย ได้แก่ การสนับสนุนการพัฒนากระบวนการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการเน้นความพร้อมของทรัพยากรได้แก่ และ มิติที่ 3 ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษา พยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลในกระบวนการต่างๆ ได้แก่ 1) triage 2) Resuscitation 3) Stabilization 4) การจัดการบริการด่วนพิเศษ และ Definite Care ในโรงพยาบาล ซึ่งการจัดการบริการด่วนพิเศษ (Special Track) โดยให้การดูแลตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการรักษาได้แก่ AMI Fast Track⁷ ซึ่งจากสมรรถนะหลักพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านการตัดสินใจ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านความรู้เฉพาะสาขา ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยที่รวดเร็วและถูกต้อง ในภาวะฉุกเฉินที่ต่อต้องการการประเมินที่แม่นยำ ถูกต้อง

วารสารกองการพยาบาล

การวิเคราะห์ตัดสินใจให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีการศึกษา⁹ พบว่า การได้รับการอบรม พยาบาลมีความรู้ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษา⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน พยาบาลห้องฉุกเฉินมีการใช้แผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการทำ PCI ส่งผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนลดลง การทำหน้าที่ของหัวใจดีขึ้น และจากการศึกษา¹⁰ พบว่า ได้พัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ในระยะฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย STEMI สูงขึ้นเช่นกัน

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ด้านระยะเวลา

3.1 ระยะเวลาที่ลดลงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำหัตถการสวนหัวใจ (PCI) ได้รวดเร็วขึ้น ได้แก่ 1) ระยะเวลา Door to EKG ภายใน 10 นาที การคัดกรองที่หน้าห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพภายใน 10 นาที ส่งผลลดระยะเวลาการวินิจฉัยโรคและการเข้าถึงบริการการรักษาได้เร็วขึ้น ส่วนความล่าช้าจากการทำ EKG เนื่องจากผู้ป่วยการเข้าถึงบริการมาหลากหลายช่องทางเช่น ผู้ป่วยที่บ้านมีรถ EMS มารับและไม่ได้ทำ EKG ขณะจุดเกิดเหตุ ส่งผลส่งผลให้การทำให้ EKG มากกว่า 10 นาที นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และมีโรคร่วมต้องจัดการอาการและโรคร่วมก่อน 2) ระยะเวลาทำ EKG เสร็จจนถึงรายงานแพทย์อายุรกรรมหัวใจ พบว่าในห้องฉุกเฉินก่อนการพัฒนากระบวนการ มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการปรับระบบการปรึกษาผ่านทาง line application 3) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้า ER จนกระทั่งออกจาก ER ซึ่งเป็นการบริหารจัดการภายใน ER พบว่า ในห้องฉุกเฉิน

หลังการพัฒนากระบวนการ ระยะเวลาค่าเฉลี่ยลดลง ทั้งนี้เนื่องจากระบบ fast track ได้มีการปรับลดขั้นตอนโดยจัดให้มีการปรึกษาแพทย์ intervention ใน group line ส่งผลให้มี activate team ที่ดูแลผู้ป่วยเร็วขึ้นโดยมีการส่งการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลให้ยาและเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ Cath lab ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ หรือห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปและ 4) ระยะเวลาทั้งหมด (total time) ระยะรวมมาถึงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ พบว่า ในห้องฉุกเฉินก่อนการพัฒนากระบวนการ ระยะเวลาค่าเฉลี่ยลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ¹¹ จากการทบทวนระบบที่ให้บริการผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการทำ PCI พบว่ายังมี ระยะเวลาที่ก่อนเปิดหลอดเลือดหัวใจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากระยะทางในการส่งต่อผู้ป่วยใช้เวลาไม่เท่ากัน

3.2 ระยะเวลาเพิ่มขึ้นหลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน คือ 1) ระยะเวลาทำ EKG เสร็จจนถึงรายงานแพทย์ห้องฉุกเฉิน พบว่า หลังการใช้ระบบการพยาบาลฉุกเฉิน ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ เวลาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการเป็นลม หัวใจวาย หายใจเหนื่อย ส่งผลให้มีการวินิจฉัยล่าช้า ประกอบกับ ผู้ป่วยวิกฤติมารับบริการห้องฉุกเฉินจำนวนมาก (ER overcrowding) 2) ระยะออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงห้องสวนหัวใจ ซึ่งเป็นระยะเวลาของการติดต่อประสานงาน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินโดยเปลนอน พบว่า ระยะเวลาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วยใหม่โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ แต่ระยะแรกขาดการจัดระดับความเร่งด่วนของการใช้เปลส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลล่าช้า ต่อมา มีการปรับระบบเร่งด่วนของการขนส่งในคอมพิวเตอร์ โดยให้พยาบาล

ห้องฉุกเฉินระบุในการใช้แปลด่วนแบบ fast track จึงแก้ไขปัญหานี้ได้

3.3 การเสียชีวิตของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วย STEMI มีเส้นเลือดที่อุดตันชนิด Single vessel และการพัฒนาระบบการพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST election myocardial infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่งผลให้ระยะเวลาทั้งหมด (total time) ระยะเวลาของผู้ป่วยที่มาถึงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงห้องสวนหัวใจ ระยะเวลาค่าเฉลี่ยลดลง การศึกษาของ¹²ในผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง พบ ร้อยละ 17 และผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดไม่ว่าด้วยวิธีการใด อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 12 สาเหตุของการเสียชีวิต คือ การเข้าถึงโรงพยาบาลล่าช้า และได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ภาวะอุดตันของหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ระยะเวลาการอุดตันที่นานขึ้นเพิ่มพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วและ

มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การพยาบาลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุการณ์ดูแลระยะก่อนถึง และการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดอบรมหรือสัมมนาให้ความรู้เรื่องระบบ AOC และการพยาบาลผู้ป่วย STEMI เพื่อเพิ่มสมรรถนะให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน มีทักษะในการบริหารจัดการระหว่างส่งต่อผู้ป่วย STEMI ให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต

2. ควรมีการนิเทศและติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามกระบวนการและขั้นตอนที่วางไว้ และทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย STEMI ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่านระบบ AOC

2. ควรมีการศึกษาศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วย STEMI ผู้การรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค STEMI (Disease Specific Certification: DSC)

Reference

1. Strategy and Planning Division of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Annual Action Plan 2021 Ministry of Public Health. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2021. Thai.
2. The Heart Association of Thailand. The Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020. Bangkok: The Heart Association of Thailand; 2020. Thai.
3. Krittaya Dangsuwan, Nongnuch Boonyoung, Ansuma Apichato. Core competencies of accident and emergency nurses as perceived by nurses in hospitals under the Ministry of Public Health in the three southern border provincers. Songkla Medical Journal 2008; 26(3):227-237. Thai.
4. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. DtschArztebl Int. 2010;107(50):892-8.

วารสารกองการพยาบาล

5. Osit Bombut, Piyaporn Sirijanchune. Outcome of STEMI fast pass system development in Chiangrai -Phayao cardiac network.Chinagrai Medical Journal. 2021;13(1):121-34. Thai.
6. Jirawan Rungrangwarin, Srisuree Soonpayanon, Unchalee Kongsombun. Development of fast track system for patients with STEMI in PhraNakhon Si Ayutthaya Province.Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2016;6(1):1-14. Thai.
7. Chatchai Kraysubun C, editor. Guideline for ER service delivery. 2nd ed. Nonthavuri: Department of Medical Services; 2021. Thai.
8. Chaveepong Bunyakan. Competency of registration nurses in caring for STEMI patients in Secondary Hospitals, Nakhon Si Thammarat Province. Thai Health Science Journal and Community Public Health. 2020;3(1):22-34. Thai.
9. Yang Y, Hao Y, Liu J, Yang N, Hu D, Sun Z, et al. Practice of reperfusion in patients with ST-Segment elevation myocardial infarction in China: findings from the Improving Care for Cardiovascular Disease in China-Acute Coronary Syndrome project. Chin Med J (Engl). 2022;135(23):2821-8.
10. Sasithorn Changsuwan, Jinjutha Rodpal, Srisuree Soonpayanon, Somsong Bootcheewn. Development of emergency nursing system in STEMI patients. Emergency Department, PhraNakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2018;8(3):372-84. Thai.
11. Paweenuch Jeangool, Sukanya Sabisook, Saiphin Kongkaew, Praphasiri Wimonsinrapin, Ploenphit Luelap, Thanyaradee Kramkhieo, et al. Clinical performance and quality of care for patient with ST-Elevation myocardial infarction at the emergency department in Central Chest Institute of Thailand. Journal of Department of Medical Services. 2019;44(6):77-84. Thai.
12. Thai ACS Registry. ST-Segment Elevation Myocardial infarction STEMI [Internet]. 2021. [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://healthkpi.dms.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1780>. Thai.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ

ชวิกา มีสวัสดิ์*

วท.ม.

เจตธิตา ตาแก้ว**

พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพ 52 คน และผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 113 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบวัดความรู้ของพยาบาล (2) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล (3) แบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และ (4) แบบบันทึกอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที่คู่ และเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษมี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การให้ความรู้พยาบาล (2) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษแบบเคร่งครัด (3) เครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ และ (4) การนิเทศติดตาม หลังใช้แนวทางปฏิบัติฯ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.39, p < .01$) พยาบาลมีค่าคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติฯ โดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.3 เป็นร้อยละ 91.3 และความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.32, SD .49) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ (Mean 3.38, SD .49) รองลงมา คือ ช่วยให้อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาลดลง (Mean 3.35, SD .56) และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ (Mean 3.35, SD .52) หลังใช้แนวทางปฏิบัติฯ พบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษลดลงจาก 0.88 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน เป็น 0.30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ เทคนิคเอไอซี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพัทลุง E-mail: chawikaicn2019@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัทลุง

The Development of Nursing Practice Guideline for Infection Prevention of Specially Controlled Multidrug-Resistant

Chawika Meesawat* M.Sc.

Jathida Takeaw** M.Ns. (Nursing Care for Patients with Infectious Diseases and Infection Control)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the results of a nursing practice guideline to prevent the spread of specially controlled multidrug-resistant infections. The sample was selected purposively and consisted of 52 registered nurses and 134 drug-resistant infection patients. The research instrument composed of (1) knowledge test of the nurses, (2) the nursing practice observation form, (3) the nurses' opinions towards the nursing practice guideline questionnaire, and (4) the incidence of specially controlled multidrug-resistant infection recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and comparing the incidence of drug-resistant infections.

The results revealed that the nursing practice guideline to prevent the spread of specially controlled multidrug-resistant infections consisted of 4 components: (1) educating the nurses (2) strict instruction guideline to prevent the spread of specially controlled drug-resistant infections (3) tools to support nursing practices, and (4) supervision and monitoring instruction. After using the guidelines, the nurses had a significant higher average knowledge score than before using the guidelines ($t = -6.39, p < .01$). The total percentage of correct practice scores of the nurses had increased from 83.3 percent to 91.3 percent. The nurses' opinions towards the guidelines was at a high level (Mean 3.32, SD .49). The item with the highest mean score was helps working more efficiently (Mean 3.38, SD .49), followed by aids reducing the incidence of multidrug-resistant infections (Mean 3.35, SD .56) and benefits to the patients and relatives (Mean 3.35, SD .52). After using the guidelines, the incident rate of specially controlled multidrug-resistant infections had decreased from 0.88 per 1,000 patient days to 0.30 per 1,000 patient days.

Keywords: nursing practice guideline, infection prevention of specially controlled multidrug-resistant, AIC technique

* Professional Nurse, Phatthalung Hospital Email address: chawikaicn2019@gmail.com

** Registered Nurse, Phatthalung Hospital

บทนำ

การดื้อยาต้านจุลชีพกำลังเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยด้วย การดื้อยาต้านจุลชีพทำให้การรักษาไม่ได้ผล ใช้เวลาในการรักษาเสีย ในการรักษา และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 1 คนในทุก 3 วินาที หรือประมาณ 10 ล้านคนต่อปี โดยครึ่งหนึ่งจะอยู่ในทวีปเอเชีย ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 ล้านคน ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท (100 trillion USD)¹ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเกิดจากการสัมผัสทั้งการสัมผัสทางตรงและทางอ้อม เกิดขึ้นได้ในหลายหน่วยงานและเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากร เช่น การส่งต่อระหว่างหน่วยงานหรือหอผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่างๆ หรือจากการดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม ทำให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายไปสู่หน่วยงานอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน² การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่สำคัญคือ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อน้อย ซึ่งความรู้เป็นองค์ประกอบภายในตัวบุคคลที่จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้ถูกต้อง³ การพัฒนาและส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลและการพัฒนางานต่างๆ ควรเกิดจากความร่วมมือของบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงจะเกิดประสิทธิผล และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนางานในระบบสาธารณสุข พบว่า การใช้เทคนิคเอไอซี (Appreciation Influence Control : AIC) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม เกิดความเข้าใจสภาพ

ปัญหา ค้นพบความต้องการ ชีดจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ได้ทุกขั้นตอน เทคนิคเอไอซีก่อให้เกิดพลังแห่งความร่วมมือ⁴ ทำให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี และแผนปฏิบัติการเพื่อกระตุ้นและสนับสนุนการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ถูกต้อง

โรงพยาบาลพัทลุงเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิ จำนวนเตียง 450 เตียง ดูแลภาวะสุขภาพประชาชนชาวจังหวัดพัทลุงและพื้นที่ใกล้เคียง การเกิดอุบัติการณ์เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่าตั้งแต่ ปี 2563–2565 มีเชื้อดื้อยาร้อยละ 6.52, 7.54 และ 8.39 ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2563–2565 พบเชื้อดื้อยาที่เกิดในโรงพยาบาล 3 ลำดับแรก ดังนี้ (1) *Acinetobacter Baumannii* (CRAB_MDR) ร้อยละ 14.64, 29.36 และ 6.19 ตามลำดับ (2) *Klebsiella Pneumoniae* (MDR) ร้อยละ 16.72, 17.91 และ 16.67 ตามลำดับ และ (3) *Pseudomonas Aeruginosa* (CRPA_MDR) ร้อยละ 4.94, 13.59 และ 13.65 ตามลำดับ และจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) ในปี 2563-2565 พบการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล 0.81, 1.72 และ 1.21 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ โดยในปี 2565 มีการติดเชื้อ 171 ครั้ง ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบ คือ (1) Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) ร้อยละ 74.85 (2) Catheter-associated Urinary Tract Infections (CAUTI) ร้อยละ 14.03 (3) Hospital Acquired Pneumonia (HAP) ร้อยละ 5.84 และ (4) Catheter Associated Bloodstream Infection (CABSI) ร้อยละ 1.16 ตามลำดับ และในแผนกอายุรกรรมมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยามากที่สุดคือ 1.85 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน รองลงมาเป็นแผนกศัลยกรรม 1.00 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน⁵ ในปี 2563

โรงพยาบาลมีการกำหนดให้ใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาและเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ แต่จากการติดตามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องตามแนวทางที่กำหนดโดยรวมร้อยละ 74.2 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า แนวปฏิบัติที่กำหนดมีรายละเอียดมาก ทำให้นำสู่การปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม ประเด็นสำคัญพยาบาลขาดประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เนื่องจากได้รับการฟื้นฟูความรู้ไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารข้อมูลจากหน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่ถึงบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะในพยาบาลใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา ไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เช่น มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย การจัดพื้นที่แยกผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติทำได้ไม่ครอบคลุม การทำความสะอาดอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัย เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โดยให้บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม พัฒนางานให้เหมาะสมกับบริบท และสามารถปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษในโรงพยาบาล และการแพร่กระจายเชื้อจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายและโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลพัทลุง

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลพัทลุง

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลพัทลุง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดมาตรฐานบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล⁶ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา⁷ และกระบวนการวางแผนด้วยเทคนิค AIC (Appreciation-Influence-Control)⁸ ในการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ นำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และประเมินผล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วย 80 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วย 5,603 ราย ระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ

ระยะที่ 1 เป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ จากแบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลพัทลุง ประจำปี 2565 จำนวน 116 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ

2.1 ขั้นตอนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 52 คน ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 คน และ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) 8 คน

2.2 ขั้นตอนการทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วย 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก คือ มีอายุ งานและประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ไม่ อยู่ในระหว่างหมุนเวียนการปฏิบัติงาน และยินยอม เข้าร่วมในโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ การ ลาออกหรือโอนย้ายช่วงเวลาที่ทำการศึกษา และ (2) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 21 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก คือ มีผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อดื้อยาชนิด ควบคุมพิเศษ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

ระยะที่ 3 การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุม พิเศษ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอ ผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วย จำนวนรวม ทั้งสิ้น 52 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเลือกและ คัดออกเช่นเดียวกับในระยะที่ 2 (2) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อ ยาชนิดควบคุมพิเศษที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย สามัญแผนกอายุรกรรม 113 ราย คัดเลือกแบบ เจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและคัดออก เช่นเดียวกับในระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิด ควบคุมพิเศษ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อ

ยาชนิดควบคุมพิเศษ และแบบเก็บข้อมูลผลการ ติดตามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ พยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 Appreciation และขั้นตอน ที่ 2 Influence เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามปลายเปิด ในการสนทนากลุ่ม มีข้อความเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัจจุบันของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ เป้าหมายของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล กลวิธีและแนวทางที่จะบรรลุเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 3 Control และทดลองใช้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การ ให้ความรู้พยาบาล และ (2) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษแบบ เกรงครัต ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การ แยกอุปกรณ์ (single) 2) การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) 3) การแยกผู้ป่วย (isolation) 4) การ ป้องกันการแพร่โดยการสัมผัส (precaution) 5) การ ให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ (education) 6) การทำความสะอาดอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม (environment) และ 7) การทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วย (bath)

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดความรู้ของพยาบาล เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิด ควบคุมพิเศษ ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับแนวทาง ปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูล

ทั่วไปของพยาบาล 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรม การประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหรือเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ การประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ เนื้อหาครอบคลุมความหมาย อุบัติการณ์ เกณฑ์การวินิจฉัย และแนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิด 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.2 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มี 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง เท่ากับ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลพัทลุงประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ ประเภทการรับผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ การมีโรคร่วม หอผู้ป่วย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย ตำแหน่งของการติดเชื้อ ชนิดของเชื้อก่อโรค และการได้รับยาปฏิชีวนะ

ระยะที่ 3 การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ ในหน่วยงาน และการประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกับระยะที่ 2 ของ

ขั้นตอนที่ 3 และเพิ่มแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลอีก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ เครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ และการนิเทศติดตาม ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 เห็นด้วย 3 ไม่เห็นด้วย 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 และทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แนวคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่ม แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ แบบวัดความรู้ของพยาบาลเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านการควบคุมการติดเชื้อ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ด้านการวิจัย ตรวจสอบเครื่องมือได้ค่าความตรง (CVI) เท่ากับ 1, 0.85, 0.91 และ 1 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้ของพยาบาล เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-20 (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 2) แบบสังเกตการปฏิบัติ ตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ ทดสอบหาความเท่าเทียมกันจากการสังเกต (inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย 4 คน ได้ค่าความเที่ยงเฉลี่ยที่เห็นพ้องกัน (Percent average agreement) เท่ากับ 1 และ 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพัทลุง เอกสารเลขที่ 12/2566 และมีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย เห็นลงนามในเอกสารยินยอม การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการรักษา ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ แบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ 1) ผู้วิจัยยื่นโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง เพื่อตรวจสอบจริยธรรมในการวิจัย 2) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง 3) ผู้วิจัยประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพัทลุง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลพัทลุง โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลผลการติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษจากรายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลพัทลุง ประจำปี 2565 และรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลจากรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลพัทลุง ประจำปีงบประมาณ 2565

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดประชุมทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้กระบวนการวางแผนด้วยเทคนิค AIC ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การสร้างความซาบซึ้งในคุณค่าตระหนักถึงปัญหา (Appreciation [A]) 1) ทำความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 คน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) 8 คน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาของแต่ละหน่วยงานและผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยา 2) กำหนดเป้าหมายและหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษร่วมกัน

2.2 การสร้างกลวิธีที่จะบรรลุเป้าหมาย (Influence [I]) 1) ค้นหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โดยการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ กำหนดขอบเขตตาม PICO framework⁹ กำหนด P: population or problem ได้แก่ medicine อายุรกรรม I: Intervention or area of interest ได้แก่ MDR guideline แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ C: comparison intervention inpatient ผู้ป่วยใน โดยการเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบต่างๆ ต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ O: outcome ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ อุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ กำหนดการสืบค้นผลงานจาก ThaiJO, ThaiLis, PSU knowledge bank, PubMed, Science Direct, CDC.gov และ Google scholar กำหนดปี พ.ศ. 2556-2566 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ คัดเลือกเรื่องที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 10 เรื่อง เป็นงานวิจัย 1 เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง ใช้เกณฑ์สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute)¹⁰ ประเมินเป็นหลักฐานระดับ 1.b 2 เรื่อง และระดับ 2.d 5 เรื่อง และเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก 3 เรื่อง ประเมินคุณภาพ (AGREE II)¹¹ ได้ผลการประเมินเกินร้อยละ 80

2.3 การสร้างแผนปฏิบัติการและติดตามประเมินผล (Control [C]) 1) จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ (ฉบับร่าง) โดยผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 คน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) 8 คน และนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาล (ฉบับร่าง) ที่ได้ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล และปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม 2) นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ (ฉบับร่าง) ไปทดลองใช้และประเมินผล โดยจัดประชุมเพื่อชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน ในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษและการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ และให้ตอบแบบวัดความรู้ของพยาบาลก่อนการประชุม ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 4 คน ซึ่งเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) เพื่อส่งผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล โดยอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละข้อเน้นการลงบันทึกในแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล นำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (ฉบับร่าง) ไปใช้ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 21 ราย เป็นเวลา 1 เดือน (เมษายน 2566) โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วย 12 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยส่งผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทดสอบหาความเท่าเทียมกันจากการสังเกต และผลการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการทางการพยาบาล (ฉบับร่าง) พบว่าการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ของกลุ่ม

ตัวอย่างโดยรวม สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 83.3 อุบัติการณ์การติดเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ 1.08 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (เดือนเมษายน 2566) จากปัญหาที่พบจากการทดลองใช้และข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพิ่มอีก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ เครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ และการนิเทศติดตามก่อนการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษและประเมินผล

3.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วย 52 คน เพื่อแจ้งผลการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล และทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ที่ปรับปรุงใหม่

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการประชุมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการบรรยาย ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์

3.3 ผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษไปใช้จริง ในผู้ป่วยติดเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 113 ราย เป็นเวลา 6 เดือน (พฤษภาคม ถึงตุลาคม 2566) ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สุ่มสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

3.4 ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบวัดความรู้ของพยาบาลเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

3.5 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอุบัติการณ์การติดเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้ง

สรุปผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้สถิติ Paired t-test การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ และความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ อุบัติการณ์การติดเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การติดเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ ในปี 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ 116 ครั้ง คิดเป็น 0.82 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ถูกต้อง ร้อยละ 74.2 เมื่อพิจารณาตามแต่ละกิจกรรมหลักพบว่า มีการแยกของใช้และวัสดุอุปกรณ์ระหว่างผู้ป่วย ร้อยละ 75.3 ทำความสะอาดมือในการดูแลผู้ป่วยเชื้อคือยาส ร้อยละ 59.5 จัดพื้นที่แยกผู้ป่วยและการปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.4 และบุคลากรใช้อุปกรณ์ป้องกันเหมาะสม ร้อยละ 84.5

2. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การให้ความรู้พยาบาล (2) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษแบบเคร่งครัด ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การแยกอุปกรณ์ (single) 2) การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) 3) การแยกผู้ป่วย (isolation) 4) การป้องกันการแพร่โดยการสัมผัส

(precaution) 5) การให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ (education) 6) การทำความสะอาดอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม (environment) และ 7) การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย (bath) (3) เครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ และ (4) การนิเทศติดตาม

3. ผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล 52 คน พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 51.9 รองลงมา อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 36.6 ส่วนใหญ่จบ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.1 และมี ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านพยาบาลน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 73.1 ประสบการณ์พยาบาลด้านอายุรกรรม

ส่วนใหญ่น้อยกว่า 6 ปี มากที่สุด รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 65.4 และร้อยละ 15.4 ตามลำดับ ไม่เคยประชุมหรืออบรมเรื่องการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อ ร้อยละ 57.7 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.2 ไม่เคยประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในขณะที่ส่วน ใหญ่ ร้อยละ 90.4 ปฏิบัติงานดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยติด เชื้อดื้อยา

3.2 ความรู้ของพยาบาล เรื่องการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ พบว่าคะแนนความรู้หลังการใช้แนวทางปฏิบัติการ พยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้ ($t = -6.39, P < .01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล (n=52)

| คะแนนความรู้ | Mean | SD | t | p |
|--------------|-------|------|-------|-------|
| ก่อน | 15.15 | 3.29 | -6.39 | .000* |
| หลัง | 18.37 | 1.39 | | |

* p<.01

3.3 การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิด ควบคุมพิเศษ พบว่าคะแนนการปฏิบัติตามแนวทาง ปฏิบัติการพยาบาล ในระยะทดลองใช้ โดยรวมปฏิบัติ ได้ถูกต้อง ร้อยละ 83.3 พิจารณาตามกิจกรรมหลัก พบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการ แพร่โดยการสัมผัส และการทำความสะอาดมือ ร้อยละ 89.9, 87.1 และ 85.1 ตามลำดับ กิจกรรมที่ ปฏิบัติถูกต้องน้อยสุด ได้แก่ การทำความสะอาด

อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 76.2 และคะแนนการ ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ในระยะใช้ จริงโดยรวมปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 91.4 พิจารณา ตามกิจกรรมหลัก พบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้อง สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ การป้องกันการแพร่โดยการสัมผัส และการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 98.3, 93.8 และ 92.7 ตามลำดับ กิจกรรมที่ปฏิบัติ ถูกต้องน้อยสุด ได้แก่ การแยกอุปกรณ์ ร้อยละ 85.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติที่ตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ ในระยะทดลองใช้และระยะใช้จริง (n=52)

| กิจกรรม | ระยะทดลองใช้ | | ระยะใช้จริง | |
|---|----------------|-------------|--------------------|-------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. Single: การแยกอุปกรณ์ | 91/112 | 80.9 | 131/154 | 85.1 |
| 2. Hand hygiene: การทำความสะอาดมือ | 164/193 | 85.1 | 242/264 | 91.7 |
| 3. Isolation: การแยกผู้ป่วย | 39/47 | 83.5 | 59/64 | 92.2 |
| 4. Precautions: การป้องกันการแพร่โดยการสัมผัส | 143/164 | 87.1 | 211/225 | 93.8 |
| 5. Education: การให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ | 68/85 | 80.8 | 114/116 | 98.3 |
| 6. Environment: การทำความสะอาดอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม | 99/130 | 76.2 | 157/178 | 88.2 |
| 7. Bath: การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย | 63/70 | 89.9 | 89/96 | 92.7 |
| รวม | 667/801 | 83.3 | 1,003/1,097 | 91.4 |

3.4 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อ ระดับมาก ดังตารางที่ 3
แนวทางปฏิบัติการพยาบาล โดยรวมและรายชื่ออยู่ใน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ (n=52)

| ความคิดเห็น | Mean | SD | Level |
|---|-------------|------------|------------|
| 1. เนื้อหาครอบคลุม ชัดเจน เข้าใจง่าย | 3.25 | .56 | มาก |
| 2. นำสู่การปฏิบัติได้ง่ายมากกว่าแนวทางปฏิบัติเดิม | 3.25 | .44 | มาก |
| 3. ช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ | 3.38 | .49 | มาก |
| 4. เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ | 3.35 | .52 | มาก |
| 5. ช่วยให้ปฏิบัติการลดเชื้อดื้อยาลดลง | 3.35 | .56 | มาก |
| โดยรวม | 3.32 | .43 | มาก |

3.5 อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษลดลงหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล จาก 0.88 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน เป็น 0.30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน

อภิปรายผล

การศึกษาศถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ จากผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ ในปี 2565 พบอุบัติการณ์การ

ติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ 0.82 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และจากผลการติดตามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบมีการปฏิบัติได้ถูกต้องในภาพรวม ร้อยละ 74.2 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เช่นเดียวกับผลจากการสุ่มสังเกตการปฏิบัติของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง¹² พบมีการปฏิบัติตามแนวทางถูกต้อง ร้อยละ 62.5 และเมื่อพิจารณาสาเหตุพบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไม่

ครอบคลุม ได้แก่ มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อมีและไม่มีการแยกผู้ป่วยที่ชัดเจน และไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายในการดูแลผู้ป่วย ที่สำคัญไม่ตระหนักในการทำ ความสะอาดมือก่อนและหลังดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับรายงานผลการเยี่ยมตรวจประเมินและนิเทศติดตามของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง¹³ พบว่าพยาบาลขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมี

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลพัทลุงที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (1) การให้ความรู้พยาบาล และ (2) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษแบบเคร่งครัด (3) เครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ และ (4) การนิเทศติดตาม โดยแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีชนิดควบคุมพิเศษได้สะดวกขึ้น ด้วยมีแนวทางที่ชัดเจนในการจัดการเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อมีในหอผู้ป่วย และเมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติเดิม พบว่า พยาบาลมีความรู้เรื่องเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษเพิ่มขึ้น มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนตรงกับบริบทของผู้ปฏิบัติที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมี และสร้างความตระหนักในการปฏิบัติงานแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีในโรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์¹² ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมี การให้ความรู้ การนิเทศและการสนับสนุนเครื่องมือ การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อคือยาสควบคุมพิเศษโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย¹⁴ ประกอบด้วย การให้ความรู้ แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ เครื่องมือสนับสนุนและการนิเทศ โดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมและการพัฒนารูปแบบการ

พยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อคือยาสด้านจุลชีพ โรงพยาบาลสกลนคร¹³ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมี แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาส การแยกผู้ป่วย การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การทำความสะอาดมือ ฯลฯ

ผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง ดังนี้

1. ความรู้ของพยาบาลเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสชนิดควบคุมพิเศษ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การให้ความรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พยาบาลได้รับข้อเท็จจริง หรือเป็นสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ โดยในการศึกษาคั้งนี้ได้ให้ความรู้ด้วยการบรรยาย สื่อสารแนวปฏิบัติที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย ตรงประเด็น และสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ การติตโปสเตอร์ กระตุ้นเตือน รวมทั้งการทดสอบความรู้ความเข้าใจของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีแบคทีเรียคือยาสควบคุมพิเศษ¹⁵ พบว่าความรู้ของบุคลากรสุขภาพงานผู้ป่วยหนักหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) การศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาสด้านจุลชีพ โรงพยาบาลสกลนคร¹³ พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และ การศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีคือยาสในโรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์¹² พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีคือยาสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

2. การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ พบว่าการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 91.3 (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาตามกิจกรรมหลักพบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ การป้องกันการแพร่โดยการสวมหน้ากาก และการแยกผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 98.3, 93.8 และ 92.2 ตามลำดับ โดยกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติถูกต้องได้น้อยที่สุด ได้แก่ การแยกอุปกรณ์ ร้อยละ 84.4 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นมาจากความร่วมมือของทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ร่วมกันระดมสมองในการพัฒนา โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลสามารถแก้ไขและจัดการได้ตรงกับปัญหา นอกจากนี้มีการสนับสนุนเครื่องมือที่ส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลฯ อาทิเช่น คำนแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาติพร้อม QR code วิดีโอการทำความสะอาดมือ สอดคล้องกับการศึกษาหลายโรงพยาบาล อาทิเช่น การศึกษาแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) แนวปฏิบัติที่ครอบคลุมกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสาร การจัดสถานที่แยกผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม การลดปริมาณเชื้อบนร่างกาย การจำหน่ายผู้ป่วย 3) เครื่องมือสนับสนุน 4) การนิเทศโดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม¹⁴ พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้ในระดับสูงสามารถทำได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ได้แก่ การล้างมือตามหลัก 5 moments การถอดถุงมือและล้างมือทุกครั้งหลังเสร็จกิจกรรม และการแยกอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวผู้ป่วย ส่วนการปฏิบัติที่พยาบาลปฏิบัติได้ไม่

ถึงร้อยละ 80 คือ การแยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก หรือบริเวณแยกเฉพาะ¹⁶

3. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ พบว่าความคิดเห็นโดยรวมและรายชื่ออยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีเนื้อหาเข้าใจง่าย ครอบคลุมและตรงประเด็น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่หรือมีประสบการณ์การทำงานน้อยสามารถเข้าใจและนำสู่การปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย สำหรับแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ที่พัฒนาขึ้น พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน¹⁴ การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem (CRE) ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ภาพรวมมากขึ้น¹⁷ และการศึกษาผลของการปฏิบัติด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล อ่างทอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจต่อแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับสูงเช่นกัน¹⁸ ดังนั้นการมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลผู้ปฏิบัติ ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลง่ายขึ้น ส่งผลทำให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพมากขึ้นตามมา

4. อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ ลดลงจาก 0.88 เป็น 0.30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน

(ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบว่าหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลการติดเชื้อดื้อยาลดลง^{13,15,19,20} การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติทำให้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลฯ สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมถึงการสร้างความตระหนักในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษ และมีการติดตามผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่องส่งผลสู่การลดเชื้อดื้อยาลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาชนิดควบคุมพิเศษที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางในการให้บริการในหอผู้ป่วยแผนกอื่น พร้อมมีการประเมินผล ส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องอื่น โดยผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม และมีการติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลและนำมาทบทวน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล และศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล รวมทั้งกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล และศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้ข้อมูลหรือการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย

References

1. Bureau of Environmental Health Department of Health Ministry of Public Health. Guidelines for monitoring antimicrobial resistance in hospital wastewater systems. [Internet]. 2023. [cited 2023 April 30] Available from <https://env.anamai.moph.go.th/web->. Thai.
2. Eibicht SJ, Vogel U. Meticillin- resistant staphylococcus aureus (MRSA) contamination of ambulance cars after short term transport of MRSA-colonised patients is restricted to the stretcher. J. Hosp Infect. 2011; 78: 221-5.
3. Chonlathit Bunruam, Akeau Unahalekhaka, Wanchai Lertwatthanawilat. Factors Predicting Practices in Prevention of Drug Resistant Organism Transmission Among Registered Nurses in Regional Hospitals. Nursing Journal. 2020; 47(2): 133-142. Thai.
4. Paiboon Wattanasiritham, Wichian Srilukwa. Techniques for building future. [Internet]. 2009. [cited 2023 April 30] Available from <http://gotoknow.org/blog/paiboon/260442>. Thai.
5. Infection Prevention and Control Unit in Phatthalung Hospital. Report on surveillance of infections in Phatthalung Hospital 2022. 2023. Phatthalung Hospital. Thai.

6. Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Nursing standards in hospitals. [Internet]. 2008. [cited 2023 April 30]; Available from <http://164.115.27.97/digital/files/original/91db3f6bd45b4add146cf7fe6f5b638f.pdf> Thai.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006. 2017. [cited 2023 April 30]; Available from <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/> Thai.
8. Smith WE. Where dose power come from. [Internet]. 2004. [cited 2023 April 30]; Available from http://www.odii.com/Papers/transforming_organizations.html
9. Sackett, D. L., William, M.C., Rosenberg, J.A., Gray, M., Haynes, B.R., & Richardson, W. S. Evidence based medicine. Medical journal. 1996; 48 (1):71-71.
10. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. 2014 Edition, The Joanna Briggs Institute. 2014. [cited 2023 April 30]; Available from <https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>
11. Institute for Medical Technology Research and Evaluation, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II. 2013. [cited 2023 April 30]; Available from <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf> Thai.
12. Benjawan Nakornpat , Nannapat Kalapak , Anthika Srisubut. The development of patients care with drug Resistant organisms in chumphon khet udomsakdi hospital. Primary Health Care Journal (Northeastern Edition). 2023;38(2): 35-51. Thai.
13. Ponglada Ruksakun, Nattawipa Boonkirdram, Kamonwan Promudom, Boonmee Meeprasert. Development of nursing model for prevention and control of antimicrobial-resistant bacteria transmission Sakon Nakhon hospital. Nursing Health and Education Journal. 2023;6(1): 32-45. Thai.
14. Boonyarat Ratanaprappa. The system development for prevention and control of specially controlled multidrug resistant bacterial infection in Srisangworn Sukothai Hospital. Nursing Health and Public Health Journal. 2023;2(1): 1-17. Thai.
15. Nattaya Parikumsil, Supra Pengluo, Sonjai Saysom. Effects of the prevention and control program for special types of multi-drugs-resistant bacterial on knowledge and practices among health care workers in intensive care unit, Photharam hospital. Hua Hin Medical Journal. 2018;3(2): 49-57. Thai.
16. Pornpimol Attapornkusol, Pornapa Aiumlaor, Jiraporn Khumsri, Sinjai Khuanped, Nipaporn Changsena, Naiyana Wattanakul. The outcomes of applying nursing practice guidelines in prevention and control of antimicrobial-resistant infections at Nopparat Rajathanee hospital. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2021; 3(3): 1-15. Thai.

17. Supaporn Sripanom, Donwiwat Saensom. Effects of the WHAPO-CRE clinical nursing practice guideline among intubated patients. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020;38(4):181-190. Thai.
18. Aussadang Suton. Effectiveness of an integrated approach to promote the drug-resistant bacterial infection prevention and control guideline in Angthong Hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2020;6(12):70-80. Thai.
19. Supattra Uppanisakorn, Kuntira Tinnikom, Jaruwan Boonyarat. The outcome of control the bacterial multidrug-resistant in medical ICU, tertiary hospital. *Regional 11 Medical Journal*. 2017;31(4): 649-56. Thai.
20. Somthawin Amphonareekul, Somrak Sirikhetrakon. Effect of caring multidrug-resistant bacteria in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute*. 2022;6(2):61-71. Thai.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

| | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| เย็นจิต มิตทัฬหะ* | พย.บ. |
| จารุพัทธ์ สุขุมลพิษ** | พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) |
| มะลิวรรณ อังคนิตย์*** | ปร.ด.(วิจัยและประเมินทางการศึกษา) |

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) ผู้ป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 ที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 ราย และกลุ่มทดลอง 40 ราย และ (2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ pair t – test

ผลการวิจัย พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (3) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล น้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.80, SD .48) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.71, SD .38)

คำสำคัญ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความพึงพอใจของพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด Email: yenjit1975@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนากการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effects of Using Nursing Practice Guidelines to Promote Success in Weaning from a Ventilator in Male Medical Ward 4 Unit, Roi Et Hospital

| | |
|-------------------------|---|
| Yenjit Mudtupthai* | B.N. |
| Jarupak Sukhumalpitak** | M.S.N. (Adult Nursing) |
| Maliwan Angkhanit*** | Ph.D. (Educational Research and Evaluation) |

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of the nursing practice guidelines to promote successful ventilator weaning of critically ill patients. The sample consisted of (1) 80 critically ill patients receiving mechanical ventilator in the male medical ward 4, divided into 40 patients in the control group and 40 patients in the experimental group, and (2) 27 professional nurses working in the male medical ward 4. The research instrument included the nursing practice guidelines to promote successful ventilator weaning of critically ill patients, and the questionnaire on feasibility and satisfaction of the professional nurses towards the nursing practice guidelines, yielding reliability values of .90 and .89, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and paired t – test.

The research results revealed that the usage of the nursing practice guidelines to promote successful ventilator weaning was divided into 3 phases: (1) pre-weaning phase, (2) weaning phase, and (3) post-weaning phase. After using the nursing practice guideline, the patients in the experimental group were significant success weaning from the ventilator than the control group ($p < .05$). The patients in the experimental group had significant lower hours spent on ventilator weaning, less hospital stays, and lower medical expenses than in the control group ($p < .05$). The overall average score on the nurses' opinion towards the possibility of using the nursing practice guidelines was at a high level (Mean 3.80, SD .48). The overall satisfaction score of the nurses towards using the nursing practice guidelines was at a high level (Mean 3.71, SD .38).

Key words: nursing practice guidelines to promote successful ventilator weaning, success ventilator weaning, nurses' satisfaction

* Professional nurses, Head of the Medical Male Care Unit 4, Roi Et Hospital

** Professional nurses, Head of the Medical Intensive Care Unit 3, Roi Et Hospital

** Professional nurses, Head of Nursing Research and Development Group Roi Et Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก เครื่องช่วยหายใจเป็นอีกหนึ่งวิธีของการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงสำหรับช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติของระบบทางเดินหายใจ เพื่อช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนอย่างเหมาะสม¹ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอด หลอดลมหรือสาเหตุอื่น เช่น หลังผ่าตัด เป็นต้น แม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ แต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มหายใจได้บ้างแล้ว จำเป็นต้องลดความเข้มข้นของปริมาณออกซิเจนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพิษจากการได้รับออกซิเจนในปริมาณที่มากเกินไปหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากการลดลงของ Sympathetic tone หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะน้ำเกิน ภาวะลมปอดแตก ปอดแฟบ ภาวะกรดต่างจากการหายใจ ขาดสารอาหาร ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากการหลังกรดที่เกิดจากความเครียดมากเกินไป² การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานโดยไม่มี การหย่าเครื่องช่วยหายใจอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อและเส้นประสาทอ่อนแรง² ทำให้หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบากมากขึ้น¹ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นจากการดูแลรักษา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลวแล้วจำเป็นต้องได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยเร็วเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ลดค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษา อัตราตาย ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะวันนอนในโรงพยาบาล³

กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง

ช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความยากง่ายในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่แตกต่างกัน การตัดสินใจหย่าเครื่องช่วยหายใจนอกจากผู้ป่วยมีอาการจะดีขึ้นแล้ว จะต้องพิจารณาถึงระยะเวลาและวิธีการเริ่มต้นการหย่าเครื่องช่วยหายใจ วิธีที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยขณะทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจและหยุดทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ⁴ สมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งอเมริกา⁵ ได้กำหนดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ: pre-weaning phase (2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ: weaning phase และ (3) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ: weaning Outcome phase ซึ่งกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจใช้ระยะเวลานานถึงร้อยละ 40 - 50 ของระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด⁶ การหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ประสบผลสำเร็จนั้น ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้นพยาบาลควรใช้เกณฑ์ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และเพื่อหลีกเลี่ยงการตอบสนองเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างหย่าเครื่องช่วยหายใจ³ การหย่าเครื่องช่วยหายใจจึงเป็นกระบวนการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และเป็นความท้าทายของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถประเมินและเตรียมความพร้อมสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุน

วารสารกองการพยาบาล

ให้กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยวิกฤติทางอายุรกรรมและผู้ป่วยสามัญทั่วไป เพื่อรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน มีจำนวนเตียงรวม 34 เตียง โดยแบ่งเป็นเตียงรับผู้ป่วยวิกฤติและใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 8 เตียง และเตียงรับผู้ป่วยสามัญทั่วไปจำนวน 26 เตียง จากสถิติการให้บริการของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมชาย 4 ในปี พ.ศ. 2564 – 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 1,136 และ 950 รายตามลำดับ โดยมีอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยคิดเป็นรายเดือนร้อยละ 23.64 และ 26.31 ตามลำดับ ในจำนวนนี้ยังพบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นเป็นจำนวนครั้งต่อ 1,000 วันนอน คือ 3.73 และ 9.13 ตามลำดับ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้สูงขึ้นตามไปด้วย เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ คือ การให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุดอย่างไรก็ตาม การหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เร็วเกินไป อาจทำให้เกิดการใส่ท่อซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของหลอดลม การเกิดภาวะขาดออกซิเจนและการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อ เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ครั้ง กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำพบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมีความเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบถึง 8 เท่าหรือมากกว่า และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นถึง 6 - 12 เท่า นอกจากนี้ ถ้ามีการหย่าเครื่องช่วยหายใจซ้ำเกินไปในขณะที่ผู้ป่วยมีความพร้อม อาจทำให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกหรือใส่ท่อช่วยหายใจนานโดยไม่จำเป็น ส่งผลทำให้เกิดอัตรา

ครองเตียงที่สูงขึ้น ดังนั้นการใส่ท่อช่วยหายใจนานเกิน 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขสาเหตุแล้ว ควรได้รับการพิจารณาประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

แนวปฏิบัติกรพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) เป็นข้อกำหนดเพื่อช่วยพยาบาลตัดสินใจใช้การคิดวิเคราะห์ร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน แนวปฏิบัติกรพยาบาลถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ ส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น⁷ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 พบว่า จะเริ่มทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้จึงมีคำสั่งให้หย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลจึงทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจและประเมินผลและรายงานผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจแก่แพทย์เมื่อสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ พยาบาลต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังถอดท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 24 - 72 ชั่วโมง การวิเคราะห์สาเหตุของการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 พบว่า บุคลากรไม่ได้นำแนวปฏิบัติพยาบาลมาใช้อย่างจริงจัง ยังขาดทักษะในการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประเมินและการปฏิบัติของพยาบาลขึ้นกับทักษะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จึงทำให้มีการปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติขึ้นกับการตัดสินใจของแพทย์เท่านั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารของหน่วยงานตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อม

วารสารกองการพยาบาล

ผู้ป่วยสำหรับหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ประสบผลสำเร็จและเกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจของวัชรพันธ์⁷ เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับหย่าเครื่องช่วยหายใจประเมินผลลัพธ์จากความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จโดยไม่มีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง) จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองในเรื่องต่อไปนี้ 1) ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จโดยไม่มีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง) 2) จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 4) ค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

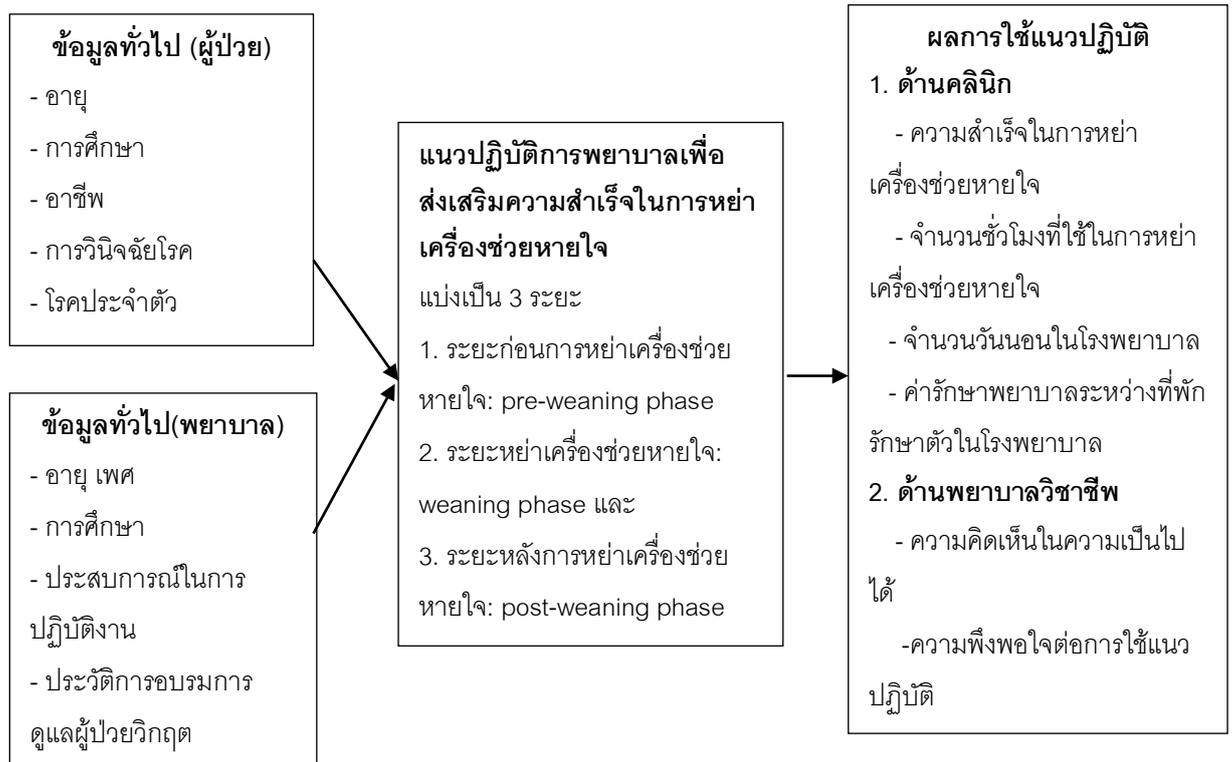
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความสำเร็จในการหย่าเครื่อง

ช่วยหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามปกติ

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงมาจากวัชรพันธ์⁷ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (pre-weaning phase) (2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning phase) และ (3) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (post-weaning phase) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ จากความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จโดยไม่มีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง) จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ความคิดเห็นในความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติของพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 จำนวน 27 คน นำมาศึกษาทั้งหมด

2. กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกันยายน – ตุลาคม 2566 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหายใจล้มเหลว ได้รับการรักษาโดย

การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์มีคำสั่งให้หย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้รับประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจผ่านเกณฑ์ รู้สึกตัว สื่อสาร รู้เรื่อง และผู้ป่วยหรือญาติยินยอม/สมัครใจ เข้าร่วม และตามเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และทำให้มีผลต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง และการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย แพทย์ให้การรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่ถูกย้ายออกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 ก่อนสิ้นสุดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนเข้าสู่กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิจัย⁷ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

วารสารกองการพยาบาล

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 39 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมและความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10%⁸ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมด 80 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 ราย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE 086/2566 ลงวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัด คือ การปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยการลงรหัสแทนชื่อ นามสกุล การรักษาความปลอดภัยในการจัดเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากกรวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจของวัชรพันธ์⁷ และการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ (3) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังรูปภาพที่ 2 2) แบบบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning Record) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับการ

รักษาพยาบาล แบบประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และสภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

3) แบบบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาล การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต การมีความรู้ทางการพยาบาลเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ชั่วโมงในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล

3) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 6 ข้อ แต่ละข้อ มีคะแนนน้อยสุด คือ 1 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ น้อยที่สุด ค่าคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ มากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด คือ 6 คะแนน สูงสุด คือ 30 คะแนน

4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 9 ข้อ คะแนนน้อยสุดคือ 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ระดับต่ำมาก คะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อ

วารสารกองการพยาบาล

Step 1. ประเมินความพร้อมในการผ่านเครื่องช่วยหายใจ

| Clinical** | Parameter** |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. อาการของโรคที่กำเริบตั้งเิ่มเครื่องช่วยหายใจขึ้น | <input type="checkbox"/> 1. Sat O ₂ > 95%; PaO ₂ > 65 mmHg |
| <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี ACS, CHF, Life threatening arrhythmia | <input type="checkbox"/> 2. FiO ₂ ≤ 0.4, PEEP ≤ 5 |
| <input type="checkbox"/> 3. ดีเด็, No severe brain edema | <input type="checkbox"/> 3. TV > 5 cc/kg |
| <input type="checkbox"/> 4. No muscle relaxant/sedative drug | <input type="checkbox"/> 4. MV 5-12 LPM |
| <input type="checkbox"/> 5. No low dose inotropic drug (dopamine/dobutamine < 5 µg/kg/min) | <input type="checkbox"/> 5. RSBI (RRVVT) < 105 |
| <input type="checkbox"/> 6. RR < 30/min | ใช้แบบฟอร์มการประเมินการผ่านเครื่องช่วยหายใจ |
| <input type="checkbox"/> 7. BP > 90/60, < 180/110 mmHg | |
| <input type="checkbox"/> 8. HR 50-120/min | ** คือผ่านเกณฑ์ทุกข้อ |
| <input type="checkbox"/> 9. Electrolyte, Mg, Ca, P ปกติ | ** กรณี parameter ข้อ 3, 4, 5 ผ่านไม่ครบทุกข้อให้แพทย์พิจารณา |
| <input type="checkbox"/> 10. Hct ≥ 30%, แอลบูมิน Hb > 7 g/dl | ประเมินโดย _____ |

เกณฑ์ในการยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

- กระสับกระส่าย, เหนื่อยแตก, ตัวเย็น
- ชีเยว, ไร้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ
- ซึมลง
- มีการเปลี่ยนแปลงของ vital signs อย่างมาก
- RR > 30 /min หรือ < 10/min
- HR > 120 /min หรือเพิ่ม > 20/min
- SBP < 90 mmHg หรือ > 180 mmHg หรือเปลี่ยนแปลง > 20 mmHg
- DBP < 60 mmHg หรือเปลี่ยนแปลง > 10 mmHg
- SpO₂ < 95%
- PVC > 6 bpm
- TV < 200 cc

* หากมีข้อใดข้อหนึ่งให้ยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

** หากยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้ระบุสาเหตุในช่อง Remark

Step 2. ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Mode of weaning Spontaneous + PS T-piece 10 LPM

Date _____ Time _____

ประเมินโดย _____

Monitoring Parameter***

- 1. ระดับความรู้สึกตัวคืน
- 2. ไม่กระสับกระส่าย, เหนื่อยแตก, ตัวเย็น
- 3. ไม่เหนื่อยขึ้น, ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ, no cyanosis
- 4. RR < 30/min
- 5. HR 50-120/min
- 6. BP > 90/60, < 180/110 mmHg
- 7. Sat O₂ > 95% หรือ PaO₂ > 60 mmHg
- 8. No life threatening, arrhythmia, PVC < 6 bpm

*** - ประเมินเมื่อคืนที่ 1, 15 นาที, 30 นาที, 1 ชั่วโมง

ประเมินทุก 1 ชั่วโมงจน stable > 4 ชั่วโมง

หลังจากนั้นประเมินทุก 2-4 ชั่วโมง

และบันทึกถึงแพทย์

- หากไม่ผ่านเพียง 1 ข้อให้ยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

และกลับไป on setting เดิมก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Ventilator Record Form (สำหรับหน่วผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมขยาย)

| Date | Vital signs | | | Spontaneous parameter | | | ETT depth | | Clinical | | | | Medication | Remark |
|-----------|-------------|----|----|-----------------------|-----|----|-----------------|------------|----------|-------|---------------------------|---------------|------------|--------|
| | T | HR | RR | BP | TV | MV | SO ₂ | Cuff Press | มี | ไม่มี | ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ | No arrhythmia | | |
| Ex 1-7-66 | 36 | 72 | 20 | 120/80 | 400 | 8 | 98 | 22/20 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 9.00 น. | | | | | | | | | | | | | | |

⇒ = Start weaning ⇐ = End weaning (ให้ระบุสาเหตุการหยุด weaning ที่ remark)

Step 3. ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ***

- 1. หายใจได้ดี ติดต่อกัน อย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง
- 2. มีแรงไอได้ดี
- 3. ความถี่ในการดูดเสมหะ < 2 ครั้ง ใน 2 ชั่วโมง
- 4. ประเมิน cuff leak test เพียงรอบการวัดคลื่นหัวใจ

*** ข้อ 1-3 ถ้าผ่านครบทุกข้อให้ปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ

ข้อ 4 ถ้า cuff leak test negative ให้แพทย์เป็นผู้พิจารณา

เกณฑ์การยุติการ wean

*** หากไม่ผ่านเพียง 1 ข้อให้ยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และกลับไป on setting เดิมก่อน wean***

- 1. ระดับความรู้สึกตัวคืน
- 2. ไม่กระสับกระส่าย, เหนื่อยแตก, ตัวเย็น
- 3. ไม่เหนื่อยขึ้น, ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ, no cyanosis
- 4. RR < 30/min
- 5. HR 50-120/min
- 6. BP > 90/60, < 180/110 mmHg
- 7. Sat O₂ > 95% หรือ PaO₂ > 65 mmHg
- 8. No life threatening, arrhythmia, PVC < 6 bpm

ข้อปฏิบัติก่อนถอดท่อช่วยหายใจ

- NPO อย่างน้อย 4 ชั่วโมง
- ดูดูแลระบบใน ETT และช่องปากให้หมัดก่อนถอดท่อช่วยหายใจ
- พ่นยาขยายหลอดลมก่อน 15 นาทีก่อนถอดท่อช่วยหายใจ
- เตรียม O₂ mask with nebulizer ให้พร้อม
- จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่ง
- ถอดท่อช่วยหายใจออกในขณะที่ยังช่วยกำลังหายใจเข้า
- สังเกตอาการ Vital signs อย่างใกล้ชิด ในนาทีที่ 5, 15, 30 นาที และ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 2-4 ชั่วโมง
- NPO ต่ออย่างน้อย 4 ชั่วโมง

$$\text{Weaning success rate (\%)} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ cff ETT ได้สำเร็จนาน > 72 ชั่วโมง (ราย)}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการ weaning (ราย)}} \times 100$$

* หมายเหตุ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการ weaning หมายถึง

1. จำนวนผู้ป่วยที่ wean ด้วย O₂ T-piece (ราย)
2. จำนวนผู้ป่วยที่ wean ด้วย mode of weaning (ราย) เช่น SIMV c PS, CPAP c PS เป็นต้น

รูปภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

วารสารกองการพยาบาล

แนวปฏิบัติ ระดับสูงมาก คะแนนรวมต่ำสุด คือ 9
คะแนนสูงสุด คือ 45 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลตาม
แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจและแบบบันทึก
การหยาเครื่องช่วยหายใจ ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
ตรวจสอบความครอบคลุม ชัดเจน ด้านเนื้อหา ความ
ถูกต้องเหมาะสมของภาษาและ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อ
ปรับปรุงแก้ไข ได้ค่า CVI เท่ากับ .90 แบบสอบถาม
ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ
และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ได้ค่า
IOC อยู่ระหว่าง .60-1.00 ทดลองใช้กับพยาบาล
วิชาชีพและผู้ป่วยวิกฤตในระยหยาเครื่องช่วยหายใจ
ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย หาค่า
ความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
เท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลใน
โรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ
ผู้เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น
2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้น ตอน การเตรียมผู้ประเมิน
(พยาบาล) 1) ชี้แจงข้อมูล รายละเอียดในขั้นตอน
ต่างๆ ชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล และ
เปิดโอกาสให้ซักถามได้จนหมดข้อสงสัย 2) ฝึกทักษะ
การใช้แบบประเมินเก็บข้อมูลก่อนการเข้าร่วม
โครงการ โดย ผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้แบบประเมินตาม
แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจและแบบบันทึก
การหยาเครื่องช่วยหายใจ แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่
ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย สาธิตการใช้แบบประเมินและ
ให้ลงมือปฏิบัติ สาธิตย้อนกลับ จนเกิดความเข้าใจ
และปฏิบัติได้

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) **กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติ
ประเมินผู้ป่วยในการหยาเครื่องช่วยหายใจตามรูป
แบบเดิม เก็บข้อมูลจนครบ 40 ราย จึงเริ่มเก็บ
กลุ่มทดลอง

2) **กลุ่มทดลอง** เก็บข้อมูล ช่วงเวลาดังแต่
1-31 ตุลาคม 2566 จำนวน 40 ราย โดยเมื่อผู้ป่วย
วิกฤตอายุรกรรมเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย
อายุรกรรมชาย 4 และยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้
ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตาม
แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย
การปฏิบัติการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนหยา
เครื่องช่วยหายใจ ระยะหยาเครื่องช่วยหายใจ และ
ระยะหลังหยาเครื่องช่วยหายใจ เมื่อเข้ารับการดูแล
รักษาทันทีจนย้ายออกจากหน่วยงานหรือจำหน่าย
กลับบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพ
ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากหน่วยงานหรือ
จำหน่ายกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติด้วย
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและของ
ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยการ แจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติ
Chi-square test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสำเร็จ
ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ชั่วโมงในการหยา
เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล
ค่ารักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองโดยใช้สถิติ Pair t- test

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

วารสารกองการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยชายทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ ≥ 70 คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60 - 69 ปี คิดเป็น ร้อยละ 37.5 รองลงมา มีอายุ ≥ 70 คิดเป็นร้อยละ 35.5 โดยทั้ง 2 กลุ่มมีช่วงอายุใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมมีการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุดร้อยละ 52.5 ส่วนกลุ่มทดลองมีการวินิจฉัยโรคการติดเชื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 70 และมีอาชีพเป็นเกษตรกรในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 57.5 ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 62.5

1.2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 27 ราย เป็นเพศหญิง 25 ราย ร้อยละ 92.59 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 26 - 30 ปี ร้อยละ 37.04 วุฒิการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 96.30 มี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรม 1 - 3 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.74 รองลงมา มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรม 4 - 6 ปี ร้อยละ 29.63 เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 7.41 ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 92.5

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ด้านผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า

หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล น้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม

| รายการ | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | t | p |
|--|-------------|-----------|------------|----------|--------|-------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| 1.ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ | | | | | | |
| สำเร็จ | 24 | 54.5 | 35 | 87.5 | -2.718 | .010* |
| ไม่สำเร็จ | 16 | 36.4 | 5 | 12.5 | | |
| 2.จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ | 60.68 | 6.78 | 30.60 | 3.46 | 4.222 | .000* |
| 3.จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล | 11.05 | 1.52 | 6.70 | .54 | 2.626 | .012* |
| 4.ค่ารักษาพยาบาลระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล | 45,558.00 | 28,161.68 | 6,273.81 | 3,124.76 | 2.577 | .014* |

*P < .05

2.2 ด้านพยาบาลวิชาชีพ

1) ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล มีค่าคะแนน

เฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.80, SD .48) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูง

วารสารกองการพยาบาล

ที่สุดเท่ากัน 2 ข้อ คือ ด้านประสิทธิผลของการใช้
แนวปฏิบัติ และด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน (Mean 3.88, SD .34)
รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเป็นไปได้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (n=27)

| รายการ | Mean | SD | ระดับ |
|---|-------------|------------|------------|
| 1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ | 3.83 | .56 | มาก |
| 2. ความชัดเจนของข้อเสนอนี้ในแนวปฏิบัติ | 3.83 | .56 | มาก |
| 3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน | 3.71 | .46 | มาก |
| 4. ความประหยัด (ประหยัดและลดต้นทุน) | 3.67 | .65 | มาก |
| 5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ | 3.88 | .34 | มาก |
| 6. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน | 3.88 | .34 | มาก |
| รวม | 3.80 | .48 | มาก |

2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการ
ใช้แนวปฏิบัติพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก
(Mean 3.71, SD .38) เมื่อพิจารณาข้อ พบว่า ข้อ
ที่มี ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสำเร็จในการ
หย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
(Mean 3.83, SD .56) รองลงมา คือ การนำ
แนวปฏิบัติไปใช้จริง (Mean 3.79, SD .41) และข้อที่มี
ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้
อย่างต่อเนื่อง (Mean 3.50, SD .51) รายละเอียด
แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ (n=27)

| รายการ | Mean | SD | ระดับ |
|---|-------------|------------|------------|
| ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม | 3.83 | .56 | มาก |
| การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปปฏิบัติจริง | 3.79 | .41 | มาก |
| การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้อย่างต่อเนื่อง | 3.50 | .51 | มาก |
| ความยาก-ง่าย ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ | 3.67 | .65 | มาก |
| นโยบายของหน่วยงานในการใช้ปฏิบัติการพยาบาลฯ | 3.75 | .61 | มาก |
| รูปแบบวิธีการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ | 3.71 | .55 | มาก |
| รูปแบบวิธีการบันทึกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ | 3.71 | .46 | มาก |
| ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยขณะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ | 3.75 | .53 | มาก |
| การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ | 3.67 | .48 | มาก |
| รวม | 3.71 | .38 | มาก |

อภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และไม่เกิดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มทดลองสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.010$) ค่ารักษาพยาบาลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ชั่วโมงการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มทดลอง ค่ารักษาพยาบาล จำนวนวันนอน ชั่วโมงการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีจำนวนลดลง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษา^{10, 11, 12, 13} ที่พบว่าความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้และระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้ แสดงให้เห็นว่าการนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากขึ้นและลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับ ผลการศึกษา¹⁴ ที่พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การ Re-intubation ระยะเวลาเฉลี่ยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ลดลง จำนวนวันที่เฉลี่ยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจลดลง และสอดคล้องกับผลการศึกษา⁷ ที่พบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มทดลอง มีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แม้ว่าการทดสอบทางสถิติจะไม่พบความแตกต่างของระยะเวลาในการใช้และหย่าเครื่องช่วยหายใจ

($p=.057$) แต่ทั้งระยะเวลาของการใช้และหย่าเครื่องช่วยหายใจลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มทดลอง ค่ารักษาพยาบาลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อค่ารักษาพยาบาล แต่พบการศึกษา¹⁵ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำต่อการเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษา¹⁶ ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า ค่ารักษาของผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า การนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยลดลงได้

2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อระดับความเป็นไปได้และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.80$, $SD=.48$) พิจารณารายข้อ

วารสารกองการพยาบาล

พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ และด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.71$, $SD = .38$) ในรายชื่อ พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ($M = 3.83$, $SD = .56$) รองลงมา คือ การนำแนวปฏิบัติ ไปปฏิบัติจริง ($M = 3.79$, $SD = .41$) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้อย่างต่อเนื่อง ($M = 3.50$, $SD = .51$) สอดคล้องกับ ผลการศึกษา¹⁷ ที่พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลทั้งหมดมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้ เช่นเดียวกับ ผลการศึกษา¹⁸ ที่พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95 และการศึกษา¹⁹ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติในการถอดท่อช่วยหายใจในระดับสูงทุกข้อ ร้อยละ 90 สอดคล้องกับ ผลการศึกษา¹¹ ที่พยาบาลประเมินความเป็นไปได้ในการใช้นโยบายปฏิบัติภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพเห็นประโยชน์ในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่จะทำให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น ลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย

References

1. Ekarin Phumphichet, Chairat Permphikul, editors. Critical care: at difficult time 2010; Bangkok: Beyond Enterprise Co., Ltd. 2010. Thai.

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ควรส่งเสริมการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ผู้ใช้เครื่องช่วยหายใจให้ครอบคลุมพยาบาลหอผู้ป่วยอื่น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ประสิทธิผลการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยเหมาะสมกับหน่วยงาน และติดตามดูแลผลลัพธ์ของการใช้นโยบายปฏิบัติ ควรมีการพัฒนาปรับปรุงนโยบายปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้ต่อเนื่องในหอผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวันตอนเช้า ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกข้อ จะมีการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทันที ทำให้ลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยลดลง การทำให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืนนั้น ต้องให้ผู้ร่วมวิจัยทุกคนได้มีส่วนร่วมในการประเมิน เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจเมื่อผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ในส่วนของการนำไปใช้ต้องมีการนิเทศ ตรวจสอบการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และควรมีการประเมินผลการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับหน่วยงานต่อไป

2. Somjai Saisom, Noraluk Ua-Kit. Effects of weaning continuum program on success and duration of ventilator weaning among patients with respiratory failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2014;25(1):55-69. Thai.
3. Chen CJ, Lin CJ, Tzeng YL, Hsu LN. Successful mechanical ventilation weaning experiences at respiratory care centers. J Nurs Res. 2009;17(2):93–101.
4. Knebel, A., Shekleton, M. E., Burns, S., et al. Weaning from mechanical ventilatory support: Refinement of a model. American Journal of Critical Care. 1998;7(2):149-52.
5. American Association of Critical-Care Nurse's: AACN's AACN Protocols for practice: Care of mechanically ventilated patients. [Internet]. 1994. [cited January 2017]; Available form <https://books.google.co.th/books>.
6. Boles JM, Bion J, Connors A, et al. Weaning from mechanical ventilation. European Respiratory Journal. 2007;29(5):1033–56. Thai.
7. Watcharaphan Wongkhamphan. Effect of clinical nursing practice guideline of weaning in intensive care unit patients at Detudom crown prince hospital. Journal of Health Sciences Boromarajonani College of Nursing Sappasitthiprasong. 2562;3(2):56-71. Thai.
8. Boonjai Srisathitnarakun. The methodology in nursing research. Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University. 2007. Thai.
9. Montri Songthong. Robustness and power of the test of parametric and nonparametric statistics in testing of central difference between two populations for likert-type data 5 point. Journal of Science and Technology. 2014;22(5):605-19. Thai.
10. Pathitha Panfuang, Ampaporn Namvongprom, Nam-oy Pakdevong. The effectiveness of weaning protocol on weaning success and duration of mechanical ventilation in critical patients with mechanical ventilator. Journal of Nursing and Health Care. 2015;33(3):159-67. Thai.
11. Amarin Winthai, Watjana Sukontawat. Effectiveness of weaning protocol for multiple injury patients in surgery I intensive care unit, Udonthani Hospital. Nursing, Health, and Education Journal. 2023;6(2): 61-73. Thai.
12. Yupayong Puttham. Effectiveness of weaning mechanical ventilator protocol in pediatric patients, Udonthani hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2017;25(1):105-11. Thai.
13. Narumon Anumas. Outcomes of clinical nursing practice guideline implementation for promoting success weaning in difficult weaning patients in neurocritical intensive care units. Journal of Health Science. 2023;33(1):138-50. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

14. Jutharat Bangsang, Somkhuan Pirunthong, Udomrat Niyomna, Nongyao Thamulras, Apinya Satttham. The development of weaning protocol for critically ill patients receiving mechanical ventilator at Chaiyaphum hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2020 ;38(4):122-31. Thai.
15. Duangamon Pongsrirot et al. Impact of implementation of clinical nursing practice guidelines in prevention of venous thromboembolism on multiple traumatic injury patients' Incidence of venous thromboembolism, length of hospitalization, and medical expenses. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022;32(2):46-60. Thai.
16. Ampun Pornmesri, Teepatad Chintapanyakun, Ponpan Mettraipan, Kannikar Sriphraram. Effectiveness of development in clinical nursing practice guidelines for child patients received heated humidified high flow nasal cannula in Samutprakarn hospital. NJPH. 2019;29(3):118-30. Thai.
17. Sajee Panwan, Benjamard Thinuatote, Chatchadavadee Panchuea. Effects of using guidelines for weaning from a ventilator on professional nurses' knowledge, satisfaction, and number of days of use respirator of patients in the intensive care unit at Surat Thani Hospital. Reg 11 Med J. 2014;28(4):829-38. Thai.
18. Panutcha Phongsawat. Results of the development of nursing guidelines for patients using ventilators. Intensive care room Loei hospital. Chaiyaphum Medical News. 2018;38(3):28-38. Thai.
19. Thongplew Chomjan, Parichat Limjaruen, Ampaporn amvongprom, Nam-oy Pakdevong. Effects of using extubation practice guideline on extubation successful rate and nurses' satisfaction with using the guideline. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2020;2(1):58-76. Thai.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

| | |
|---------------------|------------------------|
| อรนุช ท้าวอนนท์* | พยม. (บริหารการพยาบาล) |
| ไพรินทร์ ยอดสุขัน** | ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) |
| เรืองอุไร อมรไชย*** | กศ.ด. (การบริหารศึกษา) |

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 40 คน อายุรแพทย์โรคไต จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ (1) วางแผน จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา (2) ลงมือปฏิบัติ โดยการประชุมชี้แจง ให้ความรู้ และใช้แนวปฏิบัติ (3) การสังเกตการณ์ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และ (4) สะท้อนกลับ ซึ่งเป็นการติดตามประเมินผลจากการสังเกตการณ์ และการสัมภาษณ์ รวมถึงการปรับแก้ไข โดยการพัฒนา 2 วงรอบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา pair t- test และ Wilcoxon test

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ก่อนการฟอกเลือด (2) ขณะการฟอกเลือด และ (3) หลังการฟอกเลือด หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ ร้อยละ 87 ภาวะแทรกซ้อนหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วย ได้แก่ (1) การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดจนได้รับการรักษา และ (2) ภาวะความดันโลหิตสูงก่อนฟอกเลือดลดลงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ : ไตวายเรื้อรัง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

E-mail: oranuchtarrr@gmail.com

** อาจารย์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยอาจารย์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Patients Undergoing Hemodialysis

Oranuch Thaoanont* M.N.S. (Nursing Administration)

Pairin Yodsuban ** Ph.D. (Nursing science)

Ruangurai Amornchai*** Ph.D. (Doctor of Education)

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the clinical nursing practice guidelines for chronic kidney failure patients undergoing hemodialysis. The research participants consisted of 40 chronic kidney failure patients undergoing hemodialysis, 1 nephrologist, and 5 professional nurses. Data were collected using observation, interview, and focus group discussion. The 4 steps included (1) planning based on situation analysis and problems (2) taking action through meeting to explain, providing knowledge, and guidelines usage (3) observing the compliance with the clinical nursing guidelines, and (4) reflection included monitoring and evaluating the results of observation and interview as well as modification via 2 cycles of development. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and Wilcoxon test.

The results found that the clinical nursing practice guidelines for chronic kidney failure patients undergoing hemodialysis consisted of 3 phases: (1) before hemodialysis, (2) during hemodialysis, and (3) after hemodialysis. After using the clinical nursing practice guidelines, the nurses' average knowledge scores increased. and were able to follow the nursing guidelines at 87 percent. The patients' complications after using the clinical nursing practice guidelines, in which consisted of (1) the incidence of hypotension during hemodialysis until receiving treatment and (2) high blood pressure before hemodialysis were significantly decreased than before using the clinical nursing practice guidelines ($p < .01$).

Key words: chronic kidney disease, hemodialysis, clinical nursing practice guideline, action research

* Registered Nurse, Deputy director of nursing and head nurse, Amnat Charoen Hospital

E-mail: oranuchtarrrr@gmail.com

** Lecturer, Amnatcharoen campus, Mahidol university

*** Lecturer assistance, Amnatcharoen campus, Mahidol university

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทยที่ประมาณการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจมีการเพิ่มมากถึง 1,200 คนต่อประชากรล้านคน¹ ที่จะเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไต หลังจากวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ที่มีนโยบายเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยสิทธิบัตรของช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ทุกคนพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึง 2 เท่าตัว นับตั้งแต่ปี 2563-2565 จำนวน 22,333, 24,837 และ 46,868 รายตามลำดับ² การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) เป็นการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยวิธีการกรองของเสียออกจากเลือด โดยการใช้เครื่องไตเทียมในการดึงน้ำและของเสียออกจากตัวผู้ป่วย³ ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยระหว่างการฟอกเลือด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ตะคริว ปวดหัว และเจ็บหน้าอก⁴

จากสถิติของหน่วยไตเทียมเฉลิมพระเกียรติ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลอานาจเจริญ ปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้ป่วยมารับบริการฟอกเลือดประจำด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับ 6,683 6,467 และ 8,451 ครั้ง จากการให้บริการ พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (Intradialytic hypotension) พบร้อยละ 30,30,33 และเจ็บหน้าอก(chest pain) ร้อยละ 2, 3 และ 2 เกิดอุบัติการณ์ ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ (Intradialytic hypotension) จนต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ในปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 3, 2 และ 3 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยฟอกเลือดประจำที่มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนฟอกเลือด (Pre-dialysis blood pressure) ร้อยละ 43.11 มีผู้ป่วยโดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 11, 6

ปีที่ 50 ฉบับที่ 3 □ กันยายน – ธันวาคม 2566

และ 10 ซึ่งในกลุ่มที่เสียชีวิตนี้มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตไม่อยู่ในเกณฑ์ (<160/90 มิลลิเมตรปรอท) ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ภาวะดังกล่าว ยังพบ ผู้ป่วยหลังฟอกเลือดมีอาการเป็นลมหมดสติหรือมีภาวะเลือดออกจากจุดที่แทงเข็มขณะรอกลับบ้านจนต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 1.0, 1.5 และ 1.0 ตามลำดับ จากการทบทวน วิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมพยาบาลไตเทียม พบว่าสาเหตุสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากหน่วยงานใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของหน่วยงาน ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งไม่สอดคล้องกับความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย และมาตรฐานบางส่วนไม่ครอบคลุม 3 กระบวนการหลัก การปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาลแต่ละคน ที่ประชุมจึงมีข้อเสนอให้มีการทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้เป็นปัจจุบันและครอบคลุม 3 กระบวนการหลักของการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical nursing practice guideline :CNPG) เป็นข้อกำหนดหรือข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากการนำประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก ร่วมกับการนำความรู้จากผลการวิจัยที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้เหมาะสม ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติ และปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย⁵ และการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยที่มี

การศึกษาอย่างเป็นระบบหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆมาให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจ เกิดปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง ทันสมัย ปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ตลอดจนเกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการใช้ทรัพยากร⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ที่ผ่านมา ในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมการพยาบาล 3 กระบวนหลักของการฟอกเลือด และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ.2566⁷ ที่มีข้อเสนอแนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดครบ 3 ขั้นตอน และข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ.2565 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ซึ่งมีข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาและแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มาฟอกเลือดประจำที่หน่วยไตเทียมปลอดภัย โดยนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การนำไปปฏิบัติ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การประเมินผล ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย คือ บุคลากรในหน่วยไตเทียม ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต และพยาบาล จะมีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน รวมทั้งการนำแนวทางไปปฏิบัติ ประเมินผล เสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น หมุนเป็นวงรอบ (spiral) จนได้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้เกิดการเรียนรู้ ได้พัฒนาตนเองในการทำงาน

นอกจากนี้ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสามารถปรับปรุงแก้ไขแผนงานได้ตลอดเวลาเพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงาน ซึ่งเหมาะกับหน่วยไตเทียมฟอกเลือดที่ผู้ป่วยมีปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้วิจัยสามารถปรับแผนงานให้เหมาะกับผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

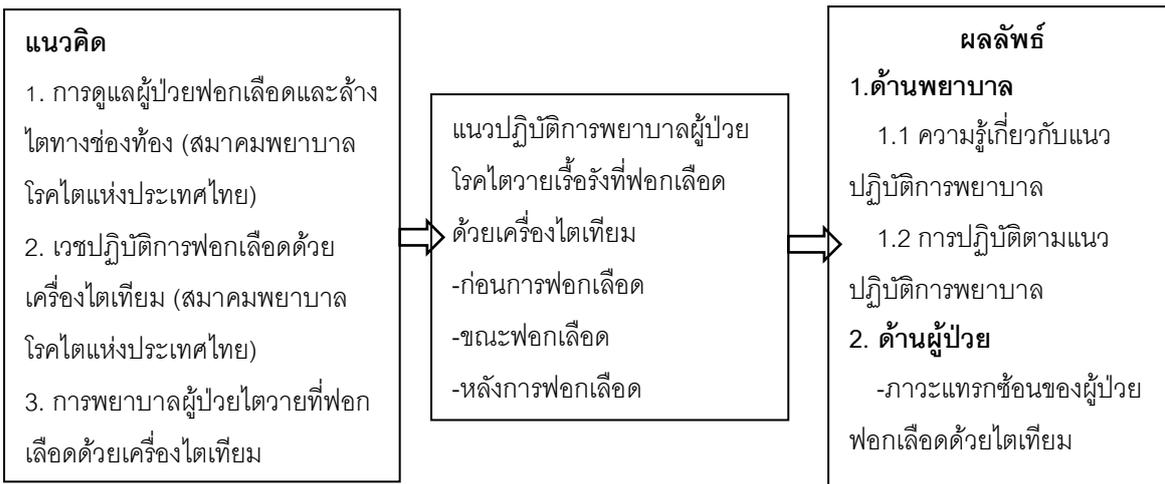
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยไตเทียมเฉลิมพระเกียรติพระชนมพรรษา 6 รอบ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดข้อเสนอแนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย) และการพยาบาลผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁸ และดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การปฏิบัติการที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเป็นรอบๆ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแบบของ Kemmis & McTaggart⁹ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาเป็นวงจรแบบต่อเนื่อง มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) ปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) และสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ถ้าผลการวิจัยไม่สามารถแก้ไขปัญหา เข้าสู่สู่วรอบที่ 2 ได้แก่ 1) re-planning 2) re-action 3) re-observation และ 4) re-reflection การศึกษานี้ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเฉลิมพระเกียรติพระชนมพรรษา 6 รอบ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-กันยายน พ.ศ. 2566

เครื่องมือ ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) แบบบันทึกข้อมูลการฟอกเลือด (Hemodialysis work sheet) 3) แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ 4) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการ

พยาบาลผู้ป่วย ในระยะก่อนฟอกเลือด ระหว่างฟอกเลือด และหลังฟอกเลือด การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการฟอกเลือด ตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ค่าความตรง 0.8-0.9 และความตรงของโครงสร้าง (S-CVI) เท่ากับ 0.95 5) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติตามการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการระบุกิจกรรมตามแนวทางการปฏิบัติตามการพยาบาลให้คะแนนปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ 6) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการในการสนทนากลุ่มพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อศึกษาการประเมินผู้ป่วยตลอดกระบวนการฟอกเลือด เป้าหมายการดูแลและกิจกรรมการพยาบาล ปัญหา และอุปสรรค ความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ในส่วนของ 1) การประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปใช้ ไปประชุม

วิชาการ และชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ ประเมินความรู้ หลังการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ครบ 3 เดือน 2) การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติ เป็นแบบตรวจสอบรายการระบุกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยตรวจสอบในรายผู้ป่วยฟอกเลือดที่พยาบาลรับผิดชอบฟอกเลือด จำนวน 30 รอบต่อพยาบาล 1 คน 3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ ในการประชุม หลังการปฏิบัติงานประจำวัน (Post conference) รวบรวม สรุปประจำสัปดาห์ และสรุปภาพรวมหลัง นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปปฏิบัติครบ 1 เดือน นำมาวางแผนและเข้าสู่วงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการรอบที่ 2 เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เหมือนรอบที่ 1

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดประจำด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียมเฉลิมพระเกียรติพระชนมพรรษา 6 รอบ โรงพยาบาลอานาจเจริญ ที่รับไว้เป็นผู้ป่วยฟอกเลือดประจำที่หน่วยไตเทียมเฉลิมพระเกียรติพระชนมพรรษา 6 รอบ โรงพยาบาลอานาจเจริญ ระหว่างเดือน มกราคม-กันยายน พ.ศ.2566 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดประจำ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง 3) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการการวิจัย 40 ราย 2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผ่านการอบรมเฉพาะทางการบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องไตเทียม 2) มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป 3) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นปัจจุบัน จำนวน 5 คน อายุรแพทย์โรคไต ที่ผ่านการเรียนเฉพาะทางไตและมีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที่ Wilcoxon Signed rank test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอานาจเจริญ รหัสโครงการวิจัย เลขที่ 19/2565 อนุมัติ ณ วันที่ 25 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึง วัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ และในระหว่างการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัว ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ของพยาบาล และการรักษาที่ได้รับใดๆ ข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัยได้ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตาม แนวคิดของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ท (Kemmis and Mc Taggart, 1988)⁹ มีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการพัฒนาระบบ (Planning) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดประจำด้วยเครื่องไตเทียม ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเดิม และวางแผนการดำเนินงาน โดย 1) วิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล จากใบบันทึกข้อมูลการฟอกเลือด (Hemodialysis work sheet) ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการฟอกเลือด ประจำที่หน่วยไตเทียมเฉลิมพระเกียรติพระชนมพรรษา 6 รอบ โรงพยาบาลอานาจเจริญ ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 120 ใบ ใช้วิธีเลือกจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือ

เคยมีอุบัติการณ์มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ความดันโลหิตสูงก่อนฟอกเลือด ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 เพื่อรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การซักประวัติและประเมินผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือด การวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ตรงกับข้อมูลผู้ป่วย การให้การพยาบาลเบื้องต้น การให้ความรู้คำแนะนำ การปฏิบัติตัว การประเมินผู้ป่วยขณะฟอกเลือด การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลหลังฟอก ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกจุดที่แทงเข็มฟอกเลือด การจำหน่ายผู้ป่วย 2) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกระบวนการฟอกเลือด และความต้องการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่สำคัญของผู้ป่วยฟอกเลือดประจำด้วยเครื่องไตเทียม โดยทำการสนทนากลุ่มกับพยาบาลหน่วยไตเทียม 5 คน 3) ทดสอบความรู้ของพยาบาลไตเทียม โดยใช้แบบทดสอบความรู้ 4) ผู้วิจัย รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและจัดประชุมระดมสมอง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อทีมผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลไตเทียม ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนฟอกเลือด ระหว่างฟอกเลือดและหลังฟอกเลือด หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยได้สร้างแนวแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องตามหลักวิชาการ มีค่าความตรง 0.8-0.9 และมีความตรงของโครงสร้าง

(S-CVI) เท่ากับ 0.95 พบว่าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเนื้อหา และขั้นตอนการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) การปฏิบัติตามแผนเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลไตเทียม เตรียมความพร้อมของพยาบาลไตเทียม ดังนี้ ครั้งที่ 1 การประชุมวิชาการให้ความรู้ ในความรู้เชิงประจักษ์ใหม่ๆ ของการพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญขณะฟอกเลือด ครั้งที่ 2 ทีมผู้วิจัยชี้แจงการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ชี้แจงบทบาทของพยาบาลไตเทียม ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนฟอกเลือด ระหว่าง ฟอกเลือดและหลังฟอกเลือด 2) จัดระบบการมอบหมายหน้าที่พยาบาล เป็น 2 ระบบ ได้แก่ พยาบาลรับผิดชอบการพยาบาลก่อนฟอกและระหว่างฟอกเลือด(รูปแบบเดิม) และเพิ่มหน้าที่พยาบาลที่ดูแลหลังฟอกเลือด 3) การพัฒนาอุปกรณ์และเครื่องมือ ที่สนับสนุนการพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการฟอกเลือด (Hemodialysis work sheet) ให้สามารถลงข้อมูลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ การพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมา การใช้เครื่องมือแนวทาง การประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต: Modified Early Warning Score (MEWS) ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอำนาจเจริญ มาเป็นเกณฑ์ในการให้การพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการปฏิบัติ (Observation) โดยผู้วิจัย สังเกตการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย ในช่วงเวลา 08.00-16.00 รวมทั้งความครบถ้วนต่อเนื่องในการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติการ

พยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาขึ้น บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกสังเกตการณ์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) หลังปฏิบัติได้ 1 เดือนได้มีการสรุปปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ผู้ด้านป่วย พบมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างการฟอกเลือด จนได้รับการรักษาและนอนโรงพยาบาล 1 ราย สาเหตุเนื่องจากการประเมินความเสี่ยงก่อนฟอกเลือดยังไม่ครอบคลุมและไม่สามารถค้นหาและระบุความเสี่ยงรายบุคคลได้ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างการฟอกเลือดซ้ำหลังการรักษา 10 นาที สาเหตุเนื่องจากแนวทางปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมภาวะเสี่ยงนี้(ข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงานประจำวัน) 2) ด้านโครงสร้างและระบบการมอบหมายงาน พบว่าการมอบหมายให้พยาบาล 1 คนดูแลทั้งก่อนฟอกเลือดและระหว่างฟอกเลือด ทำให้มีความล่าช้าในการประเมินปัญหา การประเมินปัญหาไม่ถูกต้องและครอบคลุมจากความรู้ ประสบการณ์ของพยาบาลที่แตกต่างกัน (ข้อมูลจากการสังเกตการณ์และอุบัติการณ์ที่พบในตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีม) ใบบันทึกข้อมูลการฟอกเลือด มีรายการบันทึกข้อมูลไม่ครบตามแนวทางปฏิบัติ มีช่องแหว่งที่แคบและเล็กทำให้ไม่สะดวกในการบันทึกข้อมูล (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง) 3) ด้านกระบวนการหรือระบบ พบว่า ระบบการรายงานหรือปรึกษาแพทย์เมื่อได้คะแนนประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) แล้วไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มาฟอกเลือด ยังไม่มีระบบการนิเทศทางการพยาบาลที่ชัดเจนในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาขึ้นมา ระบบการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นระบบทั่วไปที่ส่ง

ปรึกษาเมื่อพบปัญหา 4) ด้านบุคลากร พบว่า ยังมีสมรรถนะไม่เพียงพอในการประเมินและให้การพยาบาลตามแนวทางการประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต : Modified Early Warning Score (MEWS) การช่วยชีวิตขั้นสูง การประเมินและการฟอกเลือดในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมทุกขั้นตอน จึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้น

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการพัฒนาระบบ (re-planning) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับในขั้นตอนที่ 4 ของวงรอบที่ 1 นำมาสู่การประชุมร่วมกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อวางแผนในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล กำหนดวิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง แบ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลออกเป็น 3 ทีม ได้แก่ มอบหมายพยาบาลไตเชี่ยวชาญมีหน้าที่ให้การพยาบาลก่อนฟอกเลือด เพื่อให้สามารถวินิจฉัยปัญหากลุ่มเสี่ยง ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลที่ดูแลระหว่างฟอก มอบหมายพยาบาลเจ้าของไข้ให้ดูแลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือดเพื่อความต่อเนื่องของข้อมูล ความเสี่ยงที่พบบ่อยและต้องเฝ้าระวังรายบุคคล และมอบหมายพยาบาลหลังฟอก รวมทั้งปรับจุดพักรอก่อนฟอกเลือด เป็นจุดให้ประเมินผู้ป่วย ชักประวัติ ชั่งน้ำหนัก ตรวจเส้นเลือดที่ใช้ฟอกเลือด เป็นต้น ปรับใบบันทึกการฟอกเลือดให้สามารถลงข้อมูลครบ 2) ด้านระบบงาน ปรับเพิ่มการให้การพยาบาลตามประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีลักษณะเป็นผู้ป่วยนอก รวมทั้งระบบการรายงานแพทย์เมื่อได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดและระบบการตามทีมช่วยชีวิตฉุกเฉิน ปรับระบบการนิเทศโดยมอบหมายให้

พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหน่วยไตเทียม พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญไต ทำหน้าที่เป็นผู้นิเทศ และเป็นแกนนำในการให้การพยาบาลตามแนวทางแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประสานแผนการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรับระบบการปรึกษาศึกษาวิชาชีพหลังจากประชุมร่วมกับทีมแพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ 3) ด้านบุคลากร พัฒนาศักยภาพของทีมพยาบาลวิชาชีพในสมรรถนะการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การฟอกเลือดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (re-Action) การปฏิบัติตามแผนเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลไตเทียม โดยผู้วิจัยได้จัดประชุมวิชาการให้ความรู้เรื่องแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาในวงรอบที่ 2 และการใช้เครื่องมือแนวทางการประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพและฝึกทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักสอนและฝึกทักษะการประเมินและให้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง อายุรแพทย์โรคไตสอนเรื่องการประเมินและการจัดการฟอกเลือดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการปฏิบัติ (re-observation) การสังเกตการณ์ปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายใน 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือด การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การ

รายงานแพทย์ตามเกณฑ์ ความต่อเนื่องและครบถ้วนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (re-reflection) หลังการดำเนินการในรอบที่ 2 มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้เกือบครบถ้วนและครอบคลุม มีประเด็นปัญหากรณีอัตรากำลังไม่ครบได้มีการบริหารและมีการปรับระบบงานบางส่วนเฉพาะในวันดังกล่าว จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการน้อยลง ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ข้อมูลด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากร

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ 1) บุคลากรพยาบาลหน่วยไตเทียมได้รับการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ 2) ด้านระบบงาน จัดระบบการมอบหมายหน้าที่พยาบาลให้ครอบคลุม 3 กระบวนการหลัก ระบบการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลระหว่างการฟอกเลือดในผู้ป่วยที่รับผิดชอบ เพื่อความต่อเนื่อง ระบบการรายงานแพทย์ตามการประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ระบบการประสานงานและปรึกษาศึกษาวิชาชีพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 3) อุปกรณ์และเครื่องมือ สนับสนุนการพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาการประเมินเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) หน่วยไตเทียม การพัฒนาแบบใบบันทึกข้อมูลการฟอกเลือด (Hemodialysis work sheet) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

| องค์ประกอบ | ก่อนการพัฒนา | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 |
|------------------------------------|---|---|--|
| 1. การพยาบาล ก่อนฟอกเลือด | ไม่พบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน 1. โครงสร้าง: พยาบาลที่รับผิดชอบ ฟอกเลือดประเมินผู้ป่วยที่เตียงก่อน ทำหัตถการ 2.การพยาบาล: ชักประวัติ - ตรวจร่างกาย และเส้นเลือดที่ใช้ ฟอก - ชั่ง นน. วัดสัญญาณชีพ คำนวณ น้ำหนัก 3. บุคลากร: ไม่มีรูปแบบพัฒนา สมรรถนะที่ชัดเจน | กำหนดแนวปฏิบัติ 1.โครงสร้าง: พยาบาลที่ รับผิดชอบฟอกเลือดประเมิน ผู้ป่วยที่เตียงก่อนทำหัตถการ 2.การพยาบาล: ชักประวัติ - ตรวจร่างกาย และเส้น เลือดที่ใช้ฟอก - ชั่ง นน. วัดสัญญาณชีพ คำนวณน้ำหนัก - ตรวจสอบความพร้อมของ เครื่องไตเทียม - เพิ่ม ประเมิน MEWS 3.บุคลากร: เพิ่มความรู้ตาม แนวปฏิบัติใหม่ | ปรับแนวปฏิบัติตาม ข้อเสนอแนะ 1.โครงสร้าง: เพิ่มจัดสถานที่จุด รอให้เป็นสัดส่วน มอบหมาย พยาบาลรับผิดชอบ 1 คน 2.การพยาบาล: เพิ่ม กระบวนการรับฟังปัญหา ให้สุข ศึกษารายบุคคลและกลุ่ม -เพิ่มแนวทางการให้การ พยาบาลเมื่อพบสิ่งผิดปกติและ ระบบการรายงานแพทย์ตามทีม RRT (Rapid Respond Team) 3.บุคลากร: เพิ่มความรู้และ สมรรถนะการประเมินผู้ป่วย และการให้การพยาบาล |
| 2.การพยาบาล ระหว่างฟอก เลือด | ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปไม่ มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 1. โครงสร้าง: มอบหมายประจำวัน หมุนเวียนกัน 2.การพยาบาล: ไม่มีแนวทางที่ ชัดเจนในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ 3. บุคลากร: ไม่มีรูปแบบพัฒนา สมรรถนะที่ชัดเจน | กำหนดแนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ 1. โครงสร้าง: มอบหมาย ประจำวัน หมุนเวียนกัน 2.การพยาบาล: เพิ่มแนว ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ สำคัญระหว่างฟอกเลือด และการจัดการทางการ พยาบาลเมื่อเกิด ภาวะแทรกซ้อน 3. บุคลากร: เพิ่มความรู้ตาม แนวปฏิบัติใหม่ | ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้ ครอบคลุม 1. โครงสร้าง: มอบหมาย พยาบาลเจ้าของใช้ดูแลต่อเนื่อง 2.การพยาบาล: เพิ่มการจัด ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพิ่มกิจกรรม การพยาบาลเพื่อป้องกันใน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 3. บุคลากร: เพิ่มความรู้ สมรรถนะการฟอกเลือดกลุ่ม เสี่ยง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง |

ตารางที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ต่อ)

| องค์ประกอบ | ก่อนการพัฒนา | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 |
|-----------------------------|---|---|---|
| 3.การพยาบาล หลังฟอกเลือด | ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน 1. โครงสร้าง: ไม่มีระบบการมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ไม่มีจุดรอบที่ชัดเจน 2.การพยาบาล: ให้การพยาบาลตามมาตรฐานทั่วไป 3. บุคลากรไม่มีรูปแบบพัฒนาสมรรถนะที่ชัดเจน | กำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังฟอกเลือด 1. โครงสร้าง: มีระบบมอบหมายพยาบาลรับผิดชอบ 2.การพยาบาล: มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังฟอกเลือด 3.บุคลากร: ให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติที่สร้างใหม่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ | ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ 1. โครงสร้าง: เพิ่มจุดรอบเจ้าหน้าที่ะ (Mayo) รองแขนเพื่อใช้ในการกวดป้องกันเลือดออกเพิ่มพยาบาลผู้รับผิดชอบ 2. การพยาบาล: - 3. บุคลากร: - |

หลังการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้กำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 3 กระบวนการหลักของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังภาพที่ 2

ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียม 5 คน ซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยและเป็นผู้ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลพบว่า พยาบาลไตเทียมมีอายุมากที่สุด 50 ปี อายุน้อยสุด 32 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 41.80 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานมากที่สุด 18 ปี น้อยสุด 1 ปี สอบผ่านใบเชี่ยวชาญ ไตเทียม 2 คน พยาบาลไตเทียมมีการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติ ในระยะก่อนฟอกเลือด ร้อยละ 87 ระหว่างฟอกเลือด ร้อยละ 86 และหลังฟอกเลือด ร้อยละ 88 ภาพรวม ร้อยละ 87 ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียม พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เท่ากับ 11.0 คะแนน ที่ความเชื่อมั่น 95%

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย 40 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 66.80 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 มีโรคร่วมร้อยละ 100 โรคร่วมความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 47.50 จำนวนปีที่ฟอกเลือดเฉลี่ย 4.73 ปี ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดจนได้รับการรักษา (Intradialytic hypotension) การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงก่อนฟอกเลือด (Pre-dialysis bloodpressure) และอุบัติการณ์ผู้ป่วยหลังฟอกเลือดมีภาวะเลือดออกที่จุดแทงเข็มฟอกเลือดจนได้รับการรักษา ลดลงมากกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

| กระบวนการหลัก | การพยาบาล |
|-----------------------------------|---|
| <p>ระยะก่อนฟอกเลือด</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติผู้ป่วยในอาการหลังการฟอกเลือดที่ผ่านมา ขณะอยู่ที่บ้านและก่อนมาโรงพยาบาล เช่นอ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียน นอนไม่หลับ เหนื่อย เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสียหรือท้องผูก มีไข้หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ปวดข้อ คั้นตามร่างกาย ปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน ปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน ยาที่รับประทานหรือฉีกก่อนมาฟอกเลือด เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาเบาหวาน และยาป้องกันการแข็งตัวของโรค 2. ชักประวัติการได้รับบาดเจ็บ การได้รับอุบัติเหตุ หรือการผ่าตัด การมีเลือดออกผิดปกติ เช่น หกล้ม มีบาดแผลหรือไม่มี การมีประจำเดือน คาแดง ถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น 3. ชักประวัติหรือประเมินด้านจิตสังคม เช่น ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อน และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว 4. ตรวจร่างกายทั่วไป ผิวหนังแห้ง ซีด มีจุดเลือดออกหรือมีแผล ประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย ประเมินเส้นเลือดที่ใช้ฟอก หรือสายสวนหลอดเลือด 5. ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ บันทึกค่า คำนวณน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น วางแผนการดื่มน้ำหนักของการฟอกวันนี้ โดยประเมินจาก น้ำหนักก่อนฟอกเลือด น้ำหนักหลังฟอกเลือดครั้งที่แล้ว dry weight ที่กำหนดไว้ และผลการตรวจร่างกายว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินหรือปกติ 6. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องไตเทียม test เครื่องทุกครั้งก่อนใช้งาน ตรวจสอบตัวกรองเลือดให้ตรงผู้ป่วยและแผนการรักษา |
| <p>ระยะระหว่างฟอกเลือด</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีหรือบ่อยครั้งตามความจำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน 2. ตรวจสอบตำแหน่งของเข็มหรือข้อต่อต่างๆของวงจรไตเทียมทุก 30 นาที เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดหรือหักงอของเข็มและสายส่งเลือด ตรวจสอบ bleeding บริเวณที่แทงเข็ม 3. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม พูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติถึงอาการหรือปัญหาการเจ็บป่วย ให้คำแนะนำ 4. เฝ้าระวังอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหน่วยงาน 5. ตรวจสอบการทำงานของเครื่องไตเทียมและวงจรไตเทียมทุก 30 นาทีหรือทุกครั้งที่มีความผิดปกติ โดยเช็คค่าต่างๆ ดังนี้ 1) Conductivity ไม่ให้บวก-ลบ เกินร้อยละ 2 ของแผนการรักษา 2)DFR 500-800 มิลลิลิตร/นาที 3)Dialysis temperature อยู่ในช่วง 35.0-37.5 องศาเซลเซียส 4) ตรวจสอบดูระบบการ safety การเปลี่ยนแปลงและบันทึก ค่า Arterial pressure ,Venous pressure ,TMP 5)ตรวจสอบดูความผิดปกติของวงจรไตเทียม Air bubble, blood leak, bloodline kink และสีเลือดในวงจรไตเทียม |
| <p>ระยะหลังฟอกเลือด</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการผิดปกติ เช่นความดันโลหิตสูงหรือต่ำผิดปกติ ให้นอนพัก วัดซ้ำจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาการตะคริว เจ็บหน้าอก หากพบผิดปกติ ให้การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานแพทย์ 2. ประเมิน Vascular access โดย 1) กรณี AVF,AVG คลำ thrill และฟังเสียง bruit 2) สังเกต bleeding บริเวณ exit site ของ hemodialysis catheter ถ้าพบมี hematoma ให้กดแผลต่อเบาๆ และวาง cold pack คลำ thrill และฟังเสียง bruit กรณีกดเลือดหยุดยากและพบบ่อยรายงานแพทย์ 3. ชั่งน้ำหนักก่อนกลับบ้าน ประเมินสรุปผลการฟอกเลือด เช่น net UF, complication และบันทึก 4. แนะนำการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการผิดปกติขณะอยู่บ้าน เช่น ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ภาวะน้ำเกิน Vascular access มีความผิดปกติ เป็นต้น |

ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยไตเทียมก่อนและหลังการใช้นวปฏิบัติ

| ภาวะแทรกซ้อน | Mean (S.D.) | | 95% CI | P-value |
|---|--------------|--------------|-------------|---------|
| | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา | | |
| 1.การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจนได้รับการรักษา (Intradialytic hypotension) (n=14) | 6.14 (3.03) | 1.76 (1.19) | 3.21 - 5.50 | 0.001* |

| ภาวะแทรกซ้อน | Mean (S.D.) | | 95% CI | P-value |
|---|--------------|--------------|-------------|---------|
| | ก่อนการพัฒนา | หลังการพัฒนา | | |
| 2.การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงก่อนฟอกเลือด (Pre-dialysis blood pressure) (n=17) | 11.76 (4.31) | 4.06 (3.53) | 6.71 – 8.69 | 0.001* |
| 3.อุบัติการณ์ผู้ป่วยหลังฟอกเลือดที่มีภาวะเลือดออกจุดแทงเข็มฟอกเลือดจนได้รับการรักษา (n=6) | 6 ครั้ง | 1 ครั้ง | - | - |

* p < 0.01

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาให้ครอบคลุม 3 กระบวนการหลักของการฟอกเลือด ร่วมกับการนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติมาดำเนินการพัฒนา ทำให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการนำทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน การนำแนวทางไปปฏิบัติ ประเมินผล เสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น หมุนเป็นวงรอบ (spiral) จนได้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้เกิดการเรียนรู้ได้พัฒนาตนเองในการทำงาน รวมทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความชัดเจน น่าเชื่อถือ มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาพยาบาลที่ดี พยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติ และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

จากผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ด้านพยาบาลวิชาชีพ ในด้านความรู้ พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นทั้ง 3 กระบวนการพยาบาล เมื่อมีความรู้ มั่นใจและมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้มีการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติถึงร้อยละ 87 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการทำให้ผู้ป่วยที่มาฟอกเลือด

ประจำปลอดภัย ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นอันตรายลดลง ซึ่งเป็นผลจากการออกแบบระบบทั้งการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ระบบการมอบหมายงานพยาบาลให้เหมาะสมตามความรู้ ความสามารถ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยก่อนฟอกเลือด โดยมอบหมายให้พยาบาลไตเชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 10 ปี การส่งต่อข้อมูล ข้อเสนอแนะในการฟอกเลือดและการกำหนดปริมาณน้ำที่จะดึงออกจากผู้ป่วย การระบุนความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ส่งต่อข้อมูลนั้นให้พยาบาลที่ได้รับผิดชอบการฟอกเลือดประจำรอบ ให้การพยาบาลระหว่างฟอกเลือดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ระบบการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ การกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการรายงานแพทย์เมื่อเกิดความเสี่ยง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว การประสานงานกับเภสัชกรและโภชนาการ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลทั้งการเรียนรู้จากการเป็นผู้ร่วมวิจัย การประชุมวิชาการ ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะที่เพียงพอในการให้การพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยดีขึ้น พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ย จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 1) การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดจนได้รับการ

รักษา (Intradialytic hypotension) 2) ภาวะความดันโลหิตสูงก่อนฟอกเลือด (Pre-dialysis blood pressure) 3) อุบัติการณ์ผู้ป่วยหลังฟอกเลือดที่มีภาวะเลือดออกจุดแดงเข้มฟอกเลือดจนได้รับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่เกิดความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (Intradialytic hypotension) คิดเป็นร้อยละ 58.90 และ 42.07 ตามลำดับ¹⁰ นอกจากนี้มีผลของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการเกิดความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹⁰ จากผลการวิจัยที่กล่าวมานั้น พบว่า ภาวะการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (Intradialytic hypotension) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ตั้งแต่ร้อยละ 15-55 ของการฟอกเลือด¹¹

พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นบทบาทที่อิสระที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยก่อนวันฟอกเลือด การเตรียมชนิดตัวกรอง การจัดเตียงผู้ป่วยตามอาการและความเสี่ยง การรวบรวมข้อมูล ประเมินอาการก่อนฟอกเลือดเพื่อค้นหาความเสี่ยง และการวางแผนที่จะดึงน้ำส่วนเกินออกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขอย่างรวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย การรายงานแพทย์ให้รับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของอาการอาการแสดงและข้อมูลต่างๆ เพื่อให้สามารถรักษาพยาบาลได้ทันทั่วทั้ง การประเมินอาการผู้ป่วยหลังการฟอกเลือด การให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เหมาะสม เห็นได้ว่าพยาบาลไตเทียมเป็นผู้ให้การพยาบาลทั้งหมดทุกขั้นตอน^{7,12} ดังนั้นถ้า

พยาบาลไตเทียมมีสมรรถนะ มีความรู้ความสามารถสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงรุนแรงที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ เช่น เมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด พยาบาลจะประเมินอาการร่วมทันที พร้อมให้การพยาบาลด้วยการจัดท่าศีรษะต่ำและเท้าสูง (Trendelenburg position) หยุดอัตราการดึงน้ำและลดอัตราการไหลของเลือด และลดอุณหภูมิของน้ำยาฟอกเลือด ซึ่งจะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนต้องได้รับการรักษา ทั้งการให้สารน้ำ ยาหรือการช่วยชีวิตฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2563 ด้านการบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม¹² ตลอดทั้งหัวหน้าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล ด้วยการกำกับดูแลมาตรฐานจรรยาบรรณ นิเทศ กำกับดูแลส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล ด้วยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย คุณภาพผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น^{11,13-14}

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือด ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการรักษาและการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล
2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสาเหตุหลักๆของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันภาวะน้ำเกิน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นต้น

Reference

1. Patcharee Sangsee, Yupin Tanatwanit, Wanlapa Kunsongkiet, Saifone Moumgkum. Factors Related to Self-determination to Select Dialysis Modalities in Patients with End-stage renal diseases. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2020); 28(3), 53-65. Thai.
2. Thailand Renal Replacement Therapy Registry. Thailand Renal Replacement Therapy: year 2020. Online 2020. (Retrieved June 15, 2023); Available <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>. Thai
3. Notification of the Ministry of Public Health. Standard for hemodialysis in healthcare setting 2011. Online 2023. (Retrieved June 15, 2023); Available from https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-14-25-16-192414.pdf.Thai.
4. The Nephology Society of Thailand. Hemodialysis Clinical Practice Recommendation 2022.Nursing Practice Recommendation for Hemodialysis and peritoneal dialysis. Text and journal publication company limited; Bangkok. 2022. Thai.
5. Supaporn Chaiwattanatrakul. Developing Model for the Prevention of Volume Overload of End Stage Renal Disease among Hemodialysis Patients in Nong Bua Lam Phu Hospital. Journal of Health Science and Community Public Health, 1(2), 131-146. Thai.
6. Damien A., Natalie B., James B., Richard C., Andrew D., Ken F., et al. (2019). Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemaodialysis. BMC Nephrology, 99(35),. S62-S70.
7. Chutchavarn Wongsaree, Orranun Harnyut. The Nursing Process in End-Stage Renal disease Patients on Receiving Hemodialysis. Journal of The Police Nurse. 2014; 6(2), 220-232. Thai.
8. The Nephology Society of Thailand. Nursing Practice Recommendation for Hemodialysis and peritoneal dialysis. Bangkok Medical journal; Bangkok. 2023. Thai.
9. Kemmis S, & McTaggart R The action research planner (3rd ed.). Geelong: Deakin University. 1988.
10. Foley RN, Parfrey PS, Sarnak MJ. (1998) Epidemiology of cardiovascular disease in chronic. Renal disease. Journal of the American Society of Nephrology: JASN.1;9(12 Suppl): S16-23.
11. Orawan Julawong, Jongsarit Munsil, Saowanee Taweewanich. Application of evidence-based practice in nursing professionals. Journal of the Thai Army Nurses.2018; 19(2), 8-14. Thai.
12. Chutchavarn Wongsaree. Hemodialysis Nurses' Role in Prevention and Management Volume Overload in End Stage of Renal Failure Patient on Receiving Hemodialysis. Kuakarun Journal of Nursing. 2015; 22(2), 30-40. Thai.

13. Hsieh PL, Chen SH. Effectiveness of an evidence-based practice educational intervention among school nurses. International journal of environmental research and public health. 2020;17(11): 4063-65.
14. Nursing Council regulations Concerning the limitations and conditions for practicing nursing and midwifery (No. 5). 2020. in the kidney replacement therapy. Hemodialysis with hemodialysis machine. Online 2023. (Retrieved June 15, 2023); Available from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0055.PDF.Thai.

แผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพ และการขับเคลื่อน สู่การปฏิบัติ

| | |
|---------------------------|--|
| สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ* | พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) |
| อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์** | วท.ม. (เภสัชวิทยา) |
| ขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล*** | พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) |
| อรรถธยา อมรพรหมภักดี*** | ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) |
| วชิรา โพธิ์ใส**** | พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) |
| นครินทร์ สุวรรณแสง*** | พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) |

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความต้องการพยาบาลเฉพาะทาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้แทนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 901 แห่ง รวม 901 คน และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิ 15 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสำรวจสถานการณ์ฯ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ค่า CVI เท่ากับ 0.80, 0.90 ระยะที่ 2 กำหนดแผนฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสภาการพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก มหาวิทยาลัยที่เปิดสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ และผู้บริหารการพยาบาลระดับเขตสุขภาพ 22 คน และระยะที่ 3 ขับเคลื่อนแผนฯ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขจากส่วนกลางและเขตสุขภาพ ผู้บริหารสภาการพยาบาล ผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่ผลิตหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง และผู้บริหารการพยาบาลระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด 111 คน เก็บข้อมูลแบบ mixed methods วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลวิจัย พบว่า ความต้องการพยาบาลเฉพาะทางของแผนฯ 35 หลักสูตร มี 27,786 คน เขตที่มีความต้องการมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 3,245 คน (ร้อยละ 11.68) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 2,910 คน (ร้อยละ 10.47) และเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 2,678 คน (ร้อยละ 9.64) โดยสาขาที่ต้องการมากที่สุด คือ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ และสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว/ทั่วไป ร้อยละ 13.09, 8.87, 8.48 ตามลำดับ การกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางเป็นแผนระดับเขตสุขภาพและระดับกระทรวง ในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2567-2571) โดยพิจารณาจากความเร่งด่วนและความขาดแคลน และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารการพยาบาล ให้ความเห็นชอบแผน การขับเคลื่อนแผนฯสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกโรงพยาบาลและทุกจังหวัด ซึ่งการศึกษานี้ สามารถใช้กำหนดแผนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ และระดับหน่วยงาน และเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางให้สอดคล้องกับความต้องการการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพของประเทศต่อไป

คำสำคัญ : แผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง ระบบบริการสุขภาพ การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

* รองผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** ผู้อำนวยการกองการพยาบาล

*** นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ

**** นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ

Specialized nurses' development plan according to the regional health service system: driving into practice

| | |
|---------------------------------|---|
| Somchit Wongsuvansiri* | M.N.S. (Nursing Administration) |
| Armarapas Atthachaiwat** | M.S (Pharmacology) |
| Khwannapha Khwansatapornkoon*** | M.N.S. (Nursing Science: Adult Nursing) |
| Attaya Amonprompukdee*** | Ph.D. (Applied Behavioral Science Research) |
| Vachira Posai**** | M.N.S. (Nursing Science: Adult Nursing) |
| Nakarin Suwanasaeng*** | M.N.S. (Community Nurse Practitioner) |

Abstract

This research and development study aimed to define and drive the development plan of specialized nursing capabilities within the healthcare service system. The research was divided into 3 phases: (1) situation analysis, (2) development planning, and (3) implementation of the development plan. The sample consisted of hospital representative under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, executives and experts from the Ministry of Public Health, executives and experts from the Nursing Council, experts from the Praboromarajchanok Institute, executives and experts from educational institutions, and nursing administrators at the regional and provincial level. Data were collected using mixed methods and were analyzed using frequency, percentage, and content analysis.

The results revealed that the need for developing the potential of specialized nurses included 35 courses and needed 27,786 nurses. The top 3 highest demand were in Health Zones 1, 8, and 9 with needs at 11.68%, 10.47%, and 9.46 respectively. The top 3 most desired fields were (1) emergency nursing, (2) critical care nursing, and (3) family/general practice nursing with needs at 13.09%, 8.87%, and 8.48% respectively. This specialized nursing development plan was set to be a plan at the health district level and at the ministry level for a period of 5 years (2024-2028) and approved by the Ministry of Public Health, relevant education institutes, and nursing administrators. The implementation of the plan covered every hospital and every province. This study can be used to define plans for future nursing capability development at the national, regional, and organizational levels. It is also would be important information for preparing specialized nursing curricula to meet the needs of specialized nursing capability development and healthcare service system of the country.

Key words: specialized nurses' development plan, health service system, driving into practice

* Deputy Director, Nursing Division, Office of The Permanent Secretary of MoPH

** Director, Nursing Division

*** Nursing Technical Officer, Senior Professional Level

****Nursing Technical Officer, Professional Level

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้มี 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ ในแต่ละเขตประกอบด้วย 4-8 จังหวัด ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนแบบไร้รอยต่อ กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีระบบบริการเฉพาะด้านจากปี 2560 มี 10 สาขาและขยายเป็น 19 สาขา ในปี 2565 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และมีนโยบายยกระดับระบบบริการสาธารณสุข (SAP) เป้าหมายการพัฒนาบริการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่และ Health Need¹ ศักยภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขและคุณภาพบริการขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน กำหนดให้แต่ละเขตสุขภาพจัดทำแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จากการศึกษาสถานการณ์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในเขตบริการสุขภาพที่ 2 พบว่า เกิดการขาดแคลนบุคลากรงบประมาณไม่เพียงพอ ไม่มีหลักสูตรพัฒนาตามที่ต้องการ หลักสูตรไม่เปิดตามแผนที่กำหนดไว้² ส่งผลให้แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพไม่เป็นไปตามที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การพัฒนาากำลังคนในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ขาดแผนการพัฒนาคณาจารย์ ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่มีระบบฐานข้อมูลและขาดการกำกับติดตาม ภายหลังจากการพัฒนา ควรมีแผนพัฒนากำลังคนในระดับชาติที่เป็นในลักษณะมองภาพใหญ่ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ต่อยุทธศาสตร์ระดับชาติ และควรมีการสำรวจความต้องการการพัฒนากำลังคนของแต่ละหน่วยงาน จึงจะทำให้การพัฒนากำลังคนทำได้ดีขึ้น³ และการศึกษาปัจจัยสนับสนุนและแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเขตสุขภาพในประเทศไทย: มุมมองผู้กำหนดนโยบาย พบว่า ส่วนกลางควรมีแผนพัฒนากำลังคนในระดับประเทศ

ให้เขตสุขภาพใช้เป็นแนวทางจัดทำแผนพัฒนากำลังคนระดับเขตสุขภาพ⁴

พยาบาลวิชาชีพเป็นกำลังคนด้านสุขภาพสาขาหนึ่งให้บริการในระบบบริการสุขภาพในทุกระดับบริการ มีการกำหนดเกณฑ์ความต้องการขั้นต่ำตามความเชี่ยวชาญตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างน้อย 15 สาขาในปัจจุบัน ได้แก่ 1) สาขาโรคหัวใจ 2) สาขาโรคมะเร็ง 3) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4) สาขาทารกแรกเกิด 5) สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 6) สาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด 7) สาขาการตลาด-ทารก) 8) สาขาศัลยกรรม 9) สาขาอายุรกรรม 10) สาขาออร์โธปิดิกส์ 11) สาขาโรคไม่ติดต่อ 12) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ 13) สาขาไต 14) สาขาตา และ 15) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยการดูแลแบบประคับประคอง⁵ นอกจากนี้ความต้องการการพยาบาลเฉพาะทางในอนาคตจะมากขึ้นตามสภาพสังคมผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุมากขึ้น⁶ ประกอบกับฐานข้อมูลสถานการณ์ของหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาต่างๆ และสถาบันแหล่งผลิตที่สภาการพยาบาลรับรอง ยังไม่เป็นปัจจุบันและมีการกระจายไม่เพียงพอในเขตสุขภาพ จึงขาดปัจจัยสนับสนุนการเข้ารับการอบรมของพยาบาลตามผลการศึกษาข้างต้น⁷ ดังนั้นแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางจึงจำเป็นต้องจัดทำขึ้นและขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งใช้กลไกการขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางโดยผู้บริหารการพยาบาลระดับเขต และระดับจังหวัด⁸ เพื่อให้ผลลัพธ์ของการบริหารจัดการแผนสามารถเสริมสร้างศักยภาพและความเชี่ยวชาญของพยาบาลในสาขาที่ต้องการได้อย่างเหมาะสมบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งหลักการและแนวคิดสำคัญในการพัฒนาและ

ขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัตินั้นเกี่ยวข้องกับ 1) การกำหนดแผนของ Stefik, hl.^{9,10} สัญญา เคนาภูมิและเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร¹¹ 2) ความต้องการพยาบาลเฉพาะทางตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแต่ละสาขา (Service Plan) ศักยภาพของหน่วยบริการสาธารณสุข (SAP) และความต้องการพยาบาลในอนาคต 3) หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่างๆ และสถาบันที่ผลิตที่ได้รับการประเมินรับรองโดยสภาการพยาบาล 4) บทบาทความรับผิดชอบของผู้บริหารการพยาบาลระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด และ 5) การนำแผนสู่การปฏิบัติของสัญญา เคนาภูมิและกชพร ประทุมวัน¹²

จากความเป็นมาข้างต้น ทีมผู้วิจัยจากกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เห็นถึงความจำเป็นของการจัดทำและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการคาดการณ์ความต้องการการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในอนาคต เป็นแผนในระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด จึงได้ศึกษาวิจัยแผนและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพขึ้น เพื่อให้ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และพยาบาลได้รับการพัฒนาความเชี่ยวชาญเป็นพยาบาลเฉพาะทางที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขและปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพ
2. ขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาล

เฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติ

กรอบแนวคิด

การวิจัยและพัฒนานี้ โดยประยุกต์แนวคิดการกำหนดแผนของ Stefik, hl.^{9,10} สัญญา เคนาภูมิและเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร¹¹ ความต้องการพยาบาลเฉพาะทางตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแต่ละสาขา (Service Plan) ศักยภาพของหน่วยบริการสาธารณสุข (SAP) และความต้องการพยาบาลในอนาคต หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่างๆ และสถาบันที่ผลิตที่ได้รับการประเมินรับรองโดยสภาการพยาบาล บทบาทความรับผิดชอบของผู้บริหารการพยาบาลระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด และการนำแผนสู่การปฏิบัติของ สัญญา เคนาภูมิและกชพร ประทุมวัน¹²

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัย และพัฒนา (research and development) นี้ ดำเนินการระหว่าง 2 มีนาคม - 15 ธันวาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความต้องการพยาบาลเฉพาะทาง แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- 1) วิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางซึ่งสภาการพยาบาลรับรองและสอดคล้องกับเกณฑ์ความต้องการขั้นต่ำของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2) สํารวจสถานการณ์จำนวนพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ

ประชากร ประกอบด้วย โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A – F3 ทั้งหมด 901 แห่ง ผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าพยาบาลหรือผู้แทน 901 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากความต้องการพยาบาลเฉพาะทางตามเกณฑ์ความต้องการขั้นต่ำของ

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 ข้อมูลจำนวนพยาบาลเฉพาะทาง ส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการพยาบาลเฉพาะทาง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.80 และนำไปทดลองใช้กับโรงพยาบาลขนาดใกล้เคียงกับโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 10 แห่ง และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่งแบบสำรวจให้กับโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 901 แห่ง กำหนดระยะเวลาส่งกลับผ่านระบบออนไลน์ ภายใน 2 สัปดาห์ พบการตอบกลับ 894 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.22

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ และร้อยละ

3) สำรวจความต้องการพยาบาลเฉพาะทางในอนาคต

ประชากร ประกอบด้วย ผู้บริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข 19 สาขา ผู้บริหารสำนักงานเขตสุขภาพ 12 เขต และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 28 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกและกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Nastasi & Schensul¹³ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 15 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1. ผู้บริหารระดับสูงสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 คน 2. ผู้บริหารของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 8 คน 3. ผู้บริหารสำนักงานเขตสุขภาพ 3 คน และ 4. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ ข้อคำถามหลักมี 5 ข้อ คือ 1) ประสิทธิภาพการบริหารและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางที่ผ่านมา 2) จุดแข็งของการบริหารและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง 3) ปัญหาหรืออุปสรรคของการบริหารและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง 4) สถานการณ์ความต้องการพยาบาลเฉพาะทาง ในอีก 5-10 ปีข้างหน้า และ 5) ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอีก 5-10 ปีข้างหน้า ตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม) เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยติดต่อประสานผู้ให้ข้อมูลเพื่อชี้แจงข้อมูลการทำวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และตอบคำถามข้อสงสัย พร้อมทั้งนัดหมายการสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลตามวันเวลาดนัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามหัวข้อตามแบบสัมภาษณ์ หลังการได้รับเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งใช้ทั้งรูปแบบกระดาษและอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์

3. ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียง พร้อมทั้งชี้แจงแนวทางการรักษาความลับของข้อมูลและการทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

4. การเก็บข้อมูล จากการสัมภาษณ์ เก็บอย่างต่อเนื่องจนข้อมูลในทุกประเด็นอิ่มตัว (Data saturation)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพ
พยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพ

ประชากร ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน
การพยาบาลจากสภาการพยาบาล สถาบันพระบรม
ราชชนก มหาวิทยาลัยที่เปิดสอนสาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์ (สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์
วิจัยและนวัตกรรม) และผู้บริหารการพยาบาลระดับ
เขตสุขภาพ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการ
คัดเลือกและกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตาม
แนวคิดของ Nastasi & Schensul¹³ ได้กลุ่มตัวอย่าง
22 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดย

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารทางการศึกษา ประกอบ
ด้วยสภาการพยาบาล 1 คน สถาบันพระบรมราชชนก
1 คน มหาวิทยาลัยที่เปิดสอนสาขาพยาบาลศาสตร์
สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ
นวัตกรรม 8 คน รวม 10 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้บริหารการพยาบาลระดับเขต
สุขภาพฯ ละ 1 คน จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ร่างแผน
พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการ
สุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยกร่างแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาล
เฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพ โดยนำผลการ
วิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งสภาการพยาบาล
รับรอง และสอดคล้องกับเกณฑ์ความต้องการขั้นต่ำ
ของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย
การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย การกำหนด
ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และการจัดทำแผน

2. วิพากษ์แผนพัฒนาศักยภาพพยาบาล
เฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพ ในที่ประชุม
ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารการศึกษา และผู้บริหาร
การพยาบาล ทั้ง 2 กลุ่ม เสนอข้อคิดเห็นต่อแผนฯ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อคิดเห็นและปรับปรุง
แผนตามข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล
เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 3 ขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพ
พยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง
ตามความเกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ในการ
ขับเคลื่อนแผนพัฒนาบุคลากรระดับประเทศ
ประกอบด้วย 1. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข
ส่วนกลาง และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ระดับ
เขตสุขภาพ 25 คน 2. ผู้บริหารสถาบันการศึกษา
พัฒนาหลักสูตร รับรองหลักสูตร และผลิตพยาบาล
ตามหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 20 คน และ
3. ผู้บริหารการพยาบาลระดับเขตสุขภาพและระดับ
จังหวัด 76 คน รวม 111 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง
ตามระบบบริการสุขภาพ ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข
จากข้อเสนอแนะในขั้นตอนการประชาสัมพันธ์
เรียบร้อยแล้ว ผ่านความเห็นชอบ และตรวจสอบ
ความถูกต้องและครบถ้วน ของเนื้อหาโดยผู้บริหาร
กระทรวงที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมผู้วิจัยนำเสนอแผนและแนวทางการ
การขับเคลื่อนแผนแก่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข
ส่วนกลาง และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ระดับ
เขตสุขภาพ เพื่อให้กำหนดแผนในระดับนโยบาย

2. ทีมผู้วิจัยนำเสนอแผนฯ ต่อผู้บริหาร
สถาบันการศึกษา พัฒนาหลักสูตร และผลิตพยาบาล
ตามหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้การ
กำหนดการผลิตหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
เพียงพอต่อความต้องการของพยาบาล และตอบสนอง
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข และบริบทของพื้นที่

3. ทีมผู้วิจัยนำเสนอแผนและการขับเคลื่อนแผนแก่ผู้บริหารการพยาบาลระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด เพื่อส่งข้อมูลการทำแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง 5 ปี (พ.ศ. 2561-2571) ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และให้ผู้บริหารการพยาบาลระดับจังหวัดไปถ่ายทอดให้หัวหน้าพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ COA No. IHRP2023027 IHRP No. 017-2566 โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการเก็บรักษาเป็นความลับ นำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยและพัฒนานำเสนอตามวัตถุประสงค์ของแต่ละระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความต้องการพยาบาลเฉพาะทาง ผลการวิจัย พบว่า

1.1) การวิเคราะห์หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางทั้งหมด 161 หลักสูตร ได้จัดกลุ่มหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 35 หลักสูตรที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 15 สาขา บางสาขา

ของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพไม่มีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางรองรับ

1.2) สถานการณ์ความต้องการพยาบาลเฉพาะทางตามเกณฑ์ขั้นต่ำของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต พบว่า มีความต้องการ 35 หลักสูตร จำนวน 53,399 คน คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนพยาบาลเฉพาะทาง 35 หลักสูตรของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการพัฒนาไปแล้ว 33 หลักสูตร จำนวน 25,613 คน โดยมี 2 หลักสูตรที่ยังไม่มีการพัฒนา ได้แก่ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และสาขาการพยาบาลผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

1.3) สถานการณ์ความต้องการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง 35 หลักสูตรของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาพรวม มีความต้องการการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 27,786 คน เขตที่มีความต้องการมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 3,245 คน คิดเป็นร้อยละ 11.68 รองลงมาตามลำดับคือ เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 2,910 คน คิดเป็นร้อยละ 10.47 และเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 2,678 คน คิดเป็นร้อยละ 9.64 เมื่อพิจารณารายหลักสูตร พบว่า มีร้อยละ 31.43 ของหลักสูตรทั้งหมดที่ต้องการการพัฒนาในภาพรวมทั้ง 12 เขตสุขภาพมากกว่า 1,000 คน โดยสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ต้องการการพัฒนามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.09 รองลงมาเป็นสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 8.87 และสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว/ทั่วไป ร้อยละ 8.48 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนพยาบาลต้องการการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามหลักสูตรสาขาการพยาบาลเฉพาะทาง และตามระบบบริการสุขภาพ

| ลำดับ | สาขาการพยาบาลเฉพาะทาง | เขต | รวม | ร้อยละ |
|-------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| 1 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน | 468 | 163 | 203 | 289 | 258 | 276 | 396 | 374 | 402 | 207 | 288 | 314 | 3,638 | 13.09 |
| 2 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ | 214 | 83 | 109 | 246 | 274 | 244 | 210 | 267 | 252 | 217 | 217 | 131 | 2,464 | 8.87 |
| 3 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวทั่วไป | 458 | 146 | 118 | 40 | 49 | 253 | 322 | 168 | 291 | 184 | -78 | 405 | 2,356 | 8.48 |
| 4 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ | 202 | 93 | 108 | 143 | 132 | 144 | 153 | 172 | 179 | 138 | 156 | 155 | 1,775 | 6.39 |
| 5 | สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ | 192 | 85 | 105 | 133 | 127 | 144 | 153 | 170 | 152 | 140 | 158 | 154 | 1,713 | 6.16 |
| 6 | สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ | 151 | 94 | 82 | 136 | 100 | 116 | 120 | 162 | 157 | 203 | 116 | 123 | 1,560 | 5.61 |
| 7 | สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด | 164 | 84 | 73 | 127 | 136 | 135 | 57 | 132 | 119 | 163 | 107 | 127 | 1,424 | 5.12 |
| 8 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 147 | 102 | 68 | 105 | 110 | 123 | 80 | 159 | 152 | 124 | 119 | 103 | 1,392 | 5.01 |
| 9 | สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ | 129 | 41 | 72 | 163 | 127 | 132 | 56 | 148 | 94 | 200 | 88 | 140 | 1,390 | 5.00 |
| 10 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย | 87 | 48 | 73 | 80 | 97 | 59 | 118 | 141 | 114 | 68 | 104 | 106 | 1,095 | 3.94 |
| 11 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด | 101 | 26 | 41 | 100 | 111 | 149 | 76 | 113 | 80 | 74 | 99 | 86 | 1,056 | 3.80 |
| 12 | สาขาการพยาบาลปรีคลอดกรรม | 115 | 68 | 45 | 65 | 104 | 94 | 79 | 94 | 117 | 34 | 96 | 74 | 985 | 3.54 |
| 13 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง | 103 | 46 | 53 | 85 | 76 | 90 | 73 | 89 | 84 | 23 | 83 | 85 | 890 | 3.20 |
| 14 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง | 79 | 41 | 40 | 79 | 69 | 73 | 67 | 90 | 59 | 32 | 67 | 69 | 765 | 2.75 |
| 15 | สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน | 92 | 31 | 50 | 61 | 58 | 68 | 65 | 68 | 70 | 59 | 63 | 64 | 749 | 2.70 |
| 16 | สาขาการผดุงครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติ | 75 | 42 | 31 | 74 | 59 | 41 | -12 | 51 | 44 | 34 | 76 | 80 | 595 | 2.14 |
| 17 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤติ | 73 | 51 | 10 | 42 | 35 | 37 | 59 | 54 | 47 | 43 | 61 | 83 | 595 | 2.14 |
| 18 | สาขาการพยาบาลคัดกรองและกวดขัน | 52 | 35 | 19 | 48 | 56 | 63 | 34 | 81 | 41 | 43 | 58 | 51 | 581 | 2.09 |

ตารางที่ 1 จำนวนพยาบาลต้องการการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามหลักสูตรสาขาการพยาบาลเฉพาะทาง และตามระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)

| ลำดับ | สาขาการพยาบาลเฉพาะทาง | เขต | รวม | ร้อยละ |
|-------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| 19 | สาขาการจัดการโรคเรื้อรัง | 70 | 33 | 11 | 42 | 54 | 34 | 42 | 76 | 70 | 23 | 58 | 34 | 547 | 1.97 |
| 20 | สาขาการผดุงครรภ์ | 54 | 35 | 35 | 39 | 29 | 11 | 37 | 71 | 43 | 29 | 54 | 9 | 446 | 1.61 |
| 21 | สาขาการพยาบาลออโรโรบิติกส์ | 37 | 25 | 21 | 29 | 31 | 33 | 54 | 46 | 59 | 33 | 30 | 40 | 438 | 1.58 |
| 22 | สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม | 40 | 27 | 23 | 33 | 33 | 22 | 43 | 57 | 33 | 41 | 45 | 34 | 431 | 1.55 |
| 23 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว | 24 | 17 | 15 | 27 | 33 | 96 | 15 | 35 | 42 | 33 | 27 | 57 | 421 | 1.52 |
| 24 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤติ | 29 | 19 | 15 | 21 | 32 | 32 | 19 | 31 | 29 | 27 | 32 | 24 | 310 | 1.12 |
| 25 | สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น | 53 | 0 | 38 | 29 | 21 | 40 | -8 | 22 | 26 | 0 | 44 | 21 | 286 | 1.03 |
| 26 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง) | 23 | 15 | 25 | 15 | 15 | 21 | 7 | 37 | 19 | 4 | 23 | 27 | 231 | 0.83 |
| 27 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ | 18 | 14 | -1 | -6 | -18 | 32 | 22 | 64 | 5 | 20 | 14 | 36 | 200 | 0.72 |
| 28 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) | 39 | 15 | 6 | 7 | 6 | 33 | 7 | 35 | 11 | 25 | 10 | 0 | 194 | 0.70 |
| 29 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก | 26 | 9 | 3 | 15 | 17 | 27 | 6 | 9 | 12 | 17 | 9 | 12 | 162 | 0.58 |
| 30 | สาขาการพยาบาลการบริจาคอวัยวะ เนื้อเยื่อ และการปลูกถ่ายอวัยวะ | 14 | 4 | 6 | 8 | 14 | 27 | 5 | 10 | 11 | 11 | 14 | 14 | 138 | 0.50 |
| 31 | สาขาการพยาบาลรังสีวิทยา | 7 | 2 | 1 | 4 | 4 | 6 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 42 | 0.15 |
| 32 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ | -9 | -2 | 6 | -10 | -6 | 3 | 9 | 9 | -11 | 2 | 1 | -9 | -17 | -0.06 |
| 33 | วิสัญญีพยาบาล | -4 | -25 | -13 | 20 | -13 | 48 | 43 | -59 | 6 | -31 | 18 | -19 | -29 | -0.10 |

ตารางที่ 1 จำนวนพยาบาลต้องการการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามหลักสูตรสาขาการพยาบาลเฉพาะทาง และตามระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)

| ลำดับ | สาขาการพยาบาลเฉพาะทาง | เขต | เขต | เขต | เขต | เขต | เขต | เขต | เขต | เขต | เขต | เขต | รวม | ร้อยละ | |
|-------|--|------|------|------|------|------|------|-----|------|------|------|------|-------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | | 12 |
| 34 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา | -17 | -45 | -6 | -25 | -32 | -15 | -33 | -21 | -79 | -28 | -13 | -34 | -348 | -1.25 |
| 35 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติวิกฤติทารกแรกเกิด | -61 | -46 | -13 | -58 | -96 | -89 | -34 | -47 | -56 | -50 | -35 | -104 | -689 | -2.48 |
| | รวม | 3,24 | 1,37 | 1,47 | 2,20 | 2,10 | 2,60 | 2,3 | 2,91 | 2,67 | 2,14 | 2,21 | 2,496 | 27,786 | 100.00 |
| | ร้อยละ | 11.6 | 4.95 | 5.30 | 7.94 | 7.56 | 9.36 | 8.4 | 10.4 | 9.64 | 7.72 | 7.96 | 8.98 | 100.00 | |

2) ความต้องการพยาบาลเฉพาะทางในอนาคต โดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดดังนี้

(1) ประสบการณ์การบริหารและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ผู้เชี่ยวชาญ...“เป็นแผนปี เลือกลักสูตรที่จำเป็นและเร่งด่วนในความต้องการแต่ละปี” ผู้เชี่ยวชาญ...“ความต้องการการอบรมของโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนมากและหลากหลายสาขา โรงพยาบาลชุมชนก็ลดหลั่นกันลงมา” ผู้เชี่ยวชาญ...“ที่ผ่านมาไม่มีแผนเชิงลึกละไม่มีผลลัพธ์ ทิศทางเป็น Supply side development พยาบาลไม่สามารถกำหนดแผนพัฒนาฯ พยาบาลไม่มีส่วนในการออกแบบบริการสุขภาพ 15 สาขา ฝ่ายการศึกษามีความศักยภาพอะไรก็ผลิตเรื่องนั้น”

(2) จุดแข็งของการบริหารและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ผู้เชี่ยวชาญ...“เป็นการต่อยอดในความเชี่ยวชาญเฉพาะทางตามสาขา พยาบาลเมื่อรับการอบรมแล้วสามารถทำให้งานของโรงพยาบาลเข้มแข็งขึ้น สามารถสร้างงาน เป็นที่พึ่งของประชาชนได้มากขึ้น กองการพยาบาล ทำให้เห็นชัดเจนขึ้น”

(3) ปัญหา/อุปสรรคของการบริหารและขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ผู้เชี่ยวชาญ...“จำนวนพยาบาลที่ไม่เพียงพอ เมื่อส่งไปอบรม จะเกิดปัญหาเรื่องคนทำงาน” ผู้เชี่ยวชาญ...“หลักสูตรควรมีภาพกว้างให้มากขึ้น คือมีความแตกต่างกันในโรงพยาบาลแต่ละขนาด ในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลชุมชน อาจต้องการพยาบาลเฉพาะทางที่ศักยภาพต่างกัน เช่น พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์อาจไม่ต้องเรียนบางอย่างที่ไม่มีการให้บริการ ตัวอย่าง โรคหัวใจในโรงพยาบาลที่ไม่มีห้องสวนหัวใจ หรือไม่มีห้องผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น”

(4) ท่านคิดว่าอีก 5-10 ปีข้างหน้าสถานการณ์การความต้องการพยาบาลเฉพาะทางเป็นอย่างไร ผู้เชี่ยวชาญ...“บางสาขาขาดแคลนมาก เช่น วิกฤติพยาบาล น่าจะมีวิธีการที่ทำให้ผลิตเร็วขึ้น เพราะขณะนี้ แค่ทดแทนคนที่อายุมากขึ้นหรือเกษียณก็ไม่ทันแล้ว ไม่ต้องคิดเรื่องการขยายบริการ แต่ในนโยบายในขณะนี้ ต้องการขยายเรื่องการผ่าตัด และสูตรกรรมในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ให้มากขึ้น ก็จะเป็นปัญหาในเรื่องวิกฤติพยาบาลและพยาบาลผ่าตัด ความต้องการพยาบาลเฉพาะทางสูงขึ้น ตาม Service Plan และนโยบายของ

กระทรวง โดยเฉพาะ IMC, Palliative care, การบริจาคอวัยวะ ที่จะขยายลงไปถึงโรงพยาบาลชุมชน จึงควรมีพยาบาลที่รู้เรื่องเหล่านี้และทำหน้าที่เป็น Leader ในเรื่องนั้นๆ ของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับ IC nurse” ผู้เชี่ยวชาญ...“น่าจะมีการอบรมเฉพาะทางทุกสาขาในภูมิภาค และเขตสุขภาพ ให้ครบ มีฉะนั้นจะเป็นปัญหาแก่ผู้เรียน เรื่องอยู่ใกล้บ้าน และงบประมาณที่ลดลงได้” ผู้เชี่ยวชาญ...“พยาบาลพื้นฐานเรียน 4 ปีอย่างน้อยจบมาทำงาน 2 ปีต้องเรียนเฉพาะทาง คือในปีที่ 3 ต้องเรียนฯ เรื่องเทคโนโลยี/ ความซับซ้อนการรักษาพยาบาล ปัญหาสุขภาพประชาชน”

(5) ท่านจะเสนอแนะในการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางอย่างไรเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอีก 5-10 ปีข้างหน้า ผู้เชี่ยวชาญ...“เพิ่มจำนวนการผลิตพยาบาลเฉพาะทางบางสาขาที่ขาดแคลนมาก เช่น วิทยุพยาบาล, พยาบาลผ่าตัด, COPD, Asthma, DM, HT, หัวใจ, สมอง หลักสูตรที่ต้องเพิ่มเติมต้องดูทิศทางประเทศ ผลกระทบเป็นวงกว้าง เช่น ผู้สูงอายุ, จิตเวชและยาเสพติด, NCD, มะเร็ง บางสาขาไม่ต้องเพิ่มโดยวิเคราะห์ความต้องการ หลักสูตรการอบรม นอกจากนี้มีเรื่อง disease ในเชิงลึกแล้ว ควรเพิ่มแนวกว้างในเรื่องการบริหารจัดการด้วย เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็น Nurse manager ได้ด้วย” ผู้เชี่ยวชาญ...“ขณะนี้มีการผ่าตัดด้วยกล้อง การใช้เทคโนโลยีในการรักษา ควรมีพยาบาลเฉพาะทางด้านนี้” ผู้เชี่ยวชาญ...“ต้องขับเคลื่อนให้ครบ Supply side สถาบันผลิตต้องเน้น

การผลิตเพื่อแก้ปัญหาการกระจายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ ภาครัฐจำเป็นต้องสนับสนุนงบประมาณในการผลิต ปฏิรูประบบการผลิตทั้งในเรื่องบริหารจัดการการศึกษา การทบทวนปรับปรุงหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการสุขภาพประชาชนและบริบทของสังคมไทย”

ระยะที่ 2 กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามเกณฑ์ความต้องการขั้นต่ำของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า กำหนดเป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ. 2567-2568) เป็นระยะเร่งด่วนเพื่อจัดการปัญหาความขาดแคลน มีอัตราการผลิตร้อยละ 30 ต่อปี สำหรับปี พ.ศ. 2569 มีอัตราการผลิตร้อยละ 20 เพื่อให้ทันต่อการขยายบริการสุขภาพ และปี พ.ศ. 2570-2571 มีอัตราการผลิตร้อยละ 10 ต่อปีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนระยะ 5 ปีและลดความเสี่ยงหากมีการสูญเสียบุคลากรจากระบบเนื่องจากเกษียณอายุราชการ ย้ายหรือลาออก เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า มี 4 หลักสูตรที่ไม่ได้นำมาจัดทำแผนพัฒนาเนื่องจากมีจำนวนพยาบาลเฉพาะทางเกินกว่าความต้องการตามเกณฑ์ขั้นต่ำของแผน พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ วิทยุพยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา และ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติวิกฤติทารกแรกเกิด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2567-2571) ในภาพรวมของ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

| ลำดับ | สาขาการพยาบาลเฉพาะทาง | รวม | ปี 2567 | ปี 2568 | ปี 2569 | ปี 2570 | ปี 2571 |
|-------|--|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน | 3,638 | 1,091 | 1,091 | 728 | 364 | 364 |
| 2 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ | 2,464 | 739 | 739 | 494 | 246 | 246 |
| 3 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว/ทั่วไป | 2,356 | 707 | 707 | 472 | 237 | 233 |

ตารางที่ 2 แผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2567-2571) ในภาพรวม ของ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

| ลำดับ | สาขาการพยาบาลเฉพาะทาง | รวม | ปี | ปี | ปี | ปี | ปี |
|--------|--|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | 2567 | 2568 | 2569 | 2570 | 2571 |
| 4 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ | 1,775 | 534 | 534 | 354 | 177 | 176 |
| 5 | สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ | 1,713 | 514 | 514 | 343 | 171 | 171 |
| 6 | สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ | 1,560 | 469 | 469 | 310 | 156 | 156 |
| 7 | สาขาการพยาบาลผู้เฒ่าและสารเสพติด | 1,424 | 428 | 428 | 282 | 143 | 143 |
| 8 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 1,392 | 419 | 419 | 279 | 138 | 137 |
| 9 | สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ | 1,390 | 417 | 417 | 278 | 139 | 139 |
| 10 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย | 1,095 | 327 | 327 | 219 | 113 | 109 |
| 11 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด | 1,056 | 321 | 317 | 211 | 106 | 101 |
| 12 | สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม | 985 | 293 | 293 | 201 | 99 | 99 |
| 13 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง | 890 | 269 | 269 | 178 | 87 | 87 |
| 14 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง | 765 | 232 | 231 | 153 | 77 | 72 |
| 15 | สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน | 749 | 224 | 224 | 154 | 74 | 73 |
| 16 | สาขาการผดุงครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติ | 595 | 178 | 178 | 124 | 59 | 56 |
| 17 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤติ | 595 | 179 | 179 | 122 | 58 | 57 |
| 18 | สาขาการพยาบาลศัลยกรรมและการบาดเจ็บ | 581 | 174 | 174 | 117 | 61 | 55 |
| 19 | สาขาการจัดการโรคเรื้อรัง | 547 | 164 | 164 | 113 | 53 | 53 |
| 20 | สาขาการผดุงครรภ์ | 446 | 136 | 135 | 85 | 45 | 45 |
| 21 | สาขาการพยาบาลออโรโธปิดิกส์ | 438 | 132 | 132 | 89 | 45 | 40 |
| 22 | สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม | 431 | 130 | 130 | 88 | 42 | 41 |
| 23 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว | 421 | 126 | 125 | 83 | 44 | 43 |
| 24 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤติ | 310 | 95 | 95 | 61 | 34 | 25 |
| 25 | สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น | 286 | 86 | 86 | 57 | 31 | 26 |
| 26 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติกรับบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง) | 231 | 72 | 71 | 47 | 25 | 16 |
| 27 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ | 200 | 61 | 61 | 41 | 19 | 18 |
| 28 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติกรับบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) | 194 | 60 | 60 | 39 | 22 | 13 |
| 29 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก | 162 | 49 | 49 | 32 | 16 | 16 |
| 30 | สาขาการพยาบาลการบริจาคตอวัยวะ เนื้อเยื่อ และการปลูกถ่าย อวัยวะ | 138 | 47 | 39 | 28 | 13 | 11 |
| 31 | สาขาการพยาบาลรังสีวิทยา | 42 | 18 | 13 | 8 | 2 | 1 |
| รวม | | 28,869 | 8,691 | 8,670 | 5,790 | 2,896 | 2,822 |
| ร้อยละ | | 100 | 30.10 | 30.03 | 20.06 | 10.03 | 9.78 |
| 32 | สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ | -17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 33 | วิสัญญีพยาบาล | -29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 34 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา | -348 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 35 | สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติวิกฤติทารกแรกเกิด | -689 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

ระยะที่ 3 ขั้วเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพ

พยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติ พบว่า

1) การนำเสนอแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางและ

เขตสุขภาพ พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นชอบโดยหลักการและดำเนินการต่อตามกระบวนการพัฒนาบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข

2) การนำเสนอแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติต่อสภาการพยาบาลและผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้บริหารให้ความเห็นชอบโดยหลักการและนำไปดำเนินการวางแผนการผลิตร่วมกับหน่วยผลิต

3) การนำเสนอแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติต่อผู้บริหารการพยาบาลระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด พบว่า มีผู้บริหารการพยาบาลระดับจังหวัดเข้าร่วมกิจกรรมถ่ายทอดแผนฯ ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ของผู้บริหารมีการนำแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง 35 หลักสูตรไปดำเนินการจัดทำแผนระยะ 5 ปี พ.ศ.2567-2571 ในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตสุขภาพ เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขต่อไป

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในระยะเวลาที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความต้องการพยาบาลเฉพาะทาง พบว่ามีความต้องการพยาบาลเฉพาะทางของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ทั้ง 35 หลักสูตร มีความต้องการการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 27,786 คน ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า ในระบบระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีความต้องการพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อตอบสนองการให้บริการพยาบาลตามแผน Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพสามารถขับเคลื่อนต่อไปในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ พุดตาน พันธุเนตร และคณะ¹⁴ ที่พบว่า ในปีพ.ศ. 2569 ประเทศไทยจะมีความต้องการ

กำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกประเภท โดยมีความต้องการพยาบาลจำนวน 52,392 FTE และถ้าพิจารณางานด้านอื่น ๆ ด้วย จะทำให้ความต้องการกำลังคนทุกประเภทสูงขึ้น พยาบาลเพิ่มเป็น 60,251 FTE

ระยะที่ 2 การกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามเกณฑ์ความต้องการขั้นต่ำของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษา กำหนดให้เป็นแผนระดับสุขภาพและระดับกระทรวง ในระยะ 5 ปี โดยพิจารณาจากความเร่งด่วนและความขาดแคลน สอดคล้องกับการศึกษาของพุดตาน พันธุเนตร และคณะ¹⁴ สถานการณ์การพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพในเขตบริการสุขภาพ เกิดการขาดแคลนบุคลากร งบประมาณไม่เพียงพอ ไม่มีหลักสูตรพัฒนาตามที่ต้องการ หลักสูตรไม่เปิดตามแผนที่กำหนดไว้ และหลักสูตรจัดติดต่อกันระยะยาว 4 ส่งผลให้แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพไม่เป็นไปตามที่ต้องการ รวมไปถึงไม่มีการพัฒนานโยบายการพัฒนา กำลังคนทุกระดับอย่างเป็นระบบ มีระบบควบคุมกำกับติดตามและประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ จึงได้มีการเสนอให้ทำการวางแผนการพัฒนากำลังคนจากนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนากำลังคนระดับกระทรวง/ระดับเขต และจूरิรต์นั กิจสมพร และคณะ¹⁵ แนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ส่วนกลางควรการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนระดับเขตสุขภาพ มีข้อมูลบุคลากรนำเข้าเกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนที่ครอบคลุม มีกระบวนการจัดทำแผน โดยให้การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีระบบและกลไกคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการพัฒนา ศักยภาพที่สอดคล้องกับเขตสุขภาพ

ระยะที่ 3 การขับเคลื่อนแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารกระทรวง

สาธารณสุข สถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารการพยาบาล ให้ความเห็นชอบ โดยหลักการและดำเนินการต่อไป ตามกระบวนการพัฒนาบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข จึงเสนอให้การถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติรายจังหวัดและรายเขต และการนำแผนฯ ไปกำหนดเป็นแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลปี พ.ศ.2567-2571 สอดคล้องกับมินตรารณทิพย์วิชัย¹⁶ ที่ศึกษาสภาพการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนาการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีข้อเสนอแนะ โดยทบทวนแผนและทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องเชื่อมโยงทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและ การขับเคลื่อนงานจากนโยบายส่วนกลางลงสู่ระดับพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีความสอดคล้องเชื่อมโยงภายในเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรมีระบบฐานข้อมูลด้านการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางในภาพรวมระดับประเทศ มีแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาล 5 ปี มีระบบการติดตาม กำกับผลการดำเนินการแต่ละปี

1.2 สภาการพยาบาลควรจัดหมวดหมู่ของหลักสูตรสาขาการพยาบาลเฉพาะทาง และรับรอง

หลักสูตรให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ และการจัดรูปแบบ/วิธีการการจัดการเรียน การสอน การฝึกทักษะที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และความก้าวหน้าของพยาบาล

1.3 สถาบันการศึกษาควรนำแผนไปวิเคราะห์เพื่อเพิ่มหน่วยผลิตพยาบาลเฉพาะทางให้เพียงพอ สามารถสนับสนุนให้แผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางระยะ 5 ปี (พ.ศ.2567-2571) บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งพัฒนาหลักสูตรสาขาการพยาบาลเฉพาะทางให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เหมาะสมกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ยุคสมัย เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง และตอบสนองความต้องการของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

1.4 องค์กรพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง 5 ปี และแผนปฏิบัติการรายปี ขับเคลื่อนแผน เพื่อให้พยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะ สนับสนุนให้เกิดระบบการพัฒนาศักยภาพพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถพัฒนางานบริการแต่ละสาขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การประเมินผลแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามระบบบริการสุขภาพ

References

1. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, Thailand. Blueprint of Health Service and Human Resource. [Internet].2020. [cited 2023 Jun 15]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8852>. (in Thai)
2. Ananya Kooariyakul, Sasidhorn Chidnayee, Seubtrakul Tantalankul, Alisa Subsung, Parado Lortamma, Ausanee Wanchai, et al. Situation of Health Workforce Development in Health Regional 2. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2018 (Special Issue): 32-45. Thai.

3. Rungnapa Chantra, Atiya Sarakshetrin, Yupawadee Kantabanlang, Phensri Thongphet, Panida Arwut, Piyada Yuychim. The Situation of Health Workforce Development in Regional Health 11. Journal of Prachomkloa College of Nursing, Phetchaburi Province. 2018;1(1):14-25. Thai.
4. Jureerat Kitsomporn, Viliporn Runkawat, Pitsini Mongkhonsiri. Supporting Factors and Guidelines for Human Resource Development for Health Care Systems in Health Regions in Thailand: Policy Makers' Perspectives. Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS. 2020;3(2):27-40. Thai.
5. Ministry of Public Health, Thailand. Service Plan 2566 – 2570 BE. Bangkok: Agricultural cooperative printing demonstrations of Thai co., Ltd. 2023. (in Thai)
6. National Health Commission office, Thailand. Reforming workforce planning for the next decade involves creating a healthcare team and incorporating technology to facilitate management. [Internet]. 2021. [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/877> Thai.
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. List of specialized nursing training courses certified by the Thailand Nursing and Midwifery Council. [Internet].2022. [cited 2023 Jun 16]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/84>. Thai.
8. Teeraporn Sathira-Angkura T. Reform of the Ministry of Public Health and the mechanism for improving the quality of nursing services in transitional health service areas. Journal of Nursing Division. 2013;40(3):1-8. Thai.
9. Stefik M. Planning and meta-planning. Artificial Intelligence. 1981;16(2):141-69.
10. Stefik M. Planning with constraints. Artificial Intelligence. 1981;16(2):111-39.
11. Sanya Kenaphoom and Saowalak Kosolkittiampor. Conceptual Framework of Planning and Plan Management. Prae-wa Kalasin Journal of Kalasin University, 2017, 4(2), 389-411. Thai.
12. Sanya Kenaphoom and Kodchaporn Prathumwan. Plan Implementation: Process and Management. Sarakham Journal. 2017;8(1):84-108. Thai.
13. Nastasi, B. K., & Schensul, S. L. (2005). Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. Journal of school psychology, 43(3), 177-195.
14. Pudtan Phanthunane, Adun Bamrung, Thidaporn Jirawattanapisal, Nonglak Pagaiya, Boonruang Khaonuan, Thinakorn Noree. A Utilization-Based Model to Predict Human Resources for Health (HRH) in Secondary Care Services of Thailand 2026. Journal of Health Systems Research. 2018;12(2):205-20. Thai.
15. Jureerat Kitsomporn, Viliporn Runkawat, Pitsini Mongkhonsiri. Supporting Factors and Guidelines for Human Resource Development for Health Care Systems in Health Regions in Thailand: Policy Makers' Perspectives. Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS . 2020;3(2):27-40. Thai.

16. Mintraporn Thipwichai. Operating conditions and development guidelines for driving the provincial health service system in Uttaradit province. Journal of Health Research and Development Nakhon Rachasima Provincial Public Health Office. HRDNR. 2017;3(2):34-51. Thai.



กองการพยาบาล

อาคาร 4 ชั้น 4 ตึก กรมการแพทย์ ถนน ติวานนท์ ตำบล ตลาดขวัญ อำเภอ เมืองนนทบุรี นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-6260, 0-2590-6296 โทรสาร 0-2590-6295, 0-2591-8268

Website <http://www.nursing.go.th>