



วารสาร กองการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567

Vol 51 No.1 January-April 2024

ISSN 0125-7242 (print)

ISSN 2673-0316 (online)

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567 Vol. 51 No.1 January-April 2024 ISSN 2673-0316

วัตถุประสงค์

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

ชื่อวารสาร ภาษาไทย

: วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ

: Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุขหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

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

กำหนดออก

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

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

เจ้าของ

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

Copyright

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

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล
(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

คณะที่ปรึกษา Advisory Board

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

บรรณาธิการ Editor

- | | | | |
|---------------------|-----------------|-------------------------|--------------|
| 1. อาจารย์อัมรภัสร์ | อรรถชัยวัจน์ | Armarapas Attachaiwat | กองการพยาบาล |
| 2. ดร.กนกพร | แจ่มสมบุญ | Dr.Kanogporn Jamsomboon | กองการพยาบาล |
| 3. ดร.ศสมน | ศรีสุทนต์ศักดิ์ | Dr.Sasamon Srisuthisak | กองการพยาบาล |
| 4. นายวชิรา | โพธิ์ใส | Vachira Posai | กองการพยาบาล |

กองบรรณาธิการ Editorial Board

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

ผู้ช่วยบรรณาธิการ Assistant Editor

- | | | | |
|------------------|---------|-------------------|--------------|
| 1. นางวิภา | ตุนาค | Wipa Tunak | กองการพยาบาล |
| 2. นางสาวศุภิสรา | พลครุฑ | Supisara Phonkrut | กองการพยาบาล |
| 3. นางสาวสุพิชชา | อุดมไชย | Supitcha Udomchai | กองการพยาบาล |

เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ Management Staff

- | | | |
|-------------------|------------|--------------|
| 1. นายนิชฌาน | เทือกปัญญา | กองการพยาบาล |
| 2. นางกนกอร | บุญมาก | กองการพยาบาล |
| 3. นางจารุวรรณ | จันทา | กองการพยาบาล |
| 4. นายภูวนาด | ป้อมเมือง | กองการพยาบาล |
| 5. นางสาวรสรินทร์ | บุญเหลี่ยม | กองการพยาบาล |

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)

รายนามผู้พิจารณากลั่นกรองบทความวิจัย (Peer review)

1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์ ดร. จงกลณี เรืองอัมพร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สถาบันพระบรมราชชนก
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไบรแมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุตา จามจุรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
10. ดร.กฤษดา แสงดี สภาการพยาบาล
11. นางศิริมา ลีละวงศ์ สภาการพยาบาล
12. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
13. ดร.นวรรตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
14. ดร.ชลียา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
15. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
16. ดร.สุรีย์พร กุมภะคาม นักวิชาการอิสระ
17. ดร.จิราภรณ์ ศรีไชย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
18. นางสาวโคกิชฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
19. ดร.ธีรพร สติธัญญ์ กองการพยาบาล
20. ดร.อรรธยา อมรพรหมภักดี กองการพยาบาล
21. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ กองการพยาบาล
22. ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ กองการพยาบาล
23. นางอัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ กองการพยาบาล
24. นางสาวพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ กองการพยาบาล
25. นางสาวขวัญนา ขวัญสถาพรกุล กองการพยาบาล
26. ร.ต.อ.หญิง ชุรีพรรณ วณิชโยบล กองการพยาบาล
27. นางนันท์รัตน์ ศรีวีรางกูร กองการพยาบาล
28. นายวชิรา โพธิ์ใส กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณาธิการแถลง		Chief Editorial
บทความวิจัย		
การวิจัยประเมินผลรูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (HOME ISOLATION) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา อมรรัตน์ ลิ้มเฮง รำภาภรณ์ หอมดีบ อรรพวรรณ จิรายุกุล ภาเอื้ออานันท์ สิรินทรโสภณ กฤษมล วิทยธรรณกุล	1	Evaluate the model of nursing system for Home Isolation of patients with COVID-19, Hat Yai, Songkhla Amornrat Limheng Rampaporn Homtiep Oraphan Jirayukul Pa Euan Sirindharasophon Kritchamon Witthayathanakul
การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาล หาดใหญ่ ระเบียบ ขุนภักดี ดรุณี ท่วมเพชร	18	Development of Clinical Supervision Model among Mechanically Ventilated Patients in Medical Intensive Care Unit, Hatyai Hospital Rabeab khunpakdee Darunee Tuampetch
การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล อุไรพร จันทะอุ่มเมา นครินทร์ สุวรรณแสง ศุภิสรา พลครุฑ วิภา ตุนาค	35	High Potential Nursing Workforce Development Uraiporn Janta-um-mou Nakarin Suwanasang Supisara Phonkrut Wipa Tunakh
อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะตกเลือด หลังคลอด ในโรงพยาบาลทั่วไป กฤษฏีกุล ตาคำ ศรีสุดา อัสวพลังกุล มงคล สุริเมือง	50	Incidence and Factors Associated with Postpartum Hemorrhage in General Hospital. Kritkun Takham Srisuda Aussawapalanggool Mongkol Surimuang
การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ วัชรกรรณ์ รัตธสาร สิริกุล พิพิธแสงจันทร์ ปาริชาติ หาญมานพ	63	Managing Nursing Care Administration of COVID- 19 Patient at Surin Hospital Watchareeporn Ratarasan Sirikun Phiphitsuangjan Parichart Hanmanop
การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย วนิดา เคนทองดี อรุณา แก้วเกิด สุพัตรา กมลรัตน์ ปิยนันท์ แสนสมบัติ	78	Development of Nursing Model for patients using ventilators in Medical Department, Loei hospitals Wanida Kenthongdee Onuma Kaewkerd Supatra Kamonrat Piyanan Sansombat
ผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาต่อความ ปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ ปรียพัศ พรประเสริฐ สุนิสา จุลรอด	96	The effect of medical cannabis oil for pain in cancer and palliative patients Nipatsorn Boonyasanti Preeyapas Pornprasert Sunisa Junrod
ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยน ผ่านของมารดาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลทารกที่	110	The effects of the nursing therapeutics program during maternal transition period towards knowledge and caring behaviors for preterm

สารบัญ		Content
เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมาก ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กัลยา เป๊ะหมื่นไวย จุฑารัตน์ กาฬสินธุ์ ลัดดาพร ปานสูงเนิน พรรณทิพา ขำโพธิ์ ชนิตา เป๊ะสกุล		infants with very low birth weight, who admitted at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Kallaya Pemuenwai Jutarat Kalasin Laddaporn Phansongnoen Punthipa Khumpho Chanita Peasakul
การศึกษาและพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการ บาดเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ประภา ยี่เอ็ง พัชรินทร์ สรไชยเมธา จันทิมา จันทธิพิยวารี	122	The study and rehabilitation model development for disabled persons with spinal cord injury at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute Prapa Yeeheng Patcharin Sorachaimetha Chantima Chanthipwaree
การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่าง รอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชา รักษ์ เสาวภา หนูนครบุรี ฌัญฐมา ชัยรัตน์ ปาริณันท์ คงสมบุญณ์ จันทิมา นวมะวัฒน์ ธัญสินี พรหมประดิษฐ์ มธุรดา บรรจงการ นลินี เกิดประสงศ์	136	The Development of a Surveillance Guideline for Patients with Deteriorating Symptoms While Waiting for Examination at The Medicine Outpatient Department, Sawanpracharak Hospital Saowapha Noonkhonburi Chattama chairat Parinun Kongsomboon Juntima Nawamawat Thansinee Prompradit <u>Maturada Bunjogarn</u> Nalinee Kerdprasong
บทความวิชาการ		
ผลของการจัดการพยาบาลรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทางจักษุที่ควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต ไม่ได้ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	1	Effects of Nursing Case Management in Elderly Chronic eye uncontrolled Blood sugar and Blood pressure Benjamas Rodpaewpan Penchun Saenprasarn
ระบบบริหารจัดการเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงโดยพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาพื้นที่ เทศบาลนครนนทบุรี นิชดา สารถวัลย์แพศย์ ศิริอร สิ้นธุ ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ	15	The Management for Control Diabetes and Hypertension by Nurse Freelance Home Visit: The Case Study at Nonthaburi City Municipality Nichada Santwanpas Siriorn Sindhu Patoomthip Adunwatanasiri

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับที่ 1 ปีพุทธศักราช 2567 ซึ่งเป็นฉบับแรกของปี 2567 วารสารกองการพยาบาล มีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยฉบับนี้เป็นฉบับแรกที่มีการเผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง วารสารตีพิมพ์ทันทีที่บทความแต่ละเรื่องเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวมเล่ม และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานมากขึ้นกว่าเดิม โดยเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็น Peer review ให้มีความหลากหลายทางด้านวิชาการให้มากขึ้น และเพื่อตรวจสอบและคัดสรรบทความและงานวิจัยที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานเหมาะสมในการตีพิมพ์

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

เนื้อหาสาระของวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ ประกอบด้วยบทความวิจัยที่น่าสนใจ ได้แก่ การวิจัยประเมินผลรูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในโรงพยาบาลทั่วไป ผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นต้น และ บทความทางวิชาการ ได้แก่ ผลของการจัดการพยาบาลรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทางจักษุที่ควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตไม่ได้ และระบบบริหารจัดการเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาลและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งงานวิจัยหรือบทความมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่อง

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ

บรรณาธิการ

เมษายน 2567

การวิจัยประเมินผลรูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (HOME ISOLATION) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

อมรรัตน์ ลิ้มเฮง*	ว.ท.ม. (พยาบาลศาสตร์)
ร่ำภาภรณ์ หอมติบ**	ว.ท.ม. (การวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข)
อรพรรณ จิรายุกุล**	พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ภาเอื้ออันน์ สิริทรโสภณ**	พ.ย.บ. (พยาบาลศาสตร์)
กฤษฎมล วิทย์ธนกุล**	พ.ย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

(รับ: 3 ธันวาคม 2566 แก้ไข: 3 มีนาคม 2567 ตอบรับ: 1 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

สถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 อำเภอหาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเกินกว่าระบบปกติของโรงพยาบาล จะรองรับได้ จึงมีนโยบายจัดบริการแบบแยกกักตัวที่บ้าน ในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้ดำเนินการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านด้วย H-A-T-Y-A-I HI model เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและหยุดการระบาด หลังผ่านพ้นภาวะวิกฤต คณะผู้วิจัยจึงศึกษาและประเมินผลตามรูปแบบซิปปี เพื่อวิเคราะห์นำมาปรับปรุงใช้ในสถานการณ์ระบาดในอนาคต การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในระบบการแยกกักตัวที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 60 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน 200 ราย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสนทนากลุ่ม มีผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และการตีความการสัมภาษณ์

ผลการวิจัย พบว่า การประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านด้านการจัดบริการ พบว่าอยู่ในระดับดีมาก สามารถรองรับผู้ป่วยปริมาณมากในสถานการณ์ระบาดหนักได้อย่างปลอดภัย พยาบาลผู้ให้บริการเกือบทุกคนมีความเครียดเป็นบางครั้งถึงบ่อยครั้ง และเกิดภาวะหมดไฟบ่อยครั้งถึงเป็นประจำเพิ่มจากร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 50 ผู้ป่วยรับรู้ การให้การพยาบาลได้ในระดับมาก มีการดูแลอาการหลังการป่วยโรคโควิด-19 ในระดับดี

สรุปผล: รูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและ องค์กรเป็นต้นแบบสำหรับนำไปใช้ได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระบบแยกกักตัวที่บ้าน ประเมินผลรูปแบบซิปปี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่ E-mail: amornrat.limheng@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

Evaluate the model of nursing system for Home Isolation of patients with COVID-19, Hat Yai, Songkhla

Amornrat Limheng*	M.S. (Nursing Science; Ambulatory Care Nursing)
Rampaporn Homtiep**	M.S. (Health system research and development)
Oraphan Jirayukul**	M.N.S. (Adult Nursing)
Pa Euan Sirindharasophon**	B.N.S. (Nursing Science)
Kritchamon Withhayathanakul**	M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

(Received: December 13, 2023, Revised: March 3, 2024, Accepted: April 1, 2024)

Abstract

COVID-19 Outbreak at Hat Yai district in 2022, the patients were rapidly increasing beyond the hospital's normal system could support. Thus, there was a policy to provide home isolation services for the patients with mild symptoms. The Community Nursing Group, Hat Yai Hospital developed H-A-T-Y-A-I HI model, home isolation nursing services for the COVID-19 patients to keep them safe and stop the outbreak. After the crisis had passed, the research team studied and evaluated this nursing service model using the CIPP model to analyze and use in future outbreak situations. This evaluation research aimed to study and evaluate the nursing services model for home isolation COVID-19 patients. Data were collected using mixed method. Quantitative data were obtained from 60 nurses and 200 home isolation COVID-19 patients using a questionnaire. Qualitative data were obtained from 15 nurse-executives and nurse-practitioners using in-depth interviews and group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics and interview interpretation.

Results: The evaluation of home isolation services for COVID-19 patients was found to be at a very good level and be able to safely handle large numbers of patients in a severe outbreak situation. Almost all of the nurses experienced stress from time to time. They also had frequent to regular episodes of burnout increasing from 6 percent to 50 percent. The patients perceived nursing care at a high level and caring for post-COVID-19 symptoms were at a good level

Conclusion: This model is effective and produces good results for the patients and the organization as well as could be a model for implementation.

Keywords: Nursing care for patients with COVID-19, Home isolation system, CIPP model

* Professional Nurse, Hatyai Hospital E-mail: amornrat.limheng@gmail.com

** Registered Nurse, Hatyai Hospital

บทนำ

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562¹ ในมณฑลหูเป่ย์ (Hubei) เมืองอู่ฮั่น (Wuhan) สาธารณรัฐประชาชนจีน¹ เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจแพร่เชื้อโดย น้ำมูก น้ำลาย² มีอาการไอ เจ็บคอ มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ หายใจลำบาก การได้กลิ่นลดลง³ ในผู้มีโรคประจำตัวจะมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้⁴ ต่อมาเดือนมกราคม พ.ศ.2563 มีการระบาดใหญ่ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าลุกลามไปทั่วโลก (pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 สถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และผู้เสียชีวิต 126,761 คน⁵ ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ณ วันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 จำนวน 2,826 คน รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ผลการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลก รองจากสาธารณรัฐประชาชนจีน⁶ ส่วนการระบาดรอบที่ 2 เริ่มเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 พบการติดเชื้อในประเทศเป็นหญิงไทย อายุ 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ติดเชื้อจากแรงงานชาวพม่า และกระจายไปหลายจังหวัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมได้เหมือนรอบแรก⁷ จนปลายปี พ.ศ. 2564 พบเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) แพร่ระบาดเป็นระลอกที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง อยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้นๆ เมื่ออาการดีขึ้นแต่ยังจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่นอย่างน้อย 10 วัน การระบาดระลอกที่ 4 มีการแพร่เชื้อที่รวดเร็วจนไม่สามารถควบคุมได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำแนวทางการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation :HI) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564⁸ การดูแลแบบแยกกักตัวเองจากที่บ้านทำในผู้ป่วยกลุ่มที่ติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการหรือมี

อาการเล็กน้อย เพื่อสังเกตอาการและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค เป็นการแยกกักตัวที่บ้านอย่างน้อย 14 วัน

การระบาดของเชื้อโควิด-19 ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบการระบาดหนักและกระจายรวดเร็ว ในระลอกที่ 4 มียอดผู้ติดเชื้อสะสม 36,499 ราย และมียอดผู้เสียชีวิตสะสม 158 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2565)⁹ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จนโรงพยาบาลไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีความรับผิดชอบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สนับสนุนการดำเนินการตามนโยบาย ในสถานการณ์ฉุกเฉินนอกจากการรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลเฉพาะกิจหรือโรงพยาบาลสนาม จัดเตรียมหน่วยบริการวัดชิ้นขนาดใหญ่ของอำเภอหาดใหญ่ ช่วยตรวจเชื้อจากคอก (Swab) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงแล้ว ยังต้องบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ โดยเริ่มจากเดือนมิถุนายน 2564 กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกันออกแบบการจัดระบบพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านผ่านแพลตฟอร์ม “Home Songkhla Care” (HSC) นำมาใช้ดูแลตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 จนถึง 20 มีนาคม 2566

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานการจัดระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน และเป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ในอนาคตต่อไป

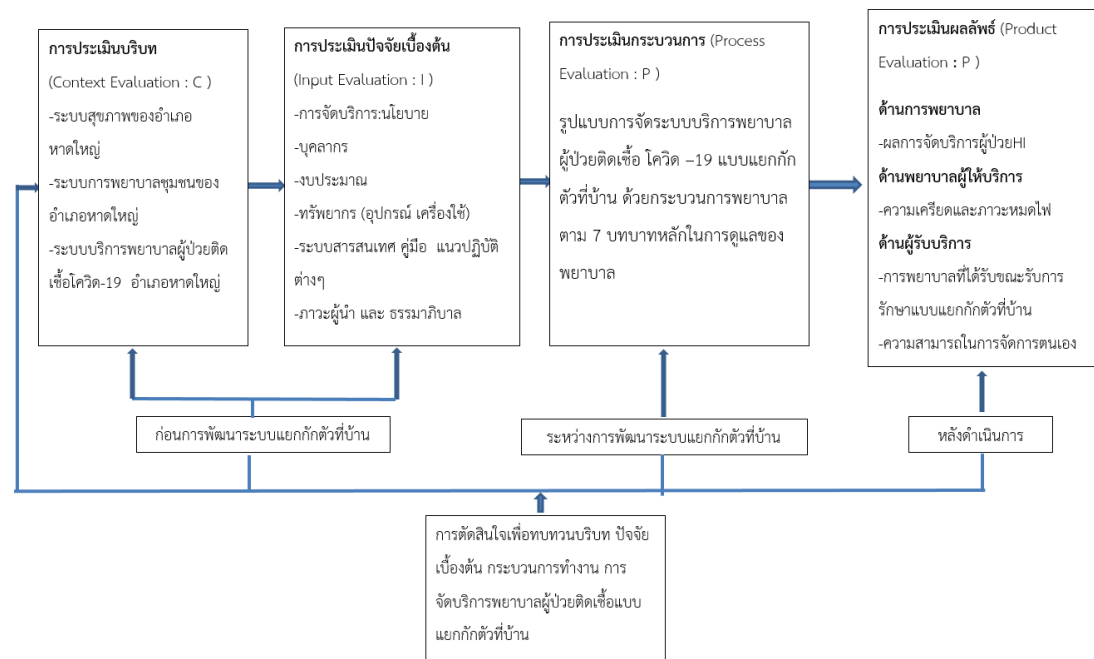
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในระบบการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการประเมินแบบซิปป (CIPP Model) ของ Daniel L. Stufflebeam¹⁰ ซึ่งเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และวิเคราะห์การดำเนินงานหรือโปรแกรมต่างๆ ที่เน้นการตัดสินใจ ควบคู่ไปกับการประเมิน ทุกขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ซึ่งช่วยให้การประเมินมีความครอบคลุมและเป็นระบบ มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบท และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันได้ดังกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในระบบการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation :HI) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 062-65-01 Full board review รับรองวันที่ 19 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 18 มกราคม 2567

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (evaluation research design) เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ

แยกกักตัวที่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยเก็บข้อมูลแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเป็น 3 ช่วง คือ 1) ก่อนการพัฒนา ระบบแยกกักตัวที่บ้าน 2) ระหว่างการพัฒนา ระบบแยกกักตัวที่บ้าน 3) หลังดำเนินการ ระบบแยกกักตัวที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลชุมชนผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระบบแยกกักตัวที่บ้าน และ

ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ในช่วง 1 กุมภาพันธ์ - 20 มีนาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษา มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
1.1) พยาบาลชุมชนทั้งหมดที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน 60 ราย
1.2) แพทย์พยาบาลและสหวิชาชีพที่ร่วมปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 15 ราย

2) กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน คำนวณหากกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่าง 199.032 ราย โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling)¹¹ 200 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปและได้รับการดูแลผ่านระบบแพลตฟอร์ม “Home Songkhla Care” เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงจนต้องเปลี่ยนจากระบบแยกกักตัวที่บ้านเป็นรับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) **เครื่องมือศึกษาด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น** กระบวนการพัฒนารูปแบบการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ประกอบด้วยเอกสารสำคัญต่างๆ ได้แก่ แนวปฏิบัติ คู่มือ คำแนะนำ นโยบายต่างๆ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ฐานข้อมูลอำเภอบางใหญ่ และระบบการดูแลแบบ H-A-T-Y-A-I HI Model

2) **เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ** คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก 20 ข้อ

3) **เครื่องมือประเมินผลลัพธ์** มีดังนี้
ชุดที่ 1 แบบสอบถามพยาบาล มี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2

แบบสอบถามกระบวนการพยาบาลตาม 7 บทบาทหลักของการดูแล (7 Aspect of Care) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 7 ด้าน 24 ข้อย่อย คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียด (ST5_ND2565)¹² ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ของกองการพยาบาล 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะหมดไฟ (Burn Out ND 2565)¹² ของกองการพยาบาล **ชุดที่ 2** แบบสอบถามผู้ป่วย มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการพยาบาลขณะรับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน 7 ด้าน 24 ข้อย่อย คำตอบเป็นแบบอัตราส่วน 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลือหลังหายป่วยโรคโควิด-19 (post COVID-19_ND 2565)¹² ของกองการพยาบาล 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพยาบาล และ แบบสอบถามผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index : CVI)¹³ เฉลี่ย 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹³ 0.96 และ 0.89 ตามลำดับ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index : CVI)¹³ เฉลี่ยเท่ากับ 0.945

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตีความบทสัมภาษณ์เชิงลึก และ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการประเมินรูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านโดยใช้รูปแบบซีบี (CIPP model) พบดังนี้

1. **ผลการประเมินด้านบริบท** จากการค้นคว้าจากแหล่งข้อมูล เอกสาร website ต่างๆ และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) **ระบบสุขภาพอำเภอหาดใหญ่** อำเภอหาดใหญ่ มี 99,202 หลังคาเรือน ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร 404,004 คน มีทั้งประชากรพื้นถิ่นดั้งเดิม ประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าวที่เคลื่อนไหวเข้าออกตลอดเวลา เป็นอำเภอที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ผสมผสานทั้งชุมชนเมืองและชนบท มีโรงพยาบาลภาครัฐ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์ โรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง มีหน่วยบริการปฐมภูมิ 26 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 16 แห่ง และคลินิกเอกชน 213 คลินิก โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 900 เตียง ที่มีศูนย์ความเป็นเลิศ ครบ 19 สาขา ตาม service plan ระบบบริการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของศูนย์แพทย์ชุมชนทั้ง 4 มุมเมืองรอบนอก และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง 4 มุมเมืองชั้นใน ทั้งทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ศูนย์แพทย์ชุมชนยังได้ทำงานประสานกันระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลของแต่ละพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง ปัญหาของระบบสุขภาพอำเภอหาดใหญ่ คือ ยังขาดระบบสนับสนุน เช่น ระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง เครื่องคอมพิวเตอร์ ข้อมูลบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาล และคลินิกเอกชนในพื้นที่ ยังไม่มีความเชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูลสุขภาพอำเภอ สามารถเชื่อมข้อมูลสุขภาพ

ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ทำให้ไม่เห็นข้อมูลภาพรวมอำเภอทั้งหมด ส่วนด้านบุคลากร พบว่า ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร และภาระการเป็นศูนย์รับส่งต่อขั้นสูงสุดในการคัดกรองกระทรวงสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 12 จึงยังขาดแคลนบุคลากรอีกเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับภาระงาน และความเชี่ยวชาญที่เพิ่มมากขึ้น

2) **ระบบการพยาบาลชุมชนของอำเภอหาดใหญ่** พบว่า มีพยาบาลทั้งหมด 2,853 คน เป็นพยาบาลภาครัฐ 2,309 คน ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลชุมชน 160 คน ซึ่งอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น เมื่อจัดการตามยุทธศาสตร์ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการที่ครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ ทำให้ประชาชนได้รับการบริการที่เข้าถึงได้ง่าย มีพยาบาลชุมชนออกเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน (Home Ventilator) หรือ ผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนในการให้บริการคัดกรองเชิงรุก แม้คัดกรองได้จำนวนมาก แต่พบว่าผลงานที่ได้ส่วนหนึ่งไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่ตรงตามตัวชี้วัดของนโยบายแต่ละปี เนื่องจากมีประชากรแฝงและประชากรย้ายถิ่นอยู่ในส่วนนี้จำนวนมาก ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของชุมชนเมือง ภาระงานของพยาบาลชุมชนที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งการให้บริการในเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น และให้บริการต่างๆ ในศูนย์แพทย์ชุมชน ได้ครอบคลุมในหลายๆมิติของสุขภาพ การให้บริการแบบองค์รวม ตั้งแต่ก่อนป่วย เช่น ฉีดวัคซีน ฝากครรภ์ คัดกรองภาวะซึมเศร้า ให้บริการการเลิกบุหรี่ เลิกเหล้า คัดกรองมะเร็ง คัดกรองโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวนพยาบาล

ชุมชนมีจำกัด คงที่ และบางช่วงมีจำนวนลดลง ในระหว่างที่รอทดแทนพยาบาลที่ลาออก และเกียรตินายการ 3) ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จากการสัมภาษณ์ ถอดบทเรียน และรวบรวมข้อมูลบริการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าในระยะแรกของการระบาดของเชื้อโควิด-19 ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมของทั้งระบบและผู้ปฏิบัติงาน ประชาชนยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน การเสนอข่าวผู้ป่วยในระยะแรกๆ มีอาการรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตสูง ประชาชนกลัวโรคติดเชื้อนี้มาก มาตรการช่วงนั้น คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การสอบสวนโรคในผู้ที่มีอาการ และกักตัวผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 คนส่วนใหญ่ยอมอยู่บ้าน กลัวการสัมผัสเชื้อจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มหนึ่งไม่กล้าไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จึงได้ปรับเป็นระบบการบริการแบบทางไกล (telemedicine) ผ่าน Line official ของศูนย์แพทย์ชุมชน เปลี่ยนระบบการจ่ายยาเป็นการส่งทางไปรษณีย์ พยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งต้องออกไปร่วมคัดกรองโรคโควิด-19 สอบสวนโรคและควบคุมโรค ในขณะนั้นโรคโควิด-19 มีความรุนแรงสูง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในห้องควบคุมความดันลบ เพื่อแยกออกจากผู้ป่วยปกติ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลและในชุมชน เมื่อจำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ จึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และสามารถดูแลตนเองได้ และพยาบาลชุมชนบางส่วนทำหน้าที่ในหน่วยฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่อมาเชื้อได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จำนวนคนไข้เพิ่มอย่างทวีคูณ ทำให้เตียงรองรับผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลสนามไม่เพียงพอ จึงได้จัดตั้ง โรงพยาบาลเฉพาะกิจ (hospital) และศูนย์แยกกักตัวชุมชน (community isolation) เพื่อรองรับคนไข้กลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง

แม้มีการขยายหน่วยรับดูแลออกไปถึง 15 แห่งทั่วอำเภอหาดใหญ่ ก็ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างทวีคูณได้ จึงต้องเพิ่มการบริการเป็นแบบแยกกักตัวที่บ้าน สำหรับผู้ที่อาการไม่รุนแรง และเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้ดูแลหลัก คือ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โดยพัฒนาร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและลดการแพร่กระจายเชื้อ

2. ผลการประเมินด้านปัจจัยเบื้องต้น

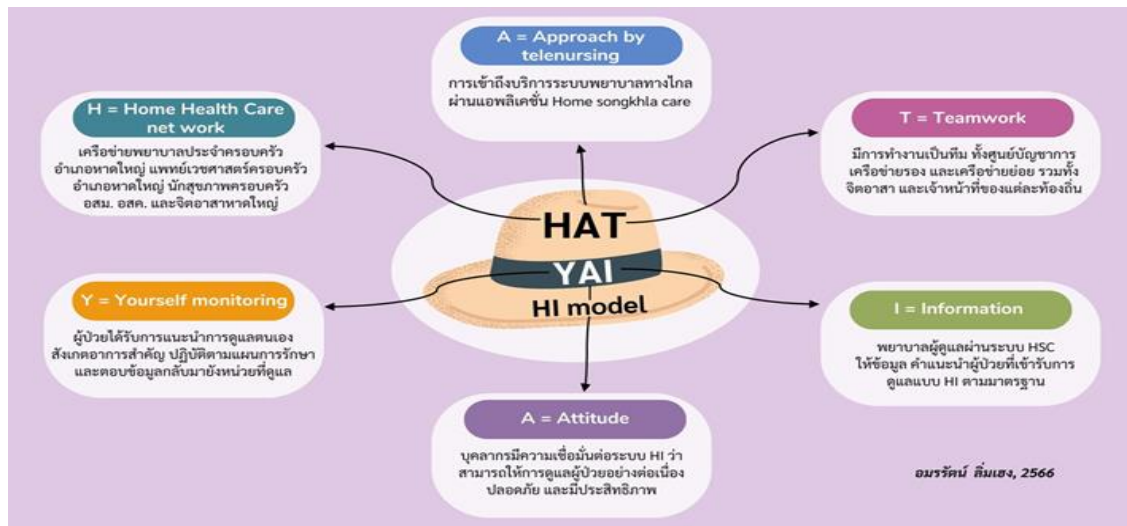
2.1) ด้านการจัดบริการ: นโยบาย กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ออกแบบการจัดบริการตามบทบาทหน้าที่ตามวิชาชีพ มีการเตรียมพัฒนาระบบแยกกักตัวที่บ้าน มีการสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุมทั้งระบบ online และ onsite มีการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ ส่วนนอกเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ทำงานร่วมกันระหว่างศูนย์แพทย์ชุมชน กับ 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละพื้นที่ ขณะนั้นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ระบบที่จัดไว้คือ โรงพยาบาลเฉพาะกิจ (hospital) และโรงพยาบาลสนาม เพื่อรองรับผู้ป่วย **ด้านนโยบาย** ศูนย์ปฏิบัติการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ได้รับนโยบายจากผู้บริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่ ให้ดำเนินการตามแนวทางและมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการคัดกรอง ว่าไม่ใช่กลุ่ม 608 (กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 8 กลุ่มโรคเรื้อรัง) และไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย เข้าสู่ระบบการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน อย่างเร่งด่วน ระยะนั้นนโยบายต่างๆ หรือการประชาสัมพันธ์ ยังไม่ชัดเจน

บทบาทในการให้ข้อมูลต่างๆ จึงเป็นบทบาทหลักของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ยังไม่มีระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีแนวทางในการรับผู้ป่วยที่ชัดเจน แนวทางปรับเปลี่ยนกะทันหันในแต่ละวัน พยาบาลทำหน้าที่จัดการเอกสารเพื่อการเรียกเก็บเงินต่างๆ 2.2) **ด้านบุคลากร** เนื่องจากระบบแยกกักตัวที่บ้าน เป็นระบบบริการ ที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ยังไม่มีผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานนี้ ต้องปรับพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ให้พร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน (share resources) ผู้ปฏิบัติสะท้อนว่าฝ่ายบริหารไม่ให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงานเท่าที่ควร ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเหนื่อยล้า 2.3) **ด้านงบประมาณ** โรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการโดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล และได้รับบริจาคจากภาคเอกชน ผ่านมูลนิธิโรงพยาบาลหาดใหญ่ การรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบแยกกักตัวที่บ้าน ต้องเก็บรายละเอียดของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม PMK ของโรงพยาบาล แบบ real time เพื่อเป็นหลักฐานในการเรียกเก็บค่ารักษาทุกขั้นตอนทำโดยพยาบาล ซึ่งนอกจากภาระงานหลักในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องเรียนรู้การจัดการในส่วนของการลงข้อมูลเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอีกด้วย โดยไม่สามารถขอสนับสนุนบุคลากรในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ธุรการ หรือการเงินในขณะนั้นได้ ในส่วนค่าตอบแทนบุคลากรก็ค่อนข้างล่าช้า 2.4) **ด้านทรัพยากร** อุปกรณ์การแพทย์ ดำเนินงานผ่านระบบพัสดุของฝ่ายบริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่ สนับสนุนชุด PPE ชุดตรวจ ATK สนับสนุนทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ขาดแคลน มีการประชาสัมพันธ์ขอรับบริจาคจากหน่วยงานต่างๆ ภาคเอกชน และประชาชน มีการบริจาคที่มูลนิธิโรงพยาบาลหาดใหญ่ และทางมูลนิธิดำเนินการ

จัดสรรไปยังหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ด้านอุปกรณ์สำหรับให้ผู้ป่วยใช้ในการดูแลตนเองช่วงแยกกักตัวที่บ้าน เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย เครื่องวัดออกซิเจน ระยะเวลาแรกไม่อยู่ในแผนการจัดซื้อ ต้องประสานกับภาคเอกชนมาช่วยบริจาค 2.5) **ระบบสารสนเทศ คู่มือ และแนวปฏิบัติต่างๆ** ใช้คำแนะนำคู่มือและแนวปฏิบัติต่างๆ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะรับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ของกระทรวงสาธารณสุข และบทความของต่างประเทศ ยังไม่มีระบบสารสนเทศที่สำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 2.6) **ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล** จากภาวะวิกฤตทำให้ประชาชนในหาดใหญ่ร่วมมือกัน เกิดผู้นำตามธรรมชาติและผู้นำตามตำแหน่งหน้าที่ออกมาร่วมสนับสนุนการแก้ปัญหา ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม

3. **ผลการประเมินกระบวนการ** จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ **ขั้นตอนที่ 1** เริ่มจากการระดมสมองในการศึกษาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ศึกษาบริบท และปัจจัยเบื้องต้นของอำเภอหาดใหญ่ **ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนาและสร้างระบบการพยาบาลในแพลตฟอร์ม “Home Songkhla Care” (โปรแกรม HSC) โดยกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และทีมสารสนเทศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน **ขั้นตอนที่ 3** การนำโปรแกรม HSC มาทดลองใช้ในโรงพยาบาลเฉพาะกิจ “มานอนตะ หาดใหญ่” ที่เปิดสำหรับรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมให้สามารถใช้งานได้สอดคล้องกับบริบทจริง เกิดเป็นระบบบริการรับผู้ป่วยที่เข้ารับการักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

ขั้นตอนที่ 4 นำระบบที่ผ่านการปรับปรุงแล้วมาถอด
บทเรียนสรุปได้เป็น H-A-T-Y-A-I HI Model ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 H-A-T-Y-A-I HI Model (หาดใหญ่ HI โมเดล)

สามารถอธิบาย H-A-T-Y-A-I HI Model ได้
ดังนี้ H: Home health care network พยาบาลในงาน
การพยาบาลที่บ้านและชุมชน เป็นแกนหลักในการ
พัฒนาระบบ โดยใช้ทุนระบบเครือข่ายเดิมของ COC
(Continuing Of Care Center) ทำงาน ประสานกับ
ทีมพยาบาลประจำครอบครัว ทีม 3 หมอ และเครือข่าย
ในพื้นที่ประกอบด้วย ศูนย์แพทย์ชุมชน 4 มุมเมือง
คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข
เทศบาลนครหาดใหญ่ 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา
A: Approach by telenursing สร้างช่องทางการดูแล
ผู้ป่วยและเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลระหว่างทีมพยาบาล
และผู้ป่วยผ่านระบบทางไกล (telenursing) ด้วย
โปรแกรม HSC ผู้ป่วยสามารถติดต่อกับพยาบาล
เจ้าของไข้ได้ทันทีเมื่อมีข้อซักถามหรือมีอาการผิดปกติ
ขณะต้องแยกกักตัวที่บ้านผ่านระบบทางไกล ทำให้
พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้จำนวนมากขึ้น หากพบอาการ

เปลี่ยนแปลง สามารถส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณา
รักษาเพิ่มเติมหรือส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
แบบผู้ป่วยในได้ทันทีทั้งที่ T: Teamwork การทำงาน
เป็นทีมในทุกภาคส่วน ได้แก่ พยาบาลชุมชนประจำ
ศูนย์ประสานการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน
พยาบาลชุมชนที่ทำหน้าที่พยาบาลประจำครอบครัว
แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องบัตร สหวิชาชีพ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
พนักงานขับรถของโรงพยาบาล มูลนิธิต่างๆ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมพนักงานเทศบาล
สื่อสารมวลชน Y: Yourself monitoring การใช้
อุปกรณ์และแนะนำการวัดสัญญาณชีพ ระดับ
ออกซิเจน วิธีสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ด้วยตนเอง
ลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HSC ผ่านโทรศัพท์ เพื่อให้
พยาบาลตรวจเยี่ยมผ่านทาง โปรแกรม HSC ระบบแจ้ง
เตือนหากมีอาการเปลี่ยนแปลง และติดต่อผู้ป่วย
โดยตรงเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

A: Attitude สร้างความมั่นใจในทีมบุคลากรและผู้ป่วยว่าระบบแยกกักตัวที่บ้าน ผ่านโปรแกรม HSC สามารถให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 สื่อสารได้ทั้งรูปและเสียงตลอด 24 ชั่วโมง เป็นไปตามมาตรฐานเหมือนการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะกิจ ผู้ป่วยปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อได้ **I: Information** ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย มีอยู่ในโปรแกรม HSC ให้ผู้ป่วยดูได้ง่าย เมื่อรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการแนะนำการติดตั้งและวิธีใช้ โดยเพิ่มข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น และเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในระบบแยกกักตัวที่บ้านอย่างเป็นปัจจุบัน และสามารถติดต่อทีมบุคลากรได้ที่พื้นที่ผ่านปุ่มกด telenursing ในโปรแกรม HSC ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ มีการติดตามทางโทรศัพท์ และผ่านญาติที่สามารถร่วมดูแลกับพยาบาลได้

3.1) ผลการประเมินด้านกระบวนการจัดบริการ (Service delivery) ใช้กระบวนการพยาบาล ตาม 7 บทบาทหลักของพยาบาล ตามขั้นตอนการดำเนินงานในระบบแยกกักตัวที่บ้าน ดังนี้ **การประเมิน** เมื่อผู้ป่วยแสดงผลการตรวจ ATK เป็นบวก เข้ามาในระบบ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนืองที่บ้าน ผู้ดูแลจัดระบบการพยาบาลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน ประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเข้าเกณฑ์รับแอดมิทลงข้อมูลในโปรแกรม HSC และโปรแกรม PMK ของโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยสแกน QR code Line official ศูนย์ดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน อำนวยความสะดวกเพื่อให้เข้าถึงโปรแกรม HSC ระบบแยกกักตัวที่บ้าน ให้กรอกข้อมูลเพื่อคัดกรอง ถ้าพบว่าผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง ดำเนินการ **วางแผนการพยาบาล** ประเมินความพร้อมของบ้าน แนะนำการใช้ โปรแกรม HSC ในการติดต่อผู้ดูแลและรายงานอาการตนเอง แนะนำวิธีการดูแลตนเองที่บ้าน การใช้อุปกรณ์วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้ว การลงข้อมูล พยาบาล

ประจำครอบครัวและแพทย์เวรประเมินผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ติดตามอาการผู้ป่วย ลงข้อมูลในระบบ สั่งยาเภสัชกรเตรียมยา จ่ายยาตามแผนการรักษา ยาชุดที่ 1 คือ ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ยาชุดที่ 2 เพิ่มยาแคลเซียมฟอสเฟตละลายใจ ในกลุ่มที่มีอาการเจ็บคอมาก และ ยาชุดที่ 3 เพิ่มยาต้านไวรัส เป็นกลุ่มที่มีอาการค่อนข้างชัดเจนมากขึ้น นัดญาติผู้ป่วยมารับยาและอุปกรณ์ หรือส่งให้จิตอาสาไปส่งยาให้ที่บ้าน **ขั้นปฏิบัติการพยาบาล** ศูนย์การดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน รับแอดมิทและส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาลประจำครอบครัวให้การพยาบาลติดตามอาการ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนต่อเนื่อง 10 วัน **ประเมินผล** โดยพยาบาลทุกเวร (เช้า บ่าย และดึก) รายงานแพทย์เวรศูนย์ฯ เพื่อพิจารณาให้การรักษากลุ่มผู้ป่วย มีอาการเปลี่ยนแปลง ถ้ารุนแรงมากขึ้น ให้มาได้รับการรักษาต่อในโรงพยาบาล เนื่องจากภาระงานมากแต่พยาบาลมีจำนวนจำกัด จึงเปิดศูนย์ Hot line คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วน เพื่อให้พยาบาลจัดลำดับความสำคัญและรับดำเนินการในรายที่จำเป็นเร่งด่วน ตอบคำถามการเข้าถึงบริการ สื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในปัญหาที่พบบ่อยด้วยชุดข้อมูลที่ผู้วิจัยและคณะสร้างขึ้น หากประเมินแล้วผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีการประสานกับหอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อของโรงพยาบาล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน และหากผู้ป่วยต้องการปรึกษากับทีมผู้ดูแลก็สามารถเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีระบบสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน “One chat” โดยผู้ป่วยสามารถเลือกสั่งอาหารในร้านค้าที่เข้าร่วมและเป็นเมนูสุขภาพที่ผ่านการพิจารณาให้เข้าร่วมฟรีในวงเงินที่กำหนด และในโปรแกรม HSC มีปุ่มกดเพื่อรับฟังคำแนะนำในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยกักตัวครบกำหนด และไม่มีอาการผิดปกติ สามารถออกไปรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ให้ผู้ป่วยผ่านโปรแกรม

HSC เพื่อนำไปใช้ในการलगาน ใช้ประกอบการรับเงิน ประกันโควิดจากบริษัทประกันได้

3.2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health work force) บทบาทหน้าที่ของบุคลากรต่างๆ ในระบบการดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน มีดังนี้ **เวรเช้า** (08.00-16.00 น.) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง 2 คน พยาบาลศูนย์ Hot line 1 คน พยาบาลประจำงานจ่ายอุปกรณ์ ยา และอาหาร 1 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2-3 คน รับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบตรวจสอบสิทธิ ลงข้อมูลในระบบ และพยาบาลประจำครอบครัวตามหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้ป่วย **เวรบ่ายดึก** (16.00-24.00 และ 24.00-08.00 น.) พยาบาล 1 คน ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน อยู่ประจำศูนย์ ให้การดูแลผู้ป่วยแยกกักตัวที่บ้าน ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพในช่วงที่กักตัว ติดตามอาการต่อเนื่องกรณีที่มีปัญหาเร่งด่วน หรืออาการเปลี่ยนแปลง ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ช่วยแพทย์ออกมารับรองแพทย์ บันทึกสถิติผู้ป่วย บริหารจัดการข้อมูล จัดระบบบริการ บริหารจัดการทรัพยากร ดูแลความพร้อมของทีม คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ ประสานงานเบื้องต้นกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแล ประสานงานกับทีมพื้นที่ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** มีหน้าที่รับผู้ป่วยใหม่ ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แยกกักตัวที่บ้าน และมีปัญหาสุขภาพอื่นร่วม หรือมีอาการรุนแรงมาก ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่รักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ผ่านโปรแกรม HSC **เจ้าหน้าที่ห้องบัตร** มีหน้าที่ลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ PMK ของโรงพยาบาล ตรวจสอบสิทธิ **เภสัชกร** มีหน้าที่จัดเตรียมยาให้เพียงพอ ประเมินการให้ยา แนะนำการใช้ยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล มีหน้าที่รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาแยกแต่ละพื้นที่ ลงทะเบียน ตรวจสอบสิทธิ ส่งต่อยา ติดตามอาการ ปรีกษาแพทย์

และพยาบาลศูนย์แยกกักตัวที่บ้าน **พนักงานขับรถของโรงพยาบาล มูลนิธิ จิตอาสา** มีหน้าที่รับส่งผู้ป่วย **อาสาสมัครสาธารณสุข** ช่วยส่งอุปกรณ์ ยา ให้ผู้ป่วย ส่งอาหารในบางครอบครัว **ทีมเทศบาล** เก็บขยะติดเชื้อที่บ้านผู้ป่วย **สื่อสารมวลชน** ช่วยประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ มีการเตรียมความพร้อมของ**ผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19** แบบแยกกักตัวที่บ้านก่อนปฏิบัติงานโดยผู้วิจัยและคณะจัดทำแนวทางการปฏิบัติ (Guidelines) ฝึกปฏิบัติ (Training) ให้ผู้ร่วมปฏิบัติงาน ศึกษาวิธีการใช้ อุปกรณ์และชุดเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ศึกษาระบบข้อมูลในโปรแกรม HSC ทำความเข้าใจกับโรคติดเชื้อโควิด-19 การแพร่กระจายเชื้อ อาการต่างๆ คำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง ยาที่ใช้ในการรักษา อาการข้างเคียงของยา เพื่อสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในระบบการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านได้ โดยในช่วงที่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ ต้องขอการสนับสนุนจากภาคชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จิตอาสา กลุ่มเส้นด้าย ในการช่วยกิจกรรมอื่นๆ เช่น ขนส่งยาและอาหารให้แก่ผู้ป่วย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองที่บ้าน ประสานเครือข่ายต่างๆ ช่วยรับโทรศัพท์ศูนย์ Hot line ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการในเบื้องต้น

รูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน **H-A-T-Y-A-I HI Model** มีจุดเด่น คือ เป็นระบบที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปริมาณมากได้ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด โดยเน้นการประสานงานในเครือข่ายสุขภาพและชุมชน เน้นการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่สำหรับการสื่อสารระบบทางไกลในการติดตามอาการผู้ป่วย ช่วยแก้ปัญหาเพียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อได้ ส่วน **จุดด้อย**

ของระบบนี้ คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาร์ทโฟน อาจไม่สะดวกสำหรับระบบนี้ ทั้งการสแกน QR Code เข้าสู่โปรแกรม HSC การติดต่อสื่อสารกับทีมบุคลากรสุขภาพ แก้ไขโดยใช้โทรศัพท์และติดต่อผ่านบุคคลใกล้ชิดที่มีสมาร์ทโฟนแทน สำหรับทีมบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีข้อจำกัดในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจำนวนมาก ระบบไม่เสถียรหรือขัดข้องในบางช่วง ทำให้มีความล่าช้า ในส่วนการเข้าถึงระบบ พบว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง โดยผู้ป่วยหรือญาติบางราย ไม่ทราบขั้นตอนการเข้ารับบริการ สถานที่รับยา หรือการขอใบรับรองแพทย์ นอกจากนั้นระบบสนับสนุน ได้แก่ ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และรถที่ใช้ ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีจำนวนจำกัด แก้ไขโดยการใช้การบริหารจัดการ

3.3) ระบบสนับสนุนงบประมาณ
งบประมาณกลาง ในการจัดซื้อยาต้านไวรัสมีจำกัด และยาขาดแคลน ทำให้จ่ายยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้เท่านั้น อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้สำหรับการแยกกักตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ชุดป้องกันการติดเชื้อ สำหรับเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ บางครั้งเจ้าหน้าที่ต้องซื้ออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม ด้วยตนเอง ภายหลัง มีหน่วยงานและภาคเอกชนบริจาคเงิน อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ อาหาร เพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจบุคลากร ทำให้สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนในส่วนนี้ไปได้

3.4) การเข้าถึงอุปกรณ์การแพทย์ ยาเวชภัณฑ์ ต่างๆ การจัดอุปกรณ์การแพทย์และชุดยาสำหรับผู้ป่วย ให้ 1 ชุดต่อคน โดยให้ญาติมารับที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง หรือนำส่งโดยจิตอาสา

3.5) ระบบสารสนเทศที่ใช้ในระบบ
แยกกักตัวที่บ้าน แนวปฏิบัติ คู่มือ สื่อต่างๆ ที่ใช้ใน

ระบบ HI คู่มือที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาในช่วงแรก โดยนำแนวทาง มาจากหลายแหล่ง การใช้งานค่อนข้างยากและสับสน เนื่องจากความเข้าใจไม่ตรงกัน ต่อมา มีการพัฒนา และปรับปรุงคู่มือเป็นระยะ รูปแบบล่าสุดใช้ตามมติ EOC ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทำให้ชัดเจน และมีแนวทางเดียวกัน โปรแกรม HSC เป็นระบบที่ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน สะดวกทั้งทีมบุคลากรและผู้ป่วย แต่มีปัญหาในเรื่องการดึงข้อมูลเพื่อยื่นเบิกจ่ายงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ไม่สามารถดึงข้อมูลจากโปรแกรม HSC แก้ไขโดยการลงข้อมูลซ้ำในระบบ PMK ของโรงพยาบาล จึงสามารถเบิกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยคืนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้

3.6) ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล
ของผู้บริหารและทีมนำทางการพยาบาล ด้วยวิกฤตโรคระบาดในครั้งนี้ เป็นวิกฤตที่ใหญ่และไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน การวางแผนสนับสนุนกำลังคน งบประมาณ การสั่งการต่างๆ ยังสับสนอยู่ แต่ผู้บริหารมีธรรมาภิบาลที่ดีมาก สำหรับพยาบาลมีการนิเทศ ติดตามการทำงานของพยาบาล ผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในระบบรักษา แบบแยกกักตัวที่บ้าน สามารถเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสม มีการเข้าถึงยาและอาหารได้ดี แม้ในช่วงแรกมีปัญหาอุปสรรคอยู่บ้าง ส่วนการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ พยาบาลมีการติดตามผู้ป่วยทุกราย

4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินการตามรูปแบบการจัดระบบการพยาบาลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้าน

4.1) ด้านการพยาบาล สร้างผังการร่วมดูแล โดยแบ่งทีมหลักออกเป็น 9 ทีม มีผู้วิจัยและกลุ่มพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ปฏิบัติงานเป็นผู้ประสานระหว่างศูนย์การดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน กับพยาบาลประจำครอบครัว ให้การพยาบาลจัดการอาการรบกวน ได้แก่ ลดอาการ ไข้ (ร้อยละ 73.57) ไอ (ร้อยละ 71.86) เจ็บคอ (ร้อยละ

71.76) จมูกไม่ได้กลิ่น (ร้อยละ 59.76) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 64.66) หายใจถี่/หายใจลำบาก (ร้อยละ 56.89) ปวดข้อ (ร้อยละ 57.27) อาเจียน (ร้อยละ 52.47) และท้องเสีย (ร้อยละ 52.25)

4.2) ด้านพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.33) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.33) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีสถานภาพ สมรสคู่ (ร้อยละ 75.00) ระดับการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่าร้อยละ 46.67 รายได้ในช่วงวิกฤตการณ์ระบาด

ของโควิด-19 เพียงพอ ร้อยละ 53.33 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 81.67 บ้านพักมีพื้นที่สำหรับแยกสังเกตอาการ เมื่อกลับจากการปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 70.00 ในบ้านมีกลุ่มเปราะบางที่ต้องดูแล ร้อยละ 58.33

ผลการวิเคราะห์ความเครียดของพยาบาล ที่ปฏิบัติงาน HI ด้วยแบบประเมินความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ST5_ND2565) ของกองการพยาบาล ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน HI ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (n=60)

ความเครียด	เป็นบางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	เป็นประจำ จำนวน(ร้อยละ)
1. มีปัญหาการนอน/นอนไม่หลับหรือนอนมาก	21 (35.00)	22 (36.67)	17 (28.33)
2. มีสมาธิน้อยลง	32 (53.33)	27 (45.00)	1 (1.67)
3. หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	35 (58.33)	25 (41.67)	0 (0)
4. รู้สึกเบื่อ เเซ็ง	29 (48.33)	28 (46.67)	3 (5)
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	23 (38.33)	37 (61.67)	0 (0)

จากข้อมูลในตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลประสบปัญหาการนอนเป็นประจำมากที่สุด และส่วนใหญ่มีความเครียดทั้ง 5 ด้านในระดับบางครั้ง ถึงบ่อยครั้ง

ตารางที่ 2 ภาวะหมดไฟหรือเบื่อหน่ายการทำงาน (n=60)

ภาวะหมดไฟ	แทบไม่มี (ร้อยละ)	เป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	เป็นประจำ (ร้อยละ)
1. ก่อนเกิดวิกฤติโรคติดเชื้อโควิด-19	31 (51.701)	23 (38.30)	3 (5.00)	3 (5.00)
2. ขณะดูแลผู้ป่วยในระบบแยกกักตัวที่บ้าน	6 (10.00)	24 (40.00)	19 (31.70)	11 (18.30)
3. ช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา	27 (45.00)	27 (45.00)	3 (5.00)	3 (5.00)

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลก่อนและหลังปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เกิดภาวะหมดไฟบ่อยครั้งถึงเป็นประจำรวมกัน คิดเป็นร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับขณะปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในระบบแยก

กักตัวที่บ้าน เกิดภาวะหมดไฟบ่อยครั้งถึงเป็นประจำรวมกันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50

4.3) ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67 อายุเฉลี่ย 40 ปี สถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 55.50 ระดับการศึกษาปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 40.50 รายได้อยู่ในระดับพอใช้จ่าย ร้อยละ 55 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 73.50 กรรมสิทธิ์บ้านที่พักเป็นของตนเอง ร้อยละ 63.50 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 64.50 บ้านมีที่พักรักษาแยกกักตัวได้ ร้อยละ 81.50 ในบ้านไม่มีผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่ต้องดูแล ร้อยละ 74 ในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยรับรู้การให้การพยาบาลในหัวข้อต่างๆ ต่ำกว่าคะแนนการให้การพยาบาล ยกเว้น 2 เรื่อง ซึ่งทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรับรู้ใกล้เคียงกัน คือเรื่องการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษา และการประเมินปัญหาสุขภาพจิตและความเครียดในผู้ป่วยโควิด-19 ขณะอยู่ในช่วงการรักษา และพบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลือ หลังการหายป่วยโรคโควิด-19 สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค เช่น ใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างทางสังคม หมั่นล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% ลดการสัมผัสและ不去ในแหล่งชุมชนแออัดได้ดีที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.93) รองลงมา คือ สามารถประเมินผลการปฏิบัติการจัดการสุขภาพตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (ค่าเฉลี่ย 3.77) และสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพตนเองในอาการที่หลงเหลือหลังหายป่วยโรคโควิด-19 ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ได้น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.28)

อภิปรายผล

ในช่วงเกิดวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด -19 บริบทของอำเภหาดใหญ่ ได้ดำเนินการตามนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยในแต่ละพื้นที่จัดสรรอัตรากำลัง อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ¹⁴ มีการเตรียมความพร้อมในการป้องกัน ควบคุม แก้ไขการระบาดของโรคในแต่ละ

ระดับความรุนแรงของโรค¹⁵ **ด้านปัจจัยเบื้องต้น** ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และอุปกรณ์ต่างๆ ในการดำเนินการ จากเงินบำรุงโรงพยาบาลหาดใหญ่ และจากภาคประชาสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพวงนรินทร์ คำปุ และประกายศรี ศรีรุ่งเรือง¹⁶ ผู้ปฏิบัติงาน เป็นพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนในกลุ่มภารกิจปฐมภูมิที่ผ่านการให้ความรู้ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากพยาบาลและหน่วยป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลหาดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงส์วิเศษ¹⁷ ระบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านของอำเภหาดใหญ่ สำเร็จขึ้นเป็นรูปร่าง เนื่องจากการทำงานประสานกันของเครือข่ายสุขภาพอำเภหาดใหญ่ในหลายๆ หน่วยงาน รวมทั้งจิตอาสาที่เข้ามาช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของพิชญ์รักษ์ กันทวิ และคณะ¹⁸ พบว่า การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานจะนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติทางการพยาบาล **ด้านกระบวนการ** นำโปรแกรม HSC เข้ามาใช้เป็นระบบหลักในการบันทึกและสื่อสารการดูแลผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม มีการทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและมีการประสานงานกันในทีม ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง **ด้านผลลัพธ์ ด้านการพยาบาล** ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไข้ ไอ เจ็บคอ และดูแลด้านจิตใจ **ด้านพยาบาล** พบว่า ช่วงที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในระบบแยกกักตัวที่บ้าน มีภาวะหมดไฟ (Burnout) หรือเบื่อหน่ายการทำงานของพยาบาลเกิดบ่อยครั้งถึงประจำ (ร้อยละ 50) สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพรและเจษฎา¹⁹ ที่ศึกษาภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานระหว่างการระบาดของโรค

โควิด-19 พบว่าภาวะหมดไฟจากความเหนื่อยล้าจาก ผู้รับบริการและสถานการณ์การระบาดมีคะแนนเฉลี่ย สูงสุด การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยที่มี ผลกระทบ ได้แก่ ชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ยต่อวัน เพศหญิง และชั่วโมงการทำงานต่อวัน อธิบายได้ว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อรูปแบบ การทำงาน ของบุคลากรทางการแพทย์ และส่งผล ต่อการนอนหลับอันเกี่ยวเนื่องจากชั่วโมงการทำงาน ที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะการณั้ระบาดที่ยังไม่คงที่ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับความกังวล ความเครียดสะสม¹⁹ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 98.33) เพศหญิงมีแนวโน้มต่อการ เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าเพศชาย²⁰ จาก ความแข็งแรงทางร่างกาย และการมองสถานการณ์ ที่ต่างกับเพศชาย ประกอบกับบทบาทหน้าที่ที่นอกเหนือ จากการทำงาน คือ บทบาทอื่น เช่น การเป็นแม่และ ภรรยา ความรับผิดชอบหน้าที่ในงานและครอบครัวยัง เป็นไปตามปกติ แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์การระบาด ²¹ นอกจากนั้นพยาบาล มีกลุ่มเปราะบางในความดูแล ที่บ้านอีกด้วย (ร้อยละ 58.33) หน้าที่ความรับผิดชอบ ในครอบครัวจึงมากขึ้น ส่งผลต่อภาวะหมดไฟขณะ ปฏิบัติหน้าที่ตามไปด้วย **ด้านผู้ป่วย** พบว่า สามารถ

จัดการตนเองเกี่ยวกับ อาการหลงเหลือภายหลังติด เชื้อโควิด-19 (Post Covid-19) ได้ดี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบบริการ พยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านของ อำเภอหาดใหญ่ สำเร็จขึ้นมาได้นั้น มาจากการทำงาน เป็นทีม ทั้งทีมผู้บริหาร ทีมผู้ปฏิบัติงาน จิตอาสา ทีม ชุมชน รวมไปถึงทีมสนับสนุนจากเครือข่ายต่างๆ ทั้งนี้ บุคลากรทุกคนปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย อย่างเต็มความสามารถ เสียสละ และอดทนต่อความ เหนื่อยยากในการดูแลผู้ป่วย มีการให้กำลังใจกันใน ทีม รวมถึงการสนับสนุนจากประชาชน ภาคเอกชนทุก ภาคส่วนที่สนับสนุนทั้งงบประมาณ อุปกรณ์ต่างๆ อาหาร รวมถึงกำลังใจที่ส่งมายังทีมบุคลากรทาง การแพทย์ “นักรบชุดขาว” อำเภอหาดใหญ่จึงผ่านพ้น ภาวะวิกฤตนี้กันมาได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

HATYAI HI Model มีประสิทธิภาพ และเกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถนำไปใช้รองรับผู้ป่วย ปริมาณมากในสถานการณ์ระบาดหนักได้อย่าง ปลอดภัย

Reference

1. Amorn Leelarasamee. To know about COVID-19 infection from SARS-CoV-2 virus. [Internet] 2020. [cited 10 July 2022]. Available from: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>. Thai
2. Yüce M, Filiztekin E, Özkaya KG. COVID- 19 diagnosis -A review of current methods. Biosens Bioelectron. 2021 Jan 15;172:112752. doi: 10.1016/j.bios.2020.112752. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33126180; PMCID: PMC7584564.
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20) 30183-5.

4. Du P, Li D, Wang A, Shen S, Ma Z, Li X. A Systematic Review and Meta-Analysis of Risk Factors Associated with Severity and Death in COVID-19 Patients. Can J Infect Dis Med Microbiol 2021; 2021: 6660930. doi: 10.1155/2021/6660930.
5. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation reports [Internet]. 2020 [cited 7 Mar 2020]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports>
6. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report Corona Virus 2019 (COVID-19). Nontaburi: Agricultural cooperative printing demonstrations of Thai co., Ltd; 2020. Thai.
7. Surachai Chokkhanchidchai. Covid-19: A new wave of outbreaks in Thailand at the end of the year 2020. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 2020; 10(3), 1-2. Thai
8. Department of Medicine, Ministry of Public Health. Home Isolation [Internet]. 2022 [cited 9 March 2023]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105180407PM_80%E0%B8%9B%E0%B8%B5Homelso.pdf. Thai
9. Songkhla Provincial Health Office. COVID-19 situation in Songkhla province, Thailand [Internet]. Songkhla: Songkhla Provincial Health Office; 2022 [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://www.skho.moph.go.th/web/news.php?id=565>. Thai
10. Stufflebeam, DL. Shinkfield, AJ. Evaluation Theory, Models and Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.
11. Ungsinun Intarakamhang, Tussana Thongpakdee, Worason Netthip, Suchada Nurak. Project Management and Evaluation for Health Behavior Modification of the Non- governmental Organizations in Bangkok Metropolis [Internet]. 2553 [cited 19 January 2023]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/130.pdf>. Thai
12. Nursing Division, Permanent Secretary of Ministry of Public Health. Guidelines for storing indicators Improving the quality of nursing services fiscal year 2022 [Internet]. Nontaburi; 2022 [cited 15 September 2023]. Available from: http://49.231.188.70/Nursekhukhan/file/ebp/img_61f7c8f840f77.pdf. Thai
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th edition. Lippincott; 2012.
14. Supakit Sirilak. Thailand's experience in the COVID-19 response [internet]. 2020 [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://greatermekong.org/thailand%E2%80%99s-experience-covid-19-response>

15. Suttiporn Teruya, Karuna Limjaroen, Nichapa Yonchoho. The evaluation project for developing of model nursing management in coronavirus disease- 1 9 (COVID- 1 9) at Nursing Division, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Journal of Nursing Division 2021; 48(1): 39-53. Thai
16. Puangnarin Kapu and Prakasri Srirungruang. Stakeholders' opinion toward setting-up Hua-ngom subdistrict senior citizen school, Phan district, Chiang Rai province. National and International conference Interdisciplinary Research for Local development Sustainable ability. 2015; 15: 139-150. Thai
17. Natthawan Yaemlamai and Sunee Hongwiset. Evaluation of a health promotion program for the elderly, Takhiantia sub- district municipality, Bang- lamung district, Chonburi province. Nakhon Phanom University Journal 2018; 8(3): 17-25. Thai
18. Phitsanuruk Kanthawee, Hathaichanok Siri wattanakul, Chatubhong Singharachai, Pin Sridurongkatham, Supaporn Trongsakul, Panipha Dokmaingam et. al. An evaluation of awareness and preparedness on infectious and emerging diseases at the cross- border areas; Thailand - Myanmar - Cambodia –Lao PDR project in the fiscal year 2015-2017. Journal of Health Systems Research. 2020; 14(1): 51-61. Thai
19. Pataraporn Yubonpant and Jadsada Kunno. Perceived Stress, Coping Stress Strategies, and Burnout among Healthcare Workers of The Hospital under The Jurisdiction of Bangkok during COVID-19 Outbreak [Thesis]. Bangkok: Huachiew Chalermprakiet University; 2022. Thai
20. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, Fukui T. Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. JAMA network open 2020. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.17271.
21. Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, Zeinali K, Fotouhi A. Burnout among healthcare professionals during COVID- 19 pandemic: a cross- sectional study. Int Arch Occup Environ Health; 2021. doi:10.1007/s00420-021-01695-x.

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

ระเบียบ ขุนภักดี*

พยบ.

ดร.ณิ ท่วมเพชร**

พยม.(การพยาบาลเด็ก)

(รับ: 30 พฤศจิกายน 2566, แก้ไข: 15 มีนาคม 2567, ตอรับ: 1 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 32 คน แบ่งเป็น ผู้นิเทศ 10 คน ผู้รับการนิเทศ 22 คน และผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 580 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังพัฒนา กลุ่มละ 290 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ (1) สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนา (2) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ความเป็นไปได้ และการออกแบบ สร้าง เลือกรูปแบบ (3) ทดลองใช้และปรับปรุง และ (4) ประเมินผลการใช้รูปแบบ เครื่องมือการวิจัย คือ รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้นิเทศ แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และแบบบันทึกผลการพยาบาล ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.86 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84, 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจได้ ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (2) คู่มือการนิเทศ (3) คู่มือการสอนงาน (4) คู่มือหลักและจริยธรรมทางการพยาบาล ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า พยาบาลผู้นิเทศมีคะแนนความรู้และทักษะปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก เพิ่มขึ้น ($p < .001$) พยาบาลผู้รับการนิเทศมีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ($p < .001$) และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย พบว่า อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจลดลง ($p < .001$) อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง ($p < .001$) อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพิ่มขึ้น ($p < .001$) และระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยลดลง ($p < .001$)

คำสำคัญ: รูปแบบการนิเทศทางคลินิก, ผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหาดใหญ่

Corresponding E-mail: pk_see_u@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหาดใหญ่

Development of Clinical Supervision Model among Mechanically Ventilated Patients in Medical Intensive Care Unit, Hatyai Hospital

Rabeab khunpakdee*

B.N.S.

Darunee Tuampetch**

M.N.S. (Pediatric Nursing)

(Received: November 30, 2023, Revised: March 15, 2024, Accepted: April 1, 2024)

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the use of a clinical supervision model of mechanically ventilated patients, medical intensive care unit. A sample consisted of 32 nurses working in the medical intensive care unit, divided in to 10 nurse-supervisors and 22 nurse-supervisees; and 580 mechanically ventilated patients, equally divided into 290 samples in before and 290 samples in after development group. There were 4 steps: (1) survey problems and development needs, (2) study of concept, theory, possibility, design, and method, (3) tryout and development, and (4) evaluation of using the model. The research tool was the clinical supervision model. Data collection tool consisted of the clinical supervision evaluation form of the nurse-supervisors, nursing practice competency assessment form of the mechanically ventilated patients, and nursing results record form; yielding Index of concordance (IOC) of 0.86, 0.87, and 0.88, respectively and Cronbach's alpha coefficient of 0.84, 0.86, and 0.85, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired t-test and Mann-Whitney U test.

The results revealed that this clinical supervision model for mechanically ventilated patients consisted of (1) nursing practice guidelines for mechanically ventilated patients, (2) supervision manual, (3) coaching manual, and (4) nursing principles and ethics manual. The results on using the clinical supervision model for mechanically ventilated patients found that nurse-supervisors had significantly increased score on knowledge and clinical supervision skills ($p < 0.001$). Nursing practice for mechanically ventilated patients of the nurse-supervisees had significantly increased ($p < .001$). For patient outcomes, it was found that the rate of ventilator associated pneumonia significantly decreased ($p < .001$), the rate of unplanned extubation significantly decreased ($p < .001$), the rate of ventilator weaning significantly increased ($p < .001$), and the average duration of using mechanical ventilator significantly decreased ($p < .001$).

Keywords: clinical supervision model, intensive medical patient on a mechanical ventilator

* Senior professional nurse, Medical Intensive Care Unit, Hatyai Hospital. E-mail: pk_see_u@hotmail.com

** Professional nurse. Medical Intensive Care Unit, Hatyai Hospital

บทนำ

องค์กรพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีบุคลากรมากที่สุด ในโรงพยาบาล มีหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ โดยใช้ความรู้ ทักษะหลายด้าน โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับ A ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ และมีขีดความสามารถสูง การรักษายาบาลโรค มีความซับซ้อนเฉพาะทาง การพัฒนาระบบบริหาร และการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพการพยาบาลที่เป็นเลิศ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย จำเป็นต้องมีกรอบแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุด สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลตามเป้าหมายขององค์กร¹ การนิเทศทางคลินิกเป็นกิจกรรมหลักและเป็นหัวใจสำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ ในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ ควบคุม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร เพื่อเป็นกลไก และสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติ ที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ส่งผลต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วย องค์กรพยาบาลจึงต้องมีระบบการนิเทศงานการพยาบาล² เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน สนับสนุนช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วย¹ เมื่อวิเคราะห์การนิเทศของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ผ่านมา ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของพยาบาลผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ผู้นิเทศมีความคิดเห็น ดังนี้ 1) รูปแบบการนิเทศไม่ชัดเจน ทั้งด้านการวางแผน การดำเนินการและการประเมินผล 2) ขาดการติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผล 3) ผู้นิเทศขาดความรู้ และทักษะการนิเทศ

4) ผู้นิเทศทำหน้าที่ทั้งด้านบริหารและบริการ จึงไม่มีเวลาเพียงพอในการนิเทศงาน 5) พยาบาลผู้นิเทศไม่ได้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับการนิเทศ ไม่เน้นการสอนงาน และไม่มีการสนับสนุนให้กำลังใจหรือการเสริมพลัง ส่วนความเห็นของพยาบาลผู้รับการนิเทศ พบว่า 1) ผู้นิเทศมุ่งเน้นการตรวจตราการ 2) ผู้รับการนิเทศไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 3) ผู้รับการนิเทศไม่สนใจเพราะรู้สึกว่าการนิเทศเป็นรูปแบบการตั้งคำถามให้หาคำตอบ เหมือนถูกจับผิดมากกว่าการสอนงานและการสร้างกำลังใจ ทำให้เกิดความไม่พอใจในการนิเทศ จากการที่พยาบาลผู้นิเทศไม่ได้รับการสอนและฝึกทักษะการนิเทศทางคลินิก แม้ว่าพยาบาลผู้นิเทศเคยได้รับการอบรมเรื่องการนิเทศทางคลินิก แต่ไม่เพียงพอ ขาดการควบคุมกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล มีหน้าที่กำกับ ติดตามและควบคุมคุณภาพทางการพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ถ้าขาดการนิเทศกำกับ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP) 8.4 ครั้งต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน 3.49 ครั้งต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ และเป็นสาเหตุการตายระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จลดลง³ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งกลไกสำคัญในการกำกับ คือการนิเทศทางคลินิก คุณภาพ สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่างๆ ลงได้⁴

แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์⁵ เป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างตัวบุคคล ช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิก เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) **การนิเทศทางคลินิกตามมาตรฐานให้มีคุณภาพ** (Normative clinical supervision) โดยจัดทำคู่มือการนิเทศทางคลินิก และพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติต่างๆ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การพัฒนานวัตกรรมแบบบันทึกเพื่อประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับการนำหลักจริยธรรม 6 ข้อ คือ การเคารพเอกสิทธิ์ การทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย ความยุติธรรม / เสมอภาค การบอกความจริง และความซื่อสัตย์ แนวคิดเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล 4 แนวคิด คือ การทำหน้าที่แทน ความรับผิดชอบ ความร่วมมือ และความเอื้ออาทร⁶ มาเชื่อมโยงในทุกกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มี 6 ด้าน คือ ด้านจริยธรรม การปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การสื่อสาร และด้านการบริหารจัดการ⁷ หลังจากผู้วิจัยได้จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจแล้ว นำมาให้พยาบาลผู้นิเทศตรวจสอบร่วมกับพยาบาลผู้รับการนิเทศ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ และปรับตามข้อเสนอแนะ 2) **การนิเทศทางคลินิกเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ** (Formative clinical supervision) เป็นการจัดการเรียนและการสอนงานรูปแบบ GROW model ของ

อเล็กซานเดอร์⁸ ร่วมกับการสอนแบบบรรยายและฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ การสอนข้างเตียง pre-post conference และ content conference และ 3) **การนิเทศทางคลินิกเพื่อธำรงรักษา** (Restorative clinical supervision) เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในทีมงาน เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้รับการนิเทศให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือพยาบาลผู้นิเทศปฏิบัติ ตามคู่มือการนิเทศโดยผู้วิจัย ทำให้ผู้รับการนิเทศพึงพอใจและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลังการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกไปใช้ในกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการนิเทศทางคลินิก สูงกว่า ก่อนการนิเทศและผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด⁹ และการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีการปรับและนำไปใช้ ให้เหมาะสม ส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จทั้งด้านความรู้ในการใช้ และความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 92.32) การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า และใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอซ้ำลดลง (ร้อยละ 8.10) จำนวนวันในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง 4 - 30 วัน เฉลี่ย 14 วัน ประเด็นสำคัญ คือ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ¹⁰ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ และผลลัพธ์การเกิดอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจลดลง¹¹

วาระการสาธารณสุข

เพื่อให้การนิเทศเป็นกลไกสำคัญที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้และทักษะ ส่งผลให้เกิดการสร้างผลงานที่ดี ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยใช้แนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์⁵ ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของผู้รับการนิเทศและแนวคิดการการสอนงานรูปแบบ GROW model ของอเล็กซานเดอร์⁸ ที่เน้นการสอนงาน เพื่อช่วยให้ผู้นิเทศมีแนวทางในการนิเทศทางคลินิก มีความสามารถในการวิเคราะห์ทางคลินิกเชิงเหตุผล สามารถสอนงานให้พยาบาลผู้รับการนิเทศมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่

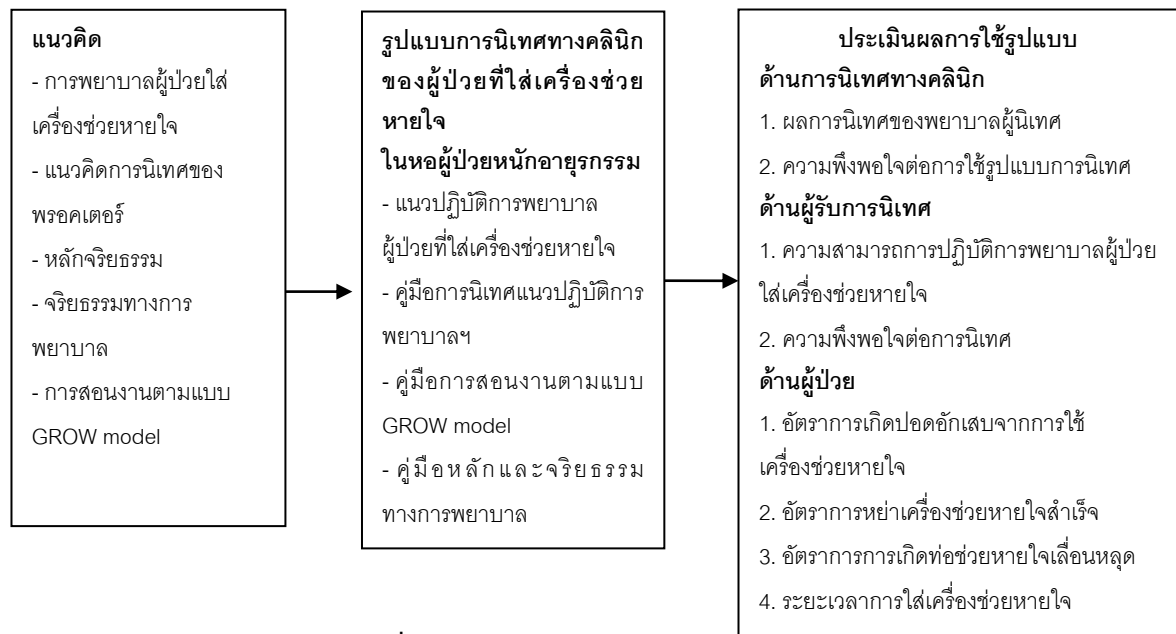
เครื่องช่วยหายใจ ได้ตามมาตรฐานส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
2. ประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ นำแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์⁵ ร่วมกับการสอนงานรูปแบบ GROW model ของอเล็กซานเดอร์⁸ และการประเมินผลการนิเทศทางคลินิก ดังแผนภาพกรอบแนวคิดที่แสดงต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรมี 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้นิเทศ คือ พยาบาลที่มีปีที่ 51 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่า 10 ปี 10 คน 2) กลุ่มผู้รับการนิเทศ คือ พยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากกว่า 1 ปี แต่ยังไม่ถึง

วารสารกองการพยาบาล

10 ปี 22 คน 3) ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจและญาติยินยอมให้เข้าร่วมมือด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด Noninvasive ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุกรรม หรือเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการทำวิจัย กำหนดให้กลุ่มก่อนพัฒนา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษา ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 290 ราย กลุ่มหลังการพัฒนา ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566 จำนวน 290 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรของ ยามาเน¹⁰ ที่ระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 284 ราย แบ่งกลุ่มละ 142 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC130-64-01 วันที่ 26 มกราคม 2565 และ HYH EC130-64-01 วันที่ 26 มกราคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการนิเทศทางคลินิกของผู้นำเทศ มี 3 ส่วน 1 ข้อมูลทั่วไป 2 การนิเทศ มี 3 ด้าน คือ การดำเนินการนิเทศ การเรียนรู้การนิเทศ และการสนับสนุนการนิเทศ 3 ความพึงพอใจต่อการนิเทศ มี 3 ด้าน เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ

น้อยที่สุด คะแนน 5-1 ตามลำดับ การแปลผลค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 เท่ากับมากที่สุด 3.50-4.49 เท่ากับมาก 2.50-3.49 เท่ากับปานกลาง 1.50-2.49 เท่ากับน้อย และ 1.00-1.49 เท่ากับน้อยที่สุด 2) แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้รับการนิเทศ มี 4 ส่วน คือ 1 ข้อมูลทั่วไป 2 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มี 6 ด้าน 29 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านจริยธรรม 3 ข้อ 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 5 ข้อ 3) ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 7 ข้อ 4) ด้านการกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ 4 ข้อ 5) ด้านการสื่อสาร 5 ข้อ และ 6) ด้านการบริหารจัดการ 5 ข้อ คำตอบเป็น 5 ระดับ และ 3 ความพึงพอใจต่อการนิเทศ มี 3 ด้าน คือ การดำเนินการนิเทศ การเรียนรู้การนิเทศ การสนับสนุนการนิเทศ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด คะแนน 5-1 ตามลำดับ การแปลผล ดังนี้ 4.50-5.00 คือ มากที่สุด 3.50-4.49 คือ มาก 2.50-3.49 คือ ปานกลาง 1.50-2.49 คือ น้อย และ 1.00-1.49 คือ น้อยที่สุด 3) แบบบันทึกผลการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มี 2 ส่วน คือ 1 ข้อมูลทั่วไป 2 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนการนิเทศทางคลินิก ตามแนวคิดพ็อคเตอร์ การสอนงานใช้ Grow model, concept Mapping 2) คู่มือการนิเทศ และแบบบันทึกการนิเทศ 3) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 4) แนวทางการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับกิจกรรมการนิเทศ ปัญหาการนิเทศ การพยาบาล

วารสารกองการพยาบาล

ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือแต่ละชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index ; CVI) .90

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย หาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของทั้ง 3 ชุด มีค่า 0.86 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ หาความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามและแบบประเมินไปทดลองกับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.84, 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา¹² มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก ผลการนิเทศของผู้นิเทศ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้รับการนิเทศ และผลการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ผ่านมา ด้วยการสนทนากลุ่ม ใช้แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับกิจกรรมการนิเทศ ปัญหาการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนพัฒนาการนิเทศ โดยแบ่งกลุ่มผู้นิเทศ เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้นิเทศ 5 คน และผู้รับการนิเทศ 5 คน ผู้วิจัยทบทวนรายงานตัวชี้วัดทั้งด้านกระบวนการและผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่ผ่านมา นำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนาการนิเทศทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางคลินิก โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ทำในประเทศไทย และงานวิจัยในต่างประเทศ 15 ปีย้อนหลัง กำหนดคำสำคัญ (PICO) ใน

การสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้ P: ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และ Adult patients with mechanical ventilator, Patient on ventilator, critical illness, I: ได้แก่ “การนิเทศทางคลินิก” รูปแบบการนิเทศทางคลินิก” Clinical Supervision Model For Nurses, Clinical Supervision Model among Mechanically C: ไม่ได้ระบุ และ O: ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้รับการนิเทศ อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ และ ventilator day, ventilator associated pneumonia; VAP, Extubation Successful, Unplan Extubation ผู้วิจัยและทีมพัฒนายกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก โดยพัฒนาการนิเทศทางคลินิกและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และนำคู่มือการนิเทศทางคลินิก ไปทดลองใช้ ดังนี้

3.1 การพัฒนาการนิเทศทางคลินิก มีดังนี้

1) พัฒนาการนิเทศทางคลินิกตามมาตรฐาน โดยจัดทำคู่มือการนิเทศทางคลินิก กระบวนการนิเทศ ตามแนวคิดพรอคเตอร์ การสอนงานตาม Grow model¹¹ และแบบบันทึกการนิเทศ นำมาทบทวน ปรับปรุงร่วมกับผู้นิเทศ เพื่อนำมาใช้ในการนิเทศได้จริง

2) การนิเทศ เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดให้ผู้นิเทศเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้ และการสอนงาน ด้วยเทคนิค GROW model ผูกและทดลองปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก ตามคู่มือในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

3) การนิเทศเพื่ออำนวยการรักษา พยาบาลผู้
นิเทศ ได้รับการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือจากผู้วิจัย
ติดตามนิเทศ ให้คำแนะนำ และอภิปรายกลุ่ม

3.2 การปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก

1) การนิเทศตามมาตรฐาน
(Normative clinical supervision) ผู้ นิเทศ ร่วม
พิจารณา และปรับปรุงแนวทางการพยาบาลสำหรับ
ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจร่วมกับผู้รับการนิเทศ ผู้วิจัย
ร่วมกับผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ สืบค้นและใช้
หลักฐานเชิงประจักษ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่
ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้แนวปฏิบัติมีเนื้อหาที่
ทันสมัย และครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้องและแนวปฏิบัติต่างๆ ได้แก่ การพยาบาล
ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันการเกิดปอด
อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่า
เครื่องช่วยหายใจ พัฒนานวัตกรรมแบบบันทึกเพื่อ
ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ
การนำหลักจริยธรรมในเรื่อง การเคารพเอกสิทธิ์ การ
ทำประโยชน์ การไม่ทำอันตราย ความยุติธรรม / เสมอ
ภาค การบอกความจริง ความซื่อสัตย์ และแนวคิดเชิง
จริยธรรมทางการพยาบาล เรื่องการทำหน้าที่แทน
ความรับผิดชอบ ความร่วมมือ และความเอื้ออาทร
มาเชื่อมโยงในทุกกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล
หลังจากผู้วิจัยได้จัดทำแนวทางการพยาบาลสำหรับ
ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจแล้ว ให้ผู้นิเทศตรวจสอบ
ร่วมกับผู้รับการนิเทศ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ใน
การนำสู่การปฏิบัติ และปรับตามข้อเสนอแนะ

2) การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้และ
ความสามารถ (Formative clinical supervision) เป็น
การจัดการสอนงานในรูปแบบ GROW model ของ
อเล็กซานเดอร์¹¹ ร่วมกับการสอนแบบบรรยายและ
ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ สอน

ข้างเคียง เริ่มจากผู้นิเทศประเมินความรู้ของผู้รับการ
นิเทศ แล้วจัดทำแผนการนิเทศรายบุคคล วางแผนการ
นิเทศร่วมกัน และส่งเสริมการเรียนรู้ การทบทวน
ความรู้เชิงประจักษ์ (EBP) การมอบหมายงาน และ
การสื่อสาร ด้วยระบบบริการห้องเรียนออนไลน์
(Classroom) และสนับสนุนกิจกรรมในการจัดการ
เรียน การสอน ได้แก่ การแชร์เนื้อหาในรูปของแฟ้ม
เอกสาร คลิปวิดีโอ สื่อจากอินเทอร์เน็ต มอบหมาย
งานให้ผู้เรียน ทำแบบทดสอบ ตอบคำถาม โดย
จำแนกหัวข้อตามแผนการสอน

การปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกของ
ผู้นิเทศ เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้รับการนิเทศ
10 คน ดำเนินการ ดังนี้

2.1) การมอบหมายงาน เพื่อให้ผู้นิเทศฝึก
การนิเทศ ภายใต้การติดตามโดยผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด
ให้ผู้นิเทศจัดทำแผนการนิเทศรายบุคคล

2.2) กิจกรรมการนิเทศ ได้แก่ Pre
conference, Content conference, Nursing care
conference ใช้ concept mapping, Post conference
การตรวจเยี่ยม การให้คำปรึกษา การสอนข้างเคียง
ให้ความรู้ แนะนำและช่วยเหลือในขณะปฏิบัติงาน
ร่วมกัน สะท้อนข้อมูลกลับในเชิงบวกชี้ให้เห็นข้อดีและ
สิ่งที่ต้องพัฒนา ผู้นิเทศติดตามให้ผู้รับการนิเทศ
ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

2.3) สอนงานในรูปแบบ GROW model มี
4 ขั้นตอน คือ (1) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ด้วยการ
ตั้งคำถามกระตุ้นให้คิดเป้าหมายการพยาบาลในแต่ละ
วัน (2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ประเมิน
ปัญหาผู้ป่วย/ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกร่วมกัน
(3) กำหนดทางเลือก ร่วมกันกำหนดทางเลือกอย่างน้อย
2 ทางเลือก ให้ผู้รับการนิเทศ เลือกวิธีนำไป
ปฏิบัติ (4) กำหนดสิ่งที่จะทำต่อไป นำทางเลือกที่ผู้รับ

วาระการสาธารณสุข

การนิเทศเลือก ไปกำหนดเป็นแผนและระยะเวลา สิ้นสุดการสอนงานร่วมกันในแต่ละเป้าหมาย เมื่อ ประเมินผลแล้วมีผลการปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมาย จึงยุติกระบวนการสอนงานในแต่ละครั้ง

2.4) จัดกิจกรรมให้ความรู้ ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การสอนความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพการประเมินสภาพผู้ป่วย และปัจจัยเสี่ยง clinical reasoning, concept mapping การทบทวนเวชระเบียน และจัดประชุมปรึกษาหารือสาระสำคัญ (content conference) โดยนัดวันประชุมล่วงหน้า

2.5) สรุปผลการนิเทศรายวัน ผู้นิเทศนำข้อมูลมาวางแผนการนิเทศครั้งต่อไป ในระยะการทดลอง ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการนิเทศทางคลินิก เพื่อบันทึกประเด็น กิจกรรมการนิเทศ พฤติกรรมของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ผู้วิจัยจัดอภิปรายกลุ่มร่วมกับผู้นิเทศ ร่วมกันเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไข ปัญหาการนิเทศหลังการทดลองปฏิบัติทุกสัปดาห์ โดยมีอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง การทดลองปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกสิ้นสุด ใน 2 เดือน เมื่อผู้นิเทศสามารถปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกได้ครบถ้วนตามคู่มือการนิเทศแล้ว ผู้นิเทศทำการนิเทศทางคลินิกทุกเวทีวันที่ขึ้นปฏิบัติงาน มีกิจกรรมการนิเทศตามคู่มือการนิเทศ มีการอภิปรายกลุ่มเพื่อประเมินผล และนำเสนอแนะมาพัฒนาทุก 3 เดือน 2 ครั้ง หลังจากนั้นผู้นิเทศปฏิบัติการนิเทศด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 8 เดือน (1 ตุลาคม 2565 - 31 พฤษภาคม 2566)

3) การนิเทศเพื่ออำนวยการรักษา (Restorative clinical supervision) ผู้รับนิเทศ ได้รับการให้คำปรึกษาช่วยเหลือจากพยาบาลผู้นิเทศ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ การให้คำแนะนำรายบุคคล และอภิปรายกลุ่ม

ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ มี 2 ส่วน คือ 1) ประเมินผลการนิเทศ และความพึงพอใจของผู้นิเทศ ประเมินความสามารถของผู้รับการนิเทศในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ และความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ และ 2) ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2566 ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. เก็บข้อมูลกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบ ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2565 - 30 กันยายน 2565 ดังนี้ 1) ประเมินรูปแบบการนิเทศทางคลินิก ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับวิธีการนิเทศ กิจกรรมการนิเทศ ปัญหาการนิเทศ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มพยาบาลผู้นิเทศ 5 คน ผู้รับการนิเทศ 5 คน 2) ประเมินผลการนิเทศทางคลินิก และความพึงพอใจของพยาบาลผู้นิเทศ 10 คน 3) ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ 22 คน 4) ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 290 คน

2. เก็บข้อมูล หลังการใช้รูปแบบการนิเทศ ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 31 พฤษภาคม 2566 ดังนี้ 1) ประเมินผลการนิเทศทางคลินิก และความพึงพอใจของพยาบาลผู้นิเทศ 10 คน 3) ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และความพึงพอใจของพยาบาลผู้รับการนิเทศ 22 คน 4)

ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 290 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการนิเทศทางคลินิก และคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศ เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ คะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของผู้รับการนิเทศ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ ด้านอัตราปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ ด้วยจำนวน ร้อยละ และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีดังนี้

1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่

เครื่องช่วยหายใจ 2) คู่มือการนิเทศทางคลินิก โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ 3) คู่มือการสอนงานตามแบบ GROW model 4) คู่มือหลักจริยธรรมและจริยธรรมทางการพยาบาล

2. ประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้นิเทศ ด้านความรู้ ทักษะและความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกมีผลการวิจัย ดังนี้ พยาบาลผู้นิเทศเป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่อายุ 30-40 ปี ผ่านการอบรมการนิเทศทางคลินิกร้อยละ 40 ผลการประเมินการนิเทศทางคลินิก พบว่า คะแนนการนิเทศทางคลินิก หลังการใช้รูปแบบโดยรวมเพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 300 ± 0.00 จากเดิม 206.81 ± 65.90) คะแนนด้านการดำเนินการนิเทศ (100 คะแนน) เพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 100 ± 0.00 จากเดิม 60.77 ± 27.74) ด้านการเรียนรู้การนิเทศ (125 คะแนน) เพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 102 ± 0.00 จากเดิม 90.73 ± 24.23) ด้านการสนับสนุนการนิเทศ (75 คะแนน) เพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 75 ± 0.00 จากเดิม 55.31 ± 13.90) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) (ตารางที่ 1) และคะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกหลังการพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 80 ± 0.00 จากเดิม 58.78 ± 14.71) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้นิเทศโดยรวมและจำแนกรายด้าน (n=10)

ผลการนิเทศ (ระดับคะแนน 1-5)	Min- Max	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ		
โดยรวม (คะแนนเต็ม 300)	154-300	206.81 (65.90)	ปานกลาง	300 (0.00)	มากที่สุด	22.74	0.000
รายด้าน							
การดำเนินการ (คะแนนเต็ม 100)	38-100	60.77 (27.74)	ปานกลาง	100 (0.00)	มากที่สุด	17.75	0.000

วารสารกองการพยาบาล

ผลการนิเทศ (ระดับคะแนน 1-5)	Min- Max	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ		
การเรียนรู้ (คะแนนเต็ม 125)	53-125	90.73 (24.23)	มาก	125 (0.00)	มากที่สุด	13.55	0.000
การสนับสนุน (คะแนนเต็ม 75)	33-75	55.31 (13.92)	มาก	75 (0.00)	มากที่สุด	10.25	0.000

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้นิเทศโดยรวมและจำแนกรายด้าน (n=10)

ความพึงพอใจ (ระดับคะแนน 1-5)	Min-Max	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ		
โดยรวม (คะแนนเต็ม 80)	48-80	58.78 (14.71)	มาก	80.00 (0.00)	มากที่สุด	21.45	0.000*
รายด้าน							
การดำเนินการ (คะแนนเต็ม 20)	12-20	17.41 (1.69)	มาก	20.00 (0.00)	มากที่สุด	6.63	0.000*
การเรียนรู้ (คะแนนเต็ม 30)	14-30	20.67 (6.42)	ปานกลาง	30.00 (0.00)	มากที่สุด	18.30	0.000*
การสนับสนุน (คะแนนเต็ม 30)	15-30	20.44 (6.61)	ปานกลาง	30.00 (0.00)	มากที่สุด	18.50	0.000*

*P Value <0.001

3. การปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้รับการนิเทศ พบว่า พยาบาลผู้รับการนิเทศ ส่วนใหญ่อายุ 20-30 ปี มีประสบการณ์การทำงาน 0-4 ปี ร้อยละ 72-73 และทุกคนได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลการประเมินความสามารถใน

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมหลังพัฒนาเพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 135.00±0.00 จากเดิม 114.85±21.12) (ตารางที่ 3) มีคะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศหลังการพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้น (เฉลี่ย 80.00±0.00 จากเดิม 59.64±14.24) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจรายด้าน (n=22)

ความสามารถการ ปฏิบัติการพยาบาล	Min-Max	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Paired t-test	dt	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ			
โดยรวม (คะแนนเต็ม 135)	104-135	114.85 (21.12)	มาก	135 (0.00)	มากที่สุด	-22.893	21	<0.000
ด้านจริยธรรม	12-15	13.17	มาก	15	มากที่สุด	-10.727	21	<0.000*

วารสารกองการพยาบาล

ความสามารถ ปฏิบัติการพยาบาล	Min-Max	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Paired t-test	dt	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ			
(คะแนนเต็ม15)		(1.27)		(0.00)				
ด้านการปฏิบัติการ พยาบาล(คะแนนเต็ม25)	16-25	18.90 (4.26)	มาก	25 (0.00)	มากที่สุด	-13.703	21	<0.000*
ด้านทักษะการ ปฏิบัติการพยาบาล (คะแนนเต็ม35)	20-35	27.12 (5.44)	มาก	35 (0.00)	มากที่สุด	-11.049	21	<0.000*
ด้านการกำกับกร ทำงานของเครื่องช่วย หายใจ(คะแนนเต็ม20)	11-20	15.46 (3.13)	มาก	20 (0.00)	มากที่สุด	-7.964	21	<0.000*
ด้านการสื่อสาร (คะแนนเต็ม25)	11-25	14.98 (7.02)	ปานกลาง	25 (0.00)	มากที่สุด	-17.885	21	<0.000*
ด้านการบริหารจัดการ (คะแนนเต็ม15)	10-25	12.46 (8.82)	น้อย	25 (0.00)	มากที่สุด	-29.409	21	<0.000*

*P Value <0.001

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้รับการนิเทศโดยรวมและราย
ด้าน (n=22)

ความพึงพอใจ	Min-Max	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
		$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ		
โดยรวม (คะแนนเต็ม 80)	51.80	59.64 (14.24)	มาก	80.00 (0.00)	มากที่สุด	24.09	<0.000*
การดำเนินการ (คะแนนเต็ม 20)	12.20	17.67 (1.54)	มาก	20.00 (0.00)	มากที่สุด	7.31	<0.000*
การเรียนรู้ (คะแนนเต็ม 30)	18-30	21.26 (6.12)	มาก	30.00 (0.00)	มากที่สุด	25.62	<0.000*
การสนับสนุน (คะแนนเต็ม 30)	18-30	21.28 (6.10)	มาก	30.00 (0.00)	มากที่สุด	26.11	<0.000*

*P Value <0.001

4. ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วย
หายใจ ด้านอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่
เครื่องช่วยหายใจ อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
สำเร็จ อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และระยะเวลา
การใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มก่อนและ
หลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 52.6
อายุ เฉลี่ยอายุ 62.70 ปี การวินิจฉัยโรค Septic
Shock, Post Arrest และ CHF ร้อยละ 25.9, 20.3
และ 13.5 ตามลำดับ ระดับความรู้สึกตัว 8-10 ร้อยละ

วาระการพิจารณา

50 ผลลัพธ์ทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า จำนวนครั้งปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจเล็ดรูลดลง จำนวนครั้งการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ

และ ระยะเวลาเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดีขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการพยาบาลของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (N=580)

ผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา (n=290)	หลังการพัฒนา (n=290)	p-value
จำนวนครั้ง/อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ	60 (20.7)	23 (7.8)	< 0.001*
จำนวนครั้ง/อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเล็ดรูลดลง	25 (8.6)	10 (3.4)	< 0.000*
จำนวนครั้ง/อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ	110 (37.9)	156 (53.8)	< 0.000*
ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ (วัน)			
1-5 วัน	36 (12.4)	46 (15.9)	
6-10 วัน	109 (37.6)	139 (47.9)	
11-15 วัน	116 (40.0)	91 (31.4)	< 0.000*
16-20 วัน	17 (5.9)	8 (2.8)	
มากกว่า 20 วัน	12 (4.1)	6 (2.0)	

*P Value <0.001

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบการนิเทศ อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) คู่มือการนิเทศทางคลินิก 3) คู่มือการสอนงาน 4) คู่มือหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการพยาบาล เมื่อนำรูปแบบไปใช้ทำให้ พยาบาลผู้นิเทศประเมินความรู้ของพยาบาลผู้รับการนิเทศ จัดทำแผนการนิเทศรายบุคคล และวางแผนการนิเทศร่วมกัน และส่งเสริมการเรียนรู้ การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ การมอบหมายงาน ให้คำแนะนำ/เป็นที่ปรึกษา และคอยช่วยเหลือผู้รับการนิเทศให้มีการพัฒนาความรู้

ความสามารถ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจได้ ส่งผลให้ อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการท่อช่วยหายใจเล็ดรูลดลง ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจลดลง และอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ รวมเมฆ¹⁴ พัฒนาศักยภาพการนิเทศระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ มีแนวทาง กรอบเวลาและการประเมินผลที่ชัดเจน มีการช่วยเหลือสนับสนุนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รวมทั้งเป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการนิเทศโดยใช้ส่งเสริมให้พยาบาลมี สมรรถนะในการปฏิบัติงานสูงขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ

วาระการพยาบาล

รชนีวรรณ และคณะ⁴ ที่นำกรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์มาใช้ในการนิเทศช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดและทำให้ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลดีขึ้น และสามารถทำให้พยาบาลมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น⁵

2. ผลการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลผู้นิเทศ ด้านความรู้ ทักษะและความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก กลุ่มพยาบาลผู้นิเทศหลังใช้รูปแบบ มีคะแนนการนิเทศทางคลินิกเพิ่มขึ้นจาก 154 เป็น 300 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) เนื่องจากพยาบาลผู้นิเทศ ใช้กระบวนการนิเทศของพรอคเตอร์ และนำแนวคิด GROW ของอเล็กซานเดอร์มาใช้เพิ่มเติมเพื่อให้การนิเทศมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทำให้สามารถวางแผนการนิเทศรายบุคคลร่วมกับพยาบาลผู้รับการนิเทศ ทั้งหัวข้อนิเทศและวันที่นิเทศ เพื่อกำหนดวันที่มีความพร้อมทั้งสองฝ่าย และอธิบายหัวข้อที่จำเป็นต้องนิเทศพร้อมด้วยเหตุผลให้พยาบาลผู้รับการนิเทศเข้าใจ และศึกษาหาความรู้มาก่อนที่จะรับการนิเทศทุกครั้ง เพื่อให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือในขณะปฏิบัติงานร่วมกัน อีกทั้งพยาบาลผู้นิเทศติดตามผู้รับการนิเทศทุกเวอร์ ทุกวันที่ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับการนิเทศ ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่กำหนดไว้ได้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และพยาบาลผู้นิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของมธุรส และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ พบว่าหลังการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ

ของผู้ตรวจการพยาบาลสูงขึ้นและพยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด และสามารถทำให้ผู้รับการนิเทศมีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจสามารถป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในระดับมาก¹⁷

3. พยาบาลผู้รับการนิเทศทางคลินิก ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกพบว่า มีค่า Paired t-test ติดลบ แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มก่อนพัฒนา น้อยกว่ากลุ่มหลังพัฒนา และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มขึ้นจาก 104 เป็น 135 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) การปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลผู้นิเทศใช้กระบวนการนิเทศของพรอคเตอร์ มาพัฒนาให้พยาบาลผู้นิเทศ ให้มีความสามารถในการนิเทศและสอนงานให้พยาบาลผู้รับการนิเทศให้มีทักษะที่ดีในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกรวมกับการใช้กระบวนการพยาบาลควบคู่กับหลักจริยธรรม เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ และใช้รูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วม ที่เน้นการปฏิบัติงานร่วมกัน มีการใช้แนวคิด Clinical reasoning ในการประเมินผู้ป่วยเชิงลึกตามพยาธิสภาพของโรคกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อใช้ในการรวบรวมและประมวลข้อมูล สามารถเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ของผู้ป่วยและเมื่อมีปัญหาพยาบาลผู้นิเทศจะคอยให้คำแนะนำ สอนงานข้างเตียง และฝึก

วารสารกองการพยาบาล

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจให้จนมั่นใจ และยังคอยช่วยเหลือในขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้ คะแนนความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น ทุกด้าน สอดคล้องกับการวิจัยของนางลักษณะ¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการเกิดผลกดทับของผู้ป่วยและ ความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหลังพัฒนาทำให้การปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้น การเกิดผลกดทับของผู้ป่วยลดลงและพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการนิเทศในระดับมาก

4. ผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ด้านอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า การใช้กระบวนการนิเทศของพรอคเตอร์ พัฒนาให้พยาบาลผู้นิเทศมีความสามารถในการนิเทศและสอนงานให้พยาบาลผู้รับการนิเทศให้มีทักษะที่ดี ในเรื่องปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควบคู่กับหลักจริยธรรม ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจได้มีประสิทธิภาพ ทำให้ความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มขึ้นทุกด้าน ส่งผลให้อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย ลดลง อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ทักษะการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจให้กับพยาบาลผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤตสู่ระยะหลังวิกฤต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจลงได้ และยังเพิ่มความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Michelle และคณะ¹⁹ ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

เกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจให้กับพยาบาลผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤตสู่ระยะหลังวิกฤต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจลงได้ และยังเพิ่มความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอีกด้วย

สรุป ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจได้ ส่งผลให้อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจลดลง และอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้นควรสนับสนุนให้ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับนำไปใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหารการพยาบาล ควรกำหนดเป็นนโยบายของกลุ่มการพยาบาล ในเรื่องรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อนำไปใช้ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ด้านบริการพยาบาล ควรนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยควรนิเทศติดตามให้มีการใช้แนวทางการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษากิจการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจแต่ละด้าน เช่น ด้านจริยธรรม พบว่าการให้ข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลเสียต่อ

Reference

1. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Health Service Standards, Edition 4. Nonthaburi: D-One Book; 2018.
2. Tana P, Kanokrat S, Trakulsithichoke S. Effects of clinical supervision on the application of nursing process in caring of diabetic patients and nurses' satisfaction. Journal of Nursing and Health Care. 2017; 35: 52-60.
3. Statistics on indicators of medical intensive care units. 2023.
4. Ratchaneewan Chutrakul, Pitchayapan Chantra, Patcharee Yimyaem, Sureeporn Kumpaka, Ratchanee Namchantra. Development of a clinical supervision model for nursing care of patients with severe bloodstream infection syndrome. Journal of Cardio-Thoracic Disease. 2019;30(2): 193-209.
5. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention, in J.R. Cutcliffe T. Butterworth and B. Proctor (ends), Fundamental Themes in Clinical Supervision, London: Routledge. 2001; 25–46.
6. Chanpen Niamwan, Dueanram Rueangsaen and Warathip Kaenkarn. The Professional Nurses' Competencies in Nursing Patients Using Mechanical Ventilation. Journal of Nursing and Health Care. 2020 ;38(1): 16-14.
7. Chanpen Niamwan and Dueanram Rueangsaen. Competency in managing care for patients using ventilators. of professional nurses Nopparat Ratchathani Hospital. Vachirasan Nursing. 2018; 20(2): 1-12.
8. Alexander G. Behavioral coaching-the GROW model In Passmore, Jonathan.Excellence in coaching: The industry guide. (2nd ed.). Philadelphia: Kogan. 2010.
9. Niphada Tharipian, Thitinan Wattanachai, Monporn Chatchamni. Effectiveness of using the Patient's Ventilator Care Protocol. Journal of Nursing and Health Care 2019; 37(1):70-79.
10. Sasithorn Bampenphon. The Effect of Clinical Supervision Model in Nursing Care Process for Nurse. Hua Hin Medical Journal. 2023; 3 (3)
11. Kanya Liankruea, Supaporn Payunmahisorn, and Sirikul Karuncharempanit. The Development of Clinical Supervision Model for Ventilator Associated Pneumonia Prevention among the Intensive Care Unit in Phaholpolpayuhasaena Hospita. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2022; 7 (9): 300-316.
12. Boonjai Srisathitnarakun. Nursing research methods. Bangkok: You &I Intermedia. 2012.

13. Rattana Buasan. Qualitative research in education, Bangkok: Chulalongkorn University. 5th edition. 2015.
14. Ruammek, L. (Producer). Clinical Supervision under nursing standards. General Meeting 2020 of Thailand Nursing Association. 2020.
15. Phongphan Thana, Kanokrat Saengampai, Suthisri Trakulsittichoke. Effects of clinical supervision on the use of the nursing process in caring for diabetic patients. and nurse satisfaction. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(4): 52-60.
16. Mathuros Tantiwet, Areerat Khamyu and Pranom Otakanon. Development of a nursing supervision model for nursing inspectors outside of official hours. Buddhist hospital. Faculty of Nursing Journal Burapha University. 2017; 25(3)): 41-51.
17. Kanya Liankruea, Supaporn Prayoonramahisorn and Sirikun Karuncharoenphanit. Development of a clinical nursing supervision model to prevent pneumonia. from using a ventilator in the intensive care unit Phahonyothin Phonphayusana Hospital. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2022; 7(9): 300-316.
18. Nonglak Kam Phatsorn, Suwinee Wiwatwanich. The results of Clinical supervision program for pressure sores of patients and their satisfaction with their supervision Professional nurse. Nursing Division Journal. 2016; 43(3): 44-58.
19. Michelle CG, Kerry JI, Deborah S. Education on invasive mechanical ventilation involving intensive care nurses: a Systematic review. Nursing in Critical care. 2018; 23(5): 245-255.

การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล

อุไรพร	จันทร์อุ่มเม้า*	วท. ม. (จิตวิทยาชุมชน)
นครินทร์	สุวรรณแสง*	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ศุภิสรา	พลครุฑ**	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
วิภา	ตุนาค***	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

(รับ: 6 กุมภาพันธ์ 2567, แก้ไข 20 มีนาคม 2567, ตอบรับ 2 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล เป็นโครงการที่พัฒนาโดยกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลหลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (1) พัฒนาหลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล (2) นำหลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติ (3) ประเมินประสิทธิผลหลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล กลุ่มเป้าหมายในการทดลองใช้หลักสูตร คือ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

ผลการดำเนินการ พบว่า หลักสูตร ประกอบด้วย (1) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (2) ขอบเขตเนื้อหาสาระ ซึ่งมี 6 หมวด ดังนี้ หมวดคุณภาพการพยาบาล หมวดกลยุทธ์และการวางแผน หมวดการสร้างคุณค่าบริการพยาบาล หมวดภาวะผู้นำ หมวดกฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ และหมวดการพัฒนาวิชาการ นวัตกรรม และวิจัย (3) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และ (4) การวัดและประเมินผล การติดตามประเมินผล หลังสิ้นสุดการฝึกอบรมทันที พบว่า พยาบาลผู้ผ่านการอบรม ร้อยละ 91.67 มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาหลักสูตรเพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อหลักสูตรและกิจกรรมการฝึกอบรมในภาพรวม อยู่ที่ 9.42 (จากคะแนน 1-10) มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทั้ง 6 ด้าน สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นและมีการดำเนินงานเป็นที่ประจักษ์ ได้แก่ ด้านการสร้างคุณค่าบริการพยาบาล และด้านคุณภาพการพยาบาล การติดตามประสิทธิผลเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม 1 ปี มีผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 56.67 ผู้ผ่านการอบรมร้อยละ 1.67 สามารถเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูงได้ ร้อยละ 36.67 สามารถพัฒนาเป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพได้ และร้อยละ 48.33 สามารถพัฒนาเป็นวิทยากร/ ครูพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลอื่นได้ ดังนั้น หลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล จึงเป็นหลักสูตรที่ผู้บริหารทางการพยาบาลในเขตสุขภาพ และในจังหวัด สามารถใช้ในการสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพได้เพิ่มพูนสมรรถนะ และสร้างสรรคงานที่มีคุณค่าผ่านการบริการพยาบาลผู้ป่วยและประชาชน

คำสำคัญ: กำลังคนคุณภาพ กำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล การพัฒนากำลังคนคุณภาพ

* นักวิชาการพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Corresponding Author: urawara06@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

High Potential Nursing Workforce Development

Uraipom	Janta-um-mou*	M.S. (Community Psychology)
Nakarin	Suwannasang*	M.N.S. (Community Nurse Practitioner)
Supisara	Phonkrut*	M.N.S. (Community Nurse Practitioner)
Wipa	Tunakh**	M.N.S. (Nursing Administration)

(Received: February 6, 2024, Revised: March 20, 2024, Accepted: April 2, 2024)

Abstract

High potential nursing workforce development is the human capacity building project hosted by the Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, aimed to develop and evaluate the effectiveness of the high potential nursing workforce development curriculum. The project was divided into 3 phases: (1) curriculum development, (2) curriculum implementation, and (3) evaluation of curriculum effectiveness. The target group for testing the curriculum was 60 professional nurses working in the Ministry of Public Health, that purposive selected according to the specified criteria.

The result revealed that the curriculum consisted of: (1) setting goals and objectives, (2) scope and content in which comprised of 6 modules: nursing quality development, strategy and planning, value-added nursing service, leadership, law regulation and ethic, and innovation and research development, (3) selecting learning experiences, (4) measurement and evaluation. Monitoring after ending the training revealed that 91.67 % of the trainees had increased of knowledge and understanding, the average satisfaction score was 9.42 (from range 1-10), and had increased of competency in all the 6 aspects. The outstanding increased competencies consisted of value-added nursing service and nursing quality. After one year followed up, there was 56.67% of trainees provided information, 1.67% was able to enter the high-performing civil service system, 36.67% were able to become quality researchers, and 48.33% were able to be lecturers/ mentors for the other nurses. Therefore, this high potential nursing workforce development curriculum is suitable for the regional and provincial nurse-administrators using to support the registered nurses to build their competencies and to create value-added nursing services for the patients and people.

Keywords: high potential workforce, high potential nursing workforce, high potential workforce development

* Nursing Technical Officer, Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health
Corresponding Author: urawara06@gmail.com

** Registered Nurse, Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses: ICN) และสมาพันธ์การผดุงครรภ์ระหว่างประเทศ (International Confederation of Midwives: ICM) ได้ร่วมกันกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์สุขภาพโลกด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อการบรรลุผลสำเร็จการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC: Universal Health Coverage) และเป้าหมายด้านสุขภาพประชาชนอื่นๆ ซึ่งมีทิศทางในการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว 4 ทิศทาง ดังนี้ 1) การจัดการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ควรจัดให้พยาบาลมีความรู้และสมรรถนะเพียงพอต่อความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน 2) การสร้างงาน การจัดการเรื่องการเคลื่อนย้ายกำลังคน การธำรงรักษา พยาบาลและผดุงครรภ์ 3) สร้างความมั่นใจแก่พยาบาลและผดุงครรภ์ในการปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพว่าจะได้รับการสนับสนุน เคารพ ปกป้อง จูงใจ ให้พร้อมต่อการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย 4) สร้างความเข้มแข็งในภาวะผู้นำทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งด้านระบบสุขภาพ และระบบการศึกษา การพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล ถือเป็นกระบวนการสำคัญด้านการศึกษาในทิศทางทั้ง 4¹ จากทิศทางดังกล่าว WHO, ICN และ ICM มีการรณรงค์ผ่านเวทีวิชาการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเด็นสร้างความเข้มแข็งในภาวะผู้นำทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ต้องการให้มีผู้นำทางการพยาบาลในระดับนโยบายเพิ่มขึ้น และต้องการเห็นภาวะผู้นำในพยาบาลรุ่นเยาว์ (Leadership in Young Nurses)² ซึ่งจากการสำรวจของ ICN ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า 2 ใน 3 ของประเทศสมาชิก (ร้อยละ 67) รายงานว่าในประเทศของตนมีผู้นำการพยาบาลภาครัฐระดับประเทศ (Government Chief Nursing Officer: GCNO) อย่างไรก็ตามผู้ที่ทำหน้าที่นี้ ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาท หรืออำนาจ

หน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย หรือระดับยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ³

กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของการพัฒนาคนกำลังคน โดยกำหนดเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญ ในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต⁴

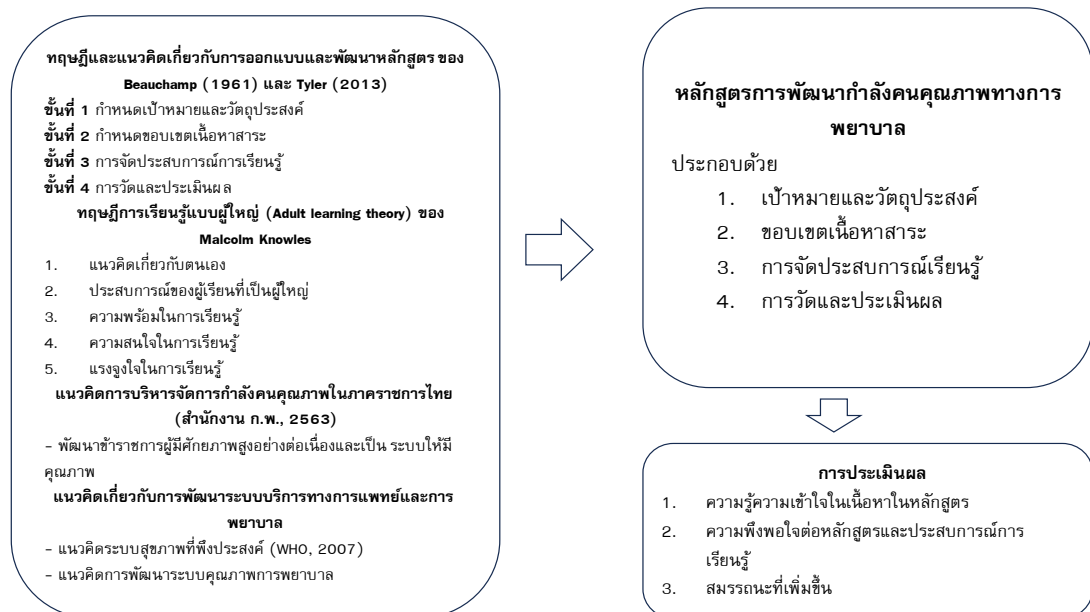
กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนและขับเคลื่อนด้านกำลังคนทางการพยาบาล เห็นความสำคัญของการพัฒนา และธำรงรักษากำลังคนทางการพยาบาล จึงได้สำรวจคุณภาพชีวิตในการทำงาน และแนวโน้มในการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.99) มีความคิดในการลาออกจากงานภายใน 2-3 ปี รองลงมา (ร้อยละ 23.71) มีความคิดในการลาออกจากงาน ใน 6 เดือน – 1 ปี ซึ่งในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุอยู่ระหว่าง 26-35 ปี (ร้อยละ 30.68)⁵ หมายความว่า หากไม่มีวิธีการใดๆ เพื่อรักษานักวิชาการไว้ในองค์กร อาจสูญเสียบุคลากรเกินกว่าครึ่งภายในระยะเวลา 3 ปี

การดึงดูด และรักษานักวิชาการไว้ในองค์กรนั้น อาจทำได้โดยการสนับสนุนความเจริญก้าวหน้าโดยลงทุนด้านเวลา และสนับสนุนทรัพยากร ให้นักวิชาการสามารถเข้าถึงการอบรม เพิ่มพูนทักษะ ซึ่งนอกจากจะทำให้บุคลากรมีความสุข และรักษาไว้ในองค์กรได้แล้ว ยังเป็นการทำให้องค์กรเข้มแข็งขึ้น⁶ การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล จึงเป็นโครงการที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ บุคลากรสายงานพยาบาลวิชาชีพที่เป็นข้าราชการ ให้มีสมรรถนะสูง มีความพร้อม

และมีประสบการณ์ที่เพียงพอสำหรับการขับเคลื่อนการจัดระบบบริการพยาบาล ทั้งด้านการบริหาร บริการ และวิชาการพยาบาล และสามารถธำรง รักษาให้มีความพร้อมในการพัฒนาภารกิจหน่วยงานภาคราชการในระบบบริการสุขภาพ ให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางในการธำรงรักษา ดึงดูด จูงใจ คนเก่ง คนดี มีผลงานที่เป็นประโยชน์ให้อยู่ในราชการ เกิดภาวะผู้นำในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในการออกแบบและพัฒนา ระบบบริการพยาบาล เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัย และพึงพอใจในบริการพยาบาล

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินโครงการ “การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล” โดยบูรณาการแนวคิดและ ทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ แนวคิดการบริหารจัดการกำลังคน คุณภาพในภาคราชการไทย⁷ ที่ต้องการเพิ่มขีด

ความสามารถ และดึงดูด รักษาข้าราชการผู้มีศักยภาพ สูงไว้ในระบบราชการ แนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของ Beauchamp และ Tyler⁸⁻¹¹ ที่ให้ความสำคัญกับ 1) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร 2) ขอบเขต เนื้อหาสาระ 3) ประสบการณ์เรียนรู้ และ 4) การวัดและ ประเมินผล นอกจากนั้น มีการบูรณาการทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่¹² ในการออกแบบกิจกรรม และการจัด ประสบการณ์การเรียนรู้ของหลักสูตร ตลอดจนใช้ แนวคิดการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาล¹³⁻¹⁴ และแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Six Building Blocks of Health System)¹⁵ ในการออกแบบเนื้อหา หลักสูตร โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา หลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. พัฒนาหลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล

2. ประเมินประสิทธิผลหลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล

การดำเนินการ

โครงการ “การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล” มีการดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล

คณะทำงานพัฒนาหลักสูตร 10 คน ประกอบด้วย นักวิชาการพยาบาล 8 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน ร่วมวิเคราะห์จุดอ่อน และช่องว่างของการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านกระบวนการ ดังนี้ 1) วิเคราะห์เอกสารรายงาน การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ แนวคิดการพัฒนาลักสูตร ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ การบริหารจัดการกำลังคนคุณภาพในภาคราชการไทย ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Six Building Blocks of Health System) การพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาล 2) ประชุมสนทนากลุ่ม เพื่อระดมสมองยกร่างลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ กำหนดขอบเขตเนื้อหาสาระ โดยบูรณาการแนวคิดการบริหารจัดการกำลังคนคุณภาพในภาคราชการไทยและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบทางการแพทย์และการพยาบาล การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และกำหนดการวัดผล 3) ตรวจสอบลักสูตร โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 1 ท่าน ด้านกำลังคนทางการพยาบาล 1 ท่าน และด้านการศึกษา 1 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 นำลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติ

ผู้ศึกษาและคณะทำงานพัฒนาหลักสูตร ร่วมกันคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง 60 คน โดยพิจารณาผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมากที่สุด

ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 ■ มกราคม – เมษายน 2567

ดังนี้ 1) มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2) มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี และ 3) มีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษระดับดี โดยแสดงหลักฐานผลการสอบภาษาอังกฤษ 4) เป็นข้าราชการ และมีหนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด ดำเนินการฝึกอบรม 6 สัปดาห์ ด้วยการบรรยายผ่านระบบออนไลน์ 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติในการดำเนินงานโครงการ 1 สัปดาห์ และสัมมนาวิชาการแบบออนไลน์ 1 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล

ประเมินผลการฝึกอบรม โดย 1) ให้ผู้เข้าอบรมตอบแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเนื้อหาในลักสูตรและความพึงพอใจต่อลักสูตรและประสบการณ์การเรียนรู้ในสัปดาห์สุดท้ายของการฝึกอบรม 2) ประชุมสนทนากลุ่มสะท้อนผลการฝึกอบรมก่อนวันปิดการฝึกอบรม 3) ติดตามผล 1 ปี หลังสิ้นสุดการฝึกอบรม โดยใช้แบบสอบถามแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบระบุผลงานที่แสดงถึงสมรรถนะในแต่ละด้าน การสัมผัสสัมผัสเชิงลึกผู้เข้ารับการฝึกอบรม และผู้บริหารการพยาบาลที่เป็นผู้บังคับบัญชา

ผลการดำเนินการ

1. ลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล

ลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล ยกร่างเนื้อหาจากกรณีวิเคราะห์เอกสารและส่วนขาดจากการสนทนากลุ่ม แล้วนำมาออกแบบลักสูตรโดยบูรณาการแนวคิดของ Beauchamp และ Tyler⁸⁻¹¹ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning theory) ของ Malcolm Knowles^{12,16-17} แนวคิดการบริหารจัดการกำลังคนคุณภาพในภาคราชการไทย⁷ ในประเด็นพัฒนาข้าราชการผู้มีศักยภาพสูงอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบให้มีคุณภาพ รวมทั้งแนวคิดการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาล¹⁸⁻¹⁹ แนวคิด Six Building

Blocks of Health System ขององค์การอนามัยโลก¹⁵ ได้ผลดังนี้

1.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

1) **กลุ่มเป้าหมาย** คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติดังนี้ มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษระดับดี โดยแสดงหลักฐานผลการสอบภาษาอังกฤษเป็นข้าราชการและมีหนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด

2) **วัตถุประสงค์** เพื่อ ดึงดูด รักษา และจูงใจคนเก่ง คนดี มีผลงานเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะให้อยู่ในราชการ พัฒนาและเตรียมข้าราชการพลเรือนสายงานพยาบาลวิชาชีพ ในการเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง และเตรียมผู้นำทางการ

พยาบาล ให้มีจำนวนที่เพียงพอสำหรับการเป็นนักบริหารที่ดีในอนาคต

3) **ระยะเวลาการฝึกอบรม** หลักสูตรนี้ออกแบบเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้เวลาในการฝึกอบรม 6 สัปดาห์ แบ่งเป็นทฤษฎี 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติ 1 สัปดาห์ และสัมมนาวิชาการ ศึกษาดูงาน วัดและประเมินผลสำเร็จ 1 สัปดาห์

1.2 **ขอบเขตเนื้อหาสาระ** เนื้อหาสาระการเรียนรู้การสอนของหลักสูตรประกอบด้วยหมวดความรู้ที่สำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล ดังนี้ 1) หมวดคุณภาพการพยาบาล 2) หมวดกลยุทธ์และการวางแผน 3) หมวดการสร้างคุณค่าบริการพยาบาล 4) หมวดภาวะผู้นำ 5) หมวดกฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ และ 6) หมวดการพัฒนาวิชาการ นวัตกรรม และวิจัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขอบเขตเนื้อหาสาระและจำนวนชั่วโมงจำแนกรายหมวดความรู้

หมวดความรู้	ขอบเขตเนื้อหา	จำนวน ชั่วโมง
1. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	- ระบบการพัฒนาบริการสุขภาพและรับรองคุณภาพ - หลักการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการบริการสุขภาพ (Activities Base Costing) - การวิเคราะห์ความคุ้มค่า คำนวณการบริการสุขภาพ (Cost Effectiveness Analysis) - การจัดการทรัพยากรเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการพยาบาล (2P Safety) - บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการบริหารทรัพยากรสุขภาพ (Utilization Management Nurse: UM Nurse)	15
2. กลยุทธ์และการวางแผน	- นโยบายสุขภาพโลกและยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) - นโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย - นโยบายด้านบริการสาธารณสุขในระดับเขตสุขภาพและการนำสู่การปฏิบัติ: บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ - ทิศทางกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2564 – 2568 - แผนปฏิบัติการด้านบริการพยาบาล (Nursing Service Action Plan)	15

หมวดความรู้	ขอบเขตเนื้อหา	จำนวน ชั่วโมง
พ.ศ. 2565 - 2569		
3. การสร้างคุณค่าบริการพยาบาล	- การเลือกสรร ผลิตภัณฑ์ รูปแบบ วิธีการ และคุณค่าของบริการพยาบาล - การพัฒนาบริการและนวัตกรรมด้วยกลยุทธ์การมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง - กรณีศึกษาในต่างประเทศ: บริการพยาบาลแบบมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง - การวัดและประเมินผลด้านผู้รับบริการ - การพัฒนาบริการพยาบาลโดยใช้กลยุทธ์ทะเลสีคราม (Blue Ocean Strategy)	15
4. ภาวะผู้นำ	- การพัฒนาทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ - การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข - การเตรียมพร้อมเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง - การวางแผนความก้าวหน้าในสายงานพยาบาลวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข - การพัฒนาบุคลิกภาพและพฤติกรรมบริการพยาบาล - การสร้างเครือข่ายกำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล	18
5. กฎหมาย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	- โครงสร้างและการจัดการภาครัฐ: กรณีศึกษากระทรวงสาธารณสุข - กฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ - สภาการพยาบาลกับการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล - สมาคม/ชมรมทางการพยาบาลกับการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล	12
6. การพัฒนาวิชาการ นวัตกรรม และวิจัย	- English Communication in Nursing Services - English for Academic Purpose - การฝึกปฏิบัติการพัฒนาโครงการ (ฝึกการทำงานเป็นทีมและการพัฒนาวิชาการ) - การพัฒนาวิชาการ นวัตกรรม และวิจัย - การสัมมนาวิชาการ (Seminar)	45

1.3 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้
 เนื่องจากสถานการณ์โควิด 2019 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ดังต่อไปนี้ 1) การเรียนผ่านระบบออนไลน์ (WebEx Meeting) ที่มีการสื่อสารสองทาง 2) การเสริมทักษะภาษาอังกฤษ โดยจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้มีการบรรยายภาษาอังกฤษที่ผู้บรรยายเป็นชาวต่างชาติและชาวไทยในหัวข้อ (1) การบริการพยาบาลโดยยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง (Customer-Centric Services: Selected Overseas Experience) (2) ภาวะผู้นำใน

ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 ■ มกราคม – เมษายน 2567

พยาบาลรุ่นเยาว์ (Leadership in Young Nurses) และ (3) ผู้นำรุ่นเยาว์: ประสบการณ์จากเส้นทางสู่ข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (Young Leader: an experience sharing on a pathway to HiPPS) 3) การทำงานเป็นทีม โดยแบ่งผู้เข้าอบรมเป็น 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีสมาชิก 10 คน และอาจารย์ที่ปรึกษา 1 คน มอบหมายให้พัฒนาโครงการ ทำการคัดเลือกอาจารย์ที่ปรึกษาจากกลุ่มนักวิชาการพยาบาลของกองการพยาบาลที่เป็นผู้นิเทศด้านการพยาบาลประจำเขตสุขภาพ 4) กิจกรรมสัมมนาวิชาการ ใช้เนื้อหาวิชาการที่ได้จากการพัฒนา

โครงการของแต่ละกลุ่มมานำเสนอ แล้วให้สมาชิกและอาจารย์ที่ปรึกษาจากจากกลุ่มอื่น ได้ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างอิสระ 5) การมอบหมายงานรายบุคคล ประกอบด้วย การสรุปสาระสำคัญจากการบรรยายแต่ละหัวข้อ การทวนสอบการเรียนรู้ในแต่ละวัน และการเขียนรายงานการประเมินตนเอง (Self-feedback report) โดยให้อธิบายถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้

1.4 การวัด และ ประเมิน ผล

ประกอบด้วย 1) การวัดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาในหลักสูตร 2) การประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตรและประสบการณ์การเรียนรู้ 3) การประเมินสมรรถนะที่เพิ่มขึ้น

2. ผลการประเมินประสิทธิผลหลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล

ผู้เข้าอบรม หลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล ทดลองฝึกอบรมในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 60 คน เพศชาย 11 คน เพศหญิง 49 คน อายุระหว่าง 27 – 49 ปี เฉลี่ย 37.7 ปี

กิจกรรมการฝึกอบรม ประกอบด้วย 3กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การบรรยาย ที่มีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญทั้งคนไทย และต่างชาติ ทำให้ผู้เข้าอบรมได้รับการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษทั้งด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน 2) การฝึกปฏิบัติทำโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล มอบหมายงานเป็นกลุ่ม 6 กลุ่ม มีอาจารย์พี่เลี้ยงประจำกลุ่มละ 1 คน และเริ่มดำเนินการทำโครงการตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนงาน และกระบวนการ/กิจกรรมการพัฒนางาน การวัดและประเมินผลสำเร็จ และ 3) การสัมมนาวิชาการ ในหัวข้อ Leadership DNA ซึ่งมีประเด็นที่ถูกคัดเลือกเข้ามาสู่กระบวนการสัมมนา ดังนี้ (1) Metaverse กับ การพยาบาล ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย (2) Nurse Navigator กับ

บทบาทพยาบาลในงาน NCD (3) Health for You กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย

ระยะเวลาฝึกอบรม หลักสูตรการพัฒนา กำลังคนคุณภาพทางการพยาบาลออกแบบเนื้อหาและ กิจกรรมที่ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ภาคทฤษฎี 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติ 1 สัปดาห์ และสัมมนาวิชาการ ศึกษาดูงาน วัดและประเมินผลสำเร็จ 1 สัปดาห์ แต่เนื่องจากสถานการณ์โควิดมีการยกระดับการเฝ้าระวัง รัฐบาล มีประกาศห้ามเดินทางออกนอกจังหวัดในบางจังหวัด ทำให้คณะทำงานต้องยกเลิกกิจกรรมการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และปรับเปลี่ยนกิจกรรมเป็นออนไลน์ มีตัวแทน 10 คน ซึ่งอยู่ในจังหวัดที่ไม่มีประกาศห้ามออกนอกพื้นที่สามารถมาร่วมกิจกรรมที่ส่วนกลางได้

2.1 ผลการวัดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาในหลักสูตร

ผู้เข้าอบรมร้อยละ 91.67 มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาหลักสูตรเพิ่มขึ้น และร้อยละ 80 เห็นว่าเนื้อหาหลักสูตรมีประโยชน์คุ้มค่าในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาถึงความครบถ้วน ทันสมัยของเนื้อหา ที่ตรงตามความต้องการของผู้เข้าอบรม พบว่า มีเพียงร้อยละ 68.89 ที่รู้สึกว่าการตรงตามความต้องการของผู้เข้าอบรมในระดับมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 28.89 ตรงตามความต้องการในระดับมาก ส่วนด้านวิทยากรผู้บรรยาย พบว่าร้อยละ 88.89 เห็นว่าวิทยากรมีความรู้ความสามารถในการบรรยายในระดับมากที่สุด รองลงมาเห็นว่าวิทยากรเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในระดับมากที่สุดถึง ร้อยละ 82.22 เมื่อพิจารณาถึงการบรรยายได้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ และการถ่ายทอดความรู้ให้เข้าใจง่าย พบว่า ผู้เข้าอบรมเห็นด้วยกับทั้งสองด้านนี้ร้อยละ 73.33

จากการสะท้อนผลลัพธ์ในวันปิดการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม ได้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหลักสูตร ดังนี้ 1) เนื้อหาสาระ ควรจัดลำดับเนื้อหา ก่อนหลังให้สอดคล้องตามความจำเป็นในการทำ

กิจกรรม หรือการจัดประสบการณ์เรียนรู้ของโครงการ เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่าย และต่อเนื่อง ซึ่งโครงสร้างเนื้อหาในหลักสูตร ถูกปรับเปลี่ยนลำดับเนื่องจาก วิทยาการเปลี่ยนแปลงตารางบรรยาย ทำให้เนื้อหาการเรียนการสอนที่ผู้เข้าอบรมได้รับไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นไปตามลำดับที่ควรจะเป็น 2) การคัดเลือกวิทยากร ควรคัดเลือกวิทยากรที่มีวิธีการสื่อสารที่ดี โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่มีอคติ และไม่ควรตัดสินผู้ฟัง วิทยากรกลุ่ม หรืออาจารย์ที่ปรึกษาควรมีเวลาให้กับการทำกลุ่ม ไม่ควรจัดวิทยากรที่มีภารกิจรัดตัวเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม สัดส่วนวิทยากรที่ให้ความเห็นต่อการนำเสนอผลการดำเนินงานโครงการควรเท่ากันในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ได้รับการสะท้อนกลับที่เป็นประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน วิทยากรต่างประเทศควรคงไว้ และเพิ่มมุมมองการพยาบาลของต่างประเทศ และควรเพิ่มวิทยากรดีเด่นมาแลกเปลี่ยนเรื่องการนำองค์ความรู้ 3) การสนับสนุนจากผู้บริหารการพยาบาล “หนูรู้ว่าผู้บริหารคาดหวังว่า อบรมเสร็จหนูจะเป็นกำลังคนคุณภาพ แต่หนูยังไม่มั่นใจว่าหนูจะเป็นไปอย่างที่เราคาดหวังหรือไม่ ถ้ากลับไปแล้วยังต้องขึ้นเวรเต็มเหนี่ยวอยู่เหมือนเดิม” RN₀₂ ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ผ่านการอบรมอาจไม่สามารถแสดงศักยภาพตามที่หลักสูตรคาดหวัง เนื่องจากภาระงาน ดังนั้นจำเป็นต้องมีแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนกำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อเป็นเครื่องมือเสริมหนุนในการพัฒนาองค์การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.1 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตรและประสบการณ์การเรียนรู้

ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรและกิจกรรมการฝึกอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ที่ 9.42 (จากระดับคะแนน 1-10) นอกจากนั้น ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มยังสะท้อนว่า การจัดประชุมแบบออนไลน์ทำให้บรรยากาศการเรียนการสอนไม่สนุก เป็นอุปสรรค

ต่อการทำงานกลุ่ม โดยผู้เข้าอบรมมีข้อเสนอแนะในการจัดทำหลักสูตรต่อไป ดังนี้

1) วิธีการจัดอบรม ควรจัดแบบออนไลน์ หรือจัดสลับกันโดยเริ่มจากออนไลน์ก่อน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้ทำความรู้จักกัน แล้วจึงจัดสลับกับออนไลน์ และปิดท้ายด้วยออนไลน์ในสัปดาห์สุดท้าย

2) ระยะเวลาในการจัดอบรม ผู้เข้าอบรมมีความเห็นแตกต่างกัน ดังนี้ กลุ่มอายุน้อยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ต้องการให้ขยายระยะเวลาการฝึกอบรมเพื่อให้มีโอกาสได้เรียนรู้เนื้อหาในแต่ละหมวดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และมีโอกาสได้ฝึกลงมือปฏิบัติ ในขณะที่ผู้เข้าอบรมที่มีประสบการณ์มาก โดยเฉพาะกลุ่มที่ทำงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ด้วยข้อจำกัดด้านกำลังคนที่ต้องทำงานไปด้วยเรียนไปด้วย มีความเห็นวาระเวลา 6 สัปดาห์ นานเกินไป ส่งผลกระทบในการจัดอัตรากำลังของหน่วยงาน ควรกระชับเนื้อหา และลดระยะเวลาการฝึกอบรมลง หรือเว้นวรรคการฝึกอบรมให้นานขึ้นในช่วงฝึกปฏิบัติ

3) วิทยากร ควรปรับเทคนิคการบรรยายให้น่าสนใจ เพราะผู้บรรยายและผู้ฟังไม่ได้พบเจอกันจริงๆ ควรใช้สื่อมัลติมีเดียเพื่อเพิ่มความน่าสนใจ เพราะการเรียนออนไลน์นั่งหน้าจอคอมพิวเตอร์นานๆ ทำให้เบื่อและง่วง ควรจัดอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม ที่มีเวลาให้ผู้เข้าอบรม เพราะอาจารย์ที่มีภารกิจมาก มีเวลาพบผู้เข้าอบรมค่อนข้างน้อย

4) การทำงานเป็นทีม การจัดกระบวนการกลุ่มทางออนไลน์เป็นเรื่องที่ท้าทาย ควรเพิ่มเวลาในการชี้แจงรายละเอียด เพราะผู้อบรมบางคนต้องการคำอธิบายค่อนข้างมาก เนื่องจากแต่ละคนมีพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ไม่เท่ากัน ควรชี้แจงรายละเอียดให้ชัดเจนว่าต้องการชิ้นงานให้ออกมาในรูปแบบไหน (วัตถุประสงค์ของกระบวนการกลุ่ม ต้องการให้ผู้เข้า

อบรมได้แสดงความคิดสร้างสรรค์ จึงไม่ได้กำหนดผลลัพธ์ของชิ้นงานตายตัวว่าต้องการแบบใด ดังนั้นการตีความของผู้เข้าอบรมที่พื้นฐานความรู้และประสบการณ์ต่างกัน จึงเป็นอุปสรรคต่อการทำงานกลุ่ม)

5) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม ควรเพิ่มเกณฑ์ในเรื่องการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ผู้เข้าอบรมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และมีความพร้อมต่อการเรียนรู้

2.3 ผลการประเมินสมรรถนะของผู้เข้าอบรม

การติดตามประเมินสมรรถนะของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรกำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล หลังสิ้นสุดการฝึกอบรมไปแล้ว 1 ปี เพื่อติดตามดูการถ่ายโอนความรู้จากการฝึกอบรมสู่การปฏิบัติ และการแสดงสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านกลยุทธ์และการวางแผน ด้านการสร้างคุณค่าบริการพยาบาล ด้านคุณภาพการพยาบาล ด้านภาวะผู้นำ ด้านกฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ และด้านความรู้ทั่วไป โดยดูการถ่ายโอนความรู้ด้านการพัฒนาวิชาการ นวัตกรรมและการวิจัย ได้ผล ดังนี้

1) สมรรถนะในมุมมองของผู้ผ่านการอบรม การประเมินสมรรถนะหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม 1 ปี มีผู้ผ่านการอบรมร่วมให้ข้อมูล 34 ราย (ร้อยละ 56.67 ของผู้เข้าอบรมทั้งหมด) พบว่า มีผู้ผ่านการอบรม 1 ราย (ร้อยละ 1.67) สามารถเข้าสู่ระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง และอีก 22 ราย (ร้อยละ 36.67) สามารถพัฒนาเป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพ และ 29 คน (ร้อยละ 48.33) สามารถพัฒนาเป็นวิทยากร/ ครูพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลอื่น เมื่อพิจารณาตามสัดส่วนของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ผู้ผ่านการอบรมร้อยละ 94.12 (n=34) เห็นว่าหลังผ่านการอบรม และกลับไปทำงาน สามารถแสดงสมรรถนะจนได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้น สมรรถนะที่แสดงออกได้ชัดเจนและโดดเด่นที่สุด คือ ด้านคุณภาพการพยาบาล และด้านการสร้างคุณค่าบริการพยาบาล

(ร้อยละ 94.12) รองลงมา คือ ด้านการพัฒนาวิชาการ นวัตกรรม และวิจัย และด้านภาวะผู้นำ (ร้อยละ 77.78) ด้านกลยุทธ์และการวางแผน และ ด้านหมวดกฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ (ร้อยละ 27.77) ตามลำดับ

2) สมรรถนะในมุมมองของผู้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาร้อยละ 86.36 (n=22) เห็นว่าผู้ผ่านการอบรม มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น โดยการแสดงออกผ่านการทำงานร่วมกับสมาชิกกลุ่มต่างๆในหน่วยงาน และได้รับการยอมรับมากขึ้น เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้านพบว่า

2.1 สมรรถนะด้านกลยุทธ์และการวางแผน ผู้ผ่านการอบรมส่วนใหญ่ยังแสดงสมรรถนะด้านนี้ไม่ชัดเจน แต่มีความเข้าใจเรื่องแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการในหน่วยงาน สามารถแสดงความคิดเห็นเวลาร่วมวางแผนของหน่วยงานได้ดี “เวลาทำแผนน้องเขาก็ช่วยคิด ช่วยวิเคราะห์ มีไอเดียใหม่ๆมานำเสนอ ว่าเราควรทำโครงการนั้นโครงการนี้ดีค่ะ แต่เรายังไม่ได้ให้เขารับผิดชอบเรื่องแผนของหน่วยงานแบบเต็มตัว” HN₀₁

2.2 สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาการ นวัตกรรม และวิจัย ผู้บังคับบัญชาร้อยละ 86.36 เห็นว่าผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะด้านนี้เพิ่มขึ้น โดยในรอบปีที่ผ่านมา มีผลงานวิจัย/ วิชาการ อย่างน้อย 1 เรื่อง และมากที่สุด 3 เรื่อง (นับรวมที่ร่วมวิจัยหรือเป็นผู้วิจัยหลัก) “พี่ก็เห็นว่าน้องเขามีไฟอยากทำโครงการเยอะแยะ พี่ก็ไฟเขียวลิสต์ เขาก็ไปฟอร์มทีมกัน เห็นว่าเสร็จไปแล้วสามเรื่อง” HN₀₃

2.3 สมรรถนะด้านการสร้างคุณค่าบริการพยาบาล ผู้บังคับบัญชาร้อยละ 90.90 เห็นว่าผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะด้านนี้โดดเด่นขึ้น โดยใช้ความรู้ในการออกแบบบริการ หรือพัฒนาระบบงานให้มีความคล่องตัว เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ในเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ออกแบบระบบงานการรับผู้ป่วย

เคมีบำบัดให้ปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่เป็นต้น

2.4 สมรรถนะด้านคุณภาพการพยาบาล ผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 90.90 เห็นว่าผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะด้านนี้เพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่ผู้บังคับบัญชามอบหมายให้รับผิดชอบตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน อย่างน้อย 1 ตัว และร้อยละ 20 มอบหมายให้ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน

2.5 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ ผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 81.82 เห็นว่าผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะด้านนี้เพิ่มขึ้น โดยแสดงความสามารถในการนำทีมพัฒนางานด้านต่างๆ เช่น พัฒนางานด้านสารสนเทศทางการพยาบาลของหน่วยงาน พัฒนาระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของหอผู้ป่วยเป็นวิทยากร/ ครูพี่เลี้ยงให้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น

2.6 สมรรถนะด้านกฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 81.82 เห็นว่าผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะด้านนี้เพิ่มขึ้น และร้อยละ 13.63 ระบุถึงความใส่ใจในประเด็นจริยธรรมของผู้ผ่านการอบรมชัดเจนขึ้น โดยนำประเด็นที่เป็นความเสี่ยงด้านจริยธรรมทางการพยาบาลมาร่วมแลกเปลี่ยนในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โครงการ การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล สามารถวิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) หลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล 2) ประสิทธิภาพของหลักสูตร และ 3) ผลกระทบของผู้ผ่านการอบรมต่อระบบสุขภาพและบริการพยาบาล ดังนี้

1. หลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล พัฒนาขึ้นตามหลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ช่วยส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมซึ่งเป็น

พยาบาลวิชาชีพที่มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ นอกจากนี้การออกแบบเนื้อหาของหลักสูตร ได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล^{20,21} การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA)²² มาเป็นกรอบในการกำหนดสาระเนื้อหาของหลักสูตร ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าองค์ประกอบของร่างเนื้อหาของหลักสูตรมีความสอดคล้องกัน มีการจัดลำดับการเรียนรู้การสอนดี มีความเป็นไปได้ มีความเหมาะสมในการนำไปฝึกอบรม และเป็นประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินจากกลุ่มผู้เข้าอบรมหลังสิ้นสุดการฝึกอบรมทันทีว่า ผู้เข้าอบรมร้อยละ 97.78 เห็นว่าเนื้อหาตรงกับความต้องการของตนเองในระดับมาก - มากที่สุด นอกจากนั้น การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมมีกระบวนการอย่างเป็นระบบ ตามกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่ใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐาน เริ่มตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรม การศึกษาสถานการณ์ ประชุมกลุ่มระดมสมอง ทำให้ได้เห็นประเด็นสำคัญของการพัฒนาหลักสูตร ซึ่งส่งผลทำให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้จากหลักสูตรไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดการบริการพยาบาลของตนเองได้ตรงตามความต้องการทั้งของตนเองและของหน่วยงาน ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินสมรรถนะของผู้เข้ารับการฝึกอบรมในมุมมองของผู้บังคับบัญชา ที่พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในด้านการสร้างคุณค่าบริการพยาบาล และด้านคุณภาพบริการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 93.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ Teisberg และคณะที่กล่าวถึง Value-based health care ว่าต้องนำสู่การปฏิบัติผ่านกระบวนการเรียนการสอน ในหลักสูตรการแพทย์ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ เมื่อเข้าสู่ระบบสุขภาพ²³

นอกจากนี้การพัฒนาหลักสูตรการพัฒนา กำลังคนคุณภาพทางการพยาบาลนี้ ยังมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ รูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยผู้วิจัย

บททวนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาออกแบบการสอนในแต่ละหมวดหมู่ให้มีความน่าสนใจ โดยรูปแบบการสอนเน้นกระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าฝึกอบรม โดยมีการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมในรูปแบบการประชุมทางไกล โดยมีการกำหนดขั้นตอนการฝึกอบรม ก่อนเริ่มการฝึกอบรมแต่ละรายวิชาเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ชำนาญ ซึ่งเป็นขั้นตอนเพื่อสร้างสัมพันธภาพก่อนการเริ่มฝึกอบรมและเป็นการทบทวนเนื้อหาจากรายวิชาเดิมก่อน 2) ขั้นตอนการเน้นการจัดกิจกรรมกลุ่มเป็นหลัก เน้นระบบเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เข้าฝึกอบรม สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของแบรนดรา²⁴ ที่กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกัน 3) ขั้นประเมินผล เป็นการเน้นการระดมสมอง ทำให้ผู้เข้าฝึกอบรมได้คิด สรุป ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ทำให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี²⁵

2. ประสิทธิผลของหลักสูตรการพัฒนา
กำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล จากการประเมินพบว่าผู้ผ่านการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมที่ดีมาก และมีความเข้าใจในเนื้อหาของหลักสูตรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 และมีผลการติดตามสมรรถนะหลักการฝึกอบรม 1 ปี พบว่า สมรรถนะที่แสดงออกได้ชัดเจนและโดดเด่นทั้ง 6 ด้าน สามารถอธิบาย ได้ดังนี้

2.1 ความพึงพอใจในภาพรวมต่อหลักสูตรดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 9.42 จากคะแนนเต็ม 10) ความพึงพอใจส่วนใหญ่มาจากเนื้อหาในหลักสูตรที่มีความแปลกใหม่ ตลอดจนความรู้ความสามารถของวิทยากรผู้บรรยาย ที่เป็นผู้มีประสบการณ์ และเป็นที่รู้จักในหัวข้อบรรยายนั้นๆ สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างน่าสนใจ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อพิจารณาถึงความพึงพอใจด้านเนื้อหาที่ตรงกับความต้องการของผู้เข้าอบรม พบว่า ร้อยละ 68.89 ที่รู้สึกว่าการเนื้อหาตรงตามความต้องการของตนเองในระดับมาก

ที่สุด ดังนั้น ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมครั้งต่อไป คณะผู้จัดทำหลักสูตรควรเปิดรับฟังความเห็น/ ความต้องการในการพัฒนาจากกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ เช่นเกี่ยวกับการรับฟังความเห็นจากผู้บริหารการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้รับผลงาน เพื่อให้ได้หลักสูตรพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล ที่ตอบโจทย์ความต้องการและความคาดหวังของผู้เข้าอบรมและผู้บริหารได้มากที่สุด

2.2 ระยะเวลาของการฝึกอบรม หลักสูตร มีการกำหนดระยะเวลาการฝึกอบรม 6 สัปดาห์ โดยแต่ละหมวดวิชามีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการตามความจำเป็นของหลักสูตร โดยแบ่งเป็นภาคทฤษฎี 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติ 1 สัปดาห์ ศึกษาดูงาน สัมมนา และประเมิน 1 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรม บางส่วนรู้สึกว่ามันนานเกินไป ในขณะที่บางส่วนรู้สึกว่ามันเหมาะสมดีแล้ว สอดคล้องกับ Jeff Morgenroth²⁶ ที่กล่าวถึงระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดของหลักสูตรฝึกอบรม ว่าไม่มีเวลาที่เหมาะสมตายตัว ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และการออกแบบเนื้อหาและสื่อการสอน ที่สามารถทำให้ผู้เรียนสนใจกับการเรียนการสอน ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการเรียนรู้ที่ดี และมีผลลัพธ์ของการฝึกอบรมที่ดี²⁷

2.3 รูปแบบการฝึกอบรม หลักสูตร มีการกำหนดรูปแบบการฝึกอบรมเป็นการประชุมทางไกลผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งยึดหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่^{16,17} ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่อยู่ในหน่วยงานหรือพื้นที่ห่างไกลได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถเข้าถึงสื่อที่ใช้ประกอบการฝึกอบรมได้ชัดเจน จากการรวบรวมเอกสารประกอบการฝึกอบรมเป็นฐานข้อมูลให้ดาวน์โหลดและทบทวนเนื้อหาได้ อย่างไรก็ตาม การนั่งเรียนหน้าจอคอมพิวเตอร์ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้ผู้เข้าอบรมเหนื่อยล้า จึงควรจัดช่วงเวลาในการพักสายตาทุก 1 ชั่วโมง²⁷

3. ผลกระทบของผู้ผ่านการอบรมต่อระบบสุขภาพและบริการพยาบาล เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมผู้เข้ารับการฝึกอบรมยังสามารถเข้าถึงเนื้อหาของหลักสูตรได้ ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดหรือประยุกต์ใช้ในงาน เห็นได้จากเมื่อติดตามผลหลังผ่านไปหนึ่งปี ผู้ผ่านการอบรมสามารถนำความรู้ไปพัฒนางานทั้งในลักษณะการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยพัฒนาระบบ รูปแบบ หรือแนวทางในการให้บริการพยาบาล จัดทำนวัตกรรมที่จำเป็นในการบริการผู้ป่วย/ ประชาชน พัฒนางานวิจัย ที่ส่งเสริมให้หน่วยงานเกิดการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวคิด Six Building Blocks of Health System ขององค์การอนามัยโลก¹⁵ ที่กล่าวถึงการเพิ่มขีดความสามารถของกำลังคน ช่วยเพิ่มคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ เช่นเดียวกับ แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาลตาม Service Plan ที่กล่าวถึงการพัฒนาระบบบริการพยาบาลว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่องค์กรพยาบาลต้องวิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาล และจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับความต้องการขององค์กร เพื่อให้พยาบาลนำความรู้ที่ได้รับการอบรมถ่ายทอดไปยังระบบบริการให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ หรือประชาชน¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการบริหารกำลังคนคุณภาพ

1) องค์กรพยาบาลควรออกแบบระบบการมอบหมายงาน โดยมอบหมายงานที่ท้าทาย ให้ผู้ผ่านการอบรมสามารถต่อยอดการนำความรู้สู่การปฏิบัติ มอบหมายความรู้ผิดชอบแผนงาน/ โครงการพัฒนางานการพยาบาล ตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย บริบทของหน่วยงาน และความรู้ความถนัดของผู้เข้าอบรม

2) ผู้บริหารองค์กรพยาบาลควรสนับสนุนด้านโอกาสในการแสดงศักยภาพ เช่น การมอบหมายให้ร่วมเป็นคณะทำงาน/ คณะกรรมการ ตามความถนัดที่สอดคล้องกับภารกิจสำคัญด้านบริการพยาบาล

3) ควรใช้ระบบการจัดการประสิทธิภาพงาน (Performance management system: PMS) เพื่อส่งเสริมการปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงาน ช่วยผลักดันให้บุคลากรผู้ผ่านการอบรมสามารถทำงานที่ดีขึ้น และมีความกระตือรือร้นในการปรับปรุงงานเพื่อสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร

4) ควรกำหนดแนวทางการส่งเสริมการเข้าสู่เส้นทางข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (High potential and performance system: HiPPS) หรือเข้าสู่ระบบ Talent management อย่างชัดเจนเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะในการนำหลักสูตรไปใช้

1) ควรปรับลดชั่วโมงการบรรยายในแต่ละหมวดวิชาให้กระชับ โดยคงขอบเขตเนื้อหาไว้ และใช้การมอบหมายหัวข้อการศึกษาด้วยตนเองให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้แบบผู้ใหญ่มากขึ้น

2) การคัดเลือกผู้เข้าอบรมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจำเป็นต้องเคร่งครัดกับเกณฑ์คุณสมบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะด้านภาษาอังกฤษ เนื่องจากหลักสูตรถูกออกแบบการเรียนรู้ด้วยสองภาษา

สรุป การพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล โดยการอบรมพยาบาลวิชาชีพด้วยหลักสูตรการพัฒนากำลังคนคุณภาพทางการพยาบาล เกิดประโยชน์ที่ดีต่อกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล และองค์กรพยาบาล ดังนี้ 1) หลักสูตร หลังการปรับเนื้อหา ระยะเวลาการฝึกอบรม และเพิ่มข้อกำหนดในการคัดเลือกวิทยากร จนเป็นหลักสูตรที่มีความกระชับสามารถนำไปขยายผลการฝึกอบรม ในแต่ละเขตสุขภาพได้ 2) ผู้เข้าอบรมในรุ่นทดลอง ร้อยละ 48.33 มีศักยภาพในการเป็นวิทยากรกระบวนการ หรือพี่เลี้ยงในกระบวนการกลุ่มได้ 3) ผู้เข้าอบรมบริหารโครงการประเภทวิจัยและ

วาระของการพยาบาล

พัฒนาระบบบริการ ที่สามารถขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้จริง และ 4) กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข มีกลุ่มคนที่เป็นเมล็ดพันธุ์กำลังคนคุณภาพ (Talent Tank) ในภูมิภาคต่างๆ ในการร่วม

สร้างสรรค์การพัฒนาระบบบริการพยาบาล และการพัฒนาระบบกำลังคนทางการพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม

Reference

1. World Health Organization. The WHO Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery (2021–2025). 2021. [cited 2022 Jan 5] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>
2. International Council of Nurses. Government chief nursing officer positions. 2020. [cited 2022 Jan 5] Available from: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-briefing-government-chief-nursing-officer-gcno-positions>
3. International Council of Nurses. ICN snapshot survey: In the year of the nurse and the midwife approximately only half the countries of the world have a chief nursing officer. 2020. [cited 2022 Jan 5] Available from: <https://www.icn.ch/news/icn-snapshot-survey-year-nurse-and-midwife-approximately-only-half-countries-world-have-chief>
4. Ministry of Public Health. National strategic 20 years plan (on public health). 2016. [cited 2022 Jan 5] Available from: <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/> Thai
5. Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The study report: quality of work life among registered nurses working in the Ministry of Public Health. 2023. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary. Thai
6. Crail C, & Watts R. 15 Effective employee retention strategies in 2024. 2023. [cited 2023 Dec 5] Available from: <https://www.forbes.com/advisor/business/employee-retention-strategies/>
7. Office of the Civil Service Commission. Manual for quality manpower management. 2020. [cited 2023 Dec 5] Available from: https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/khuumuuetalent63_final.pdf Thai
8. Beauchamp, G.A. The curriculum of elementary school. 1968. Boston: Allyn and Bacon Inc.
9. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. 2013. Chicago: The University of Chicago Press.
10. Bhutta TM, Chen X, Ullah H, Javed S. Analysis of curriculum development stages from the perspective of Tyler, Taba and Wheeler. European Journal of Social Sciences. 2019; 58(1), 14-22.
11. Soto TS. An analysis of curriculum development. Theory and Practice in Language Studies 2015; 5(6): 1129-1139.
12. Knowles MS. Andragogy in Action. Applying Modern Principles of Adult Education. 1984. San Francisco, CA: Jossey Bass.

13. Bureau of Nursing. Department of Medical Services. Standard of Nursing in Hospital. 2017. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Printing. Thai.
14. Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nursing Quality in Hospital Evaluation Criteria. 1st ed. 2019. Nonthaburi: Publishing of Suetawan Co., Ltd. Thai
15. World Health Organization. Monitoring the Building Block of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. 2010. Geneva: The WHO Document Production Services.
16. Pappas, C. The adult learning theory – andragogy – of Malcolm Knowles. 2013. [cited 2023 Dec 5] Available from: <https://elearningindustry.com/the-adult-learning-theory-andragogy-of-malcolm-knowles>
17. Colman, H. What is adult learning theory and how to use it in corporate learning. 2023. [cited 2023 Dec 5] Available from: <https://www.ispringsolutions.com/blog/adult-learning-theories>
18. Teeraporn Sathira-Angkura. Somchit Wongsuvansiri. Patcharee Kladjompong. Development of Guideline for Nursing Service Development According to Service Plan Policy. Journal of Health Science 2019; 28(5):_874 – 884. Thai
19. Maliwan Angkhanit, Ravadee Somsup, Busaba Wongpimon. A Model for The Development of The Quality of The Nursing Service System by The Participation Process of The Nursing Research and Development Department Roi Et Hospital. Journal of Nursing and Health Care 2020; 38(1), 107-116. Thai
20. Bureau of Nursing. Department of Medical Services. Standard of Nursing in Hospital. 2017. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Printing. Thai
21. Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nursing Quality in Hospital Evaluation Criteria. 1st ed. 2019. Nonthaburi: Publishing of Suetawan Co., Ltd. Thai
22. Office of the Public Sector Development Commission. Improving the quality of public sector management. 2016. [cited 2023 Jan 5] Available from: <https://www.opdc.go.th/content/Nzc> Thai.
23. Tiesberg E, Wallace S, O'hara S. Defining and implementing value-based health care: a strategic framework. *Academic Medicine*. 2020; 95(5), 682–685.
24. Bandura A. Modeling theory: Some traditions, trends, and disputes. In R. D. Parke (Ed.), *Recent trends in social learning theory* (pp. 35-61). 1972. New York: Academic Press.
25. Mcleod S. Albert Bandura's social learning theory. 2023. [cited 2023 Jan 5] Available from: <https://www.simplypsychology.org/bandura.html>
26. Morgenroth J. 5 things to consider to find the optimal length of a training course. 2017. [cited 2023 Jan 5] Available from: <https://elearningindustry.com/length-of-a-training-course-5-things-consider>
27. Pappas C. 6 Tips to calculate seat time in eLearning. 2014. [cited 2023 Jan 5] Available from: <https://elearningindustry.com/calculate-seat-time-in-elearning>

อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในโรงพยาบาลทั่วไป

กฤษฎีกุล ตาคำ* พย.บ.*
 ศิริสุดา อัสวพลังกุล** วท.ด. (ระบาศติวิทยาคณินิก)
 มงคล สุริเมือง** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 26 มกราคม 2567, แก้ไข: 26 มีนาคม 2567, ตอรับ: 2 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก การประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วมกับการดูแลทางสูติศาสตร์อย่างเหมาะสมสามารถลดอุบัติการณ์ลงได้ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากผลไปหาเหตุ (case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมงแรก ในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้คลอด จำนวน 274 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 72 ราย และไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 202 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน และฐานข้อมูลของโรงพยาบาล เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสูติศาสตร์ และข้อมูลผลลัพธ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fischer's exact test และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย: ผลการศึกษา case control ครั้งนี้ พบอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมงแรก จำนวน 72 คน (ร้อยละ 2.2) และไม่ตกเลือดหลังคลอดจำนวน 202 ราย (ร้อยละ 97.8) ปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ภายใน 2 ชั่วโมงแรก คือ การฉีกขาดช่องทางคลอดระดับ First degree tear (OR 0.23; 95%CI 0.069-0.813, $p = .022$) ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมงแรก ได้แก่ การตั้งครรภ์ ≥ 3 ครั้ง (OR 3.60; 95%CI 1.191-10.899, $p = .023$) และการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ การฝากครรภ์คุณภาพ (OR 2.22; 95%CI 1.017-4.876, $p = .045$)

คำสำคัญ: อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ตกเลือดหลังคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแม่สอด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

Corresponding e-mail: surimongkol@gmail.com

Incidence and Factors Associated with Postpartum Hemorrhage in General Hospital.

Kritkun Takham* B.N.S.
Srisuda Aussawapalangool** Ph.D. (Clinical Epidemiology)
Mongkol Surimuang** M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: January 26, 2024, Revised: March 26, 2024, Accepted: April 2, 2024)

Abstract

Postpartum hemorrhage It is the leading cause of maternal death worldwide. Combining of risk factor assessment and appropriate obstetric care could reduce the incidence of postpartum hemorrhage. The objective of this case-control study was to investigate the incidence and factors associated with the first 2-hours postpartum hemorrhage at Mae Sot Hospital, Tak Province. A sample consisted of 274 medical records of the laboring women. Data were retrospectively collected from the medical records and hospital databases based on general information, obstetrics information and outcomes information. The content validity was checked, yielding a value of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fischer's exact test, and multiple logistic regression.

The results of this case-control study revealed that the incidence of the first 2-hours postpartum hemorrhage was found in 72 cases (2.2%) and no postpartum hemorrhage was found in 202 cases (97.8%). Factors reducing the risk of the first 2-hours postpartum hemorrhage included a first degree tear of the birth canal (OR 0.23; 95% CI 0.069-0.813, $p = .022$). Factors increasing the risk of the first 2-hours postpartum hemorrhage consisted of pregnancy ≥ 3 times (OR 3.60; 95%CI 1.191-10.899, $p = .023$), did not complete prenatal care according to the quality antenatal care standard (OR 2.22; 95%CI 1.017-4.876, $p = .045$).

Keywords: incidence, risk factors, postpartum hemorrhage

* Registered nurse, Professional level, Labor Department Mae Sot Hospital

** Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Mae Sot Hospital

Corresponding e-mail: surimongkol@gmail.com

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งการคลอดเองหรือผ่าตัดคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุด¹ การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเกิดขึ้นภายใน 2 ถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด² เป็นภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด และ 1,000 มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอด อุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดพบ ร้อยละ 6 ถึง ร้อยละ 17³ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด⁴ การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 27.1 ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมด ทวีปเอเชียพบร้อยละ 30.8 ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low- and middle-income countries) พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 19.7 กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วพบ ร้อยละ 8.0⁵ สำหรับประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับบน (upper middle income countries)⁶ ในปี 2564 พบมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอดจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 21.5 ซึ่งมีจำนวนสูงกว่า ปี 2563 มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 ทำให้การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กไม่บรรลุเป้าหมาย คือ ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดหรืออัตรา การตกเลือดหลังคลอดลดลงร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา⁷ ดังนั้นการป้องกันและดูแลหญิงหลังคลอดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่สำคัญและรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดต่อด้านร่างกาย ของหญิงหลังคลอดและครอบครัว ได้แก่ ภาวะช็อคจากการเสียเลือด ภาวะซีฮานซินโดรม (Sheehan syndrome)

อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ ภาวะไตวายเฉียบพลัน การตัดมดลูกจากไม่สามารถควบคุมการตกเลือดได้ หรือการเสียชีวิตของมารดา ผลกระทบด้านจิตสังคมครอบครัว คือ ความวิตกกังวล เกิดความทุกข์ทรมานต่อมารดา ญาติ อาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการรักษา และนำไปสู่การฟ้องร้องได้ และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้คลอดต้องได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น⁸⁻⁹

ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอด แบ่งได้ 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ระดับฮีโมโกลบิน การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ การเคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอด เนื้องอกในโพรงมดลูก ความผิดปกติของรก การตั้งครรภ์แฝด และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยที่มีความเสี่ยงปานกลาง เช่น การตั้งครรภ์แรก หน้าท้องมีขนาดใหญ่ไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด การติดเชื้อในอุ้งน้ำคร่ำ การชักนำคลอด และการกระตุ้นการเจ็บครรภ์ 3) ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น ผู้คลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี ดัชนีมวลกายทุกระดับ การผ่านการคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง อายุครรภ์ตั้งแต่ 42 สัปดาห์ขึ้นไป กลุ่มโรคเบาหวาน และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด¹⁰

โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลระดับทั่วไป ขนาด 420 เตียง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอและจังหวัด (Maternal Child Health Board :MCH Board) มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ชายแดนฝั่งตะวันตกของจังหวัดตาก จากสถิติการให้บริการงานห้องคลอด พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 - 2565 ร้อยละ 2.1, 2.5 และ 2.5 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แต่มีความรุนแรงมาก เช่น ผู้คลอด

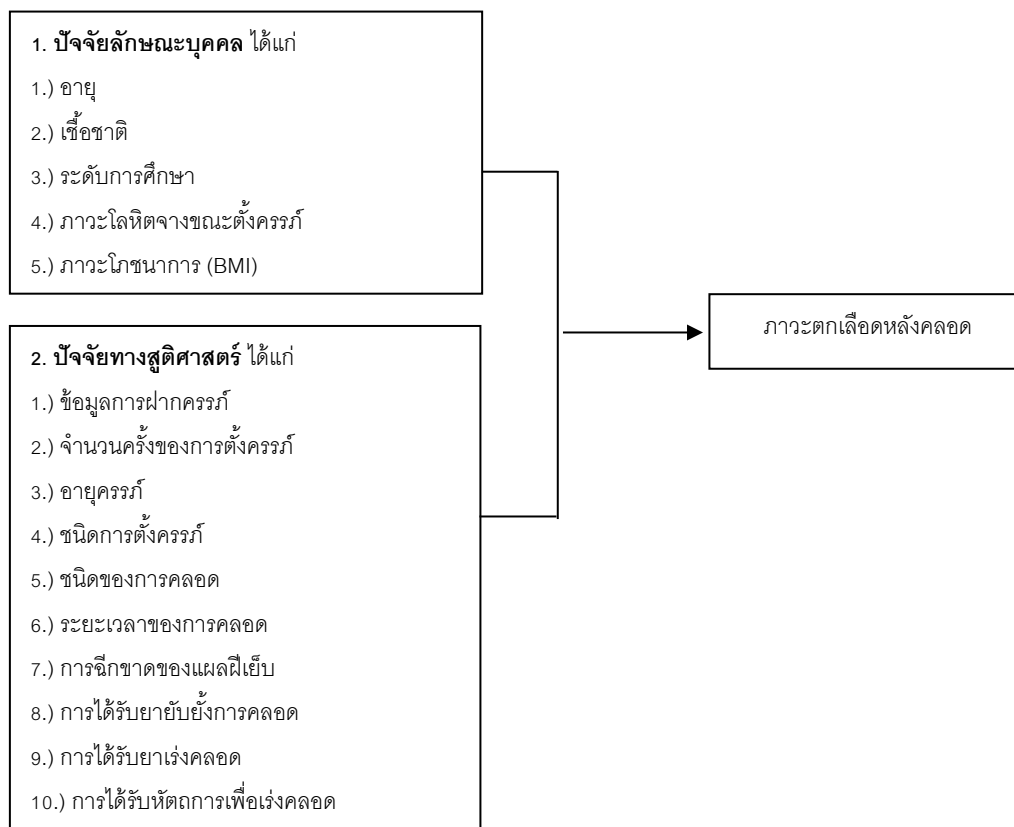
บางรายต้องได้รับการแก้ไขด้วยการตัดมดลูกซึ่งทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้อีก

ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก แม้โรงพยาบาลแม่สอดมีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดไว้เป็นการเฉพาะแล้วก็ตาม แต่ยังไม่สามารถลดปัญหาดังกล่าวได้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากผู้คลอดเหล่านี้เป็นชาวต่างชาติ (เมียนมา) มีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ โรงพยาบาลแม่สอดยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยที่เป็นระบบเกี่ยวกับอุบัติการณ์ สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่

สัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดมาก่อน การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน ประเมิน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้เหมาะสมกับบริบทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษานี้เป็นการศึกษาจากผลไปหาเหตุ (Case control study, 1:4) เก็บข้อมูลย้อนหลัง

จากเวชระเบียนประวัติของผู้คลอดที่มาคลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้คลอด ที่คลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ช่วงเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้คลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2566 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง (Case) เป็นข้อมูลเวชระเบียนผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดย เสียเลือด 500 มิลลิเมตร ขึ้นไป กลุ่มควบคุม (Control) เป็นข้อมูลเวชระเบียนผู้คลอดที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อดูผลคือผู้วิจัยจึงสุ่มเลือกจากผู้คลอดทางช่องคลอด ที่ 2 รายก่อน และ 2 รายหลัง จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากการศึกษานำร่อง ข้อมูลในพื้นที่ ที่มีสัดส่วนของการ ผ่าครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ผ่าครรภ์คุณภาพของ กลุ่มที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและไม่เกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0.66 และ 0.47 ตามลำดับ กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มควบคุม เป็น 1:4 ทดสอบทางเดียว ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (type I error) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้ case อย่างน้อย 65 ราย control เท่ากับ 184 ราย และเพิ่ม อีก 10% คือ 72 รายในกลุ่ม case และ 202 รายใน กลุ่ม control

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด เลขที่ MSHP 51/2566 ลงวันที่ 15 กันยายน 2566 ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าแผนก การพยาบาลผู้คลอด เพื่อให้ความเห็นชอบในการเก็บ รวบรวมข้อมูลว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา พยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ผู้วิจัย

คำนึงถึงการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง รายงาน ผลและเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคล ข้อมูลจะเก็บแยกจากเอกสารอื่น หลังจากโครงการ วิจัยเสร็จสิ้น เมื่อครบกำหนดเวลาผู้วิจัยจะทำลาย ทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นลักษณะเลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ระดับ การศึกษา ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการ (BMI) 2) แบบบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ ข้อมูล การผ่าครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ชนิดการตั้งครรภ์ ชนิดของการคลอด ระยะเวลาของการคลอด การฉีกขาดของแผลฝีเย็บ การได้รับยา ยับยั้งการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด การได้รับสูติศาสตร์ หัตถการเพื่อเร่งคลอด และ 3) แบบบันทึกข้อมูล ผลลัพธ์ ได้แก่ ปริมาณการสูญเสียเลือด สาเหตุการ ตกเลือด และอุบัติการณ์การตัดมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ คือ แบบบันทึกข้อมูลทั้ง 3 ส่วนไปทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย สูติแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าโครงสร้าง การพยาบาลผู้คลอด 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .92 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลไปทดลองบันทึกกับกลุ่ม ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 10 ราย ได้ค่า Interrater ระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าโครงสร้างการพยาบาลผู้คลอด เท่ากับ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด ผู้วิจัยทำการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง รวบรวมข้อมูลจากแฟ้ม ประวัติผู้คลอดที่มีข้อมูลสมบูรณ์ โดยกรอกข้อมูลที่

ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการ (BMI) ข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ ข้อมูลการฝากครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ชนิดการตั้งครรภ์ ชนิดของการคลอด ระยะเวลาของการคลอด การฉีกขาดของแผลฝีเย็บ การได้รับยาช่วยการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด การได้รับหัตถการเพื่อเร่งคลอด ข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ ปริมาณการสูญเสียเลือด สาเหตุการตกเลือด และอุบัติการณ์การตัดมดลูก เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (2 รายก่อน 2 รายหลัง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ นำเสนอข้อมูลตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ เปรียบเทียบข้อมูลที่มีลักษณะเป็นกลุ่ม ด้วยสถิติ chi-square test และ Fisher's exact test ใช้สถิติเชิงอนุมานหรือวิเคราะห์ (Inferential statistics) โดยนำเสนอค่าขนาดความสัมพันธ์ อย่างหยาบ (Crude Odds Ratio) และช่วงความเชื่อมั่น 95% และวิเคราะห์ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการตกเลือด

หลังคลอดโดยสถิติถดถอยพหุปัจจัย (Multiple logistic regression) นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio และ 95% CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้คลอดทางช่องคลอดในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 3,264 ราย เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 72 ราย (ร้อยละ 2.2) ค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่สูญเสียในกระบวนการคลอดเท่ากับ 346.35 มิลลิตร พบภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับไม่รุนแรง (ปริมาณเลือด 500-999 มิลลิตร) ร้อยละ 1.5 และภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง (ปริมาณเลือด ≥ 1000 มิลลิตร) ร้อยละ 0.7

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับภาวะตกเลือดหลังคลอดในการศึกษารั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยอายุ และภาวะโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ (ค่าเฉลี่ยอายุ 30.92, 27.43 และค่าเฉลี่ย BMI 27.94, 26.72 ตามลำดับ) การเปรียบเทียบปัจจัยด้านเชื้อชาติ ระดับการศึกษา และภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดและไม่เกิดภาวะตกเลือด ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (n=274)

ข้อมูลทั่วไป	ตกเลือด (n=72)		ไม่ตกเลือด (n=202)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.003*
< 20	5	6.9	21	10.4	
20-35	47	65.3	159	78.7	
>35	20	27.8	22	10.9	
Mean $\pm$ SD (ปี)	30.92 $\pm$ 6.92		27.43 $\pm$ 6.21		
เชื้อชาติ					.183

ข้อมูลทั่วไป	ตกเลือด (n=72)		ไม่ตกเลือด (n=202)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไทย	33	45.8	111	55.0	.100
ต่างชาติ (เมียนมา)	39	54.2	91	45.0	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	35	48.6	66	32.7	
ประถมศึกษา	10	13.9	37	18.3	
มัธยมศึกษา	20	27.8	66	32.7	
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	9.7	33	16.3	.271
ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์					
มีภาวะโลหิตจาง (Hb <11)	11	15.3	43	21.3	
ไม่มีภาวะโลหิตจาง (Hb ≥ 11)	61	84.7	159	78.7	.011*
Mean±SD (g/dL)	11.79±1.62		11.69±1.20		
ภาวะโภชนาการ (BMI)					
ปกติ (18.5-22.9)	5	6.9	40	19.8	
เกินเกณฑ์ (≥ 23)	67	93.1	162	80.2	
Mean±SD (kg/m2)	27.94±4.39		26.72±4.27		

chi-square test; *p-value <.05

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางสถิติศาสตร์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ชนิดการตั้งครรภ์เดี่ยว แผลฝีเย็บเป็นแบบ episiotomy ไม่ได้รับยาขับยังการคลอด มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ค่ามัธยฐานจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 3 ของการคลอด มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ <.05 (ค่ามัธยฐานจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ 3, 2 และค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 3 ของการคลอด 37.25, 5.84 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์กลุ่มที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ 38.11, 38.54) การเปรียบเทียบปัจจัยด้านชนิดของการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด และการเร่งคลอดด้วยสุติศาสตร์หัตถการ ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางสถิติศาสตร์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (n=274)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ตกเลือด (n=72)		ไม่ตกเลือด (n=202)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลการฝากครรภ์					.005*
ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	48	66.7	96	47.5	
ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	24	33.3	106	52.5	

ข้อมูลส่วนบุคคล	ตกเลือด (n=72)		ไม่ตกเลือด (n=202)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					<.001*
1 ครั้ง	20	27.8	77	38.1	
2 ครั้ง	13	18.1	66	32.7	
≥ 3 ครั้ง	39	54.2	59	29.2	
Median [IQR] (ครั้ง)	3 [1, 4]		2 [1, 3]		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					.004*
< 37	58	80.6	187	92.6	
37-41	14	19.4	15	7.4	
Mean±SD (สัปดาห์)	38.11±2.41		38.54±1.88		
ชนิดการตั้งครรภ์					.001**
ครรภ์เดี่ยว	69	95.8	202	100.0	
ครรภ์แฝด	3	4.2	0	0.0	
ชนิดของการคลอด					.380
คลอดปกติ (ND)	68	94.4	198	98.0	
ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (V/E)	2	2.8	2	1.0	
เคียวผ่าตัดคลอด (VBAC)	2	2.8	2	1.0	
ระยะเวลาที่ 3 ของการคลอด					<.001**
<30 นาที	40	55.6	200	99.0	
≥ 30 นาที	32	44.4	2	1.0	
Mean±SD (นาที)	37.25±40.12		5.84±3.82		
การฉีกขาดของแผลฝีเย็บ					.003**
No tear	19	26.4	23	11.4	
First degree tear	12	16.7	69	34.2	
second degree tear	3	4.2	13	6.4	
episiotomy	38	52.8	97	48.0	
ยายับยั้งการคลอด					.009*
ไม่ได้รับ	63	87.5	195	96.5	
ได้รับ	9	12.5	7	3.5	
ยาเร่งคลอด					.090
ไม่ได้รับ	55	76.4	172	85.1	
ได้รับ	17	23.6	30	14.9	
เร่งคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ					.248

ข้อมูลส่วนบุคคล	ตกลีอด (n=72)		ไม่ตกลีอด (n=202)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่ได้รับ	68	94.4	197	97.5	
ได้รับ	4	5.6	5	2.5	

*= chi-square test; p-value <.05, **= fisher's exact test; p-value <.05

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกลีอดหลังคลอดพบว่า ผู้คลอดที่ตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง มีโอกาสตกลีอดหลังคลอดเป็น 3.60 เท่า เมื่อเทียบกับผู้คลอดที่ตั้งครรภ์น้อยกว่า 3 ครั้ง (95%CI 1.191-10.899, p=0.023) ผู้คลอดที่มีการฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับ First degree tear เป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกลีอด

หลังคลอดเท่ากับ 0.23 เท่า เมื่อเทียบกับผู้คลอดที่มีการฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับอื่น ๆ (95%CI 0.069-0.813, p=0.022) และการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพมีโอกาสตกลีอดหลังคลอดเป็น 2.22 เท่า เมื่อเทียบกับผู้คลอดที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ (95%CI 1.017-4.876, p=0.045) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกลีอดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์แบบ multiple logistic regression

ปัจจัยทำนาย	cOR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
อายุ (ปี)						
20-35	Ref.					
< 20	0.80	0.288-2.252	.680	0.95	0.243-3.710	.943
> 35	3.07	1.546-6.115	.001	1.70	0.620-4.670	.302
BMI						
ปกติ (18.5-22.9)	Ref.					
เกินเกณฑ์ (≥ 23)	3.30	1.251-8.748	.016	3.12	0.815-11.993	.096
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์						
1 ครั้ง	Ref.					
2 ครั้ง	0.75	0.350-1.640	.482	1.36	0.457-4.048	.580
≥ 3 ครั้ง	2.54	1.346-4.811	.004	3.60	1.191-10.899	.023
อายุครรภ์ (สัปดาห์)						
37-41	Ref.					
< 37	3.00	1.371-6.601	.006	2.18	0.587-8.091	.244
การฉีกขาดของแผลฝีเย็บ						

ปัจจัยทำนาย	cOR	95%CI	p-value	aOR	95%CI	p-value
No tear	Ref.					
First degree tear	0.21	0.088-0.499	<.001	0.23	0.069-0.813	.022
second degree tear	0.27	0.069-1.126	.073	0.29	0.029-3.040	.307
episiotomy	0.47	0.232-0.968	.041	1.61	0.500-5.221	.421
ข้อมูลการฝากครรภ์						
ฝากครรภ์ครบ	Ref.					
ฝากครรภ์ไม่ครบ	2.20	1.258-3.875	.006	2.22	1.017-4.876	.045
ได้รับยาขับยั้งการคลอด	3.97	1.423-11.122	.008	2.34	0.446-12.289	.314

สาเหตุการตกเลือดหลังคลอด พบว่าเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) มากที่สุด ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือ มีรกค้าง (Tissue) ร้อยละ 47.2 สาเหตุจากช่องทางคลอดฉีกขาดเล็ก (Trauma)

ร้อยละ 1.4 และพบว่า ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รับการแก้ไขด้วยการตัดมดลูก จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.6 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (n=72)

สาเหตุการตกเลือดหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
มดลูกหดตัวไม่ดี (Tone)	37	51.4
รกค้าง (Tissue)	34	47.2
แผลฉีกขาดเล็ก (Trauma)	1	1.4
ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ		
ได้รับการตัดมดลูก	4	5.6

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอธิบายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

จากผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 3,264 ราย เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 72 ราย พบอุบัติการณ์ร้อยละ 2.2 ค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่สูญเสียในกระบวนการคลอดเท่ากับ 346.35 มิลลิตร พบภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับไม่รุนแรง (ปริมาณเลือด 500-999 มิลลิตร) ร้อยละ 1.5 และภาวะตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง (ปริมาณ

เลือด ≥ 1000 มิลลิตร) ร้อยละ 0.7 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน พบอุบัติการณ์ระหว่าง 1.7-2.1¹¹ อุบัติการณ์การตกเลือดในระดับไม่รุนแรง ร้อยละ 1.5 และระดับรุนแรง ร้อยละ 0.7 ในการศึกษาครั้งนี้ค่อนข้างต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้^{3,12} เนื่องจากการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลตามเขตชายแดนไทย-เมียนมา อย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพและลดการเสียชีวิตของมารดา

และทารก โดยสร้างความเข้มแข็งของทีมสูติ-นรีเวชกรรม ซึ่งทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้เครือข่ายบริการสุขภาพ (service plan) ผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดและอำเภอ (MCH Board) ร่วมกับภายในทีมมีพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสูติกรรมมากกว่า 20 ปี จำนวน 4 ท่าน มีการพัฒนาและใช้แนวทางปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการดำเนินการเพื่อเฝ้าระวัง ติดตามผู้คลอดอย่างใกล้ชิด แต่อย่างไรก็ตามในจำนวนผู้คลอดที่ตกเลือดหลังคลอดพบสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี (tone) ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือ รกหรือเศษรกค้าง ร้อยละ 47.2 และแผลฝีเย็บฉีกขาดลึก ร้อยละ 1.4 สัมพันธ์กับทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ 4 สาเหตุหลัก¹³ ได้แก่ 1) Tone สาเหตุจากความผิดปกติของการมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งพบได้มากที่สุด 2) Trauma สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด 3) Tissue สาเหตุเกี่ยวข้องกับรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรกค้างภายในโพรงมดลูก และ 4) Thrombin สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้น้อย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า ผู้คลอดที่ตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง (multiparity) มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเป็น 3.6 เท่า (95%CI 1.191-10.899, p=0.023) เป็นปัจจัยที่ทำให้การหดกลับของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดีดังเดิม สัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 1 ครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 1.16-2.48 เท่า¹⁴⁻¹⁶ ปัจจัยในด้านการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์การฝากครรภ์ คุณภาพมีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเป็น 2.22 เท่า (95%CI 1.017-4.876, p=0.045) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นชาวเมียนมา พบการตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ 54.2 และพบการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์

ถึงร้อยละ 66.7 เนื่องจากการฝากครรภ์แต่ละครั้งหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการประเมินสุขภาพประเมินทางสูติศาสตร์จากประวัติส่วนตัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์เมื่อฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์จึงทำให้เกิดการยืดระยะเวลาที่จะได้รับยาเสริมธาตุเหล็กออกไป ในการศึกษาที่พบภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 15.3 จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับฮีโมโกลบินที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กรัม/เดซิลิตร เป็นปัจจัยของการตกเลือดหลังคลอดถึง 4.8 เท่า¹⁰ ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ทำให้การทนต่อการสูญเสียเลือดระยะก่อนและระยะระหว่างคลอดได้น้อย จึงเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด¹⁷ และปัจจัยที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับ First degree tear (OR=0.23, 95%CI 0.069-0.813, p=0.022) อธิบายได้ด้วยกระบวนการคลอดที่ครบขั้นตอน ได้ปฏิบัติตามพยาบาลในขั้นตอนของ save perineum อย่างดี ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดเล็กน้อย เส้นเลือดได้รับบาดเจ็บไม่มาก จึงลดการสูญเสียปริมาณเลือดหลังคลอดได้¹⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ฉีกขาดของช่องทางคลอด ได้แก่ มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม การช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ

สรุปได้ว่าอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดภายใน 2 ชั่วโมงแรก เท่ากับ ร้อยละ 2.2 ปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การฉีกขาดช่องทางคลอดระดับ First degree tear ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การตั้งครรภ์ ≥ 3 ครั้ง และการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็กในหลายพื้นที่ ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบการให้บริการในระดับหน่วยงานและการกำหนดเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับการให้บริการผู้คลอดในพื้นที่ได้แก่

1. ด้านการบริหารการพยาบาล เสนอให้มีการประชุมชี้แจงงานอนามัยแม่และเด็กเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนิเทศ ติดตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เสนอให้มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือด

หลังคลอดในระยะแรก เพื่อเป็นไปตามกระบวนการและขั้นตอนที่วางไว้จะทำให้เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้คลอดทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Wonnee Keawkongthum. Effectiveness of using clinical nursing practice guideline for the prevention of early postpartum hemorrhage in Phatthalung Hospital. Health Science Journal of Thailand. 2020;2(3):37-47. Thai.
2. World Health Organization [WHO]. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage: World Health Organization; 2012.
3. Huang CR, Xue B, Gao Y, Yue SW, Redding SR, Wang R, et al. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage after vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2023;49(7):1663-76.
4. Kramer M, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. Obstetric Anesthesia Digest. 2014;34(4):201-2.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet global health. 2014;2(6):e323-e33.
6. Higher Education Science Research and Innovation Policy Council. Unlocking Thailand into a developed country [cited 2024 Jan 19] Available from: <https://www.nxpo.or.th/th/11772/2024>. Thai.
7. Department of Health Ministry of Public Health. Annual Report: Maternal Death Surveillance and Response system in Thailand 2021: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2564. Thai.

8. Liu C-n, Yu F-b, Xu Y-z, Li J-s, Guan Z-h, Sun M-n, et al. Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. BMC pregnancy and childbirth. 2021;21(1):1-8.
9. Kruathed Chaiyuth. Active versus Expectant Management of the Third Stage of Labor at Photharam Hospital. Journal of Health Science. 2006;15(5):753-59. Thai.
10. Natakorn I- Tuporn, Thitima Nutravong, Amornrat Ratanasiri, Kultalee Boonprasert, Supaporn Chatrchaiwiwatana, Tasanee Na Pikul. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage via Vaginal Deliveries: Systematic Review and Meta-Analysis. Chiangrai Medical Journal. 2018;10(1):149-60. Thai.
11. Bestman PL, Nget M, Kolleh EM, Moeng E, Brhane T, Fang Jq, et al. A Comparative Analysis of Postpartum Hemorrhage Incidence and Influencing Factors between Nulliparous and Multiparous Women in Hunan Province, China: A Multicenter Retrospective Cohort Study. Preventive Medicine Reports. 2024:102580.
12. Amanuel T, Dache A, Dona A. Postpartum hemorrhage and its associated factors among women who gave birth at Yirgalem General Hospital, Sidama Regional State, Ethiopia. Health Services Research and Managerial Epidemiology. 2021;8:23333928211062777.
13. Thipawan lamcharoen. Postpartum Hemorrhage: Significance of Nurse's Roles in Prevention. Association Of Private Higher Education Institutions Of Thailand (APHEIT). 2017;6(2):146-57. Thai.
14. Dasa TT, Okunlola MA, Dessie Y. Effect of grand multiparity on adverse maternal outcomes: A prospective cohort study. Frontiers in Public Health. 2022;10:959633.
15. Mitta K, Tsakiridis I, Dagklis T, Grigoriadou R, Mamopoulos A, Athanasiadis A, et al. Incidence and Risk Factors for Postpartum Hemorrhage: A Case-Control Study in a Tertiary Hospital in Greece. Medicina. 2023;59(6):1151.
16. Lanza AV, Amorim MM, Ferreira M, Cavalcante CM, Katz L. Factors associated with severe maternal outcome in patients admitted to an intensive care unit in northeastern Brazil with postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2023;23(1):573.
17. Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Girling J, et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. Br J Haematol. 2020.

การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์

วัชชีรณันท์ รัตตสาร* พย.ม (บริหารการพยาบาล)
 สิริกุล พิพิธแสงจันทร์** วท.ม (โรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดทางการสาธารณสุข)
 ปาริชาติ หาญมานพ*** พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 18 กุมภาพันธ์ 2567 แก้ไข: 6 มีนาคม 2567 ตอรับ: 7 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมนี้ (Mixed methods research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสุรินทร์ (2) ประเมินผลการบริหารจัดการ และ (3) พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ดำเนินการ 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารทางการแพทย์และการพยาบาล (2) ประเมินผลการบริหารจัดการ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความพึงพอใจของผู้ป่วย และ (3) พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ และทดลองใช้บนโต๊ะวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ภายใต้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 BB) และ CIPP model

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่า งานด้านบริการจัดเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด ประกอบด้วย การจัดอัตรากำลังที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลที่สามารถเพิ่มหรือลดการให้บริการที่เหมาะสม ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ การมีงบประมาณเพียงพอ และได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน ผู้บริหารให้ความสำคัญกับบุคลากร รวมถึงการให้ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ระยะที่ 2 ผลการประเมินการบริหารจัดการบริการพยาบาลในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 3.76, SD 0.87) บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean 3.68, SD 0.76) และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean 4.63, SD 0.52) ระยะที่ 3 ได้แนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ประกอบด้วย 1) การให้บริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศ 4) ผลผลิตทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านภาพ 5) การบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง 6) ภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการบริการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

E-mail: w.ratarasan@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ
โรงพยาบาลสุรินทร์

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลสุรินทร์

Managing Nursing Care Administration of COVID-19 Patient at Surin Hospital

Watchareeporn Ratarasan*	M.N.S.(Nursing Administration)
Sirikun Phiphitsuengjan**	M.Sc. (Public Health Infectious Diseases and Epidemiology)
Parichart Hanmanop***	M.N.S (Adult Nursing)

(Received: February 18, 2023, Revised: March 6, 2024, Accepted: April 7, 2024)

Abstract

This mixed methods research aimed to (1) study the situation of nursing service management of Covid-19 patients, Surin Hospital, (2) evaluate the management of nursing services, and (3) develop nursing service management guidelines to support emerging and re-emerging diseases. There were 3 phases: (1) study the situation based on in-depth interviews and focus groups with medical and nursing executives, (2) evaluate the managing results using questionnaires on opinions and satisfaction of personnel caring for the COVID-19 patients and patients' satisfaction, (3) develop nursing service management guidelines to support emerging and re-emerging diseases and tabletop trials. Qualitative and quantitative data were analyzed using the conceptual framework of 6 pillars of health systems (6 BB) and CIPP model.

The results of the phase 1 found that service work was the most important part, consisting of organizing adequate manpower to carry out the work, using information systems to store data that could increase or decrease the appropriate service, availability of the medical equipment, having an adequate budget and received support from the private sector, including set priority on personnel, providing moral and encouragement of their works. The results of phase 2 revealed that the overall assessment of nursing service management was at a high level (Mean 3.76, SD 0.87), the personnel were satisfied at a high level (Mean 3.68, SD 0.76), and the patients were satisfied at the highest level (Mean 4.63, SD 0.52). The results of phase 3 found that nursing service management guidelines to support emerging and re-emerging diseases consisted of 1) Service Delivery 2) Health Workforce 3) Information System 4) Medical Products, Vaccines & Technologies 5) Financing 6) Leadership/Governance

Keywords: nursing service management, COVID-19 patients

* Register nurse, senior professional level, Deputy Director of Nursing, Surin Hospital, w.ratarasan@gmail.com

** Register nurse, senior professional level, Chief of Infection Control, Surin Hospital

*** Register nurse, senior professional level, Head of Medical Intensive care Unit 2, Surin Hospital

บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดขึ้นในประเทศจีน และแพร่กระจายไปทั่วโลก โดยประเทศจีนยืนยันครั้งแรกเมื่อ 31 ธันวาคม 2562 ว่าเป็นการระบาดของไวรัสสายพันธุ์ใหม่ และต่อมา 11 กุมภาพันธ์ 2563 องค์การอนามัยโลก¹ (World Health Organization: WHO) ประกาศชื่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่นี้ว่า “ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)” เรียกว่า COVID 19 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทยโดยสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข² รายงานพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยเมื่อ 13 มกราคม 2563 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยให้หน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและภาคเอกชนร่วมมือ เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการเสียชีวิต และลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จังหวัดสุรินทร์ได้กำหนดให้โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลหลักในการรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์และรับผู้ป่วยหนักที่มีภาวะปอดอักเสบ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จากสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสุรินทร์ รวมถึงการเป็นพี่เลี้ยงให้กับสถานบริการด้านสุขภาพทั้งด้านความรู้ในการดูแลรักษาและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้แก่โรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับเชื้ออย่างทั่วถึง

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ได้รับมอบหมายให้จัดการพยาบาลใน 5 ระบบบริการที่มีความจำเป็นต่อการบริการผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ 1) การจัดการบริการคลินิกระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection, ARI clinic) เพื่อการคัดกรองตรวจรักษาผู้ป่วยระบบทางเดิน

หายใจ 2) การจัดการบริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อคัดกรอง ตรวจรักษาผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ 3) การจัดการบริการหอผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (PUI: Patients Under Investigation) เพื่อแยกผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Real Time Polymerase Chain Reaction: RT-PCR) เพื่อยืนยันการติดเชื้อ ก่อนเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล 4) การจัดการบริการกลุ่มหอผู้ป่วยแยกโรค 5 หอผู้ป่วย เพื่อรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกกลุ่มโรคเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และ 5) การจัดการบริการหอผู้ป่วยหนักแยกโรค เพื่อรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะปอดติดเชื้อรุนแรง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการบูรณาการหลักการบริหารทางการพยาบาลและการบริหารตามกรอบแนวคิด 6BB³ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดหลักที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ระดับประเทศ ครอบคลุมด้านการให้บริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ งบประมาณ และภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ เกิดแนวทางการดำเนินงาน และประเมินผลการบริหารจัดการบริการพยาบาล ในภาพรวมตาม CIPP model นอกจากนี้ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการบริการทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

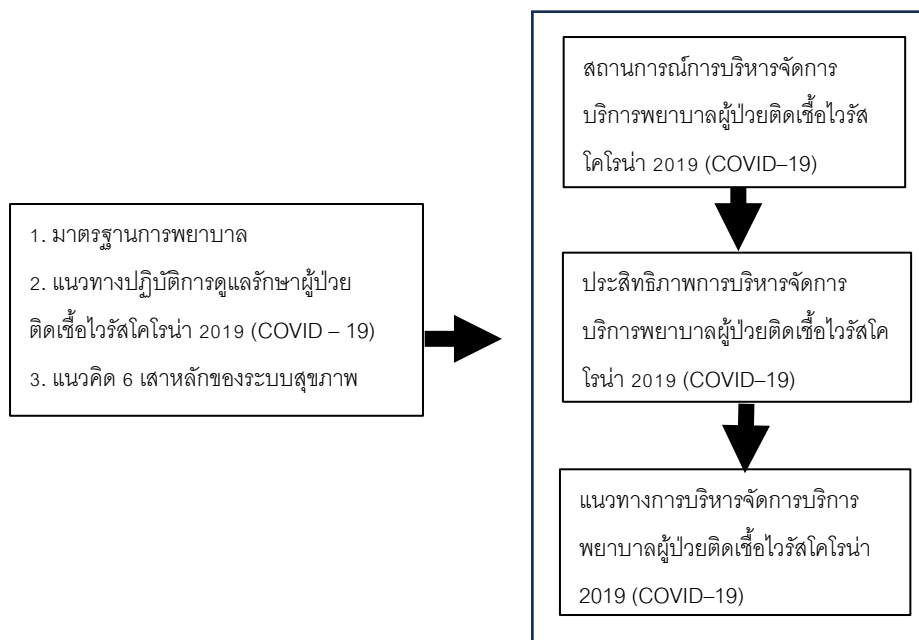
1. ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์
2. ประเมินผลการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์

3. พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six building blocks of a health system: 6BB) ในการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 (COVID-19) และวงจรบริหารงานคุณภาพ PDCA⁴ ปรับปรุงแก้ไขการบริหารรวมทั้งใช้มาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลตามกรอบการประเมินแบบซีป (CIPP Model)⁵



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัย การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ เดือนมกราคม 2563 - เดือนกันยายน 2565 เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงผสม (Mixed methods research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหาร ประกอบด้วย คณะกรรมการและคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโรงพยาบาลสุรินทร์ (EOC) ปีงบประมาณ 2563 กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านคณะทำงานภารกิจด้านการแพทย์และการพยาบาล 5 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 7 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน 9 คน รวม 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in dept interview) และ 2) แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (focus group discussion)⁶⁻⁹ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ประเมิน IOC¹⁰ (Index of Item-Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.89 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากคณะกรรมการและคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโรงพยาบาลสุรินทร์ (EOC) ปีงบประมาณ 2563 กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านคณะกรรมการกิจด้านการแพทย์และการพยาบาล 5 คน ได้แก่ 1) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 2) อดีตหัวหน้าพยาบาล 3) อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 4) แพทย์เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ และ 5) แพทย์คลินิกระบบทางเดินหายใจ (Acute respiratory infection: ARI clinic) ใช้เวลาสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณ 30 นาที 2) การสนทนากลุ่ม⁶⁻⁹ (Focus Group Discussion: FGD) สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 7 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน 9 คนรวม 16 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ใช้เวลาสนทนากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 45 นาที

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการตรวจสอบ เรียบเรียง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการวิจัยด้วยการพรรณนาวิเคราะห์ (analytical description) โดยใช้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ

ระยะที่ 2 ประเมินผลการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมแบบสอบถามการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 122 คน 2) กลุ่มผู้เข้ารับบริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากร 6,595 คน ใช้สูตรการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของยามาเน (Yamane)¹¹ ณ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ 5% จำนวน 420 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการบริการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบของ CIPP model⁵ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.98 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 เก็บข้อมูลใน Google form และประชุมชี้แจงหัวหน้าตึก/หัวหน้างาน 9 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตอบแบบสอบถามโดยการ scan QR code จำนวนผู้ตอบ 122 คน

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สงสัยและผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุรินทร์ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.00 ค่าความเชื่อมั่น 0.97 เก็บข้อมูลโดย Google form ประชุมพยาบาลตัวแทนหน่วยงาน

9 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหน่วยงานละ 1 คน ชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูล สุ่มแบบเจาะจงจากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการสอบถามผู้ป่วย หรือญาติทางโทรศัพท์ 420 คน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นการดำเนินการเชิงคุณภาพ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ร่างแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 ประกอบกับการประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยการสนทนากลุ่ม จากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน และ สรุปประเด็นเพื่อ ร่างแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ (ร่าง) แนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.97

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้บนโต๊ะ (Table top) นำ (ร่าง) แนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ใช้กับสถานการณ์จำลองบนโต๊ะกับผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่

อุบัติซ้ำ ประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 15 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน 9 คน รวม 24 คน

ขั้นตอนที่ 4 สรุปแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยผู้วิจัยนำผลการทดลองใช้และข้อเสนอแนะมาสรุปเป็นแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และเรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จากนั้นทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยรายงานผลการวิจัยด้วยการพรรณนาวิเคราะห์ (Analytical Description)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลในลักษณะภาพรวม การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามเกณฑ์สากล (ICH-GCP) เลขที่ 91/2564 วันที่ 3 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 2 ธันวาคม 2565 และหนังสือรับรองที่ 71/2565 วันที่ 3 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 2 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

1) การบริหารจัดการการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ มีการกำหนดโครงสร้างและหน้าที่

ของบุคลากรทางการแพทย์ให้ทันทั่วทั้งที่และมีความชัดเจนต่อการรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขออกเป็น 9 คณะ ได้แก่ คณะที่ 1 คณะกรรมการอำนวยการสถานการณ์ฉุกเฉิน คณะที่ 2 คณะทำงานภารกิจด้านตระหนักรู้สถานการณ์ คณะที่ 3 คณะทำงานภารกิจด้านยุทธศาสตร์ คณะที่ 4 คณะทำงานภารกิจด้านการปฏิบัติการ คณะที่ 5 คณะทำงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง คณะที่ 6 คณะทำงานภารกิจด้านการแพทย์และการพยาบาล คณะที่ 7 คณะทำงานภารกิจด้านการสำรองยาเวชภัณฑ์ คณะที่ 8 คณะทำงานภารกิจด้านการเงินงบประมาณ และ คณะที่ 9 คณะทำงานด้านการประสานงานและเลขานุการ

2) การบริหารจัดการบริการพยาบาล
วิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

2.1 ด้านการให้บริการ (Service Delivery) กลุ่มการพยาบาลได้มอบหมายให้ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดหน่วยบริการให้มีความพร้อมรับบริการในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบด้วย (1) คลินิกระบบทางเดินหายใจ (ARI clinic) (2) ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (3) หอผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (PUI: Patients Under Investigation) (4) กลุ่มหอผู้ป่วย แยกโรค (cohort ward) 5 หอผู้ป่วย และ (5) หอผู้ป่วยหนักแยกโรค (Isolated intensive care unit: IICU) โดยปรับโครงสร้างให้เหมาะสมกับการบริการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การบริการพยาบาล ประกอบด้วย การคัดกรอง การรับผู้ป่วย เข้าพักรักษา การส่งต่อ

ผู้ป่วย การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้การพยาบาลทั่วไป การช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการศพ การจากระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2.2 ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) กลุ่มการพยาบาลบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอ ตามประกาศ ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แนวทางการจัดทำแผนบริหารอัตรากำลังพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย/และผู้สงสัยติดเชื้อ COVID-19 (ฉบับที่ 2: ปรับปรุง)¹² เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ศักยภาพของพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยและพยาบาลเป็นสำคัญ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด ทุกหน่วยบริการจัดอัตรากำลังภายในหน่วยงาน และจัดอัตรากำลังเสริมจากกลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม ตามเกณฑ์สัดส่วน พยาบาล: ผู้ป่วย ที่กำหนด กรณีมีผู้ป่วยหนักมีภาวะปอดอักเสบรุนแรง และใช้เครื่องหายใจ จัดอัตรากำลังจากหอผู้ป่วยหนักมาร่วมให้การพยาบาลผู้ป่วย

2.3 ด้านระบบสารสนเทศ (Information System) จัดเก็บข้อมูลด้านการบริการผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการเพิ่มหรือลดการบริการ ให้เหมาะสมกับปริมาณผู้ป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย จำนวนรับใหม่-จำหน่าย ระดับความรุนแรง จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนเตียงว่าง และสถานะความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น

2.4 ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน (Medical Products, Vaccines & Technologies) ให้มีความพร้อม และเพียงพอของเวชภัณฑ์ วัสดุในการรักษาพยาบาลและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ กลุ่มการพยาบาลได้รับมอบหมายให้จัดทำแผนในการใช้งบประมาณเพื่อการปรับปรุงโครงสร้างหอผู้ป่วย

จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา จากงบประมาณแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เงินบริจาคของ มูลนิธิต่างๆ และภาคเอกชน โดยปฏิบัติตามระเบียบ ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาล กลุ่มงาน ยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการทำหน้าที่ในการ พิจารณามหากรรมการใช้เงิน กลุ่มงานพัสดุทำหน้าที่ จัดซื้อ/จัดจ้างและบริหารคลัง พัสตุ ให้มีความเพียงพอ ต่อการให้บริการผู้ป่วย

2.5 ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ/ การเงินการคลัง (Financing) การขอใช้งบประมาณใน การซื้ออุปกรณ์การแพทย์ การเบิกจ่ายค่าตอบแทน/ ค่าเสี่ยงภัย ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริหารทำ หน้าที่ควบคุมกำกับ การขอใช้เงินงบประมาณและเงิน บริจาคให้ได้ประโยชน์สูงสุด ในการสนับสนุนการ จัดบริการพยาบาล ด้านการจัดเตรียมสถานที่ วัสดุ เวชภัณฑ์มีใช้ยา ครุภัณฑ์ทางการแพทย์สำคัญต่อการ บริการผู้ป่วยสงสัยและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการเบิกจ่ายค่าตอบแทนและค่าเสี่ยงภัยแก่ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาลควบคุม กำกับการจัดทำเอกสารการเบิกจ่ายให้เป็นไปตาม ระเบียบการเงินและควบคุมกำกับการเบิกจ่ายตาม เกณฑ์ที่กำหนด

2.6 ด้านภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ

(Leadership/Governance) ผู้วิจัยและคณะกรรมการ บริหารการพยาบาล แสดงบทบาทของผู้บริหารในการ วางแผนจัดระบบบริการพยาบาล การนิเทศติดตาม ควบคุมกำกับ การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล การตรวจเยี่ยมเสริมพลังและการประสานความ ร่วมมือการเสริมสร้างสมรรถนะให้พร้อม ต่อการ ปฏิบัติงาน

ระยะที่ 2 ประเมินผลการบริหารจัดการ บริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์

ตอนที่ 1 ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ที่เกี่ยวข้องในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) 122 คน พบว่า เป็น พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.26 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 38.52 เป็นพยาบาล วิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 58.19 และมีประสบการณ์ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการ บริการพยาบาลในหน่วยงานในช่วงการแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ โรงพยาบาลสุรินทร์ ตามกรอบแนวคิด 6 BB ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการบริการพยาบาลวิเคราะห์ตามกรอบของ 6BB (n=122)

ด้านที่	รายละเอียด	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D.	แปลผล
1	การให้บริการ (Service Delivery)	3.88	77.67	0.82	มาก
2	กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	3.73	74.59	0.88	มาก
3	ระบบสารสนเทศ (Information System)	3.80	75.90	0.85	มาก
4	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านภาพ (Medical Products, Vaccines & Technologies)	3.58	71.48	0.93	มาก
5	การบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง (Financing)	3.56	71.26	0.91	มาก
6	ภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ (Leadership/Governance)	3.74	74.79	0.85	มาก

ด้านที่	รายละเอียด	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D.	แปลผล
	เฉลี่ยรวม 6 ด้าน	3.76	75.10	0.87	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการบริการพยาบาลในหน่วยงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสุรินทร์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 และทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ การให้บริการ (3.88) ระบบสารสนเทศ (3.80) ภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ (3.74) กำลังคนด้านสุขภาพ (3.73) ผลิตภัณฑ์

ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (3.58) และการบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง (3.56)

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการบริการพยาบาลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์ (n=122)

ข้อคำถาม	ความพึงพอใจ			
	เฉลี่ย	ร้อยละ	S.D.	แปลผล
1. นโยบายและเป้าหมายการบริหารจัดการด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	3.51	70.16	0.75	มาก
2. การจัดอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง	3.57	71.31	0.77	มาก
3. แผนการจัดอัตรากำลังสำรองเพื่อสนับสนุนการบริการพยาบาลตามภาระงานและความต้องการทางการพยาบาล	3.64	72.79	0.78	มาก
4. การจัดอัตรากำลังโดยคำนึงถึงความปลอดภัยในการทำงานและสมรรถนะที่เหมาะสม	3.75	74.92	0.71	มาก
5. การเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	3.50	70.00	0.86	มาก
6. การสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อ COVID-19	3.80	75.90	0.74	มาก
7. การปรับปรุงสถานที่ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	3.84	76.72	0.70	มาก
8. การจัดระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การจัดการขยะติดเชื้อ การเก็บสิ่งส่งตรวจ การจัดการผ้าเปื้อนติดเชื้อ การจัดการศพ เป็นต้น	3.80	75.90	0.73	มาก
9. การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ	3.39	67.98	0.76	มาก
10. กระบวนการจ่ายค่าตอบแทนค่าเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน	3.81	76.23	0.72	มาก
11. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคแนวทางการพยาบาล และแนวทางการป้องกันและควบคุม	3.72	74.43	0.78	มาก

ข้อคำถาม	ความพึงพอใจ			
	เฉลี่ย	ร้อยละ	S.D.	แปลผล
การติดเชื้อที่ทันตสถานการณื				
12. ระบบการช่วยเหลือจากผู้บริหารทางการพยาบาลกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน	3.80	75.90	0.76	มาก
13. ท่านเชื่อมั่นในระบบการบริหารจัดการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	3.75	74.92	0.80	มาก
14. ท่านมีความพึงพอใจภาพรวมในการบริหารจัดการพยาบาลครั้งนี้ระดับใด	3.97	79.34	0.80	มาก
15. ท่านมีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานการพยาบาลในสถานการณืการแพร่ระบาดเชื้อ COVID-19	3.42	68.36	0.50	มาก
เฉลี่ย	3.68	73.65	0.76	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานในช่วงการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความพึงพอใจภาพรวม อยู่ในระดับมาก (3.68) โดยพึงพอใจด้านการปรับปรุงสถานที่ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.84)

ตอนที่ 4 ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน

1) สุขภาพดีขึ้น (Improved health) 2) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) 3) การคุ้มครองความเสี่ยง (risk protection) และ 4) การเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved efficiency) พบว่า จำนวนผู้รับบริการระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึงกันยายน 2565 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงของการแพร่ระบาดเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล จากร้อยละ 3.51 เป็น 6.62 และ 5.97 อาการทุเลา ร้อยละ 98.33, 97.69 และ 96.83 เสียชีวิต ร้อยละ 1.67, 2.31 และ 3.17 ตามลำดับ ผู้ให้บริการทุกตำแหน่ง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานประจำตึก จาก 9 หน่วยงาน รวม 169 คน ไม่พบว่ามีกรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน พบปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ ผู้บริหารมีการจัดตั้งคณะกรรมการ

EOC ที่รวดเร็วและมีความเข้มแข็ง มีการกำหนดความรู้และทักษะทางวิชาชีพ จัดทำแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะที่มีอยู่ให้ดีกว่าเดิม (Upskill) และทักษะสร้างขึ้นใหม่ (Reskill) ที่จำเป็นต่อการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 งบประมาณที่เพียงพอ จากการสนับสนุนทั้งภาครัฐและเอกชน ขวัญและกำลังใจ โดยหัวหน้าพยาบาลและทีมผู้บริหารทางการพยาบาล ตรวจเยี่ยมให้ขวัญกำลังใจ และรับฟังปัญหาการจัดบริการทุกวัน เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันและจัดการให้ทันที และภาคีเครือข่าย โดยการจัดตั้งคณะกรรมการ EOC ระดับจังหวัดและระดับเขต ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีการทำงานแบบสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และมีการร่วมกันแก้ไข้ปัญหา การร่วมมือจากภาคประชาชน ทำให้ได้รับความสำเร็จยิ่งขึ้น

ตอนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยสงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึงกันยายน 2565 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในสถานะผู้ป่วย ร้อยละ 83.57 เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 47.56 เป็น เพศหญิง ร้อยละ 51.90 สิทธิบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 57.86 รองลงมาเป็นประจำนสังคม ร้อยละ

27.62 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลสุรินทร์ (n=420)

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ			แปลผล
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D.	
1. ท่านได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่และปฏิบัติอย่างเหมาะสมจากพยาบาลผู้ดูแล	4.66	93.14	0.49	มากที่สุด
2. พยาบาลมีความกระตือรือร้นเมื่อท่านขอความช่วยเหลือในการดูแลรักษาผู้ป่วย	4.63	92.62	0.52	มากที่สุด
3. ท่านได้รับทราบข้อมูลความรู้เรื่องโรค การรักษาและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเข้าใจง่าย	4.55	90.95	0.56	มากที่สุด
4. ท่านได้รับทราบข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย	4.57	91.38	0.57	มากที่สุด
5. ท่านเชื่อมั่นในทีมแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์	4.71	94.29	0.47	มากที่สุด
6. เครื่องมือทางการแพทย์มีความพร้อมและทันสมัย	4.63	92.62	0.52	มากที่สุด
7. การจัดสถานที่ในการให้บริการมีความพร้อมและปลอดภัยต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล	4.61	92.14	0.55	มากที่สุด
8. ท่านรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจในการมารักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์	4.65	93.10	0.49	มากที่สุด
9. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลที่เป็นประโยชน์จนท่านสามารถดูแลตนเองได้ ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุรินทร์	4.63	92.57	0.51	มากที่สุด
10. ท่านมีความพึงพอใจภาพรวมในการรักษาพยาบาลครั้งนี้ระดับใด	4.66	93.24	0.49	มากที่สุด
เฉลี่ย	4.63	92.60	0.52	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ญาติ และผู้ดูแลที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุรินทร์ มีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยในระดับมากที่สุด (4.63) โดยความพึงพอใจในด้านความเชื่อมั่นในทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์สูงสุด (4.71)

ระยะที่ 3 แนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งได้จากการสนทนากลุ่ม มีผลวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ความคิดเห็นต่อแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. ผู้บริหาร คณะกรรมการ EOC ที่มีความเข้มแข็ง มีการออกนโยบายในการดูแลและสนับสนุนการทำงานของบุคลากรที่ชัดเจน รวมถึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลเอาใจใส่และสร้างความเชื่อมั่นของกลุ่มแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างพันธกิจภายในโรงพยาบาลเกิดบริการที่ดีเลิศ กลุ่มการพยาบาล มอบอำนาจให้หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 16 สาขา มีสิทธิในการ

สั่งงานและสามารถแก้ปัญหาในสายงานได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งหรือการอนุญาตจากผู้บริหารระดับสูง

2. ความรู้และทักษะทางวิชาชีพ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมอบให้งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เป็นหลักในการจัดอบรม เป็นพี่เลี้ยงและนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

3. การทำงานเป็นทีม มีการบูรณาการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภายในโรงพยาบาล ทำงานแบบสอดรับไปในทิศทางเดียวกัน และร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ตามหน้าที่ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหาร คณะกรรมการ EOC เมื่อรับนโยบาย มีแนวทางปฏิบัติ สนับสนุนงบประมาณหรือตามที่อยู่ปฏิบัติร้องขออย่างรวดเร็ว ทีมแพทย์ที่พร้อมทำงานร่วมกับทีมพยาบาล เป็นตัวอย่างที่ดีในการทุ่มเททำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ ผู้บริหารทางการแพทย์สื่อสารให้กำลังใจ กระตุ้นให้พยาบาลเกิดพลังและทุ่มเทในการปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักในหน้าที่และมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ตั้งเป้าหมายของภารกิจนั้นๆ ร่วมกันจากสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครั้งนี้ ทำให้เกิดการเรียนรู้การทำงาน ต้องมีการบูรณาการและมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยการพึ่งพาอาศัยกันและกัน ร่วมมือกันก่อให้เกิดสิ่งใหม่ แนวทางการปฏิบัติงานใหม่ๆ และเกิดการทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานแต่ละหน่วยไม่สามารถทำงานได้โดยลำพัง เพื่อให้เกิดความสำเร็จในภารกิจนั้นโดยเฉพาะสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. งบประมาณ การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการบริการ ไม่ว่าจะเป็นจากรัฐบาล จากโรงพยาบาลจัดสรรที่เพียงพอต่อการพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ งบประมาณจากการบริจาคภาคเอกชนหรือประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ ทุกภาคส่วนให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี การได้รับการสนับสนุนสวัสดิการและค่าตอบแทน จากผู้บริหาร ทำให้พยาบาลมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน

5. ขวัญและกำลังใจ กลุ่มการพยาบาลเสริมสร้างขวัญและกำลังใจต่อบุคลากรในการปฏิบัติงานทุกระดับ ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง ปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานให้ปลอดภัยต่อการปฏิบัติงานและมั่นใจได้ว่าผู้ปฏิบัติงานจะไม่ติดเชื้อจากการทำงาน โดยปรับพื้นที่ห้องปฏิบัติงานของพยาบาลให้เป็นห้องแรงดันบวก 2) ด้านครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์มีใช้ขาด จัดทำแผนให้เพียงพอต่อการใช้งาน โดยเฉพาะชุด PPE 3) ด้านอัตราค่าจ้าง มีแผนในการจัดอัตราค่าจ้างเสริมให้เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐานที่กองการพยาบาลกำหนด และจัดอัตราค่าจ้างเสริมจากหอผู้ป่วยอื่นๆ ให้จัดเฉพาะบุคลากรที่สมควรใจ และไม่มีข้อห้ามหรือเป็นกลุ่มเสี่ยง 4) ด้านความรู้ กำหนดให้มีการจัดทำแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับทักษะที่มีอยู่ให้ดีกว่าเดิม (Upskill) และทักษะสร้างขึ้นมาใหม่ (Reskill) ที่จำเป็นต่อการทำงานและการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส

6. ภาวศึ่เครือข่าย ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลสุรินทร์มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการขนย้าย รับส่งผู้ป่วยจากหน่วยงานกู้ชีพ การบริจาคอุปกรณ์เครื่องมือ การบริจาคเงินจัดซื้อเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ การทำงานในรูปแบบภาวศึ่เครือข่ายมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการบริการพยาบาลโรคอุบัติใหม่ อุตติข้าที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สามารถใช้เป็นแนวทางในการแต่งตั้งคณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

ตอนที่ 2 ได้แนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ฉบับร่างตามกรอบของ 6 BB

ตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้ แนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิด โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมทดลองใช้ มาปรับปรุงแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติเหตุซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ดังนี้

1. กำหนดให้แนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้างการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติเหตุซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ 2) หน้าที่ความรับผิดชอบตามโครงสร้าง 3) การบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติเหตุซ้ำ กลุ่มการพยาบาล

2. กำหนดให้มีการเชื่อมโยงแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิด โรคอุบัติใหม่ อุบัติเหตุซ้ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการทดลองใช้บนโต๊ะ (Table top) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อความพร้อมรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสุรินทร์ มีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการได้รวดเร็วและทันทั่วถึงเมื่อนำ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ มาวิเคราะห์การจัดการบริการพยาบาล พบว่า งานด้านบริการเป็นส่วน

สำคัญที่สุด การจัดอัตรากำลังที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน การใช้ระบบสารสนเทศจัดเก็บข้อมูลที่สามารถเพิ่มหรือลดการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมีความพร้อมด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์งบประมาณที่พอเพียงและได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน ผู้บริหารให้ความสำคัญกับบุคลากร พร้อมทั้งให้ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้น นโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหาร การเพิ่มเติมความรู้และทักษะทางวิชาชีพ การส่งเสริมและอบรมบุคลากร การทำงานเป็นทีม มีงบประมาณพอเพียง การสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน การสร้างเครือข่ายของทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการมีแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์ มีความชัดเจนในการดำเนินการ ตั้งแต่การรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งทีม EOC โรงพยาบาลสุรินทร์ที่สอดคล้องกับระดับประเทศ เพื่อติดตามสถานการณ์ทุกวัน เปิดศูนย์ ARI เต็มรูปแบบ เมื่อมีการแพร่ระบาดมากขึ้น เปิดหอผู้ป่วยแยกโรคเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการซ้อมแผนรับมือผู้ป่วย PUI/covid-19 ประสานงานและสื่อสารการทำงานได้ทันทั่วถึงทุกวัน และจากผลการวิจัยถึงโครงสร้างการทำงาน of โรงพยาบาลสุรินทร์ในช่วงการแพร่ระบาดสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรพร สติธังกูรและคณะ (2021)¹³⁻¹⁴ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ ประเมินรูปแบบ โดยเป็นการเก็บรวบรวมตัวอย่างเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยหัวหน้าพยาบาล 13 คน ผู้บริหารการพยาบาล 316 คน พยาบาล 545 คน และผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 616 คน จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่ง พบว่า ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาล และแนวทางการบริหารพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดทั้ง 3 ระยะ อยู่ในระดับมากที่สุด สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง สามารถนำรูปแบบไปใช้กับโรงพยาบาล และโรคติดต่ออื่นๆ ได้ อีกทั้งโรงพยาบาลทุกแห่งมีความพร้อมในการบริหารการพยาบาลเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามงานวิจัยฉบับนี้ได้นำกรอบแนวคิดของ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ เป็นกรอบในการวิเคราะห์การทำงาน และกำหนดแนวทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริงเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสุรินทร์สามารถปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดได้เป็นอย่างดี และได้แนวทางทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการบริหารจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ การมีภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนร่วมกันรับผิดชอบต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปใช้กับสถานการณ์อื่นๆ ได้ ทำให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น เช่น การจัดตั้งศูนย์วิชาการในและนอกโรงพยาบาล การจัดตั้งศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ โครงการ Care D+ เต็มรัก ปันสุข เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลการใช้แนวทางทางการบริหารจัดการบริการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์
2. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานในการลดการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของโรงพยาบาลสุรินทร์
3. ศึกษาการเตรียมพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า

Reference

1. Coronavirus declared global health emergency by WHO. [Internet]. 2020 Jan 31 [cited 2020 Feb 2]; Available from: <https://www.bbc.com/news/world-51318246>
2. Department of disease control. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr. 10]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/imcommands.php>
3. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO document production services; 2010.
4. Natnapat Ontam. PDCA (Deming cycle) management techniques. Journal of Association of Professional development of educational administration of Thailand (JAPDEAT). 2019;1(3):39-46. Thai

5. Sudsai Srisakda. Project evaluation. [Internet]. n.d. [cited 2020 Sep 20]; [9 screens]. Available from: sudsai@nsdv.go.th
6. Ketkanok Urwongse. Focus group discussion: effective qualitative data collection technique. STOU Educational Journal. 2019;12(1):17-30. Thai
7. Krueger RA. Designing and Conducting Focus Group Interviews. [Internet]. 2002 Oct. [cited 2022 Sep 20]; [18 screens]. Available from: <https://www.eiu.edu/ihec/Krueger-FocusGroupInterviews.pdf>
8. Bloor M, Frankland F, Thomas M, Robson K. Focus groups in social research. Thousand Oask: SAGE Publications; 2001.
9. Eisner EW. Educational connoisseurship and criticism: their form and functions in educational valuation. JAE. 1976;10(3/4):135-150.
10. Teera Kulsawat. Validity and Reliability. [Internet]. 2015 Jun 19. [cited 2020 Sep 20]; [3 screens]. Available from: <https://km.buu.ac.th/public/backend/upload/article/file/document144620064347362700.pdf> Thai
11. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. Tokyo: Harpa International; 1973.
12. Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. Guideline for nursing workforce management to nursing care of COVID-19 Patient/ Patients Under Investigation (No.2 : update). [Internet]. 2020 Mar 26. [cited 2020 Apr 1]; [1 screens]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/03/18789> Thai
13. Teeraporn Satiraangkun, Sirima Leelawong, Sasamon Srisutthisak, Somjai Putthapitakphon, Nichapha Yonjohor, Kanokporn jamsomboon. Development of nursing administration model in the COVID-19 outbreak situation of hospitals under the Ministry of public health. Journal of Health Science of Thailand 30(2):320-33. Thai
14. Teeraporn Satiraangkun, Sirima Leelawong, editors. Nursing management manual in the COVID-19 outbreak situation. Tawan media publishing; 2021. Thai

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย

วนิดา เคนทองดี *	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
อรอุมา แก้วเกิด**	ปรด. (พยาบาลศาสตร์)
สุพัตรา กมลรัตน์***	พยบ. (พยาบาลศาสตร์)
ปิยนันท์ แสนสมบัติ****	พยบ. (พยาบาลศาสตร์)

(รับ: 21 ธันวาคม 2566 แก้ไข: 26 มีนาคม 2567 ตอรับ: 7 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ (1) หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ 24 คน และ (2) ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 60 คน ดำเนินการ 3 ระยะ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบ และ (3) ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล (2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (3) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (4) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (5) แบบติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ (6) แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาล (7) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบฯ (8) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม (9) แนวคำถามการประชุมกลุ่มแบบ focus group และ (10) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ครอนบาคัลฟ่าของเครื่องมือลำดับที่ (3), (5), (7) มีค่าเท่ากับ .80, .70, และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล (3) คู่มือการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และ (4) แผนการนิเทศทางการพยาบาล ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ร้อยละ 95.8 มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก และมีความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลงจาก 9.5 เป็น 0.0 อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 8.3 เป็น 0.0 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 3.4 เป็น 2.8 วัน และวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยลดลงจาก 6.7 เป็น 4.9 วันอย่างมีนัยสำคัญที่ .001

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล, รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง, รักษาการหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเลย

E-mail: kenthongdeev@gmail.com

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลเลย

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเลย

Development of Nursing Model for patients using ventilators in Medical Department, Loei hospitals

Wanida Kenthongdee*	M.N.S. (Adult Nursing)
Onuma Kaewkerd**	Ph.D. (Nursing)
Supatra Kamonrat***	B.N.S. (Nursing)
Piyanan Sansombat****	B.N.S. (Nursing)

(Received: December 21, 2023, Revised: March 26, 2024, Accepted: April 7, 2024)

Abstract

This research and development aimed to develop and examine the results of the nursing model for patients using ventilators. The sample was purposively selected and consisted of (1) 24 head nurses and professional nurses, and (2) 60 mechanically ventilated patients. There were 3 phases: (1) situation analysis, (2) model development, and (3) evaluation of the results. The research tools consisted of (1) recording form of the nurses' general information, (2) recording form of the patients' general information, (3) competency assessment of the nurses on nursing care for the patients using a ventilator, (4) a nursing practice guideline of the patients using a ventilator, (5) practice and results monitoring form, (6) the nurses' practice ability questionnaire, (7) the nurses' satisfaction questionnaire, (8) participatory observation form, (9) guidelines for focus group meeting questions, and (10) in-depth interview question guidelines. The reliability of the instrument was checked by 5 experts. The Cronbach alphas of the instruments (3), (5), and (7) were equal to .80, .70, and .74, respectively. Quantitative data were analyzed using percentages and averages. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the nursing model for patients using ventilators consisted of (1) clinical nursing practice guidelines for patients using ventilators, (2) nursing competency development, (3) a nursing process manual for the patients' using ventilators, and (4) nursing supervision plan. The nurse's outcomes found that after using the model, the nurses had significant higher competency on nursing care for patients using ventilators than before using the model ($p = .001$). The nurses were satisfied with the model at a high level by 95.8 percent and had ability to practice the guidelines. The patients' outcomes revealed that the rate of unplanned extubation decreased from 9.5 to 0.0, the rate of ventilator-associated pneumonia decreased from 8.3 to 0.0 per 1000 ventilator days, the average duration of using mechanical ventilator decreased from 3.4 to 2.8 days, and the average length of stay in the unit decreased from 6.7 to 4.9 days, yielding statistical significance at .001.

Keywords: nursing practice guidelines development, nursing care model, mechanically ventilated patients

- * Registered nurse, Senior professional level, Advanced Practice Nurse, Active head nurse Loei hospital E-mail: kenthongdeev@gmail.com
- ** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom
- *** Registered Nurse, Head nurse of semi-medical male ward, Loei Hospital

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิต และมีอัตราการตายสูงที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อประคับประคองระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดงานที่ใช้ในการหายใจ และลดการทำงานของหัวใจ¹ ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจต้องปฏิบัติพร้อมกับการรักษาเหตุของโรคอย่างเหมาะสมและทันเวลา² ปัจจุบันมีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้น จากสถิติประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี พ. ศ. 2563 มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 790,257 คน³ สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาสถานการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโดยกลุ่มวิจัยของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย⁴ พบว่ามีเครื่องช่วยหายใจที่ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต 2,098 เครื่อง แต่ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ แม้การใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีประโยชน์ แต่การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผลกระทบสำคัญทางด้านร่างกาย คือ ภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP) โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วพบภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ระหว่าง 2.9- 8.0 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator day: Vent day) ในขณะที่ในประเทศกำลังพัฒนา พบ 19.8 – 48.0 ครั้งต่อ 1,000 Vent day⁵ นอกจากนี้ยังพบภาวะแผลหรือเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร โดยพบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง ถึง ร้อยละ 46.79⁶ ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือการแตกของถุงลมปอด (pneumothorax หรือ barotrauma) ร้อยละ 2.0 ภาวะกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกระบังลม ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง และภาวะพิษ

จากการได้รับออกซิเจนมากเกินไปในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 7 วัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.0⁷ ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากการกดของท่อช่วยหายใจ ความกลัว ความกังวล ความเครียด การสื่อสารลำบากและไม่สามารถบอกความต้องการได้ การขาดความมั่นใจในการหายใจด้วยตนเอง ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ และความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute delirium) ตามมา⁸ ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงต้องร่วมกันดูแลผู้ป่วยดังกล่าวให้ได้รับออกซิเจนตามเป้าหมาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับมาหายใจได้เองโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการติดตามเฝ้าระวังและสังเกตการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นคนแรก⁹ ที่จะต้องมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีมาตรฐาน มีสมรรถนะในการแก้ปัญหาอันเกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ในโรงพยาบาลเลย มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น โดยในปี พ. ศ. 2563- 2565 พบว่ามีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 2,958, 3,220 และ 3,051 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้ส่วนมากเป็นผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 40.7, 35.5 และ 45.7 ตามลำดับ ซึ่งสามารถรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเพียง ร้อยละ 20.0, 21.8 และ 17.0 ตามลำดับ เท่านั้น เนื่องจากมีหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมขนาด 12 เตียงเพียงแห่งเดียว นอกนั้นต้องรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม (ร้อยละ 80.0, 78.2 และ 83.0 ตามลำดับ)¹⁰ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม (กึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง) เป็นหอผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ของกลุ่มงานอายุรกรรมทั้งหมด ที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต

อายุรกรรมได้ มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยวันละ 40 คน เครื่องช่วยหายใจที่ใช้เป็นชนิดควบคุมด้วย ปริมาตรและแรงดัน ซึ่งถือเป็นเทคโนโลยีขั้นสูงที่ใช้ ช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตที่มีระบบหายใจล้มเหลวให้ได้รับ ออกซิเจน¹¹ จากการทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยใช้ เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยดังกล่าวในปี พ. ศ. 2563 - 2565 พบภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดอักเสบที่สัมพันธ์ กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ 4.05, 5.43 และ 5.51 ต่อ 1,000 Vent day ตามลำดับ การเลื่อนหลุด ของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplan Extubation: UE) เท่ากับ 8.8, 12.8 และ 12.8 ต่อ 1,000 vent day ตามลำดับ¹⁰ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ไม่ เพียงประสงค์ที่รุนแรง บางรายต้องกลับมาใส่ท่อช่วย หายใจซ้ำ โดยพบว่าอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมี มากถึงร้อยละ 50.1 และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะ ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อีก ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยกึ่ง วิกฤตอายุรกรรมยาวนานออกไป โดยพบว่าวันนอน เฉลี่ยของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าว เท่ากับ 7.5, 7.7 และ 8.6 วัน ตามลำดับ¹⁰ และส่งผลให้ผู้ป่วย เสียชีวิตได้ในที่สุด จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า เกิดจาก (1) การขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้ เครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับเทคโนโลยีที่ เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วย แม้จะมี แนวปฏิบัติฯ มาก่อนแต่เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามา นานกว่า 10 ปี และใช้สำหรับเครื่องช่วยหายใจชนิด เก๋า (Bird's ventilator) ซึ่งมีกลไกการทำงานโดย หลักเมคานิกส์ที่ไม่ซับซ้อน¹¹ และไม่ครอบคลุม เท่าเครื่องช่วยหายใจในปัจจุบันที่เป็นชนิดควบคุมการ ทำงานด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (microprocessor controlled ventilator system) (2) พยาบาลวิชาชีพ ขาดสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วย หายใจ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 80.0 มา จากหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ซึ่งมีประสบการณ์ใน

การดูแลผู้ป่วยไม่วิกฤต และพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับต่ำ โดยพบพยาบาล ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพียง ร้อยละ 22.9 , 29.1 และ 29.9 ตามลำดับ (ตาม มาตรฐาน $\geq$ ร้อยละ 60)¹⁰ (3) ขาดคู่มือการใช้ กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในกลุ่มงาน ดังกล่าว เป็นการประยุกต์ใช้ตามความรู้และ ประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งมุ่งเน้นบาง ประเด็น เช่น การได้รับออกซิเจนและระบายอากาศ อย่างเพียงพอ หรือ การป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์ กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น และอาจไม่ คำนึงถึงประเด็นอื่น ๆ เช่น ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือ การสื่อสารลำบาก และ ความปวด เป็นต้น และ (4) ขาดแผนการนิเทศทางการ พยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นการกำกับ ติดตามการปฏิบัติงานที่จำเป็นต่อผลลัพธ์ด้านการ ดูแลผู้ป่วย การนิเทศติดตามที่พบส่วนมากเน้นด้าน บริหารการพยาบาล กล่าวโดยสรุป คือ ขาดรูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ครอบคลุม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับบริบท

จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องน้อยมาก ซึ่งยังไม่เพียงพอ สำหรับการนำมาประยุกต์ใช้ ผู้ศึกษาในฐานะผู้บริหาร ทางการพยาบาล มีหน้าที่สำคัญในการจัดระบบ บริการพยาบาลให้มีคุณภาพและบังเกิดผลลัพธ์ที่ดี จึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วย หายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย เพื่อเป็น รูปแบบการพยาบาลของกลุ่มงาน ซึ่งจะส่งเสริม ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ลด ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดวันนอนโรงพยาบาล

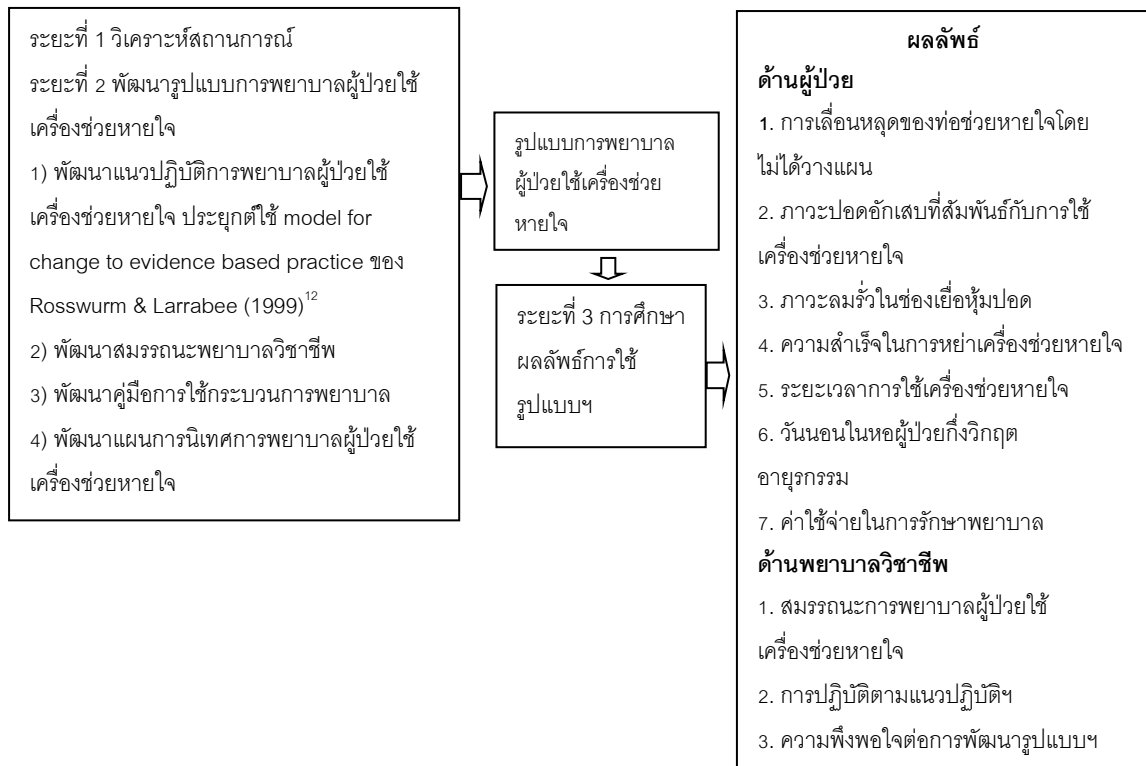
ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาลในภาพรวม

วัตถุประสงค์ เพื่อ

- (1) พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย
- (2) ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนาดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และ (3) การศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหรือหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลเลย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย (2) ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหรือหญิง (3) มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยใช้

เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีเกณฑ์คัดออก คือ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบ ร้อยละ 80 (2) ระหว่างทำวิจัยมีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เกณฑ์การให้กลุ่มตัวอย่างออกจากกรการวิจัย (Withdrawal of Participant Criteria) ได้แก่ การย้ายไปปฏิบัติงานยังหน่วยงานอื่นหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นจำนวนที่กลุ่มตัวอย่างอึดตัวและเลือกตามจำนวนที่น่าจะตอบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ (phenomena of interest) ได้ในข้อมูลเชิงคุณภาพ¹³

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก และใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรและแรงดัน ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชาย หรือหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเลย มีเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) อายุ 15 ปีขึ้นไป (2) ผู้ป่วยหรือญาติที่เป็นผู้แทนตามกฎหมายสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ (1) ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางสมอง (2) ผู้ป่วยที่แพทย์รักษาแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะท้าย เกณฑ์ในการให้กลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย คือ (1) ผู้ป่วยอาการทรุดลงที่ไม่ได้เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) ผู้ป่วยจำหน่ายหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยก่อนเอาท่อช่วยหายใจออก (3) ผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลเลย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน คำนวณ กลุ่มตัวอย่างจาก $G^* power^{14}$ โดยใช้สถิติ t-test ค่า effect size จากงานวิจัยค่ากลาง ได้เท่ากับ 0.50 (เนื่องจากไม่สามารถหางานวิจัยใกล้เคียงจึงใช้ค่ากลางในโปรแกรม) power 0.80 ตำแหน่งนัยสำคัญ 0.05 ได้กลุ่มละ 27 คน เพิ่มอีก ร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ 30 คน เก็บข้อมูล วันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม พ. ศ. 2566 และกลุ่มใช้รูปแบบฯ 30 คน เก็บข้อมูล วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 สิงหาคม พ. ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย คือ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (3) คู่มือการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (4) แผนการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ (1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ หอผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ สถานที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะ และความถี่ในการดูแลเสมหะ (2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (3) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย 35 ข้อ ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนปฏิบัติเฉลี่ย 0.00- 11.66 แปลว่า มีสมรรถนะ น้อย คะแนนปฏิบัติเฉลี่ย 11.67- 23.32 แปลว่า มีสมรรถนะ ปานกลาง คะแนนปฏิบัติเฉลี่ย 23.33 - 35.00 แปลว่า มีสมรรถนะ สูง (4) แบบติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ 73 ข้อ ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน การแปลผล $\geq$ ร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์ แบบประเมินผลลัพธ์การพยาบาล แบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน 4 ข้อ เกิดอุบัติการณ์ได้ 1 คะแนน ไม่เกิดอุบัติการณ์ได้ 0 คะแนน และผลลัพธ์ 1 ข้อ หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ 1 คะแนน หยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ 0 คะแนน และระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และคำรักษาพยาบาล ใช้เต็มคำในช่องว่าง (4) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย (6) แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย 25 ข้อ ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ 0 คะแนน การแปลผล $\geq$ ร้อยละ 80 ถือว่าผ่านเกณฑ์ (7) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

ต่อรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย 9 ข้อ คำตอบมี 5 ระดับ (Likert scale) คะแนน 5-1 การแปลผลคะแนน 1.00- 15.00 แปลว่า ความพึงพอใจของพยาบาลน้อย 15.01 - 30.00 แปลว่า ความพึงพอใจของพยาบาลปานกลาง 30.31- 45.00 แปลว่า ความพึงพอใจของพยาบาลมาก

2.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม แนวคำถามในการประชุมกลุ่มแบบ focus และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure in-depth interview) แนวคำถามด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Biomarkers) ได้แก่ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจที่สามารถแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วัดความดันโลหิตอัตโนมัติและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงจากปลายนิ้ว (Saturation of hemoglobin with oxygen as measured by Pulse Oximetry: SpO2) ได้รับการบำรุงรักษาโดยช่างอุปกรณ์การแพทย์ โรงพยาบาลเลย ทุก 6 เดือน และได้รับการสอบเทียบค่าตามมาตรฐานโดยหน่วยงานภายนอกที่ได้รับการรับรองทุก 1 ปี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66-1.00 และ ค่าความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาคของ (1) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) แบบติดตาม

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.80, 0.70, 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้จากการทบทวนความรู้ (knowledge trigger) ทบทวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ (practice trigger) จากเวชระเบียนผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างเดือนมกราคม ถึง ตุลาคม พ.ศ.2565 และการสังเกตการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มแบบ focus group และการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การสังเกตการณ์ปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาให้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยแก่นสาระ (Thematic analysis) ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure in- dept interview)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย เลขที่ EC 008/ 2566 รับรองตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567 พื้ทกษัสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและพยาบาลด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ตลอดจนการ

ดำเนินการวิจัย และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่าง หรือญาติ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว) พร้อมทั้งชี้แจง ถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ ผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และขอ ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อ

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยและพัฒนากระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดย

(1) ทบทวนความรู้ สังเกตการปฏิบัติ ทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างเดือนมกราคม- ตุลาคม 2565 จำนวน 120 ฉบับ พบ อุบัติการณ์การ เลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน 9.6 ต่อ 1,000 vent days อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์ กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 12.1 ต่อ 1,000 vent days หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ร้อยละ 62.3 (2) ประชุม เพื่อนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์ แก่พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้า หอผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม (3) จัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้การพยาบาล ระหว่างแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และพยาบาลวิชาชีพระดับ ปฏิบัติ (4) สอบถามปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) โดยการสนทนากลุ่ม แบบ focus group และสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้า หอผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรมและแพทย์ โดยสรุปแล้ว พบว่า (1) ขาดแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม (2) พยาบาล วิชาชีพมีภาระงานไม่เพียงพอ (3) ขาดคู่มือการใช้ กระบวนการพยาบาล และ (4) ขาดแผนการนิเทศ การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย ประยุกต์ใช้ model for

change to evidence-based practice ของ Rosswurm & Larrabee (1999)¹² ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความจำเป็นใน การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ได้ข้อมูลความจำเป็นจาก การวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การเชื่อมโยงปัญหากับ การพยาบาลและผลลัพธ์ โดยกำหนดแนวทางแก้ไข การพยาบาล และบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ได้ข้อมูล จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การสังเคราะห์เพื่อให้ได้ หลักการที่ดีที่สุด เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย

(1) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากฐานข้อมูล ได้แก่ CINAHL, PubMed, Scopus, ProQuest, ThaiLis, ThaiJO, Google scholar ครอบคลุมเอกสารงานวิจัยเชิงพรรณนา การสำรวจ เชิงทดลอง กึ่งทดลอง และแนวปฏิบัติ การพยาบาล สืบค้นคำสำคัญ คือ Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG), Mechanical โดยเกณฑ์ คัดเข้าได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2017-2022 คัดเลือกด้วย PICO ประกอบด้วย P (population) = ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วย หายใจ I (Intervention) = แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การใช้เครื่องช่วยหายใจ C (Comparison) = (ไม่มีการ เปรียบเทียบ) O (Outcome) = ภาวะแทรกซ้อนจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจ (การเลื่อนหลุดของท่อช่วย หายใจโดยไม่ได้วางแผน ภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์ กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ งานวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹⁵ ในการประเมิน ระดับความน่าเชื่อถือ ดังนี้ ระดับ 1 หลักฐานจาก

การวิเคราะห์ระดับเมตา (meta - analysis) งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomize control trial: RCT) ทั้งหมด หรือเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสมมุติฐานที่มีช่วงความเชื่อมั่นแคบ อย่างน้อย 1 เรื่อง ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสมมุติฐานที่มีช่วงความเชื่อมั่นกว้างอย่างน้อย 1 เรื่อง หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental studies) ที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (without randomization) ระดับ 3a หลักฐานจากการศึกษาไปข้างหน้า (cohort studies) โดยมีกลุ่มควบคุม ระดับ 3b หลักฐานจากการศึกษาย้อนหลัง (case controlled) ระดับ 3c หลักฐานจากวิธีการสังเกต (observational studies) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ระดับ 4 หลักฐานจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก ผลการศึกษาเชิงสรีรวิทยาในห้องปฏิบัติการ หรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ

(2) นำหลักฐานทั้งหมดมากร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ

จัดทำแบบเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ

(3) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ยกร่างและแบบเก็บข้อมูลไปขอข้อเสนอนะและผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 คน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และหาค่าความเที่ยง IOC (Index of item-objective congruence) ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ค่าปกติ 0.05 ขึ้นไป แล้วจึงนำเสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติอีกครั้ง

(4) ปรับปรุงยกร่างแนวปฏิบัติฯ ตามข้อเสนอแนะ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังพัฒนา

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
1. ระยะก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย การประเมินการหายใจ เสี่ยงลมผ่านปอด และระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดง	1. ระยะก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ (การให้ข้อมูล การตรวจสอบขนาด ตำแหน่งท่อช่วยหายใจ และ cuff pressure ภาพถ่ายรังสีทรวงอก การประเมินการหายใจ เสี่ยงลมผ่านปอด และ ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดง)
2. ระยะใช้เครื่องช่วยหายใจ	2. ระยะใช้เครื่องช่วยหายใจ
1) แนวปฏิบัติฯ การส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนและระบายอากาศอย่างเพียงพอ	1) แนวปฏิบัติฯ การส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนและระบายอากาศอย่างเพียงพอ
2) แนวปฏิบัติฯ การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนประกอบด้วย การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ การผูกยึดผู้ป่วย	2) แนวปฏิบัติฯ การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการดึงท่อช่วยหายใจ การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ การผูกยึดผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
3) แนวปฏิบัติฯ เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ WHAPO	3) แนวปฏิบัติฯ เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ Supra WHAPO
4) แนวปฏิบัติฯ ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจประกอบด้วย - การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ - การเฝ้าระวังขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ - การทดสอบความปลอดภัยก่อนให้หายใจเอง - การทดสอบความปลอดภัยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ - การถอดท่อช่วยหายใจ - การพยาบาลหลังถอดท่อช่วยหายใจใน 48 ชั่วโมง	4) แนวปฏิบัติฯ เพื่อป้องกันภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด 5) แนวปฏิบัติฯ ในการจัดการความปวด 6) แนวปฏิบัติฯ ในการสื่อสาร 7) แนวปฏิบัติฯ การหย่าเครื่องช่วยหายใจประกอบด้วย - การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ - การเฝ้าระวังขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ - การทดสอบความปลอดภัยก่อนให้หายใจเอง - การทดสอบความปลอดภัยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ - การถอดท่อช่วยหายใจ - การพยาบาลหลังถอดท่อช่วยหายใจใน 1 ชั่วโมง, 2-4 ชั่วโมง และ 4-48 ชั่วโมง

(5) เก็บข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเดิมในผู้ป่วย 30 คน และประเมินผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบตามอายุงานของพยาบาลวิชาชีพและระดับความยากง่ายในการพยาบาล ตั้งแต่การเตรียมเครื่องช่วยหายใจ การประเมินผู้ป่วย การแก้ปัญหา และการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติและประเมินผล โดย (1) จัดทำโครงการศึกษานำร่อง โดยนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปศึกษานำร่องในผู้ป่วย 10 คน (2) ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติและปรับปรุงแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 6 การผสมผสานเข้าสู่อการปฏิบัติใหม่และคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง โดย (1) นำเสนอแนวปฏิบัติใหม่แก่ผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (2) ปรับปรุงระบบงานเพื่อสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติฯ (3) กำหนดเป็นแนวปฏิบัติฯ ระดับองค์พยาบาล (4) ประกาศใช้แนวปฏิบัติฯ

2. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยพัฒนาตามกรอบแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ ได้แก่ (1) การเตรียมเครื่องช่วยหายใจ (2) การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่ม และขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (4) การหา

สาเหตุและแก้ปัญหาความผิดปกติ และ (5) การแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยกำหนดเป็นสมรรถนะรายบุคคล จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการเตรียมเครื่องช่วยหายใจ การทดสอบความพร้อมใช้ของเครื่องช่วยหายใจ การตั้งการทำงาน การตั้งสัญญาณเตือน การค้นหาสาเหตุของการเตือนและการแก้ปัญหา และฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายและหญิง

3. พัฒนาคู่่มือการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยประยุกต์ใช้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือ (North America Nursing Diagnosis Association: NANDA)¹⁶

4. พัฒนาแผนการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดโครงสร้างและเนื้อหาการนิเทศ ประชุมหัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายและหญิง และหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมเพื่อจัดทำแผนการนิเทศทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดของ Proctor¹⁷ ได้แก่ การนิเทศตามแผน (formative clinical supervision) การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision)

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์คัดเข้า 30 คน และพยาบาลวิชาชีพตามเกณฑ์คัดเข้า 24 คน มีขั้นตอนดังนี้ จัดประชุมเพื่อให้ความรู้เรื่องผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ และนำเสนอผลการใช้แนวปฏิบัติ ต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย ประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 4 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) ระยะใช้เครื่องช่วยหายใจ (3) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ (4) ระยะหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 8 หมวด ได้แก่ (1) การประเมินก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซและระบายอากาศ (3) การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (4) การป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (5) การป้องกันภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (6) การจัดการความปวด (7) การสื่อสาร และ (8) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.2 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (1) การเตรียมความพร้อมเครื่องช่วยหายใจ (2) การประเมินผู้ป่วยก่อนและขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ และการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (3) การพยาบาลเพื่อให้ได้รับออกซิเจนและระบายอากาศอย่างเพียงพอ (4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (5) การแก้ปัญหาในภาวะฉุกเฉิน

1.3 คู่มือการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย การกำหนดปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การวางแผนและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1.4 แผนการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การนิเทศตามแผน การนิเทศตามมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติ การนิเทศแบบสมานฉันท์ การติดตามการปฏิบัติและประเมินผล

2. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.1 ด้านผู้ป่วย พบว่า

(2) อัตราการเกิดปอดอักเสบที่

(1) อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผนลดลงจาก 9.5 เป็น 0.00 ต่อ 1,000 vent day
สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก 8.3 เป็น 0.00 ต่อ 1,000 vent day ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (n= 30 คน)

ผลลัพธ์	ก่อนใช้รูปแบบ (n= 30คน)		กลุ่มใช้รูปแบบ (n= 30คน)	
	จำนวน	ต่อ 1000 vent day	จำนวน	ต่อ 1000 vent day
อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน	2	9.5	0	0.00
อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ	1	8.3	0	0.00

(3) อุบัติการณ์ภาวะลมรั่วในช่อง

(4) ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วย

เยื่อหุ้มปอด ลดลงจาก 1 เป็น 0 อุบัติการณ์
หายใจเพิ่มจาก ร้อยละ 83.3 เป็น 96.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสำเร็จการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มใช้รูปแบบพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (n= 30)

ผลลัพธ์	ก่อนใช้รูปแบบ (n= 30คน)		กลุ่มใช้รูปแบบ (n= 30คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลลัพธ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ				
สำเร็จ	25	83.3	29	96.6
ไม่สำเร็จ	5	16.7	0	100.0
เสียชีวิตในภายหลัง	3	10.0	0	0.0
จากการดำเนินของโรค				

(5) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาใช้เครื่อง

(6) ค่าเฉลี่ยวันนอนในหอผู้ป่วย

ช่วยหายใจลดลงจาก 3.4 (SD = 0.6) เป็น 2.8 (SD = 0.6) วัน อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (t= 6.7, p=.000)
กึ่งวิกฤตอายุรกรรมลดลงจาก 6.7 (SD =1.00) เป็น 4.9 SD=0.7) วัน

(7) ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาล (SD=98.45) อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($t = 6.1, p = .000$) ลดลงจาก 52,654.8 (SD= 100.01) เป็น 39,812.0 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (n= 30)

ผลลัพธ์	ก่อนใช้รูปแบบ (n= 30คน)		กลุ่มใช้รูปแบบ (n= 30คน)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	3.4	0.6	2.8	0.6	6.7	0.000*
จำนวนวันนอน (วัน)	6.7	1.0	4.9	0.7	9.2	0.000*
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	52,654.8	100.01	39,812.00	98.45	6.1	0.000*

*P value <.001

2.2 ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

(1) ผลลัพธ์เชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ 24 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.0 อายุเฉลี่ย 29.2 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ส่วนมากมีสมรรถนะระดับเริ่มความก้าวหน้า (advance beginner) ร้อยละ 29.2 และ ระดับมีความสามารถ (competent) ร้อยละ 29.2 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 22.4

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 98.3 โดยหมวดที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลให้ได้รับออกซิเจนและระบายอากาศอย่างเพียงพอ การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้อาบน้ำ การป้องกันภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ร้อยละ 100 รองลงมา ได้แก่ การป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจการจัดการความปวด และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 96.6

สมรรถนะพยาบาล พบว่า มีสมรรถนะ

สูงสุดในหมวดการป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ คะแนนเฉลี่ยก่อนใช้รูปแบบ 23.73 (SD= 2.83) หลังใช้รูปแบบ 29.13 (SD= 0.86) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) การสื่อสารกับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนและระบายอากาศ การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้อาบน้ำ การป้องกันภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด การจัดการความปวด การพยาบาลด้านจิตใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลขณะและหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001$)

ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ

ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.8 ระดับสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 100 และ การให้ความรู้

และฝึกทักษะการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.7

พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อการใช้นวัตกรรม ในด้านความสามารถ (ความง่ายในการปฏิบัติ) ร้อยละ 95.8 ทุกกิจกรรม ยกเว้น การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อช่วยหายใจของผู้ป่วย และการปรับสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจในด้านความง่าย ร้อยละ 87.5

(2) ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ใช้การวิเคราะห์ของโคไลซี¹⁸ พบ 5 แก่นสาระ ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การนิเทศทางการพยาบาล และประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ รายละเอียดดังนี้

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังคำกล่าว "น่าจะเป็นคุณสมบัติหรืออะไรก็ได้ที่มีอิทธิพลให้การดูแลคนไข้ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นไปตามเป้าหมาย" (พยาบาลคนที่ 9 วันที่ 1 ตุลาคม 2566)

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติต่อคนไข้ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีการจัดหมวดหมู่ มีเป้าหมายและวิธีทำชัดเจน ดังคำกล่าว "คือกิจกรรมการพยาบาลที่ทำกับคนไข้ตั้งแต่เริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจ จนหย่าเครื่อง" (พยาบาลคนที่ 22 วันที่ 3 ตุลาคม 2566) "คือกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ทำกับคนไข้ใช้เครื่องช่วยหายใจ จัดกลุ่มกิจกรรมเป็นเรื่องๆ บอกเป้าหมายของกิจกรรมด้วย" (พยาบาลคนที่ 11 วันที่ 7 ตุลาคม 2566)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ความสามารถในการให้การพยาบาลคนไข้ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ตามมาตรฐาน ดังคำกล่าว "ก็คือคนที่สามารถดูแลคนไข้ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ตามเป้าหมายของเรื่องนี้" (พยาบาลคนที่ 19 วันที่ 13 ตุลาคม 2566)

การนิเทศทางการพยาบาล หมายถึง การตรวจสอบหรือกำกับให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือข้อตกลงให้บรรลุเป้าหมาย หากปฏิบัติไม่ได้ผู้นิเทศต้องเป็นผู้ช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติได้ ดังคำกล่าว "คือการติดตามดูว่าลูกน้องทำตามแนวทางใหม่" (พยาบาลคนที่ 15 วันที่ 3 ตุลาคม 2566) "คือการร่วมทำงานอย่างเนียนๆ แล้วสังเกตดูว่าเขาทำตามที่ได้ตกลงกันใหม่ ถ้าไม่ทำก็ช่วยเหลือไปก่อน แล้วชี้ให้เขาเห็นเมื่อมีเวลา" (พยาบาลคนที่ 24 วันที่ 18 ตุลาคม 2566)

ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ระยะเวลาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่อดีตจนปัจจุบันจนมีความรู้หรือทักษะพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ดังคำกล่าว "ประสบการณ์สำคัญต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพราะต้องเรียนรู้ มีความรู้มากพอ" "ความรู้และทักษะก็ดี แต่ต้องมีประสบการณ์ลองทำจริงกับคนไข้ด้วย" (พยาบาลคนที่ 2, 14 วันที่ 3 ตุลาคม 2566)

2.3 ผลลัพธ์ด้านองค์กรพยาบาล พบว่าองค์กรพยาบาลมี (1) มีรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และครอบคลุมระยะก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะหย่าและหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ (3) มีระบบ

สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจให้ต่อเนื่อง ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล และการนิเทศทางการพยาบาล

การอภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จากผลการวิจัย พบว่า **รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ** ประกอบด้วย (1) **แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ** 4 ระยะ 8 หมวด (การประเมินก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนและระบายอากาศอย่างเพียงพอ การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด การจัดการความปวด การสื่อสาร และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ) และพบ 5 แก่นสาระ ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (2) **การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ** ในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (3) **คู่มือการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ** และ (4) **แผนการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ** อธิบายได้ว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเริ่มต้นด้วยการทำให้มีหลักปฏิบัติร่วมกัน แล้วทำให้บุคคลมีขีดความสามารถหรือสมรรถนะในการใช้หลักปฏิบัตินั้น ควบคู่กับการแปลงหลักปฏิบัติให้เป็นภาษาที่ผู้ปฏิบัติคุ้นเคย ได้แก่ การใช้กระบวนการพยาบาล และการติดตามกำกับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการนิเทศทางการพยาบาล ส่งผลให้เกิดสมรรถนะ มีความสะดวก ความคุ้นเคยในการใช้แนวปฏิบัติฯ และยอมรับแนวปฏิบัติฯ

2.1 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนา
รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย ดังนี้

1) **ด้านผู้ป่วย** พบว่า (1) อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนลดลง (2) อัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง (3) อุบัติการณ์ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดลดลง (4) ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่ม (5) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6) ค่าเฉลี่ยวันนอนในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ (7) ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การมีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกจนระยะสิ้นสุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีหลักยึดที่น่าเชื่อถือ ร่วมกับมีสมรรถนะเพียงพอ และมีความสะดวกในการปฏิบัติ ทำให้การนำแนวปฏิบัติไปใช้มีความเป็นไปได้ ตลอดจนการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยการนิเทศทางการพยาบาล ทำให้อุปสรรคการปฏิบัติได้รับการแก้ไข ยิ่งส่งผลให้การปฏิบัติครบถ้วนยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ เมณฑากานูวงศ์ กลอยใจ แสนวงษ์ และ จารุณี สุธีร์¹⁹ ที่พัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลการรับและส่งต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จังหวัดยโสธร ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบฯ ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ มาตรฐานทางการพยาบาล และการนิเทศทางการพยาบาล ส่งผลให้ความรู้ของพยาบาลสูงกว่าก่อนพัฒนา (Mean= 4.71) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ร้อยละ 73.33- 93.33 ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลสูงขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

2) **ด้านผู้ให้บริการ** พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น โดยมีสมรรถนะสูงสุดในหมวดการป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยประเด็นที่มีระดับสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 100) และการให้ความรู้และฝึกทักษะการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 41.7) อธิบายได้ว่า การฝึกทักษะให้เพียงพอและพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ปฏิบัติยังมีความสามารถในการปฏิบัติสูงขึ้น การทำให้ความยุ่งยากในการปฏิบัติลดลง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ทองเกลี้ยง²⁰ ที่ศึกษาผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพยุค 4.0 ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร หอบุคลากร อายุรกรรม 4 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ทักษะการดูแลผู้ป่วย และทักษะการใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนและ

หลังการพัฒนาสมรรถนะ พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ทุกระดับ มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} \leq .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านบริการ** ควรส่งเสริมการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความต่อเนื่องของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย และติดตามผลในระยะยาว

2. **ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้** รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ พัฒนาจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือการประเมินความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย หากจะนำรูปแบบนี้ไปใช้ในหน่วยงานอื่น ควรเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ปัญหาหรือสถานการณ์ และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม

3. **ด้านการวิจัยครั้งต่อไป** ควรทำวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ วิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อทดสอบรูปแบบการพยาบาลที่สร้างขึ้น

References

1. Kunjana Pukkham. Development a Cring Model of Critical ill Surgical Patients with Difficult Weaning Using ABCDEF- R Bundle. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice.2022; 1(9): 50-70. Thai.
2. Sricharoenchai Thiti. Ventilator for beginners: When to start invasive ventilation and what to give?. In: Dusit Sataworn, KronchitPiyawetwirat, editor. Nonthaburi: Beyond Enterprise Co., Ltd.; 2016. Thai.
3. Dar M, Swamy L, Gavin D, TheodoreA. Mechanic ventilation supply and options for the COVID- 19 pandemic. Leveraging all available resource for a limited resource in a crisis. Annals of the American Thoracic Society. 2021; 18(3):408-416.
4. Kaweesak Chittawatanarat, Thananchai Bunburaphong, Ratapum Champunot. Mechanical Ventilators Availability Survey in Thai ICUs (ICU- RESOURCE I Study) . J Med ASSOC Thai. 2014;1(97): S1- S7. Thai.

5. Lim KP, Kuo SW, Ko WJ, Sheng WH, Chang YY, Hong MC, et al. Efficacy of ventilator associated pneumonia care bundle for prevention of ventilator- associated pneumonia in the surgical intensive care units of a medical center. *Journal of Microbiology Immunology and Infection*. 2015;48(3):132-136.
6. Chu YF, Jiang Y, Meng M, Jiang JJ, Zhang JC, Ren HS, et al, Incidence and risk factors of gastrointestinal bleeding in mechanically ventilated patients. *World J Emerg Med*.2010;1(1):32-36.
7. Tonnelier A, Tonnelier JM, Nowak E, Gut GC, Prat G, Renault A, et al. Clinical relevance of classification according to weaning difficulty. *Respir Care*. 2011;56(5):583-90.
8. Kunjana Pukkharn, Kusuma Khuwatsamrit, Tarntip Wisettharn. Evaluating the feasibility and Clinical Outcome for Assessment Prevention and Management of Acute Delirium in a Surgical Intensive Care Unit. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2019;6(1):68-86. Thai.
9. Chantira Chiarania, Artinuch Benjarak, Kanoknat Kingsanthia, Surangkha Prommart. Nursing Care of Critical Patients with Mechanical Ventilation: Self-care Theory and the Application of Nursing Systems Theory. *Journal of Health and Nursing Education*. 2022;28(1):1-12. Thai
10. Loei Hospital information. 2565;[Online database]
11. Chanphen Niamwan. Principles of medical equipment maintenance. In: Yongyut Kajonpreedanon, editor. *Equipment Medicine in the intensive care unit*. 8th printing. Bangkok: STC Media and Marketing Co., Ltd.; 2014. Thai
12. Rosswurm MA, Larrabee JH. A Model for change to Evidence- Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 1999;13(4): 317- 322.
13. Creswell J W, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. (2nd ed.) SAGE publishing. 2011.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007; 39(2):175-191. Available from: <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
15. Joanna Briggs Institute. The JBI Levels of evidence. [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 4]; [5 screens]. Available from: URL: <https://ospguides.ovid.com/OSPGuides/jbidb.htm> of practice. *Nurs Clin North Am*.2000;39(4):301-9.
16. NANDA. International and T. Heather Herdman. *NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2021-14*. Wiley-Blackwell,2012.
17. Proctor B. *Training for the supervision alliance attitude, skill and intention in Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge; 2001.
18. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Vale & M.King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press,1978; 48-71.

19. Yaowalux Mentaganuwong, Kloychai Sanwong. Develop of Nursing Management Model for Receiving and Referral of Myocardial ischemia. Patients at Yasothon. Journal of Nursing Division. 2022;49(3):1-15. Thai
20. Laddawan Thongkleang Effect of development the professional nurse 4.0 era's competency in caring patients use volume ventilator in Medical intensive Care Unit, Suratthani Hospital. Journal of Health Research. 2021;4(2):54-64. Thai

ผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปริยพัศ พรประเสริฐ** พบ. (เวชศาสตร์ครอบครัวและการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย)

สุนิสา จุลรอด*** ภ.บ. (การบริบาลทางเภสัชกรรม)

(รับ: 14 กุมภาพันธ์ 2567, แก้ไข: 3 มีนาคม 2567, ตอรับ: 31 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group Pretest-posttest design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวด คุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลชลบุรี โดยใช้แนวคิด เรื่อง ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และความพึงพอใจของ VROOM กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่คลินิกมะเร็งบำบัด และคลินิกกัญชาทางการแพทย์ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 15 ราย เครื่องมือ คือ แบบประเมินความปวดเรื้อรัง (Score for Chronic Pain Thai's version: SPAASMS) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D-5L) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการจัดการความปวดหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา ทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าอัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.63, 0.77 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความปวดเรื้อรังและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ป่วยมีระดับความปวดเรื้อรังลดลง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean 4.81, SD 0.27)

คำสำคัญ: ปวดจากมะเร็ง, ปวดจากมะเร็งในระยะท้าย, น้ำมันกัญชาทางการแพทย์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

E-mail: nipatsornb@gmail.com

** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี

*** เภสัชกร กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

The effect of medical cannabis oil for pain in cancer and palliative patients

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

Preeyapas Pornprasert** M.D. (BCCPM).

Sunisa Junrod*** PharmD

(Received: February 14, 2024, Revised: March 3, 2024, Accepted: March 31, 2024)

Abstract

This quasi-experiment-one-group pretest-posttest design aimed to study and compare pain levels, quality of life before and after using medical cannabis oil for treatment, and the satisfaction of cancer patients and palliative cancer patients at Chonburi hospital. The concepts consisted of pain in cancer patients and palliative cancer patients, quality of life of the World Health Organization (WHO), and VROOM satisfaction. The sample was cancer patients and patients with palliative cancer in pain clinics and cannabis clinics. A purposive sample of 15 patients was selected consisting of cancer patients and palliative cancer patients at the pain clinic and cannabis clinic. The research instruments consisted of SPAASMS (Score for Chronic Pain Thai's version), health-related quality of life measure (EQ-5D-5L, and satisfaction questionnaire. Cronbach's alpha coefficient was 0.63, 0.77 and 0.89 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Repeated Measure ANOVA.

The results revealed that the chronic pain level and quality of life of the cancer patients and palliative cancer patients before and after using medical cannabis oil for treatment were significantly difference ($p < .05$). Chronic pain of the patients had decreased. Quality of life of the patients had increased on weeks 2, 4, and 8. The patients were satisfied at the highest level (Mean 4.81, SD 0.27).

Key words: cancer pain, palliative cancer pain, medical cannabis oil

* Registered nurse, Research and development of nursing department Chonburi hospital
E-mail: nipatsornb@gmail.com

** Doctor of Medicine (M.D.), Diploma of the Thai Board of Family Medicine, Basic certificate courses in palliative medicine (BCCPM). Chonburi hospital.

*** Doctor of Pharmacy (PharmD) Chonburi hospital.

บทนำ

พ.ศ.2562 สถิติสาธารณสุข พบว่า มะเร็งเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับแรกของประเทศไทย คือ 125 ต่อ 100,000 ประชากร โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 6 รับผิดชอบผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระบบที่มีความซับซ้อน ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ปีงบประมาณ 2563-2565 สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี มีผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับบริการ 603, 2,895 และ 5,123 ครั้งต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความปวดจากก้อนมะเร็งทั้งระยะการลุกลาม (metastasis of carcinoma) ไม่ ลุ ก ล าม (non-metastasis of carcinoma) ในทุกขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย การทำหัตถการ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งความปวด (pain) เป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา การรับรู้ความปวดของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต อารมณ์ และจิตใจ ความปวดและอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินโรค พบได้ทุกระยะของโรคถึงร้อยละ 50.7 และเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายที่มีการลุกลามของโรคพบความปวด (Pain in palliative) เกิดขึ้น ร้อยละ 66.4^(1,2) หากไม่ได้รับการดูแลจัดการที่เหมาะสม ความปวดจะรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันลดลง ความต้องการปริมาณการใช้ยาเพิ่มขึ้น การพักผ่อนนอนหลับลดลง ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น อาจเกิดอาการรบกวน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การเข้าสังคมลดลง และต้องการความใส่ใจจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น ในระยะยาวทำให้มีอารมณ์แปรปรวน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง⁽²⁻⁸⁾ ปี 2563-2565 ที่คลินิกมะเร็งปวด โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการ 67, 265 และ 365 ครั้งต่อปี และมีผู้ป่วยกลุ่มที่มีความปวดและอาการรบกวนรุนแรงจำเป็นต้องควบคุม

อาการปวดและหรืออาการรบกวนด้วยเครื่องให้ยาทางใต้ผิวหนังแบบต่อเนื่อง (Syringe driver/ surfusor) 14, 42 และ 43 ครั้งต่อปี ซึ่งการจัดการความปวดที่มีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลมากที่สุด คือ การจัดการความปวดและอาการรบกวนที่ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ

องค์การอนามัยโลกนิยาม “สุขภาพ” ว่าไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึง การมีคุณสมบัติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของ “คุณภาพชีวิต (quality of life)” ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะของชีวิตตนเอง ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่คนนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความหวัง มาตรฐานและความหวังใจของพวกเขา จากนิยามข้างต้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นผลจากหลายปัจจัย เช่น สุขภาพ ครอบครัวย การศึกษา ฐานะการเงิน สิ่งแวดล้อม ฯลฯ โดยภาวะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตทั้งหมด ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life, HRQoL) จึงมีลักษณะเป็นนามธรรม การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมีความสำคัญในการบอกถึงภาวะสุขภาพ หรือผลกระทบของโรคจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง นอกเหนือจากผลการรักษา หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพในมุมมองของแพทย์ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) และสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงมองแต่โรค สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเสมอ คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ละคนตัดสินโดยใช้การรับรู้ต่อสถานการณ์หนึ่ง

เปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่เคยได้รับ คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจึงมีองค์ประกอบและลำดับความสำคัญขององค์ประกอบเหล่านั้นแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่⁹⁻¹⁰

ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม (Vroom, 1964) กล่าวว่า ความเชื่อถือของบุคคล นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย และเลือกพฤติกรรมที่คาดว่าจะประสบความสำเร็จสูงสุด สิ่งสำคัญ คือ ความเข้าใจในเป้าหมายและความความต้องการเฉพาะบุคคล การตั้งใจที่เหมาะสม และตรงกับวัตถุประสงค์ทำให้เกิดพฤติกรรมที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ สิ่งที่เกิดจากแรงจูงใจซึ่งเป็นพฤติกรรมภายใน ผลักดันให้เกิดความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ยินดี ไม่ยินดี เมื่อได้รับการตอบสนองของความ ต้องการ และความคาดหวัง ที่เกิดจากการประเมินค่า อันเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์จากการทำกิจกรรม เพื่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายของแต่ละบุคคล ซึ่งความพึงพอใจมีความสำคัญต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพราะทำให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่ดี มีความเชื่อมั่นให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีบรรยากาศที่ดีระหว่างพยาบาลหรือผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เกิดภาพลักษณ์ที่ดี ผลักดันให้หน่วยงานเจริญก้าวหน้า ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ¹¹

กัญชาถูกนำมาใช้เพื่อจัดการความปวด โดยเฉพาะความปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ กลไกของกัญชาที่ใช้เพื่อจัดการความปวด พบว่า กัญชาทำให้ระดับของสารเซโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น กระตุ้นระบบยับยั้งความรู้สึกปวดที่ส่งสัญญาณกลับมาจากสมองในกลไกที่เรียกว่า ปรับสัญญาณ (Modulation) เกิดผลดีในการบรรเทาความปวด Neuropathic pain

ทำให้มีการใช้กัญชามากขึ้น กัญชาได้รับการแนะนำให้ใช้เพื่อลดอันตราย และลดการติดยากลุ่ม Opioid สารสกัดจากกัญชาหรือสารสังเคราะห์ที่มีโครงสร้างผสมของ THC และ CBD ที่มีสัดส่วน THC:CBD เท่ากับ 1.08:1 เพื่อบรรเทาอาการปวดจากมะเร็งชนิดปวดระบบประสาท (Neuropathic pain) การใช้ร่วมกันของ THC และ CBD อาจให้ประโยชน์ที่ดีสำหรับการจัดการความปวด ส่วนประกอบของ THC ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้รู้สึกเคลิบเคลิ้ม ผ่อนคลายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ของจิตประสาท เนื่องจากทำให้ Neuron เปลี่ยนแปลงเพิ่มระดับของ dopamine ในสมองส่วน Nucleus accumbens และ Prefrontal cortex การใช้ THC จึงสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรับประทานอาหารมากขึ้น (Hyperphagic behaviors) แต่หากใช้ในระยะเวลาสั้น อาจเกิดการคลื่นและอาการไม่พึงประสงค์ รู้สึกหงุดหงิดง่ายเวลาไม่ได้ใช้ ซึ่งมีความแตกต่างและตรงกันข้ามกับ CBD ที่ไม่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและ CBD อาจเป็นตัวยับยั้ง THC ช่วยลดผลข้างเคียงทางจิตประสาทจาก THC ส่วนขนาด (Dose) ที่ใช้ CBD เพื่อใช้ทางการแพทย์ยังไม่มีกำหนด ที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้น การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เช่น THC, CBD ในอัตราส่วนที่เหมาะสมผู้ป่วยปลอดภัย ในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีประโยชน์ในการรักษาอาการปวด ความวิตกกังวลความเครียด ช่วยให้เจริญอาหาร นอนหลับง่ายและนานขึ้น อีกทั้งการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายยังช่วยให้ผู้ป่วยสั่งเสียครอบครัวได้และไม่ทรมาน¹²⁻¹³

คลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า มีผู้ป่วยปวดจากมะเร็งเข้ารับบริการใน ปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 16, 52 และ 50 ครั้งต่อปี ตามลำดับ จากนโยบายแผนระบบบริการ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การ

วารสารกองการพยาบาล

ให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี ใช้นโยบายและเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้บริการน้ำมันกัญชาช่วยรักษาเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2562 และเพื่อสะท้อนคุณภาพของการบริการภายในองค์กร การจัดการความปวด อาการรบกวนที่มีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลตรงกับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการความปวด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการปวดรุนแรง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อ

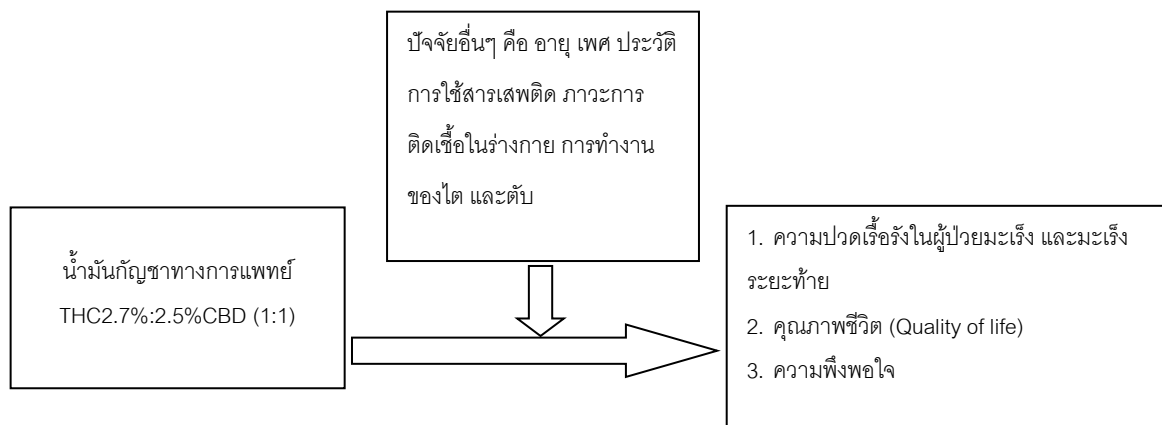
1. เปรียบเทียบระดับความปวดเรื้อรังก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

1. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ ความพึงพอใจของ VROOM¹¹ เป็นกรอบแนวคิด ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวด (Cancer pain) และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่มีความปวด (Cancer pain in palliative) อายุ 20 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี

สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ยินดีให้ข้อมูล เข้ารับการรักษานในคลินิกกระบังปวด (Pain clinic) หรือคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis clinic) โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2566 - มกราคม 2567 จำนวน 15 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัด
เข้า 1) ผู้ป่วยมารับการตรวจพร้อมญาติผู้ดูแลในครั้ง
แรก ครั้งต่อไปหากญาติมารับยาแทนผู้ป่วยสามารถ
ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ด้วยการ VDO call ที่ห้องตรวจ
ได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความปวดจากโรคมะเร็ง
(Cancer pain) และความปวดจากมะเร็งระยะท้าย
(Cancer pain in palliative) 3) PPS score มากกว่า
30 % 4) ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids
และไม่สามารถควบคุมความปวดได้ คะแนนปวด
(Pain score : PS) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนขึ้นไป
หรือคะแนน SPAASMS มากกว่าหรือเท่ากับ 15
คะแนน ขึ้นไป 5) มีความปวดระหว่างมียาแก้ปวด
(Breakthrough pain) และรับประทานยาแก้ปวดเพิ่ม
(Rescue pain) มากกว่า 3 ครั้ง/วัน เกณฑ์การ
คัดออก 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งและมีโรคร่วม คือ โรคหัวใจ
และหลอดเลือด โรคจิตเวช และผู้ป่วยที่ใช้ยาละลาย
ลิ่ม “วาร์ฟาริน (warfarin) 2) ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรวจ
ตามนัดหลังได้รับกัญชาทางการแพทย์เพื่อร่วมรักษา
3) ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการใช้น้ำมันกัญชาร่วม
รักษา เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัยหรืออาสาสมัครหรือ
ยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง จาก
โรค หรือแพทย์เจ้าของไข้ พิจารณาให้หยุดการรักษา
ด้วยน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการ
ข้างเคียง คือ ง่วงซึม ปวดท้อง ท้องเสีย กระสับกระส่าย
นอนไม่หลับ หูแว่ว ตบหรือไต่สายเย็บพลงน หายใจ
ช้าถึงหยุดหายใจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัย
ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
โรงพยาบาลชลบุรี ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
เลขที่ 16-66-N-h1 เมื่อ 10 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัย
ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการยกเลิกการ
ตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการ
ปฏิบัติงานหรือการรักษา ข้อมูลที่ได้รับใช้เพียงรหัสใน

การอ้างถึงกลุ่มตัวอย่าง และถูกเก็บเป็นความลับโดย
นำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น และนำเสนอใน
ภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้วจึงให้ลงนามใน
เอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ
ดำเนินการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
รวมถึงข้อมูลโครงการ วิจัยอย่างครบถ้วนจน
อาสาสมัคร เข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระ
ในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับ
ภาษาไทย (Score for Chronic Pain Thai's version:
SPAASMS) ของนิภัทสรณ์⁴ มี 7 ข้อ คำตอบเป็นการ
ประมาณค่า ระดับความปวด มีค่าคะแนน 0-10 ส่วน
คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการ
เคลื่อนไหว การใช้ยาแก้ปวดระหว่างมือ ความต้องการ
การดูแลจากแพทย์หรือพยาบาลเพื่อจัดการความปวด
คุณภาพการนอน ความวิตกกังวล และความรุนแรง
จากอาการข้างเคียงหลังใช้ยาแก้ปวด opioids มีคะแนน
0-3 ซึ่งใช้กับผู้ป่วยกลุ่มปวดเรื้อรัง ปวดจากมะเร็ง และ
ปวดในระยะท้าย มีค่า (CVI) เท่ากับ 1 และมีค่าความ
เที่ยงในการวัดซ้ำอยู่ในระดับดีมาก ($r = 0.943$) และ
ความตรงภายในอยู่ในระดับดีพอใช้ ($r = 0.718$) อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .0001$ เมื่อนำค่าความ
เชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะ
ท้ายใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์เพื่อช่วยลดความ
ปวด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ
0.634

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ฉบับภาษาไทย (EQ-5D-5L) ของจันทนา¹⁴
ประกอบด้วย 2 ส่วน มิติทางสุขภาพ 5 ด้าน แต่ละ
ด้านใส่ตัวเลข 1-5 ที่ตรงกับสุขภาพของตนเองในวัน
ที่ประเมินมากที่สุด ตัวเลขเรียงตามมิติทางสุขภาพ โดย
เลข 1 หมายถึง ไม่มีปัญหา และ เลข 5 หมายถึง ไม่

วารสารกองการพยาบาล

สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ หรือมีปัญหามากที่สุด การแปลค่า เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ค่าที่ติดลบ หมายถึงสภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) เมื่อนำมาทดลองใช้ 10 ราย ค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.766

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ของนิภัตสรณ์⁴ ข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ แบบเลือกตอบ และเติมข้อความสั้นๆ และประเมินความพึงพอใจ 7 ข้อ เป็นการประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 นำมาใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยปวดจากมะเร็ง หรือมะเร็งระยะท้าย ต่อการจัดการความปวดหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา เมื่อนำมาทดลองใช้ 10 ราย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.889

การรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลชลบุรี

2. ศึกษาประวัติโรคประจำตัว การรักษาที่ผ่านมา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Cr, eGFR, AST, ALT จากบันทึกการรักษาในระบบ e-phs ของโรงพยาบาลชลบุรี

3. เมื่อผู้ป่วยผ่านเกณฑ์คัดเข้า และแพทย์พิจารณาให้การรักษา จึงให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามจนเข้าใจดี และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมวิจัย

4. ประเมิน SPAASMS score for chronic pain's thai version และ EQ5D5L

5. นัดติดตามอาการที่คลินิกเจ็บปวดหรือคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

6. นัดหมายเพื่อโทรศัพท์ติดตามอาการ ในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 3

7. แจ้งช่องทางติดต่อพยาบาลผู้วิจัย หากเกิดการผิดปกติ

8. ส รุป SPAASMS score for chronic pain's thai version, EQ5D5L และประเมินความพึงพอใจการจัดการความปวดหลังได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ครบ 2 เดือน (8 สัปดาห์)

วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม ประมวลผล โดยใช้คอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) เปรียบเทียบระดับความปวด คุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้ายเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 ช่วงอายุ 40-60 ปี ร้อยละ 60.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 86.7 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 73.3 มีภาวะติดเชื้ ร้อยละ 93.3 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งเต้านม (CA Breast) และปากมดลูก (CA Cervix) ร้อยละ 26.7 และ 26.7 ตามลำดับ ทุกคนทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคที่เป็น น้อยกว่า

วารสารกองการพยาบาล

5 ครั้ง ร้อยละ 40 และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การจัดการความปวดและเข้าใจดี ร้อยละ 93.3 และ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (PPS score) เพิ่มขึ้นหลังใช้น้ำมันกัญชาาร่วมรักษา (ก่อนใช้ $\bar{X}=46.0$, S.D =15.49 หลังใช้สัปดาห์ที่ 2 $\bar{X}=48.67$, S.D =17.67 หลังใช้สัปดาห์ที่ 4 $\bar{X}=49.33$, S.D =22.51 หลังใช้สัปดาห์ที่ 8 $\bar{X}=50.67$, S.D =24.63)

2. ผลของการใช้น้ำมันกัญชาทาง

การแพทย์ร่วมรักษา

2.1 เปรียบเทียบระดับความปวดเรื้อรัง ในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้ายกับการใช้น้ำมัน กัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา ผลการศึกษา พบว่า ระดับความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้น้ำมัน กัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับความปวดเรื้อรัง ลดลงในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา (n=15)

ระดับคะแนนความปวดเรื้อรัง (SPAASMS Score)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์	21.20	2.83
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 2	16.27	3.79
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 4	12.47	4.73
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 8	11.47	5.01

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวน

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	876.85	3	292.28	37.78*
ภายในกลุ่ม	324.90	42	7.74	

*p value $\leq$ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดเรื้อรังมีความแตกต่าง

กันทุกคู่ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

	ก่อนใช้น้ำมันกัญชา	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
ก่อนใช้น้ำมันกัญชา	-			
สัปดาห์ที่ 2	4.93*	-		
สัปดาห์ที่ 4	8.73*	3.80*	-	
สัปดาห์ที่ 8	9.73*	4.80*	1.00*	-

*p value $\leq$ 0.05

วารสารกองการพยาบาล

2.2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง และมะเร็งระยะท้าย กับใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ร่วมรักษา ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วม

รักษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา (n=15)

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์	.02	.256
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 2	.31	.323
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 4	.54	.280
หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 8	.57	.282

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวน

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2.926	3	.675	71.305*
ภายในกลุ่ม	.575	42	.014	

*p value $\leq$ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันทุกคู่

ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่

	ก่อนใช้น้ำมันกัญชา	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8
ก่อนใช้น้ำมันกัญชา	-			
สัปดาห์ที่ 2	.296*	-		
สัปดาห์ที่ 4	.518*	.223*	-	
สัปดาห์ที่ 8	.554*	.258*	.036*	-

*p value $\leq$ 0.05

2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมะเร็งและระยะท้ายต่อการจัดการความปวดหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา (n=15)

หัวข้อ	ก่อนการใช้น้ำมันกัญชา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1.ความสามารถของพยาบาลในการจัดการความปวดให้ท่าน	4.73	.458	มากที่สุด

หัวข้อ	ก่อนการใช้น้ำมันกัญชา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
2.ความรวดเร็วของพยาบาลที่มาให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านปวด	4.60	.632	มากที่สุด
3.ความดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลและให้กำลังใจ	5.00	.000	มากที่สุด
4.การบอกกล่าวของพยาบาลต่อท่านก่อนให้การพยาบาล	4.93	.258	มากที่สุด
5.ท่านมีโอกาสดูแลแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับการพยาบาล	4.87	.352	มากที่สุด
6.การให้ข้อมูลเรื่องความปวดและการรักษาความปวดของพยาบาล	4.93	.258	มากที่สุด
7.ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในการรักษาครั้งนี้ในภาพรวม	4.67	.488	มากที่สุด
โดยรวม	4.819	.267	มากที่สุด

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) แบบวัดผลก่อน-หลัง (One group Pretest-posttest design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดเรื้อรัง คุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้ายกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มารับบริการที่คลินิกมะเร็งปวด และคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี โดยการเลือกแบบเจาะจง 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความปวดเรื้อรังฉบับภาษาไทย (Score for Chronic Pain Thai's version: SPAASMS) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฉบับภาษาไทย EQ-5D-5L และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบ

ประเมินความพึงพอใจซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.63, 0.77 และ 0.89 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2566- 28 มกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) ผลการวิจัย มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย มีระดับความปวดเรื้อรังและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p \text{ value} \leq 0.05$) โดยมีระดับความปวดเรื้อรังลดลงและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.82$, S.D =.27)

อภิปรายผล

1. ระดับความปวดก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความปวดเรื้อรังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีระดับความปวดเรื้อรังลดลง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา และคณะ¹² เรื่องกัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด พบว่า กัญชาทำให้ระดับของสารเซโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น สารนี้มีฤทธิ์กระตุ้นระบบยับยั้งความรู้สึกปวดที่ส่งสัญญาณกลับมาจากสมองในกลไกที่เรียกว่าปรับสัญญาณ (Modulation) ซึ่งเกิดผลดีในการบรรเทาความปวด Neuropathic pain และจากการศึกษาของอุษณี และคณะ¹⁴ พบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประโยชน์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่ผู้ป่วยที่เริ่มใช้กัญชาเพื่อการรักษาเป็นครั้งแรก อาจพบภาวะพิษเฉียบพลันตั้งแต่อาการเล็กน้อยถึงรุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องกล้ามเนื้ออ่อนแรง มือสั่น เจ็บคอ ง่วงซึม วิดกกังวล ใจสั่น เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีอาการหายใจลำบาก และไตวายเฉียบพลัน ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยที่ พบว่าหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ความปวดเรื้อรังลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ซึ่งจากการศึกษาของ จันทนา และการศึกษาของปิยะวัฒน์ เรื่องการ

ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสำคัญในการบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพ หรือผลกระทบของโรคจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง นอกเหนือจากผลการรักษาซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพในมุมมองของแพทย์^{9-10,15} คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นการตัดสินใจโดยใช้การรับรู้ต่อสถานการณ์หนึ่งๆ เปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่เคยได้รับ คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจึงมีองค์ประกอบและลำดับความสำคัญขององค์ประกอบเหล่านั้นแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่ ดังนั้นเมื่อใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาและสามารถลดความปวด บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนรับประทานอาหารได้ นอนหลับ ความวิตกกังวลลดลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เพิ่มขึ้น จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อการจัดการความปวด หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความปวดลดลง อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น ผู้ป่วยสบายใจขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวมากขึ้นจึงทำให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของวูม (Vroom, 1964)¹¹ กล่าวว่าความเข้าใจในเป้าหมายตามความต้องการเฉพาะบุคคล การสนใจที่เหมาะสม และตรงกับวัตถุประสงค์

จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย เมื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ จึงเกิดความรู้สึกที่มีความสุข เป็นความพึงพอใจ¹⁶⁻¹⁷ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความสุขสบายดีจึงเท่ากับบรรลุเป้าหมายตามความคาดหวัง ความพึงพอใจจึงอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า การใช้นํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาให้ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดเรื้อรังมากกว่า 15 คะแนน และมีคะแนน PPS score >50% ในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้ายทำให้ความปวดลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การนำผลงานวิจัยไปใช้

1.1 เสนอคณะกรรมการจัดการความปวด และคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์

โรงพยาบาลชลบุรี พิจารณาใช้นํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพิ่มขึ้น

1.2 วางแผนส่งเสริมในพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ เรื่อง การสังเกต การเฝ้าระวังอาการข้างเคียง และการให้คำแนะนำช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อจะได้ดูแลให้ข้อมูล และสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติในการใช้นํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา

1.3 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างปลอดภัยควรจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับนํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา

2. ควรมีการศึกษาลงการใช้นํ้ามันกัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษา เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้เพียง Opioids ลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งระยะท้าย

Reference

1. Ministry of public health. Public Health Statistics A.D.2019. [serial online] 2020. [cited 2023 Feb 29]; Available from: URL: <https://www.dohdatacenter.anamai.moph.go.th/coverpage/fb2723a02584215397a686fd4f49b39a.pdf>. Thai
2. National cancer institute and Thai Association for the Study of Pain. Clinical Guidance for Cancer Pain Management. 1st ed. Bangkok: Tana press co., Ltd; 2022. Thai
3. Suteera Chanchompoo. Development of pain assessment tool in older adult with cancer, Nong Bua Lamphu province primary care unit. J Health Science [serial online] 2019 May [cited 2022 Dec 29]; 28(Special Issue):152-60 Available from: URL:<https://digitaljournals.moph.go.th>. Thai
4. Nipatsorn Boonyasanti and Chanjira kitkaew. The Development for The Chronic Pain Assessment and The Clinical Practice Guideline for Chronic Pain at Medicine Internal Department Chonburi Hospital. Journal of Nursing Division [serial online] 2021 [cited 2021 Dec 22]; 48(3) : 114-30. Available from: URL:<http://www.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/259934>. Thai.
5. Farzana M, Shahead C. Mike S. Petra B. Measuring clinical outcomes of chronic pain patients.

- Practical Pain Management [serial online] 2011 March [cited 2019 Dec 29]; 11(1): Available from: URL: [http:// www. practicalpainmanagement.com/ resources/ diagnostic-tests/measuring-clinical outcomes-chronic-pain-patients](http://www.practicalpainmanagement.com/resources/diagnostic-tests/measuring-clinical-outcomes-chronic-pain-patients)
6. Bonica JJ. Management in post operative pain. Philadelphia: Lippincott1990: 461-67.
 7. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales. Nursing Care Plan for Pain Management – NurseBuff [serial online] 2019 Aug. [cited 2023 Dec 30]; Available from: URL: <https://www.nursebuff.com/nursing-care-plan-for-pain/>
 8. Chapman CR. The psychophysiology of pain, In: Loeser DJ, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
 9. Juntana Pattanaphesaj. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L). [serial online] 2017 [cited 2022 Dec 8] ; Available from: URL: <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=416>. Thai
 10. Piyawat Trevittaya. Concepts of quality of life. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci [serial online] 2016 [cited 2022 Dec 8] ;49(2) May 2016 : 171-184. Available from: URL:[https://r.search.yahoo.com/ylt=AwrO_rpdSRIjCcyCawM34lQ;ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1705320670/R O=10/RU=https%3a%2f%2fdoi.nrct.go.th%2fListDoi%2fDownload%2f343854%2fbb8ffa0ca1eb8b654e3d616a7cc30be4%3fResolve_DOI%3d10.14456%2fjams.2016.27/RK=2/RS=ukCxbM7vZrFR0JfW9N1bBvuAXPY-](https://r.search.yahoo.com/ylt=AwrO_rpdSRIjCcyCawM34lQ;ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1705320670/R O=10/RU=https%3a%2f%2fdoi.nrct.go.th%2fListDoi%2fDownload%2f343854%2fbb8ffa0ca1eb8b654e3d616a7cc30be4%3fResolve_DOI%3d10.14456%2fjams.2016.27/RK=2/RS=ukCxbM7vZrFR0JfW9N1bBvuAXPY-.). Thai.
 11. Wararat Suwantrai. Vroom 's Expectancy Theory. [serial online] 2011 Jan 26 [cited 2023 Dec 8] ; Available from: URL:http://wararut2509.blogspot.com/2011/01/vroom-s-expectancy-theory_26.html. Thai
 12. Nusara Prasertsri, Wilailak Teeyapan, Apiradee Charoennukul and Chaliya Wamalun. Medical Cannabis for Pain Management: Nursing Roles: Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. [serial online] 2021 [cited 2022 Dec 8]; 5(1): 1-10. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/248898/168694>. Thai
 13. Abuhasiraa, R., Schleidera, L.B.L., Mechoulamc, R., Novack, V. Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly. *EJINME*, 2018; 49, 44– 50. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29398248>.
 14. Usanee Intasuwan, Ratree Thoungyu, Phetpailin Phibunnithikasem, Thitinun Ounlam and Sunisa Chuaktong. Nurse's Role in the Medical Utilization of Cannabis Extracts. *APHEIT Journal of Nursing and Health*. [serial online] 2022 [cited 2022 Dec 8]; 4(3) December 2022: 1-12. Available from: URL: <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/download/2805/2253/>. Thai.
 15. Juntana Pattanaphesaj. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: [serial online]

2014 [cited 2022 Dec 8]; Available from: URL: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/11/Thai5L_brief_Aug2017.pdf. Thai

16. Wolman, T. E. Education and Organizational Leadership in Elementary Schools. New Jersey: Prentice-Hall; 1973.
17. Good, C. V. Dictionary of Education. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book; 1973.

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมาก ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กัลยา เป๊ะหมื่นไวย*	ป.พ.ส.
จุฑารัตน์ กาพสินธุ์**	พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)
ลัดดาพร ปานสูงเนิน**	พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)
พรรณทิพา ขำโพธิ์***	พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)
ชนิตา เป๊ะสกุล***	พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพเด็ก)

(รับ: 26 มีนาคม 2567, แก้ไข: 9 เมษายน 2567, ตอบรับ: 17 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมาก ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 11 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (2) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.90 และ (3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้น โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านสามารถนำมาใช้กับมารดาของทารกที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยมาก ทำให้มารดาสามารถดูแลทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ: การบำบัดทางการพยาบาล พฤติกรรมการดูแล ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยมาก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Corresponding author email: kull.aya@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

The effects of the nursing therapeutics program during maternal transition period towards knowledge and caring behaviors for preterm infants with very low birth weight, who admitted at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Kallaya Pemuenwai*	Dip in Nursing Science
Jutarat Kalasin**	M.N.S. (Pediatric Nursing)
Laddaporn Phansongnoen**	M.N.S. (Pediatric Nursing)
Punthipa Khumkho***	M.N.S. (Pediatric Nursing)
Chanita Peasakul***	M.N.S. (Pediatric Nursing)

(Received: March 26, 2024, Revised: April 9, 2024, Accepted: April 17, 2024)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of the nursing therapeutics program during maternal transition period towards knowledge and caring behaviors for preterm infants with very low birth weight, who admitted at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. A sample of 22 mothers was purposively selected according to specified criteria. The sample was divided into 2 groups and each group consisted of 11 mothers. The control group received standard care; while the experimental group obtained the nursing therapeutics program during maternal transition period. The research instruments consisted of (1) the mother's personal information form, (2) knowledge assessment form on caring for premature and very low birth weight infants, yielding CVI of 0.90 and KR-20 of 0.90, (3) caring behavioral assessment form for premature and very low birth weight infants, yielding CVI of 0.95 and Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using percentages, mean, standard deviation, and the Mann-Whitney U test.

The results revealed that the experimental group had significantly higher average score on knowledge and caring behaviors than the control group ($p < .001$). Therefore, the nursing therapeutics program during maternal transition period can be used for mothers of premature and very low birth weight infants. This intervention enables mothers to take care of their babies properly and appropriately.

Keywords: nursing therapeutics, caring behaviors, preterm infant, very low birth weight

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

Corresponding author email: kull.aya@hotmail.com

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

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

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนด (Premature infant) คือ ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์¹ ปัจจุบันพบว่า มีทารกที่เกิดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคนต่อปี² ประเทศไทยปี พ.ศ.2563 พบว่า มีทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14.10² โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด พบสถิติในปี พ.ศ. 2563-พ.ศ.2564 มีทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 27.46 และ ร้อยละ 28.91 ตามลำดับ³ สะท้อนให้เห็นถึงอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเกิดก่อนกำหนดทำให้ทารกเกิดการเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้น และระยะยาว อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิต⁵ ดังนั้นทารกจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด ภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดนั้น ทำให้ทารกต้องแยกจากมารดาทันที ส่งผลให้มารดา มีความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิด ซึมเศร้า หรือมีภาวะเครียด⁶ อีกทั้งยังส่งผลให้มารดาไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ตามต้องการ มารดาขาดสัมพันธภาพกับทารก⁷ ทารกบางรายที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก อาจทำให้มารดามีอาการด้านลบรุนแรงมากขึ้น⁸ อาการด้านลบที่รุนแรงร่วมกับการขาดความรู้และขาดทักษะในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก อาจทำให้มารดาเกิดความลังเลใจไม่กล้าตัดสินใจในการให้การดูแลทารก⁹ นอกจากนี้ การที่มารดาต้องแยกกับทารก ยังทำให้มารดาขาดโอกาสในการเรียนรู้พฤติกรรมและความต้องการพื้นฐานของทารก¹⁰ เช่น การดูแลอุณหภูมิของทารก การดูแลระบบทางเดิน

หายใจ การให้สารอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมพัฒนาการ หรือการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ¹¹ ซึ่งอาจส่งผลให้มารดาไม่สามารถดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมากได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านช่วง 2-3 สัปดาห์แรก หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การเปลี่ยนผ่าน (transition) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง โดยบุคคลทำการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ¹² การช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทใหม่หรือสภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์นั้น จำเป็นต้องได้รับการบำบัดที่เหมาะสม เช่นเดียวกับ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ย่อมต้องได้รับการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้สามารถก้าวผ่านและแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์ มารดาจึงควรได้รับการประเมินความพร้อมในด้านต่างๆ ร่วมกับได้รับการเตรียมความพร้อมจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการติดตาม สนับสนุนช่วยเหลือ และคำแนะนำเพิ่มเติม จากบทบาทเสริมของบุคลากรทางการแพทย์เมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

จากปรากฏการณ์ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา พบว่า มารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรที่เกิดก่อนกำหนดมาก่อน¹³ ซึ่งอาจทำให้มารดาขาดทักษะในการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนด มีความวิตกกังวลขาดความมั่นใจในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง และพบว่า สถิติของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา มีทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมากกลับเข้ารับรักษาภายใน 28 วัน ปี 2563 พบร้อยละ 1.35 และปี 2564 พบร้อยละ 1.87 ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น โดยทารกที่กลับมารักษาซ้ำเป็น

ทารกที่มีอาการรุนแรง เช่น การสั่นกระตุกจนเสียชีวิต การหยุดหายใจ การติดเชื้อในลำไส้ชนิดรุนแรง เป็นต้น อาการเหล่านี้หากมารดาสามารถประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตได้

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของมารดาในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ในระยะเปลี่ยนผ่านนั้นยังไม่เป็นแบบแผนที่ชัดเจน โดยทารกที่เกิดก่อนกำหนด และมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ถือได้ว่ามีความเปราะบางเป็นอย่างยิ่ง มารดาจำเป็นต้องมีความรู้ และมีพฤติกรรมในการดูแลทารกที่ต้อง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดาต่อความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยมาก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน¹² เป็นกรอบแนวคิดสำคัญ เพื่อให้มารดามีความรู้ และมีพฤติกรรมในการดูแลทารกเมื่อออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง สามารถทำกิจกรรมการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ทารกมีการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์ตามช่วงวัยในทุกๆ ด้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดาต่อความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมาก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก แตกต่างจากก่อน

การทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) นี้ เป็นแบบ 2 กลุ่ม วัตุก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 1,250-1,500 กรัม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา

กลุ่มตัวอย่าง มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จากการประเมินอายุครรภ์ด้วยวิธีของบัลลาร์ด¹⁴ มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 1,250-1,500 กรัม และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มาเป็นครั้งแรก 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 11 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 18 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) คุณสมบัติของมารดา อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมากมาก่อน มีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 2) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีคุณสมบัติ เป็นทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จากการประเมินอายุ

กรรมวิธีของบัลลาร์ด¹⁴ มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 1,250-1,500 กรัม ไม่มีความพิการและความผิดปกติสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต มารดาทารก และแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มารดาที่มีบุตรเสียชีวิตในระหว่างการศึกษา มารดาปฏิเสธการเข้าเยี่ยม และนอนเฝ้าทารก มารดาได้รับการวางแผนจำหน่ายไม่ครบทุกขั้นตอน ทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทารกได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง คะแนน Apgar score ที่ 1 นาที น้อยกว่า 7 คะแนน สัญญาณชีพไม่คงที่ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 200 ครั้งต่อนาที หรือ มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 88 เปอร์เซ็นต์และไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก มี 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของมารดาประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลทารก ผู้ช่วยดูแลทารก (2) ข้อมูลทั่วไปของทารก เกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย อายุครรภ์ เพศ น้ำหนักแรกคลอด อายุ น้ำหนักในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของมารดาและให้มารดาทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ลงชื่อทุกครั้งในวันที่มาเข้าร่วมกิจกรรม

3) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก เลือกตอบ “ถูกต้อง” หรือ “ไม่ถูกต้อง” ประกอบด้วยข้อคำถาม

30 ข้อ ประเมินกิจกรรมการดูแลทารก 6 ด้าน ดังนี้ ด้านอุณหภูมิของร่างกาย 5 ข้อ ด้านระบบทางเดินหายใจ 5 ข้อ ด้านการให้สารอาหาร 5 ข้อ ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 5 ข้อ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ 5 ข้อ ด้านการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-10 คะแนน หมายถึง มารดามีความรู้ในระดับน้อย 11-20 คะแนน หมายถึง มารดามีความรู้ในระดับปานกลาง 21-30 คะแนน หมายถึง มารดามีความรู้ในระดับมาก

4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมาก ประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ ประเมินกิจกรรมการดูแลทารก 6 ด้าน ดังนี้ ด้านอุณหภูมิของร่างกาย 5 ข้อ ด้านระบบทางเดินหายใจ 5 ข้อ ด้านการให้สารอาหาร 5 ข้อ ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 5 ข้อ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ 5 ข้อ ด้านการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ 5 ข้อ การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 ดังนี้ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-10 คะแนน หมายถึง มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกอยู่ในระดับน้อย 11-20 คะแนน หมายถึง มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกอยู่ในระดับปานกลาง 21-30 คะแนน หมายถึง มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกอยู่ในระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางการพยาบาล¹²

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกที่

วารสารกองการพยาบาล

เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก และโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพทางการพยาบาลทารกแรกเกิด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95, 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินความรู้ในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ทดลองใช้กับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.90 และแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมากของมารดา ทดลองใช้กับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

วิธีการเก็บข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1) เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณา ด้านจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา หลังจากผ่านการรับรองแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียด วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และ การพิทักษ์สิทธิของ

กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนทดลอง

1) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน โดยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด

2) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในห้องให้คำปรึกษาที่เป็นส่วนตัว เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการ

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมมารดา

ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับมารดา อธิบายหัวข้อการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจง วัตถุประสงค์และกิจกรรมในการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและมารดา และเมื่อมารดายินดีย่อมร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมการเข้าร่วม

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มควบคุม (มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เตรียมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์)

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) พบมารดาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดครั้งแรก โดยผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่เป็นห้องให้คำปรึกษาประจำหอผู้ป่วย อธิบายวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นให้มารดาทำแบบประเมินและแบบสอบถาม (Pre-test) ดังนี้

1) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก 30 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที

2) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก 30 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที

ทั้งนี้ผู้วิจัยจัดเก็บแบบประเมินและแบบสอบถามต่างๆ ในแฟ้มกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายจากพยาบาลตามปกติ ภายหลัง

วาระการกองการพยาบาล

เสร็จสิ้น มารดาจะได้รับการวางแผนจำหน่ายจากพยาบาลตามปกติ และได้รับการบริการการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2) ในวันที่จำหน่ายทารกกลับบ้าน ให้มารดาทำแบบประเมินและแบบสอบถามชุดเดิม (Post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที

ครั้งที่ 3 (วันที่ 3) ผู้วิจัยโทรศัพท์หากกลุ่มควบคุมหลังจากทารกถูกจำหน่ายกลับบ้านครบ 7 วัน โดยสอบถามเรื่องการดูแลทารก รวมทั้งปัญหาต่างๆ ขณะให้การดูแลทารกที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำ และคำปรึกษาตามที่มารดาต้องการ แจ้งให้มารดา รับทราบว่าเป็นสิ้นสุดกระบวนการวิจัย และกล่าวคำขอบคุณมารดาที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มทดลอง (มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เตรียมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์)

ระยะการประเมินความพร้อมของมารดา (Assessment of readiness)

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1)

1) พบมารดาที่ห่อผู้ป่วยทารกแรกเกิด ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่เป็นห้องให้คำปรึกษาประจำหอผู้ป่วย ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย หากมารดายินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

2) ผู้วิจัยอธิบายวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นให้มารดาทำแบบประเมินและแบบสอบถาม (Pre-test) ดังนี้ 1) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก 30 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที 2) แบบสอบถามพฤติกรรมทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก 30 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บแบบประเมินและ

แบบสอบถามต่างๆ ในแฟ้มกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน

3) นัดหมายวัน เวลา สถานที่ รวมทั้งมอบคู่มือ เรื่อง การดูแลทารกก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ตารางการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา โดยจัดกิจกรรมเวลา 14.00-15.00 น. เป็นเวลา 7 วัน

ระยะการเตรียมความพร้อมของมารดาในระยะเปลี่ยนผ่าน (Preparation for transition)

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2) ผู้วิจัยบรรยายผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ เรื่อง การดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ตามโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ 1) ด้านอุณหภูมิของร่างกาย 2) ด้านระบบทางเดินหายใจ และ 3) ด้านการให้สารอาหาร ใช้เวลาประมาณ 50 นาที เปิดโอกาสให้มารดาสอบถามข้อมูลที่สงสัย และระบายความรู้สึกตามความต้องการ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ครั้งที่ 3 (วันที่ 3) ผู้วิจัยบรรยายผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ตามโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 2) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ และ 3) ด้านการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ใช้เวลาประมาณ 50 นาที เปิดโอกาสให้มารดาสอบถามข้อมูลที่สงสัย และระบายความรู้สึกตามความต้องการ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที พร้อมกับชี้แจงเรื่องการสิ้นสุดการให้ความรู้ เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ตามโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน นัดหมายมารดา เพื่อทบทวนความรู้เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ตามโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน

ระบบบทบาทเสริม (Role supplementation)

ครั้งที่ 4-6 (วันที่ 4-6) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงบทบาทมารดา โดยการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมาก ตามโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน คอยให้กำลังใจ พร้อมกับเป็นผู้ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและนัดหมายมารดา เพื่อทำแบบประเมินความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ในวันจำหน่ายทารกกลับบ้าน

ครั้งที่ 7 (วันที่ 7 จำหน่ายทารกกลับบ้าน)

1) ก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้าน จัดห้องสำหรับให้มารดาทำแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก 30 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที และแบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก 30 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้ลงในแฟ้มกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน

2) ทวนซ้ำข้อมูล และให้คำแนะนำ เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก เพิ่มเติมนัดหมายมารดา เรื่องการใช้โทรศัพท์สอบถามมารดาหลังจากรับทารกกลับบ้านครบ 7 วัน โดยสอบถามเรื่องการดูแลทารก รวมทั้งปัญหาต่างๆ ขณะให้การดูแลทารกที่บ้าน พร้อมกับแจ้งให้มารดาทราบว่าสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เลขที่ 035/2023 กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จากการประเมินอายุครรภ์ด้วยวิธีของบัลลาร์ด¹³ มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 1,250-1,500 กรัม และเข้ารับการรักษาใน

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์เป็นครั้งแรก เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อพยาบาล โดยข้อมูลถูกจัดเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดาแก่กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยกว่า 30 คน อีกทั้งยังพบว่า การกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov Smirnov test เป็นแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมากของมารดา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มารดากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 36.4 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ปวช./ปวส. คิดเป็นร้อยละ 54.5 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ปวช./ปวส. เท่ากับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 36.4

2. ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก และความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ก่อนการทดลองของ

วาระสารกองการพยาบาล

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก และความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ก่อน

การทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=11)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		Z	p-value
		Mean Rank	Sum of Ranks		
ความรู้ของมารดา	กลุ่มควบคุม	12.27	135.00	-.586	.558
	กลุ่มทดลอง	10.73	118.00		
พฤติกรรมของมารดา	กลุ่มควบคุม	10.50	115.50	-.739	.460
	กลุ่มทดลอง	12.50	137.50		

* $p < .05$

3. ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก และพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนัก

น้อยมาก ของมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=11)

ตัวแปร	กลุ่ม	หลังการทดลอง		Z	p-value
		Mean Rank	Sum of Ranks		
ความรู้ของมารดา	กลุ่มควบคุม	6.00	66.00	-4.014	<.001*
	กลุ่มทดลอง	17.00	187.00		
พฤติกรรมของมารดา	กลุ่มควบคุม	6.00	66.00	-3.995	<.001*
	กลุ่มทดลอง	17.00	187.00		

* $p < .05$

4. ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก และพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนัก

น้อยมาก ของมารดากลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมาก ของกลุ่มทดลอง (n=11) ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	การทดลอง	Mean	SD	Mean Rank	Z	p-value
ความรู้ของมารดา	ก่อนการทดลอง	11.18	1.250	.00	-2.943	0.003*
	หลังการทดลอง	28.18	2.370	6.00		
พฤติกรรมของมารดา	ก่อนการทดลอง	65.82	3.744	.00	-2.943	0.003*
	หลังการทดลอง	113.55	1.809	6.00		

*p < .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดามีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักน้อยมาก แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่มีแบบแผน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางการพยาบาล¹² ที่ผู้วิจัยจัดทำต่อมารดาในกลุ่มทดลอง ผ่านกระบวนการการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

การบำบัดทางการพยาบาล เป็นวิธีการต่างๆ ที่พยาบาลสามารถจัดการช่วยเหลือ เพื่อให้มารดาสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งจากโรคและการรักษา รวมถึงการให้ความช่วยเหลือ โดยบทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่การประเมินความพร้อม การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ ได้แก่ การให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน และการใช้บทบาทเสริม เช่น การติดตามผลจากการ

เตรียมความพร้อมจากโรงพยาบาลไปสูบ้าน สนับสนุน ช่วยเหลือ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามที่ต้องการ ทั้งนี้พบว่า มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา ทำให้มีความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด¹⁶ และพบว่า มารดาครรภ์แรก ของทารกที่เกิดก่อนกำหนดได้รับการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดสูง¹⁰

สรุปได้ว่า มารดาที่ได้เข้าโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของมารดา จากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางการพยาบาล¹² สามารถเพิ่มความรู้เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก อีกทั้งทำให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมากที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งสามารถช่วยลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการเจ็บป่วยของทารกในระยะยาวได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านเป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางการพยาบาล¹⁵ ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมของมารดา (Assessment of readiness) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของมารดา ประเมินความรู้เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อน

กำหนดและน้ำหนักน้อยมาก และประเมินพฤติกรรม การดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก 2) การเตรียมความพร้อมของมารดาในระยะเปลี่ยนผ่าน (Preparation for transition) เป็นการให้ความรู้ เรื่องการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก โดยผู้วิจัยใช้แนวปฏิบัติการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด หลังออกจากโรงพยาบาลของวนิสา หะยีเซะ และคณะ (2560) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอุณหภูมิของร่างกาย ด้านระบบทางเดินหายใจ ด้านการให้สารอาหาร ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ และด้านการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และให้มารดาพัฒนาทักษะ โดยการปฏิบัติด้วยตนเองก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้าน และ 3) บทบาทเสริม (Role supplementation) ให้คำปรึกษา คำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจมารดา และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ โดยกระบวนการเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้กับมารดาของทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยมาก เพื่อให้มารดาได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ทำให้มารดามีความรู้

และมีพฤติกรรมดูแลทารกได้ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และป้องกันการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำแนวทางในโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านไปใช้ในกลุ่มมารดาอื่น ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจชนิดวิกฤตตั้งแต่แรกเกิด กลุ่มโรคความผิดปกติทางโครโมโซม เช่น Down's syndrome เป็นต้น

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามความรู้ และพฤติกรรมของมารดาหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านในระยะยาว เช่น 1 สัปดาห์ 1 เดือน หรือ 2 เดือน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้และพฤติกรรมของมารดาอย่างต่อเนื่อง

References

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]; 2018 [cited 2022 November 6] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Preterm Birth [Internet]; 2020 [cited 2022 November 6] Available from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm>
3. The National Institute of Child Development. A review Early Childhood Development among Thai Children 2021 [Internet]; 2022 [cited 2022 November 10] Available from: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/204370>
4. National Association of Neonatal Nurse. [NANN]. (2011). Age-appropriate care of the premature and critically ill hospitalized infant: Guild for practice. Retrieved November 20, 2022, from <https://nann.org/uploads/Education/Age-Appropriate-Care-FINAL.pdf>.

5. American pregnancy association. Premature Birth Complications [Internet]; 2022 [cited 2022 November 6] Available from: <https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/labor-and-birth/premature-birth-complications/>
6. Pinar G, Erbaba, H. Experiences of new mothers with premature babies in neonatal care units: A qualitative study. *Journal of Nursing and Practice* 2020; 3: 179-85.
7. Leahy-Warren P, Coleman C, Bradley R, Mulcahy, H. The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020; 20: 260.
8. Fowler C, Green J, Elliott D, Petty J, Whiting, L. The forgotten mothers of extremely preterm babies: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 2019; 28: 2124-34.
9. Granero-Molina J, et al. Experiences of Mothers of Extremely Preterm Infants after Hospital Discharge. *Journal of pediatric nursing* 2019; 45: e2–e8.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003>
10. Jidapa Pikulngam, Narumon Teerarungsikul, Siriyupa Sananreangsak. Effect of A Maternal Preparation Program on Premature Infant Care Behaviors During Transition Period from Hospital to Home. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2022; 30(3): 60-72. Thai
11. Pravitasari, I. R., Widyaningsih, V., & Murti, B. The effect of kangaroo mother care in increasing body weight and temperature in premature infants: Meta-analysis. *Journal of Maternal and Child Health* 2020; 5(5): 576.
12. Meleis AI, editor. Transition theory: Middle - range and situation specific theories in nursing research and practice. New York, NY: Springer; 2010. [cited 2013 August 21]. Available from: URL: <http://www.google.com>
13. Pansongnoen L. The Correlation of Perceived Self-efficacy, Outcome Expectancies of Promoting Development and Behavior Tendency Promoting Preterm Infant Development of Maternal whose Preterm Infant Admitted in Neonatal Care Unit. [Master' thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2023.
14. Ballard, J. L., Khoury, J. C., Wedig, K., Wang, L., Eilers-Walsman, B. L., & Lipp, R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *The Journal of Pediatrics* 1991; 119(3): 417-423. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(05\)82056-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)82056-6)
15. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009; 41: 1149-1160.
16. Pakorn Chupinijrobkob. Effects of supportive-educative nursing system program on knowledge and caring behaviors among mothers of premature infants. *TUH Journal online* 2022; 7(1): 18-32. Thai

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ประภา ยี่เฮ็ง* รอม. (การจัดการภาครัฐและภาคเอกชน)
 พชรินทร์ สร้อยเมธา** พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
 จันทิมา จันทรทิพย์วารี*** พย.บ. (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

(รับ: 16 มีนาคม 2567, แก้ไข: 12 เมษายน 2567, ตอรับ: 19 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยใช้พยาบาลเจ้าของไข้ และศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง 31 คน และพยาบาลที่งานผู้ป่วยนอก 8 คน ดำเนินการ 3 ระยะคือ (1) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนาและทดลองระบบ และ (3) ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินความต้องการของคนพิการ (3) แบบประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (4) แบบบันทึกการวางแผนติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล (5) แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (6) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล (7) แบบทบทวนความพร้อมของพยาบาลในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ และ (8) แบบสังเกตการปฏิบัติงานพยาบาลเจ้าของไข้ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.727 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และ paired t – test

ผลการวิจัย ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับและติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีความพึงพอใจทั้ง 3 ด้าน ร้อยละ 100 ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้ความสามารถของพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลฟื้นฟู พบว่า ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลฟื้นฟูได้ทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มคนพิการได้รับการบริการพยาบาลทางไกลทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ : รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการ คนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง พยาบาลเจ้าของไข้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

Email: nongprapa@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

The study and rehabilitation model development for disabled persons with spinal cord injury at the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

Prapa Yeeheng* M.P.A. (Public and Private Management)
 Patcharin Sorachaimetha* M.N.S. (Nursing Management)
 Chantima Chanthipwaree** B.N.S. (Bachelor of Nursing Science Program)

(Received: March 14, 2024, Revised: April 12, 2024, Accepted: April 19, 2024)

Abstract

This research and development aimed to develop a rehabilitation model for disabled persons with spinal cord injury, the Sirindhorn national medical rehabilitation institute using primary nurses and study the outcomes of the model implementation. The sample consisted of 31 disabled persons with spinal cord injury, and 8 nurses, working at the outpatient unit. There were 3 phases: (1) situation analysis, (2) development and testing the system, and 3) study the outcomes of the model implementation. The research tools composed of (1) general information questionnaire, (2) need assessment form of the disabled persons, (3) urinary tract infection assessment form, (4) recording form on continuous and monitoring care plan at home using tele-nursing, (5) pressure sore risk assessment form, (6) nurse satisfaction assessment form, (7) nurse-readiness appraisal form on the role of primary nurses, and (8) nursing practice observation form of the primary nurses. The content validity index ranged from 0.67 to 1.00, and Cronbach's alpha coefficient was 0.727. Data were analyzed using frequency, percentage, and paired t-test.

The results on the patients' outcomes revealed that no incident of pressure sores and urinary tract infections of the patients after implemented the model. Pre-post model usage outcomes showed that patients had no pressure sores or urinary tract infections. The nurses were 100% satisfied in all three aspects after using the model. There was no statistically significant difference of the nurses' knowledge and understanding on the roles of primary nurses before and after using the model. Knowledge and abilities of the nurses, who received rehabilitation special training program, revealed that the nurses were able to perform all rehabilitation nursing activities at 100%. All of the disabled persons received tele-nursing at 100%.

Key words: rehabilitation model for disabled person, disabled persons with spinal cord injury, primary nurse

* Registered Nurse (Senior Professional Level), Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute
 Email: nongprapa@gmail.com

** Registered Nurse, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

บทนำ

ปัญหาการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลังเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุทางถนนและตกจากที่สูง ร้อยละ 70 เกิดจากการถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 13.5¹ ส่งผลให้เกิดภาวะอัมพาตทั้งตัว (quadriplegia) ถึงร้อยละ 81 และภาวะอัมพาตครึ่งท่อนล่าง (paraplegia) ร้อยละ 19² ทำให้เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย จัดเป็นประเภทความพิการอันดับ 1 ของคนพิการทั้งหมดในประเทศไทย เป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ตลอดจนต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพหรือช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้³ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน และหากผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเกิน 28 วัน ก็มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงตามมา เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานยิ่งขึ้น⁴ มีอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในระยะ 1 ปี สูงขึ้น⁵ การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญทุกระยะ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ระยะต้นที่เหมาะสม ต้องส่งเสริมและสนับสนุนกำลังใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะติดบ้านติดเตียง ที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขอย่างมากในขณะนี้ จากข้อมูลการมารับบริการที่สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา เริ่มมีบริการการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยนอก (Telemedicine) แต่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการแพทย์ทางไกลได้เพียงร้อยละ 7.68 และปี พ.ศ. 2565 การเข้าถึงมีเพียงร้อยละ 9.97⁶ นับว่าผู้พิการประเภทนี้ยังขาดโอกาสในการเข้าถึงการบริการดังกล่าว และมีโอกาสน้อยในการขอรับคำปรึกษาข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน เป็นอุปสรรค และมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และยังพบว่าในเวชระเบียนกลางของสถาบันฯ ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีสถิติผู้ป่วยพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับบริการ มีแผลกดทับ 9, 19, 41 รายตามลำดับ มีแนวโน้มและจำนวนสูงขึ้นในแต่ละปี⁷ และในปี 2564 มีจำนวนการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงสุดรวม 37 ราย ด้วยเช่นกัน ผู้วิจัยทำการניתศก้ากับและติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พบปัญหาการประเมินคัดกรองโรค การแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองยังไม่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพ การคัดกรองภาวะโรค จากพยาบาลวิชาชีพคนเดิมที่ให้บริการ พยาบาลมีเวลาน้อยในการให้การพยาบาล ในขณะที่มีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้นทุกวัน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจึงมีน้อย มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสภาพเมื่ออยู่บ้านไม่ถูกต้อง ขาดโอกาสได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ มีบทบาทการเป็นผู้นำด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพของสถาบันฯ ที่มีพันธกิจหลัก คือ รับผิดชอบด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยและคนพิการ เป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มุ่งเน้นความเฉพาะด้านการวางแผนการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ให้ครอบคลุมทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สามารถสอนสาธิต ให้คำแนะนำ เสริมแรงการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้เกิดการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีของผู้ป่วยในทุกด้าน พยาบาลเป็นผู้พบปัญหาผู้ป่วยเป็นคนแรก เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีการวางแผนจัดการปัญหา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่

สำคัญ ได้แก่ การป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ และการติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ถูกต้อง และถ้าพยาบาลเชื่อมโยงเตรียมพร้อมการดูแลประสานการทำงานกับสถานพยาบาลอื่นๆ ควบคู่ไปกับทีมสุขภาพในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครหมู่บ้าน เพื่อจัดให้มีกระบวนการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่จำเป็น รองรับคนพิการตามสิทธิในพื้นที่ได้แล้ว เป็นการช่วยขับเคลื่อนการทำงานการดูแลสุขภาพคนพิการฯร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง^๘ ผู้วิจัยสนใจการศึกษา การนำการพยาบาลเจ้าของไข้ ของมาเรียม และคณะ^๙ มาเป็นกรอบการพัฒนาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลแบบองค์รวม และจากหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ที่สถาบันฯเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการจัดฝึกอบรมมานานกว่า 10 ปี ได้ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้การพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อจัดบริการคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นการจัดการบริการที่ไร้รอยต่อ มีความต่อเนื่องชัดเจนครอบคลุมปัญหาคนพิการฯ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทำให้พยาบาลเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล มีเอกสิทธิในวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่ความพึงพอใจในงานของตนเอง^{๑๐}และมีโอกาสพัฒนา

ความรู้ความสามารถในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพให้คำแนะนำ ปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยคนพิการกลุ่มนี้ได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่รับบริการ มีการประสานส่งต่อไปเพื่อการ รักษาและติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องไปยังผู้เกี่ยวข้องได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ โดยใช้พยาบาลเจ้าของไข้

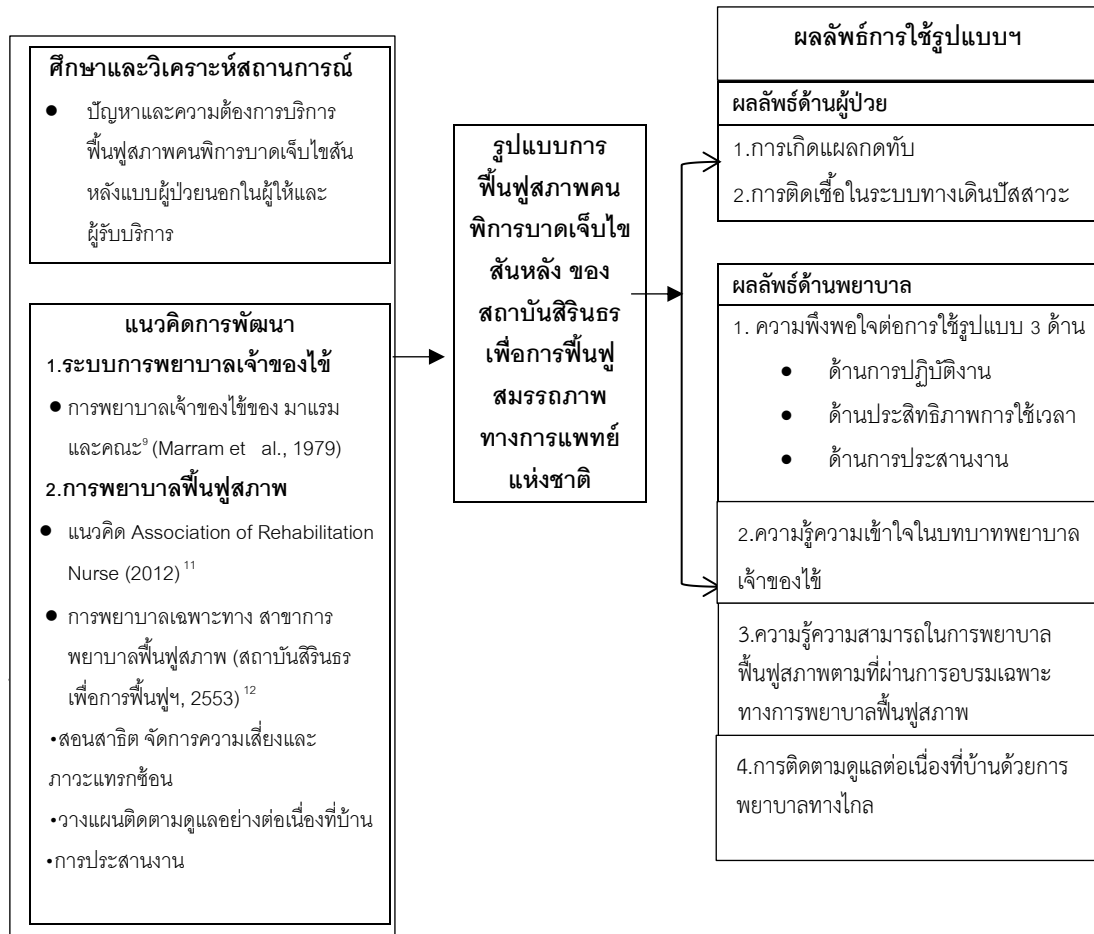
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ

2.1 ด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 2) เปรียบเทียบการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2.2 ด้านการพยาบาล ได้แก่ 1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 2) ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพ ในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ 3) ความรู้ความสามารถของพยาบาลเฉพาะทางการฟื้นฟูสภาพ 4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล¹⁰

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แนวคิดจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และการพยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยใช้พยาบาลเจ้าของไข้ และศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบในการจัดบริการให้คนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาและทดลองรูปแบบ 3) ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ

1) พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 8 คน มีประสบการณ์ให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ปฏิบัติงานอยู่ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) คนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มาตรวจครั้งแรกหรือมาตรวจติดตามอาการต่อเนื่องที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสถาบันฯ ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง 31 คน โดยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร อ่านออกเขียนได้ ไม่มีแผลกดทับหรือติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เลขที่ 67007 วันที่
รับรอง 21 ธันวาคม 2566 ถึง 20 ธันวาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงโครงการและขอความ
ยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมลงลายมือชื่อใน
เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บ
รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวน
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละระยะของ
งานวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 แบบประเมินการทบทวนความ
พร้อมของพยาบาลวิชาชีพในบทบาทการเป็นพยาบาล
เจ้าของไข้ ที่กำหนดไว้ในคู่มือการใช้รูปแบบฯ ตาม
กรอบแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ที่จัดทำขึ้น ของ
งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ก่อนเริ่มและหลัง
โครงการวิจัย เป็นคำถามปลายปิด ในสถานการณ์ที่มี
ปัญหาความต้องการให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพ
พยาบาลวิชาชีพควรมีบทบาทในการให้การพยาบาลฟื้นฟู
สภาพกับคนพิการได้มากขึ้น มีรายละเอียดดังนี้ 1) ข้อมูล
ทั่วไป 2) ความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในบทบาท
การเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ของงานการพยาบาล
ผู้ป่วยนอก จัดทบทวนความรู้เรื่องบทบาทพยาบาล
เจ้าของไข้ แบบวัด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้
0 คะแนน เกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 ใช้เกณฑ์การ
ปฏิบัติตามแนวทางพยาบาลเจ้าของไข้ ตามบทบาท
ดังกล่าวครบทุกข้อถือว่าผ่านเกณฑ์

ระยะที่ 2 ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของคนพิการ
บาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปมีจำนวน
8 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา และ
ความต้องการของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง

2.2 แบบประเมินการติดเชื้อในระบบ
ทางเดินปัสสาวะคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังแรกพบใช้
เกณฑ์การประเมินครั้งแรกที่คนพิการฯสมัครเข้าร่วม
โครงการวิจัย คัดกรองตามแนวทางกำหนดนิยามของ
การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

2.3 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับในการ
ติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ของบราเดนสเกล
(Braden Scale) แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ การรับรู้
ความรู้สึก การเปลี่ยนของผิวหนัง การทำกิจกรรม
การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงเสียดทานและ
แรงเฉือนให้คะแนน 1-4 คะแนน รวม 6 - 24 คะแนน
ซึ่งคะแนน 19 – 23 หมายความว่าไม่มีความเสี่ยง (No
risk) คะแนน 15 – 18 มีความเสี่ยง (At risk) คะแนน
13 – 14 มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)
คะแนน 10 – 12 มีความเสี่ยงสูง (High risk) และ
คะแนน 6 - 9 มีความเสี่ยงสูงมาก (Very high risk)
ประเมินในครั้งแรกและอีก 5 ครั้ง ด้วยการพยาบาล
ทางไกล¹⁰

2.4 คู่มือการใช้รูปแบบฯ สำหรับพยาบาล
เจ้าของไข้

2.5 แนวปฏิบัติ (guideline) ในการใช้
รูปแบบฯ สำหรับพยาบาลเจ้าของไข้

2.6 สื่อสำหรับสอน ตามรูปแบบฯ ได้แก่
ภาพนิ่ง คลิปวิดีโอ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อใน
ระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
เน้นดูแลตนเองป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใน
ชีวิตประจำวัน

2.7 แบบบันทึกการติดตามการดูแลอย่าง
ต่อเนื่องที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล (Tele-
nursing)¹⁰ สำหรับใช้ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
เป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้พยาบาลเจ้าของไข้บันทึก
7 ข้อ แบบบันทึกการติดตามปัญหาสุขภาพและ
ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

ระยะที่ 3 ได้แก่

3.1 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประเมินคนพิการหลังวางแผนติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ในปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อคำถาม 8 ข้อ ถ้ามี ตอบ มีหรือไม่มี บันทึกในบันทึกการวิจัย ใช้การพยาบาลทางไกล¹⁰ (ครั้งที่ 5)

3.2 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านพยาบาล คือแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบ 3 ด้าน¹³ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา และด้านการประสานงาน รวมทั้งประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ¹⁵ ในการดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู เป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

3.3 แบบประเมินการทบทวนความพร้อม ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้คู่มือการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (เช่นเดียวกับการประเมินระยะที่ 1)

3.4 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติงาน พยาบาลเจ้าของไข้ ของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สำหรับประเมินความรู้ความสามารถในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพตาม การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ" ของสถาบัน ลักษณะเป็นหัวข้อให้เลือก เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์มีครบทุกข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากไม่ผ่านเกณฑ์มีการแก้ไขโดยผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกร่วมกันแก้ไขปัญหา เพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติและให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป็นผู้แก้ไขโดยลงมือปฏิบัติในข้อนั้นทันทีในระหว่างสังเกตการ ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการ

บันทึกในแบบบันทึกดังกล่าวทั้งหมดคนละ 3 ครั้ง ตลอดการวิจัย บันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3.5 แบบบันทึกการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing)¹⁰ เพื่อใช้สรุปผลในความสำเร็จของการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล ผ่านระบบการพยาบาลทางไกล¹⁰ ที่คนพิการฯ ได้รับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพและแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสม จากข้อมูลที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้สรุปและบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้น เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์ประจำสถานศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม และคำนวณค่าความตรงระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00 วัดค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.88-0.727

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ เดือน มกราคม 2566 - เดือนกรกฎาคม 2566 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการจัดบริการคนพิการแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูพบว่า ยังขาดการเชื่อมโยงการวางแผนติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่สำคัญ ได้แก่ เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำปัญหามาวางแผนการพัฒนาปรับปรุงการให้บริการ โดย (1) ศึกษา ทบทวนบทบาท

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก รวบรวมปัญหา จากเวชระเบียนกลาง ผลลัพธ์จากภาวะแทรกซ้อนของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก หลังรับบริการและการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ย้อนหลัง (2) สอบถามผู้ป่วยพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ถึงความต้องการให้มีพยาบาลคนเดียวกันในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ตั้งแต่เข้ารับบริการครั้งแรก (3) สอบถามพยาบาลวิชาชีพของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ถึงปัญหา บทบาทในการให้การดูแล ให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีเวลาน้อยและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีจำนวนมากขึ้นในแต่วัน

การเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ข้อมูลจาก 1) ศึกษาจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการใช้ชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวันจากสถิติย้อนหลังของหน่วยงาน เตรียมจัดทำรูปแบบฯ 2) สรุประเด็นในแบบประเมินการพบทวนความพร้อม ของพยาบาลวิชาชีพ 8 คน สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบฯ ในระยะที่ 2

ผลการสัมมนาพบทวนเวชระเบียนคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังและกรณีศึกษาทางการพยาบาลของผู้วิจัย ในปัญหาภาวะแทรกซ้อนของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่การเกิดแผลกดทับ และติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งในปีพ.ศ. 2563 – 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ในระบบเวชระเบียนกลางของสถาบันฯ มีแนวโน้มและจำนวนสูงขึ้นในแต่ละปี^๑ และในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสูงสุด รวม 37 ราย ผู้วิจัยติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาล พบว่า มี

ปัญหาการประเมินคัดกรองโรค และการให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถนำความรู้ไปดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมไม่ครอบคลุมความต้องการ คนพิการฯ ไม่ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองจากพยาบาลวิชาชีพคนเดิมตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลมีเวลาน้อยในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพการให้คำแนะนำ สัมพันธภาพลดลงดูแลไม่ทั่วถึง ในขณะที่มีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น ส่งผลให้คนพิการฯ ขาดโอกาสได้รับการวางแผนติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การดูแลสุขภาพตนเองไม่ถูกต้องและเกิดภาวะแทรกซ้อน

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองรูปแบบ หลังศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) รวบรวมข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากความสำคัญของปัญหาที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ของคนพิการ ในเดือน สิงหาคม 2566 - ธันวาคม 2566 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการบริการการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังฯ แบบผู้ป่วยนอก ทั้งในส่วนของผู้ให้และผู้รับบริการนำกรอบแนวคิดจากระบบการพยาบาลเจ้าของใช้ แนวคิด Association of Rehabilitation Nurse (2012)¹¹ การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการฟื้นฟูสภาพของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

2) พัฒนารูปแบบ เดือนมกราคม 2567 - เดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยศึกษาความพร้อมในการพัฒนาเพื่อให้เกิดรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ โดยใช้พยาบาลเจ้าของใช้ ที่เหมาะสมกับบริบทของงานฯ พัฒนาจัดทำรูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังฯ จากการผสานแนวคิด 2 ด้าน ได้แก่ ระบบการพยาบาลเจ้าของใช้^๑ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลเจ้าของใช้ เป็นผู้ใช้

เครื่องมือในการวิจัย กับกลุ่มตัวอย่างคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง 31 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 8 คน โดยใช้ (1) คู่มือการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังฯ สำหรับพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการสร้างสัมพันธภาพ คัดกรองคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ดการพยาบาลฟื้นฟูสภาพครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพแบบองค์รวม วางแผนติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล (Tele nursing)¹⁰ และประสานทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ใช้ Application ต่างๆทางโทรศัพท์ หรือช่องทางการติดต่อสื่อสารอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเลือกเพื่อการสื่อสารกับพยาบาลเจ้าของไข้ (2) แนวทางปฏิบัติ (Guideline) อย่างย่อ ในการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพฯ สำหรับพยาบาลเจ้าของไข้ (3) สื่อให้ความรู้ เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้แก่ คลิปวิดีโอ แผ่นภาพนิ่ง สำหรับพยาบาลเจ้าของไข้ (4) แบบบันทึกการติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล

3) การนิเทศกำกับ เพื่อติดตามปัญหาและความต้องการทั้งในส่วนผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพในงาน และผู้รับบริการ คือ คนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง นำข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบ

4) สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ

เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์ 2567

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ
สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย 2) แบบวัดทบทวนความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่พยาบาลเจ้าของ

ไข้ วิเคราะห์โดยใช้ paired t - test ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ 3) แบบสังเกตการปฏิบัติงานการพยาบาลเจ้าของไข้ ของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ใช้แจกแจงค่าเฉลี่ย ร้อยละ จำแนกเป็นปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ 4) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ (1) การเกิดแผลกดทับ 2) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ 5) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ

สรุปผลการวิจัย

1. รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ โดยใช้พยาบาลเจ้าของไข้ ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทเป็นพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง รูปแบบที่ได้สามารถรองรับการจัดให้มีบริการสำหรับคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อให้เกิดการดูแลคนพิการฯ รายบุคคลที่ครอบคลุมปัญหาได้ เป็นการจัดบริการด้วยรูปแบบดังกล่าว ตั้งแต่แรกรับคนพิการฯ ก่อนจะเข้าพบแพทย์ เพื่อรับการฟื้นฟูสภาพตามโปรแกรมที่เหมาะสม มีการเตรียมความพร้อมบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ให้กับพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ให้ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่คู่มือการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูฯ สำหรับพยาบาลเจ้าของไข้ ที่มีสาระสำคัญการกำหนดบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในงานให้มีบทบาทเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้การดูแลตามบทบาทการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ¹¹ ของสถาบันฯ ที่เป็นหน่วยงานหลักด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย แพทย์แห่งเดียวของประเทศไทยมาแล้ว ตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาใช้พัฒนา นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อคนพิการหลังการให้รูปแบบ การพัฒนาด้วย

รูปแบบฯมีเครื่องมือที่เป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับให้พยาบาลเจ้าของไข้เข้าไปใช้ ดังนี้

1.1 คู่มือในการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ สำหรับพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ด้วยการมีบทบาทเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพเริ่มตั้งแต่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การคัดกรองคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง 3) การดูแลและการพยาบาลฟื้นฟูสภาพครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพแบบองค์รวม 4) การวางแผนติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล (Tele nursing)¹⁰ และ 5) การประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ในงานวิจัย Application ต่างๆ โทรศัพท์ หรือช่องทางการติดต่อสื่อสารอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเลือกเพื่อการสื่อสารร่วมกับกับพยาบาลเจ้าของไข้

1.2 แนวปฏิบัติ (Guideline) ในการใช้รูปแบบฯ ที่กำหนดกิจกรรมอย่างย่อ ให้พยาบาลเจ้าของไข้เข้าไปใช้ ได้ง่ายและสะดวก

1.3 สื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ คลิปวิดีโอ แผ่นภาพนิ่ง กับคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับให้พยาบาลเจ้าของไข้ นำไปแนะนำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่ออยู่บ้าน

2. ผลลัพธ์ในการใช้รูปแบบ มีดังนี้

2.1 ด้านผู้ป่วย กลุ่มคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.7 อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.5 (median = 44.61, min = 20, max = 91) สถานภาพโสด ร้อยละ 48.4 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.0 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.3 ระดับความรู้สึกตัวดี ร้อยละ 100 มีความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 48.4 ไม่มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 45.2 และส่วนใหญ่รับประทาน

อาหารทางปากได้เอง ร้อยละ 96.8 กลุ่มคนพิการฯ มีความต้องการการดูแลต่อเนื่องด้านร่างกาย ร้อยละ 64.5 โดยข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุด คือ อาการ แผนการรักษาและการดูแล ร้อยละ 38.7 ด้านการป้องกันต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับใกล้เคียงกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 96.8 และ 90.3 ตามลำดับ ด้านการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่มีความต้องการใกล้เคียงกัน ตั้งแต่การจัดท่าในการนอน การนั่ง รวมถึงการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 25.8 และ 29.0 ตามลำดับ ด้านการวางแผนติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้ติดตามดูแลที่บ้าน ร้อยละ 77.4 ส่วนข้อมูลเพิ่มเติมที่ต้องการจากทีมสุขภาพมีความใกล้เคียงกันระหว่างข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยาและการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 35.5 และ 32.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 31 คน ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ไม่พบแผลกดทับ และไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

2.2 ด้านพยาบาล กลุ่มพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีอายุน้อยกว่า 30 ปีและ 40-49 ปี ร้อยละ 37.5 (median = 46, min = 23, max = 53) สถานภาพโสด ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.5 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา และด้านการประสานงาน พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย 4.25 และ 4.19 ตามลำดับ

ด้านความรู้ความเข้าใจในบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินการทบทวนความพร้อม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่การเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนและหลังการใช้

รูปแบบ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในบทบาทการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ก่อนและหลัง
 การใช้รูปแบบ (N=8)

ความพร้อม	N	$\bar{X}$	S.D.	ค่า t-test	df	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	8	7.13	0.99	-1.667	7	0.14
หลังการใช้รูปแบบ	8	7.75	0.46			

p-value = 0.05

ด้านความรู้ความสามารถในการพยาบาล
 พื้นฟูสภาพ สังเกตการณ์ปฏิบัติงานทั้ง 3 ครั้ง พบว่า
 พยาบาลวิชาชีพทุกคน ของงานการพยาบาลผู้ป่วย
 นอกปฏิบัติครบตามกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100

ด้านผลการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วย
 การพยาบาลทางไกล พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการ
 พยาบาลทางไกลครบ ตามการนัดหมายการให้การ
 พยาบาลทางไกลครบถ้วน และตอบข้อคำถามในแบบ
 ครบ 7 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 100

อภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนาแบบการฟื้นฟูสภาพคน
 พักโรคเจ็บไขสันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการ
 ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ผู้วิจัยนำ
 กรอบแนวคิดการพัฒนาจากวรรณกรรมและงานวิจัย
 นำที่เกี่ยวข้อง นำเชื่อถือมาใช้พัฒนา ได้แก่ ระบบการ
 พยาบาลเจ้าของไข้⁹ ร่วมกับการพยาบาลเฉพาะทาง
 สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ตามบทบาทการพยาบาล
 ฟื้นฟู¹² ใช้เป็นต้นแบบพัฒนาระบบการบริการคน
 พักโรคเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วย
 นอก โดยใช้พยาบาลเจ้าของไข้ ที่กำหนดให้มีบทบาท
 ในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพที่ครอบคลุมปัญหาและ
 การวางแผนการป้องกันการติดเชื้อให้กับกลุ่มผู้ป่วย
 พักโรคเจ็บไขสันหลังคนพิการได้ เป็นต้นแบบด้าน
 การพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้านหนึ่ง ของภารกิจหลักของ

สถาบันฯ ที่รับผิดชอบนโยบายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 ทางกายของผู้ป่วยและคนพิการ ซึ่งเป็นบทบาท
 สำคัญของพยาบาลในการให้คำแนะนำการจัดการ
 ดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม
 กับภาวะโรคของคนพิการฯในแต่ละราย มีการพัฒนา
 ด้วยการนำการพยาบาลทางไกล (Tele- nursing)¹⁰
 มาใช้ในการติดตามดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง
 แทนวิธีการเยี่ยมบ้านรูปแบบเดิม มีการวางแผน
 ติดตามดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลในงาน
 การพยาบาลผู้ป่วยนอกมีบทบาทเป็นพยาบาลเจ้าของ
 ไข้ ใช้คู่มือการใช้รูปแบบฯ แนวทางปฏิบัติ
 (Guideline) แบบย่อ สามารถให้การพยาบาลฟื้นฟู
 สภาพได้ตามขั้นตอนการปฏิบัติที่สรุปไว้ ให้เป็น
 แนวทาง ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ ทำ
 ให้เห็นบทบาทพยาบาลฟื้นฟูสภาพที่ชัดเจน ในการ
 พัฒนาและยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
 มารับบริการ และแสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพ
 ของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีความเป็นอิสระใน
 การกำหนดบทบาทตนเองเพื่อให้การพยาบาลฟื้นฟู
 ด้วยบทบาทการเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ และบทบาท
 การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ มาพัฒนาให้กลุ่มคนพิการ
 บาดเจ็บไขสันหลัง ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางทั้งทาง
 ร่างกาย และจิตใจ เป็นต้นแบบพัฒนาด้านการพยาบาล
 ฟื้นฟูสภาพตามยุทธศาสตร์ของสถาบันฯ มีการจัด

บริการด้วยสื่อดิจิทัลต่างๆ ออนไลน์มาใช้งาน เพื่อความสะดวกสบาย ลดความแออัด การจัดการให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ด้วยสื่อเฉพาะเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตามการวิจัย ช่วยป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในการเกิดแผลกดทับและติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี ฐิติพงษ์พาสน์¹⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎีสแวนสัน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมร้อยละ 92.84 และการศึกษาของอรพิน บุษัน¹⁷ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบพยาบาลเจ้าของไข้ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดราชบุรี พบว่า ภายหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการบริการ พยาบาลระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.41) ส่วนในรายด้านอยู่ในระดับมากและมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานโดยรวมสูงกว่า ($\bar{X} = 4.96$, S.D. = 0.04) ก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 และพยาบาลยังมีความรู้ความสามารถในการพยาบาลพยาบาลฟื้นฟูสภาพตามที่ได้ผ่านการอบรมได้ครบทุกกิจกรรม รวมทั้งกลุ่มคนพิการทั้งหมดยังได้รับการพยาบาลทางไกล¹⁰ ทุกคน เกิดผลดีจากการใช้รูปแบบฯ ไม่ทำให้เกิดแผลกดทับและติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะระหว่างใช้ชีวิตที่บ้าน

สรุปและข้อเสนอแนะ

รูปแบบการฟื้นฟูสภาพคนพิการบาดเจ็บไข

สันหลัง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยใช้พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นรูปแบบฯ ที่นำไปใช้แล้วเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับต่อคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง สถาบันฯ สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาร่วมกับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพตามหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ¹¹ ได้อย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผลเป็นระยะ อาจเริ่มในกลุ่มผู้ป่วยคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังในมีภาวะเจ็บป่วยในระยะกึ่งวิกฤตเพื่อให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ ช่วยทำหน้าที่รับดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามารับบริการ เพื่อที่จะได้จัดการวางแผนการพยาบาลฟื้นฟูสภาพได้ครอบคลุมด้วยบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ช่วยให้คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะวิกฤตและญาติ ได้รับบริการและเริ่มการจัดการวางแผนดูแลตนเองในปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เศรษฐกิจและสังคม ในระยะยาวได้อย่างมาก เป็นการพัฒนาวิชาชีพ และเป็นตัวอย่างให้หน่วยงานอื่นนำไปใช้พัฒนาผู้ป่วยพิการได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ศิริมาลีละวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผศ.ศุภดิษฐ์ ก่อเจดีย์ นายแพทย์จักรพงษ์ กิริติพงษ์วุฒิแพทย์ อาจารย์พรทิพา โชติกะนาวัน ข้าราชการบำนาญ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการทีมผู้บริหารของภารกิจด้านการพยาบาลทีมผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่ได้มีส่วนร่วมทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. National Spinal Cord Injury Statistic Center. Spinal cord injury facts and figures at a glance [Internet]. (cited 2017 Jul 20). Available from <https://www.nscisc.uab.edu/>
2. Daranee Suvapan, Vorawet Suwannathada, Sureephan Solanda, Parichat Suwannapoll, Patcharaporn Raksakerd: Incidence of disability and impact from road traffic injury, 2006. Nonthaburi: The Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center (SNMRC); 2008. Thai
3. Department of Empowerment of Persons with Disabilities [Internet]. Situation report on persons with disabilities in Thailand in March 2017 (Updated 2017; cited 2017 Aug 13). Available from: <http://dep.go.th/th/home>. Thai
4. Wu Q, Ning GZ, Li YL, Feng HY, Feng SQ. Factors affecting the length of stay of patients with traumatic spinal cord injury in Tianjin, China. J Spinal Cord Med 2013; 36:237-42.
5. DeJong G, Tian W, Hsieh CH, Junn C, Karam C, Ballard PH, et al. Rehospitalization in the first year of traumatic spinal cord injury after discharge from medical rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2013;94(4 Suppl): S87-97.
6. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. PCT/CLT Profile, specific to rehabilitation system diseases for patients with spinal cord injuries. In: Presentation of a meeting visit with survey visitors specific to the SCI disease group; 2023 July 27; Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Nonthaburi. Thai
7. Suphannikar Waewaram. Rehabilitation Nursing Care. J NURS SCI 2017; 35: 4-10. Thai
8. Renu Pukbunmee, Chantip Wongwiwat, Jutiporn Dangchai, Supanee Senadisai. Effects of using the nursing nurse's work assignment system on the ability and independence in performing nursing activities and patient satisfaction with the nursing services received. Ramathibodi News 2002; 7:27-42. Thai
9. Marram G, Barrett MW, Bevis EO. Primary nursing: A model for individualized care. St. Louis: Mosby; 1979.
10. Thailand Nursing and Midwifery Council Announcement. Tele - Nursing Guideline. the government gazette No. 138: part 33 Ng. (10 February, 2022) Thai
11. Association of Rehabilitation Nurse (ARN). Role of the advanced practice rehabilitation nurse. ARN Online Bookstore; 2010. Thai
12. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center, Department of Medical Service, Ministry of Public Health. Program Of Nursing Specialty In Rehabilitation Nursing. Faculty of Nursing Mahidol University; 2010 (copy) Thai
13. Attree M. An analysis of concept "Quality" as it relates to contemporary nursing care. International journal of nursing studies 1993; 30: 355-69.

14. Eriksen LR. Patient satisfaction: An indicator of nursing quality. Nursing management 1987; 18:31-7.
15. Marram GD, Barrett MW, Bevis EO. Primary Nursing: A model for individualized care. St. Louis: Mosby; 1974.
16. Jarunee Thitipongpas, Aree Chivakasemsuk, Penchun Saenprasarn. Development of a compassionate nursing model for fever owners according to theory. Swanson Emergency Department, a private hospital. Journal of Cardiothoracic Nursing 2020; 31:198-209. Thai
17. Orapin Busaban. Development of the nursing system for patients in the surgical department of a tertiary hospital. In Ratchaburi Province [Nursing Thesis Master of Arts]. Nakhon Pathom: Christian University; 2014. Thai

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

เสาวภา หนูนครบุรี* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) จักรฐมา ชัยรัตน์* วท.ม. (สุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์)
ปาริณันท์ คงสมบูรณ์* ศษ.ม. (การบริหารการศึกษา) จันทิมา นวมะวัฒน์** ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)
ธัญสินี พรหมประดิษฐ์** พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) มธุรดา บรรจงการ*** PhD. (Nursing Studies)
นลินี เกิดประสงค์** พร.ด. (วิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

(รับ: 12 มีนาคม 2567, แก้ไข: 13 เมษายน 2567, ตอรับ: 24 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ดำเนินการ 2 ระยะ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาแนวทางฯ กลุ่มตัวอย่าง และ (2) นำไปใช้และประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 คือ แพทย์ และพยาบาล 7 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสนทนากลุ่มแบบกึ่งมีโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 คือ พยาบาลประจำห้องตรวจอายุรกรรม 26 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการในระหว่างทำการรักษา 11,252 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย (1) แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ, (2) Sakon Nakhon Hospital Modified Early Warning Signs (S-MEWS), (3) Search Out Severity (SOS), และ (4) MOPH ER Triage ร่วมกับอาการของผู้ป่วย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสังเกตการปฏิบัติงาน และ (2) แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจที่ห้องตรวจอายุรกรรม ประกอบด้วย (1) แนวทางการคัดแยกความเร่งด่วนของผู้ป่วยจำแนกตามสี และ (2) การพยาบาลตามกลุ่มผู้ป่วย ผลลัพธ์การใช้แนวทางฯ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไม่รีบด่วน ร้อยละ 89.31 กลุ่มผู้ป่วยรีบด่วนได้รับการพยาบาลจนอาการดีขึ้นทุกราย กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนได้รับการส่งต่อและดูแลต่อในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังการใช้แนวทางฯ พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนได้ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตามแนวทางฯ ได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้แนวทางฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean 2.79, SD 0.47) และไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ

คำสำคัญ : ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม, แนวทางการเฝ้าระวัง, คุณภาพบริการ, ผู้ป่วยอาการทรุดลง

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ E-mail: thansinee@bcnsprnw.ac.th

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

The Development of a Surveillance Guideline for Patients with Deteriorating Symptoms While Waiting for Examination at The Medicine Outpatient Department, Sawanpracharak Hospital

Saowapha Noonkhonburi* M.N.S. (Adult Nursing) Chattama chairat* M.Sc. (Public Health)
Parinun Kongsomboon* M.Ed. (Educational Administration) Juntima Nawamawat** Dr.P.H.
Thansinee Prompradit** M.N.S. (Nursing Management) Maturada Bunjogarn*** Ph.D. (Nursing Studies)
Nalinee Kerdprasong ** Ph.D. (Research and Development curriculum)

(Received: March 12, 2024, Revised: April 13, 2024, Accepted: April 24, 2024)

Abstract

This participatory action research aimed to develop and evaluate the outcomes of using the surveillance guidelines for the deteriorating-symptoms patients while waiting for examination at the medical outpatient unit, Sawanpracharak Hospital. There were 2 phases of study: (1) situation analysis and developed the guidelines, and (2) implantation and evaluation the guidelines. The sample of phase 1 included 7 physicians and nurses. Data were collected using semi-structured group discussion questions. The sample of phase 2 included 26 nurses, working at the medical outpatient examination room, and 11,252 patients, received services during the study. The research instruments comprised of (1) the surveillance guidelines, (2) Sakon Nakhon Hospital Modified Early Warning Signs (S-MEWS), (3) Search Out Severity (SOS), and (4) MOPH ER Triage assessments in conjunction with the patient symptoms. Data collecting tools consisted of (1) observational forms, and (2) satisfaction questionnaire. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and independent t-tests.

The findings revealed that the surveillance guidelines for the deteriorating-symptoms patients while waiting for examination at the medical outpatient unit consisted of (1) color-coded criteria for categorized the patient urgency, and (2) nursing actions according to the patient's groups. After using the guidelines, 89.31% of the cases were non-urgent patients. All of the urgent patients received nursing care until their symptoms improved. All of the emergency patients were promptly referred and cared for in the emergency department. After the guideline's implementation, the nurses could correctly classify the patients according to their urgency level and could follow the guidelines more accurate than before using the guidelines, yielding statistically significant at $p < .05$. The nurses had a high level of satisfaction (Mean 2.79, SD 0.47). There was no incidence of the patient death, while waiting for the examination

Keywords: medical outpatient examination room, surveillance guidelines, service quality, patient's condition deteriorates.

* Professional nurse, Sawanpracharak Hospital

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Swanpracharak NakhonSawan

E-mail: thansinee@bcnsprnw.ac.th

*** Lecturer, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มียุทธศาสตร์การขับเคลื่อนที่สอดคล้องกับนโยบาย Global Patient Safety Action ขององค์การอนามัยโลก ที่มีแนวทางปฏิบัติ ครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน โดยมีเป้าหมาย คือ “ประเทศไทยก้าวสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อทุกคน¹ แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD) ถือได้ว่าเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยเป็นจุดแรก² ประเมินอาการ และคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งเข้ารับการตรวจตามแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง นับเป็นจุดเริ่มต้นของการบริการที่มีคุณภาพ นอกจากสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเร่งด่วน ช่วยรักษาชีวิตรักษาอวัยวะของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้แล้ว ยังสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสม³ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ถือว่าเป็นประเด็นสำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ ผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนไม่น้อยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมคือการออกแบบและพัฒนาระบบงานที่ช่วยให้การดูแลรักษาผู้รับบริการมีคุณภาพ ปลอดภัย และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้รับบริการจำนวนมากและมีความหลากหลาย เป็นจุดหนึ่งที่มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงอาจมีอาการทรุดลงระหว่างรอรับการตรวจรักษา การคัดกรอง ประเมินสภาพผู้ป่วย และคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้นที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และให้การช่วยเหลือการรักษาพยาบาลตามที่สถาบัน

รับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทยได้กำหนดให้การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ เป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ทุกหน่วยงานพึงปฏิบัติ ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก คือการทำหน้าที่คัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค และการอำนวยความสะดวกแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจรักษา⁴ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการทรุดลง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยทำการประเมินผู้ป่วยในเชิงรุกทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจเพื่อป้องกันเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง⁵

งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีพันธกิจจัดบริการเฉพาะหลายสาขา สำหรับห้องตรวจอายุรกรรม ในปีพ.ศ.2563-2564 มีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 637 คน และในปี 2565 เฉลี่ยวันละ 1,104 คน และมีบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 26 คน จะเห็นได้ว่าการให้บริการผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก มีความแออัด และระยะเวลารอคอยบริการที่นาน ประกอบกับลักษณะของการเจ็บป่วยทางอายุรกรรมอาจเกิดความเสี่ยงได้ทุกช่วงขณะ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ จนได้รับอันตรายจนถึงแก่ชีวิตได้⁶ ซึ่งอาจเกิดจากเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องตรวจจะถูกประเมินสภาพ (Assessment) เบื้องต้น และจำแนกประเภท (Triage) ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือเมื่อจำแนกแล้วไม่มีการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และไม่มีการตรวจประเมินซ้ำระหว่างรอตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยาภรณ์ และคณะ, 2563⁷ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงและย้ายเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้คาดหมาย โดยพบ

สาเหตุจากการประเมินและการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยบางครั้งจะมีสัญญาณเตือนนำมาก่อน แต่ไม่สามารถตรวจจับ หรือคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากไม่มีแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ

ปัจจุบันแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีการคัดกรองประเมินสภาพอาการเบื้องต้นโดยใช้เกณฑ์การประเมิน MOPH ED. Triage⁸ ซึ่งเป็น guideline ที่แปลมาจาก (Emergency Severity Index : ESI) version 4 มีการใช้แพร่หลายในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก ESI เป็นระบบคัดกรองที่รวดเร็ว ทำได้ง่าย เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนักหรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน โดยจัดระดับความเร่งด่วนออกเป็น 5 ระดับ⁹ ถึงแม้จุดคัดกรองผู้ป่วยจะได้ประเมินผู้ป่วยแล้ว แต่ข้อมูลผู้ป่วย ณ จุดคัดกรองไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบข้อมูลภายในห้องตรวจ อีกทั้งยังไม่มีกำหนดแนวทางในการเฝ้าระวัง และวิธีการดูแลผู้ป่วยขณะรอตรวจที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดขณะรอตรวจเพื่อให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญของบุคลากรทางการพยาบาลทุกคนต้องมีความตื่นตัวและตระหนักในความสำคัญเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย (Patient safety goal) มีการรณรงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยและติดตามวัดผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน หรือการตอบสนองต่ออาการทรุดลง¹⁰ โดยระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่าง

ยิ่งเพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม และกำหนดเกณฑ์ของการประเมินอาการอาการแสดงเบื้องต้นเพื่อประเมินภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ในแผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรมขึ้น ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบประเมินของ Modified Early Warning Signs (MEWS), SakonNakhon Hospital Modified Early Warning Signs (S-MEWS), Search Out Severity (SOS), และ MOPH ER Triage ร่วมกับอาการของผู้ป่วย มาปรับใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกันกับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดเป็นมาตรฐานการตัดสินใจ ทำให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง มีการประสานแพทย์เพื่อให้มีการรักษาอย่างทันเวลาและทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล สามารถให้การบริการการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ และเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

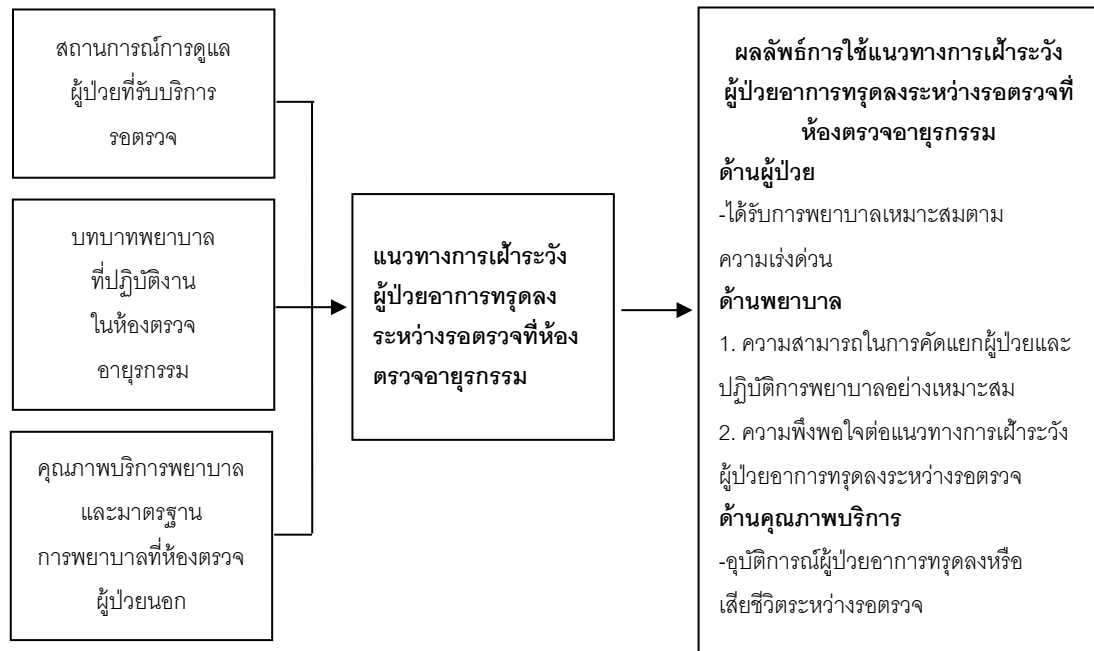
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวทางการประเมิน ตามเกณฑ์ของระบบสัญญาณเตือน

วารสารกองการพยาบาล

Modified Early Warning Signs (MEWS), Sakon Nakhon Hospital Modified Early Warning Signs

(S-MEWS), Search Out Severity (SOS), และ MOPH ER Triage มาปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ศึกษาในช่วงเวลา ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ **ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทสถานการณ์ และพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม**

รูปแบบการวิจัย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน

พยาบาล 2 คน และอาจารย์พยาบาล 3 คน คัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในด้านอายุรกรรม และปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน

เครื่องมือการวิจัย ใช้แบบประเด็นคำถาม การสนทนากลุ่มที่มีโครงสร้าง และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยทรงคุณวุฒิ 5 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) เพื่อวิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และ

วารสารกองการพยาบาล

บันทึกข้อมูลผู้ป่วยอาการทรุดลงและเสียชีวิตจากการ
ทบทวนเวชระเบียน เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการร่าง
แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะ รอ
ตรวจ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์สรุปเชิง
เนื้อหา (Content analysis)

**ระยะที่ 2 การนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย
อาการทรุดลงขณะรอตรวจ แผนกตรวจผู้ป่วย
นอกอายุรกรรม ไปใช้และประเมินผลลัพธ์**

รูปแบบการวิจัย ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบ
กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group
with pretest and posttest quasi experimental
design) **กลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 1) พยาบาล
ประจำแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่มี
ประสบการณ์มากกว่า 1 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 26 คน 2)
ผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนว
ทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ
ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มารับ
บริการที่ห้องตรวจอายุรกรรม

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล
ที่ให้บริการของห้องตรวจอายุรกรรม

2.3 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนว
ทางการเฝ้าระวังอาการทรุดหนักระหว่างรอตรวจของ
พยาบาล ประกอบด้วย ข้อสังเกตในการปฏิบัติตาม
แนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดหนักระหว่างรอตรวจ
12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติ 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน โดยเกณฑ์แปลผล ดังนี้

0.00 - 4.00 คะแนน หมายถึง
สามารถปฏิบัติตามแนวทางในระดับต่ำ

5.00 - 8.00 คะแนน หมายถึง
สามารถปฏิบัติตามแนวทางในระดับปานกลาง

9.00 - 12.00 คะแนน หมายถึง
สามารถปฏิบัติตามแนวทางในระดับดี

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของ
พยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย
อาการทรุดหนักระหว่างรอตรวจห้องตรวจอายุรกรรม
ต่อการใช้เครื่องมือจำแนกผู้ป่วย คำตอบเป็นการ
ประเมินค่าระดับ คือ 3 คะแนน หมายถึง ระดับความ
พึงพอใจมาก 2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ
ปานกลาง และ 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึง
พอใจน้อย และมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

1.00 - 1.67 คะแนน หมายถึง ระดับ
ความพึงพอใจต่ำ

1.68 - 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับ
ความพึงพอใจปานกลาง

2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง ระดับ
ความพึงพอใจสูง

2.5 แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม
กึ่งมีโครงสร้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity)
โดย ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความ
สอดคล้องกับเนื้อหา คำนวณค่าดัชนีความตรงตาม
เนื้อหา (IOC) ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.6-1.00 และ
ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของ
ผู้เชี่ยวชาญ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดย
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับ
กลุ่มผู้ป่วยรอตรวจในแผนกห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรค
เรื้อรัง 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค ของแบบสังเกตการปฏิบัติตาม

วารสารกองการพยาบาล

แนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประชุมชี้แจงและทดลองนำแนวทางไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้กับบุคลากรทางการพยาบาล แผนกตรวจอายุรกรรม

2. พยาบาลกลุ่มตัวอย่างนำแนวทางไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยขณะรอตรวจ

3. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล 2 ครั้ง คือ ก่อนการนำรูปแบบไปใช้ และหลังการนำไปใช้ 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบ HosXP เป็นปัจจุบัน

4. ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนกระบวนการพัฒนาเมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้แนวทางตามระยะของการศึกษาทดลอง โดยการสะท้อน (Reflection)

5. กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ COA.2/2566 ลงวันที่รับรอง 9 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ผู้ป่วยและการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยรอตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ในปี พ.ศ.

2563-2564 มีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 637 ราย และในปี พ.ศ.2565 เฉลี่ยวันละ 1,104 ราย มีพยาบาลคัดกรองให้บริการ 2 คน ทำให้มีความเร่งรีบในการคัดกรอง ทำให้มีการประเมิณผิดพลาด ไม่ครบถ้วน พบผู้ป่วยอาการไม่คงที่ขณะรอตรวจในปีพ.ศ.2564 จำนวน 343 ราย และในปีพ.ศ.2565 จำนวน 430 ราย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในปีพ.ศ.2564 จำนวน 9 ราย และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 5 ราย ในปีพ.ศ. 2562 และ 2565 มีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ที่ห้องตรวจอายุรกรรมจำนวน 1 และ 2 รายตามลำดับ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่า การประสานงานและการแยกประเภทผู้ป่วยไม่ตรงกันระหว่างงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยถูกส่งกลับปามา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่ห้องตรวจอายุรกรรม ที่ห้องตรวจอายุรกรรมไม่มีแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยและการพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วย และไม่มีระบบการบันทึกการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน

2. ผลการศึกษาการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ที่ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยนอก กำหนดขึ้นตามเกณฑ์ของระบบสัญญาณเตือน MEWS, S-MEWS, SOS และ MOPH ER Triage ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการบริการในแผนกตรวจอายุรกรรม ประกอบด้วย 1) การจัดพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ (Zoning) พร้อมแสดงสีตามประเภทของระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยในบริเวณใกล้สถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาล 2) การจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ โดยเชื่อมกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hos-xp) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ (1) ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง โดยประเมิน ระดับความ

วาระสภากองการพยาบาล

รู้สึกตัว และวัดสัญญาณชีพ (2) กำหนดระดับความรุนแรงคัดแยกตามสัญญาณชีพ จากอาการและอาการแสดง ดังภาพที่ 2 โดยกำหนดสี ดังนี้ สีเขียวสำหรับผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non urgency) สีเหลืองสำหรับผู้ป่วยกึ่งรีบด่วน (Semi-urgency) สีชมพูสำหรับผู้ป่วยรีบด่วน (urgency) และสีแดงสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) (3) จัดผู้ป่วยให้รอในพื้นที่กำหนดตามสี (4) ให้การพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ

ตามประเภทที่คัดแยกตามสัญญาณชีพที่กำหนด (5) ส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาตามความเร่งด่วนที่คัดแยกตามสัญญาณชีพ (6) ติดตามประเมินอาการซ้ำตามคู่มือแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตามเกณฑ์ของระบบสัญญาณเตือน

โซนสีแดง	☐ SBP ≤ 90 or ≥ 200 ☐ HR < 50 or > 130 ☐ RR < 10 or > 30 ☐ SpO ₂ ≤ 95 ☐ PS ≥ 7 ☐ K > 7 ☐ BS > 600 ☐ ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม or GCS drop ≥ 2 ☐ เจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปกราม/ไหปลาร้า/แขน ☐ แขนขาชา ปากเบี้ยว ภายใน 6 ชม. ☐ ชักเกร็ง หรือหยุดชักภายใน 1 ชม.
โซนสีชมพู	☐ SBP ≥ 180 or < 200 ☐ HR 111-130 ☐ BT > 38.5 ☐ K ≥ 6 ☐ Na < 125 ☐ INR > 5 ☐ Plt. $< 10,000$ ☐ BS (DM) ≤ 70 or ≥ 300 (non-DM) ≤ 55 ☐ ตอบสนองต่อความเจ็บปวด/วุ่นวายสับสน ☐ มีประวัติชักเกร็งแต่หยุดแล้ว
โซนสีเหลือง	☐ SBP > 90 or < 180 ☐ HR 101-110 ☐ RR 21-30 ☐ ตอบสนองต่อเสียง
โซนสีเขียว	☐ SBP > 90 or < 180 ☐ HR 51-100 ☐ RR 10-20 ☐ ตื่น รู้เรื่องดี

ภาพที่ 2 ระดับความรุนแรงคัดแยกตามสัญญาณชีพ (Modified Early Warning Signs (MEWS), Sakon Nakhon Hospital Modified Early Warning Signs (S-MEWS), Search Out Severity (SOS), และ MOPH ER Triage))

การใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม ดังนี้ เจ้าหน้าที่ที่วัดสัญญาณชีพ หรือเจ้าหน้าที่ที่ซักประวัติ พบผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพหรืออาการที่ผิดปกติ มีอาการทรุดลง หรืออาการเร่งด่วนระหว่างรอตรวจ ส่งต่อให้พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น Urgency nurse เข้าประเมินผู้ป่วยซ้ำเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม พยาบาลกำกับติดตามการใช้แนวทางฯ เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง ผลการศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ แผนกตรวจ

อายุรกรรม ด้านพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.31 มีอายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 34.62 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 84.61 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงและให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ ก่อนและหลังการใช้แนวทาง พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถเท่ากับ 0.57 และ 0.93 คะแนนตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ (N = 26)

การปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย	ก่อนใช้	หลังใช้
	Mean (SD)	Mean (SD)
1. ชักประวัติปัจจัยเสี่ยงตามสื่อดูการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ครบถ้วน	0.65(0.49)	0.96(0.20)
2. ประเมินไข้และลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้องครบถ้วน	0.96(0.20)	1.00(0.00)
3. ประเมินความดันโลหิตและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้องครบถ้วน	0.96(0.20)	1.00(0.00)
4. ประเมินชีพจรและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้องครบถ้วน	1.00(0.00)	1.00(0.00)
5. ประเมินอัตราการหายใจและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้องครบถ้วน	0.27(0.45)	0.92(0.27)
6. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้องครบถ้วน	1.00(0.00)	1.00(0.00)
7. ประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกการเฝ้าระวังได้ถูกต้องครบถ้วน	1.00(0.00)	1.00(0.00)
8. ประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ถูกต้องครบถ้วน	0.19(0.40)	0.88(0.33)
9. จำแนกผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ถูกต้องครบถ้วน	0.23(0.43)	0.85(0.37)
10. ติดตามอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ถูกต้องครบถ้วน	0.19(0.40)	0.85(0.37)
11. ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ในโซนเฝ้าระวังผู้ป่วย ได้ถูกต้องครบถ้วน	0.23(0.43)	0.88(0.33)
12. ประเมินผลการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจได้ถูกต้องครบถ้วน	0.23(0.43)	0.85(0.37)
รวม	0.57(0.38)	0.93(0.67)
t = -3.20; p=.004		

ผลการศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ก่อนใช้ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 19.23 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 หลังจากทดลองใช้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยฯ (N = 26)

ระดับการปฏิบัติจากแบบสังเกต	ก่อนใช้		หลังใช้	
	จำนวน(N=26)	ร้อยละ	จำนวน(N=26)	ร้อยละ
1. ความสามารถในการปฏิบัติได้ในระดับดี	5	19.23	26	100
2. ความสามารถในการปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง	20	76.92	0	0
3. ความสามารถในการปฏิบัติได้ในระดับต่ำ	1	3.85	0	0

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ ในภาพรวมเท่ากับ 2.79 (S.D. = 0.47) อยู่ในระดับมาก ด้านที่มีระดับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ ความพึงพอใจในการใช้งาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 (S.D. = 0.48) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ (N = 26)

ประเด็นการประเมิน	$\bar{x}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ความสามารถของแนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์	2.78	0.42	มาก
ง่ายต่อการใช้งาน ไม่ซับซ้อน	2.78	0.42	มาก
สะดวกในการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละจุดบริการ	2.78	0.51	มาก
สามารถจำแนกประเภทผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม	2.78	0.51	มาก
ความพึงพอใจในการใช้งาน	2.81	0.48	มาก
รวม	2.79	0.47	มาก

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรมในระหว่างที่ศึกษา มี 11,252 คน ได้รับการคัดกรอง แยกประเภทสี และให้การพยาบาลตามมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไม่รีบด่วน ร้อยละ 89.04 รองลงมาเป็นผู้ป่วยรีบด่วน ร้อยละ 9.65 และรีบด่วน ร้อยละ 1.15 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินน้อยที่สุด ร้อยละ 0.16 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองตามมาตรฐาน และให้การพยาบาลที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่ได้รับอันตรายถึงชีวิต คิดเป็นร้อยละ

100 แยกเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยกึ่งรีบด่วน (Semi-urgency) หลังจากได้ให้การพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนประเภทเป็นผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non urgency) ร้อยละ 8.31 และผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยรีบด่วน (urgency) หลังจากได้ให้การพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยกึ่งรีบด่วน (Semi-urgency) ร้อยละ 27.69 ตามลำดับ และเปลี่ยนประเภทเป็นผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non urgency) ร้อยละ 0.77 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละการใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ ที่มีการเปลี่ยนแปลงหลังพบอาการและให้การพยาบาล (n = 145)

ข้อมูล	ผลการทดลองใช้	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
1.ผู้ป่วยกึ่งรีบด่วน (Semi-urgency) สีเหลืองเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non urgency) สีเขียว	90	8.31
2.ผู้ป่วยรีบด่วน (urgency) สีชมพูเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยกึ่งรีบด่วน (Semi-urgency) สีเหลือง	36	27.69
3.ผู้ป่วยรีบด่วน (urgency) สีชมพูเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non urgency) สีเขียว	1	0.77
4.ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) สีแดงที่ได้รับการดูแลและส่งต่อแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	18	100

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเปลี่ยนแปลงมีภาวะคุกคามต่อชีวิตสูงได้รับการส่งต่อและรับการดูแลต่อในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกราย คิด

เป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ให้พักรักษาตัวต่อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.0 และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจและเสียชีวิต ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ (n=18)

ข้อมูล	ผลการทดลองใช้	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ส่งต่อนอนโรงพยาบาล	9	50.00
ส่งต่อทำหัตถการแล้วจำหน่าย	2	11.11
ทำหัตถการแล้วส่งกลับห้องตรวจอายุรกรรม	7	38.89
ปฏิบัติการหัตถการตลอดและเสียชีวิต	0	0
รวม	18	100

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม ได้ศึกษาตามขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบศึกษาผล และการสะท้อน และ จัดทำเป็น คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรงค์ประชารักษ์ ขึ้น โดยเริ่มจากการคัดกรอง ประเมินอาการทรุดลง และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ โดยจัดทำสัญลักษณ์ แบ่งโซน แยกสีตามความเร่งด่วน และให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาระหว่างรอตรวจ และมีระบบการบันทึกที่ชัดเจน ผลลัพธ์ที่เกิดด้านผู้ป่วย สามารถคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนได้ถูกต้องร้อยละ 100 ด้านพยาบาล สามารถปฏิบัติการพยาบาลเหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วยได้ครบทุกข้อในระดับดี ร้อยละ 100 และความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ ก่อนและหลังใช้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.79$ $SD = 0.47$) และด้านคุณภาพบริการไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตขณะรอตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรณ และคณะ¹¹ พบว่า ระบบคัดแยกผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ

ประเมินเพื่อค้นหาภาวะสุขภาพ สามารถจัดลำดับความเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยการแบ่งแยกสี การทำสัญลักษณ์สื่อสาร และแบ่งโซนการดูแล ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดี^{12,13} ส่งผลให้ผู้ใช้นี้แนวทางมีความมั่นใจ และมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากการจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีม ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้นส่งผลให้ผู้ใช้นี้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ มีความมั่นใจสามารถคัดกรอง และตระหนักถึงความสำคัญอาการต่างๆ ที่ผิดปกติของผู้ป่วย และประเมินระดับคะแนนได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการพัฒนา¹² การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ เปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การหาแนวทางการแก้ปัญหา การปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผลร่วมกันเป็นผลให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง¹⁴ ทุกขั้นตอนพยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเป็นข้อเสนอประเด็นการพัฒนาตามความคิดเห็นของตนเองเพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ ให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง

วาระการพยาบาล

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ชีวเวช¹⁵ ที่กล่าวว่า ทีมที่มีประสิทธิภาพสมาชิกทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของทีม สามารถแสดงความคิดเห็นมีส่วนร่วมในการทำงานและการตัดสินใจของทีม การทำงานในลักษณะทีมจะประสบความสำเร็จได้ สมาชิกทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันไม่ใช่เป็นปัญหาของคนใด คนหนึ่ง¹⁶ จึงส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของจันทิมา, จันทรีนา และ กวินทร์นาฏ¹⁷ ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบภายใต้การมีส่วนร่วมของ

บุคลากรทำให้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านสมรรถนะของพยาบาล และในกรณีพยาบาลมีการหมุนเวียนควรได้รับการนิเทศการปฏิบัติงานให้สามารถคัดกรองตามแนวทางปฏิบัติของห้องตรวจ ทั้งนี้แนวทางควรพิจารณา ความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลด้วย
2. ควรขยายผลการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจไปใช้ในการพัฒนางานห้องบริการตรวจอื่นๆ และพัฒนาต่อยอดงานวิจัย

References

1. News and media relations mission group Information Bureau, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Drive safety policy for personnel, patients, and the public. [Internet]. 2023 Nov 26 [cite 2024 Jan 20]; Available from: <http://www.pr.moph.go.th/url=pr/detail/2/04/202841>. Thai
2. Darunee Chanruechai, Panarat Thao Udom, Patchalin Huntirath. Research report on development of a system for sorting patients for outpatient work Phra Achan Fan Acharo Hospital, Sakon Nakhon Province. [Internet]. 2022 Sep 7 [cite 2024 Jan 20]; Available from: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20220907100431_585175189.pdf. Thai
3. Tepirat Thetprasit. Development of patient classification system Outpatient and emergency work Chokchai Hospital. RHPC9.2564;15(36):160-178. Thai.
4. Bureau of Nursing. Nursing standards in hospitals. 3rd ed. Nonthaburi: War Veterans Organization Printing House; 2008. Thai.
5. The Royal College of Surgeons of England. Outpatient clinics: A guide to good practice London. The Royal College of Surgeons of England; 2017.
6. Sawanpracharak Hospital. Summary of annual work 2563-2565. [Internet]. 2023 March [cite 2023 Sep 20]; Available <https://static.spr.go.th/index.php?r=statisticdata/reports>. Thai
7. Nittayaporn Channakorn, Tasanee Daekuntut, Uraiwan Sridama, Piyanuch Boonkong. Development of a model for evaluating crisis warning signs for seriously ill adults Sakon Nakhon Hospital. NDJ. 2563; 47(1): 39-60. Thai.

8. Bureau of Medical Sciences, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. MOPH ED. Trige Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. Thai.
9. National Institute of Emergency Medicine. Criteria for separation of emergency patients and remember the order of care at Emergency Department according the criteria prescribed by National Institute of Emergency Medicine. (No.1). Bangkok: National Institute of Emergency Medicine; 2013. Thai.
10. Saisamorn Chaleoykitti, Pornnapa Kamprow, Sompis Promdet. Safty and Qualityof Nursing Service. JRTAN.2014;15(2):66-70. Thai.
11. Orawan Rittarangkun, Worawut Khaothong, Parinan Kongsomboon, Somsri Khiao-on. Development of emergency patient triage system. Sawan Pracharak Hospital. JDMS. 2018; 43(2): 146-151. Thai.
12. Watcharee Kraisingdecha. Improving the efficiency of monitoring patient symptoms while waiting to be examined in the surgical examination room, Outpatient Group, Buddhachinnarat Hospital, Phitsanulok. Journal of Health Nursing and Public Health. 2022; 1(1): 40-52. Thai.
13. Nittayaporn Channakorn, Tasanee Daekuntut, Uraiwan Sridama, Piyanuch Boonkong. Developing a model for evaluating crisis warning signs. For seriously ill adults Sakon Nakhon Hospital. NDJ. 2020; 47(1):39-60. Thai.
14. Sanya Yueran, Civilize Wanaratwijit. Participatory action research towards successful policy change in the health system. 1st ed. Phitsanulok: Naresuan University; 2014. Thai.
15. Theeradej Riwmongkol. Teamwork. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2013. Thai.
16. Netphanna Yaviraj. Leadership and strategic leadership. 8th ed. Bangkok: Triple; 2013. Thai.
17. Juntima Pornsensaworaphong, Junnapa Khamwachanang, Kawinnat Bunchu. The results of developing guidelines for the care of patients with acute myocardial infarction. High-lift ST type Accident and Emergency Department, Nakhon Nayok Hospital. JFONUBUU. 2015; Burapha University. 23(3) :97-111. Thai.

ผลของการจัดการพยาบาลรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทางจักษุที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล* พย.ม.(ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ)

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน* บธ.ด. (บริหารธุรกิจดุซฐปฏิบัติ)

(รับ: 13 พฤศจิกายน 2566, แก้ไข: 31 มีนาคม 2567, ตอบรับ: 10 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการพยาบาลรายกรณีแบบรายโรค ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบวิเคราะห์เจาะลึก กรณีศึกษาผู้สูงอายุโรคเบาหวานขึ้นจอตา (Diabetic Retinopathy) ที่มีความเสี่ยงสูง คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย ที่ศูนย์จอตาและน้ำวุ้นตา ชั้น M อาคารเลิศประจักษ์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 3 ราย โดยใช้รูปแบบการจัดการพยาบาลรายกรณี ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย (2) การประสานงาน (3) การติดตามกำกับ และ (4) การประเมินผล ร่วมกับการติดตามผู้ป่วยกรณีศึกษาตามรอบนัดหมาย 3 ครั้ง และติดตามการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 64 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดจาก 169 mg/dl ลดลงเหลือ 149 mg/dl น้ำตาลสะสมระดับคงที่ 8% ระดับความดันโลหิต 177/82 mmHg, 161/76 mmHg, 158/72 mmHg ตามลำดับ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 61 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดจาก 190 mg/dl ลดลงเหลือ 160 mg/dl น้ำตาลสะสมจาก 9.6% ลดลงเหลือ 8% ระดับความดันโลหิต 146/57mmHg, 143/56mmHg, 158/72mmHg ตามลำดับ และกรณีศึกษารายที่ 3 ผู้ป่วยชายอายุ 70 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดจาก 189 mg/dl ลดลงเหลือ 134 mg/dl น้ำตาลสะสมระดับคงที่ 7.5% ระดับความดันโลหิต 170/64 mmHg, 170/70mmHg, 174/70mmHg ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการใช้การพยาบาลรายกรณีแบบรายโรค สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: การจัดการพยาบาลรายกรณี ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทางจักษุ ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

E-mail: benjamas.rodpaewpan@gmail.com

Effects of Nursing Case Management in Elderly Chronic eye uncontrolled Blood sugar and Blood pressure

Benjamas Rodpaewpan*

M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

Penchun Saenprasarn*

D.B.A. (Doctor of Business Administration Program)

(Received: November 13, 2023, Revised: March 31, 2024, Accepted: April 10, 2024)

Abstract

The objective of this academic article was to study the effects of case-based nursing management in conjunction with an ophthalmology support system and education among older adults with a high risk of diabetic retinopathy. This qualitative study involved an in-depth analysis of three case studies of elderly patients with diabetic retinopathy who were at high risk due to uncontrolled blood sugar and blood pressure levels. The study took place at the M Floor, Lertpracharak Building, Mettpracharak Hospital (Wat Rai Khing). The nursing management process consisted of four steps: (1) problem assessment and care planning, (2) coordination, (3) monitoring and supervision, and (4) outcome evaluation. Patients were followed up three times at scheduled appointments and continuous nursing care was provided at home. The results of the study revealed that in case study 1, a 64-year-old male patient, blood sugar levels decreased from 169 mg/dl to 149 mg/dl, with HbA1c remaining at 8%, and blood pressure readings of 177/82mmHg, 161/76mmHg, and 158/72mmHg, respectively. In case study 2, a 61-year-old female patient's blood sugar levels decreased from 190 mg/dl to 160 mg/dl, with HbA1c dropping from 9.6% to 8%, and blood pressure levels of 146/57mmHg, 143/56mmHg, and 158/72mmHg, respectively. In case study 3, a 70-year-old male patient's blood sugar levels reduced from 189 mg/dl to 134 mg/dl, while HbA1c remained at 7.5%. Blood pressure levels were 170/64mmHg, 170/70mmHg, and 174/70mmHg, respectively. These findings indicate that case-based nurse management was effective in controlling both blood sugar and blood pressure levels.

Keywords: Nursing case management. Elderly people with chronic ophthalmic diseases. Uncontrol blood sugar and blood pressure levels.

* Lecturer Faculty of Nursing Shinawatra University,

E-mail: benjamas.rodpaewpan@gmail.com

บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอตาเป็นภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่พบบ่อยทั่วโลก พบ 93 ล้านราย¹ และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 31.4 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน² มีความบกพร่องทางสายตาที่เกิดจากเบาหวานขึ้นจอตา (Diabetic Retinopathy: DR) เพิ่มขึ้น 9.6 % ในผู้ที่มีอายุ 50 ปี^{3,4} ขึ้นไป ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะตาบอดแบบถาวร ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศชาติ อย่างไรก็ตามเบาหวานขึ้นจอตาสามารถป้องกัน และลดโอกาสสูญเสียการมองเห็นได้ ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ให้น้อยกว่า 7% ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเบาหวานขึ้นจอตา⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 mmHg ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับเบาหวานขึ้นจอตา^{5,6}

เบาหวานขึ้นจอตาสามารถป้องกันและลดโอกาสสูญเสียการมองเห็นได้ ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 พบว่า ร้อยละ 13 เป็นโรครวมทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากข้อมูลสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2558 พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อน สืบเนื่องจากพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ หลอดเลือดสมองและหัวใจ ตา ไต และเท้า เป็นต้น² ทั้งนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ

หลอดเลือดที่จอตาส่งผลให้หลอดเลือดตีบแคบ หดเกร็ง ตลอดจนหลอดเลือดถูกทำลาย เกิดจุดเลือดออกและพบสารน้ำรั่วออกมาที่จอตา⁷ ทำให้ตามัว ตาบอดจากการเกิดพังผืดดึงรั้งจอตาออก และต้อหิน⁸ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถือเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องโรคเบาหวานขึ้นจอตา พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงมีความสามารถในการประเมินความเสี่ยงต่างๆ สอนชี้แนะ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เข้าใจในแนวทางการรักษา รวมทั้งจัดการระบบบริการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้ง่ายและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁹

การจัดการพยาบาลรายกรณี เป็นกระบวนการในการดูแลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ เพิ่มคุณภาพการดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่าย เน้นการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้านและให้การดูแลผู้ป่วยที่ตรงตามปัญหาและติดตามผลอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม¹⁰ มีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วย ดำเนินการ ประสานงาน และกำกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย¹¹ ร่วมกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็ม¹² ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสอนผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความรู้ในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ชี้แนะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ เสริมพลังด้วยการกล่าวชื่นชม ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

ขึ้นจอตาได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ช่วยลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้¹³

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่รับการรักษาและส่งต่อและบริบาลดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา จากสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ข้อมูลจากฝ่ายเวชสถิติของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในปี 2561 มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาที่มารับบริการ 16,932 ราย เป็นผู้สูงอายุ 7,128 คน คิดเป็นร้อยละ 42.10 การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีทั้งยิงเลเซอร์ ฉีดยาเข้าวุ้นตา จนถึงผ่าตัดจอตาและวุ้นตา การรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตา คือ ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ชะลอการสูญเสียการมองเห็น ผลลัพธ์ทางคลินิกที่มุ่งหวัง คือ ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ตามค่าเป้าหมาย โดยการควบคุมอาหาร การบริหารยาที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย¹⁴ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตมีหลายประการ แต่ปัจจัยหลักที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีกระบวนการ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณภาพ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการพยาบาลรายกรณีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้และมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม¹⁵ และยังไม่พบการศึกษาผลของการจัดการพยาบาลรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานขึ้นจอตาที่ควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหาและ

ความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า ผู้ศึกษาจึงสนใจในการจัดการพยาบาลรายกรณีมาเพื่อดูแลผู้สูงอายุเบาหวานขึ้นจอตาที่ควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตไม่ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดการพยาบาลรายกรณี ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทางจักษุที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้

ขอบเขต

การจัดการพยาบาลรายกรณีนี้ ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานขึ้นจอตาที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการตรวจรักษาในหน่วยจอตาและวุ้นตา ชั้น M อาคารเลิศประเสริฐศรี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ระยะเวลา 12 เดือน ตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 27 มกราคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุที่เบาหวานขึ้นจอตาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่ได้ มารับบริการตรวจรักษาในหน่วยจอตาและวุ้นตา ชั้น M อาคารเลิศประเสริฐศรี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยที่ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านการอนุมัติการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยชินวัตร หมายเลข IRB21/18

วิธีดำเนินการ

ผู้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนตำรา เอกสารเกี่ยวกับ แนวคิดการจัดการพยาบาลรายกรณีทั้งในประเทศและต่างประเทศ^{10 14 15} เป็นการจัดกา

วารสารกองการพยาบาล

พยาบาลรายกรณีแบบรายโรคในการดูแล เพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสร้างแผนการดูแล (Clinical pathways) กับทีมสหสาขาซึ่งประกอบด้วย จักษุแพทย์ทางด้านจอตา พยาบาลทัศนมาตร การศึกษานี้ มีการติดตาม กรณีศึกษา 3 ราย 3 รอบนัดหมาย หรือมาก่อนนัดหมายด้วยภาวะเร่งด่วน เช่น ตามัวลงเฉียบพลัน โดยพยาบาลรายกรณีดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอน ดังนี้ คือ 1) ประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วย 2) ประสานงาน 3) ติดตามกำกับ และ 4) ประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วย การประเมินปัญหาผู้ป่วย เพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริง และนำมาวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหา ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้และประเมินผลการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อนำมาปรับปรุง¹⁵ อย่างไรก็ตาม การประเมินต้องเป็นการประเมินอย่างรอบด้าน มีทั้งการประเมินปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึง สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้¹⁶ ทั้งนี้ ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลทุกกระบวนการซึ่งรวบรวมได้จากผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ทีมสหสาขา แพทย์เฉพาะแขนง รวบรวมข้อมูลในส่วนการประเมินสภาพผู้ป่วย โดยประเมินความสามารถทางการมองเห็น (Visual Acuity: VA) ความดันตา (Tension: Tn) สัญญาณชีพ ค่าน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลสะสมครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่ตัวผู้ป่วยเองมักไม่ทราบค่าน้ำตาลสะสม ไม่น่าสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตตามด้วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีสอบถามข้อมูลด้านการรับประทานยา และพยาบาลต้องพยายามลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อการป้องกัน และควบคุมการกำเริบของโรค ลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อน เน้นการดูแลต่อเนื่อง และส่งเสริมให้

ผู้ป่วย และครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management)

ขั้นตอนที่ 2 ประสานงาน พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่สื่อสาร ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลที่กำหนด และรายละเอียดขั้นตอนการดูแลร่วมกัน คือ หากผู้ป่วยมีระดับความสามารถทางการมองเห็นลดลงในระดับสายตาสีเหลือง (ภาวะสูญเสียการเห็นบางส่วน ทำให้เห็นภาพไม่คมชัดเหมือนมีอะไรมาบัง หรือเห็นได้แคบ เนื่องจากลานสายตาแคบกว่า 30 องศา พยาบาลผู้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลจัดการรายกรณี ประสานกับทัศนมาตรเพื่อให้ผู้ป่วยลองอุปกรณ์ที่ช่วยในการมองเห็น หรือฝึกไม้เท้าขาว และให้คำแนะนำการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน แต่หากตาบอด (มองเห็นได้น้อยมาก หรือยังพอมองเห็นแสงได้บ้างไปจนถึงผู้ที่ไม่เห็นเลย เมื่อการมองเห็นไม่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้ประสาทสัมผัสอื่นแทน เช่น การสัมผัส) ดำเนินการประสานศูนย์ออกบัตรผู้พิการ เพื่อส่งเสริมให้ได้รับสวัสดิการทางสังคมตามสิทธิ หรือหากต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ประสานส่งต่อศูนย์ฝึกอาชีพสำหรับคนตาบอด ทั้งนี้ ถ้าผู้ป่วยต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เพื่อให้สามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติมากที่สุด ประสานส่งต่อไปฝึกที่วิทยาลัยราชสุตา ซึ่งเป็นศูนย์กลางเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในประชาคมอาเซียนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามกำกับ การดูแล โดยทั่วไปการติดตามผลการดูแลมักทำในระยะสั้น แต่สำหรับการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตาที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่ได้ ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuum care) และใช้เวลายาวนานจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้¹⁶ การศึกษานี้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ควบคุมกำกับการปฏิบัติให้

เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยติดตามผู้ป่วย 3 รอบนัดหมาย หรือหากมาก่อนนัดหมายหากมีตามัวลงแบบเฉียบพลัน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีสอนให้ผู้ป่วยทดสอบการมองเห็นด้วยตัวเองอย่างง่าย โดยปิดตาซ้ายแล้วจ้องมองไปยังวัตถุหรืออาจเป็นนาฬิกาติดผนังที่ระยะ 3 เมตร ดูความคมชัดเท่าเดิมหรือลดน้อยลง แล้วสลับปิดตาขวาแล้วจ้องมองไปที่จุดเดิมเพื่อประเมินการมองเห็น หากพบว่ามัวลงอย่างฉับพลัน ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดหมาย และมีการติดตามโทรเยี่ยมหากระยะการนัดหมายห่าง 4-6 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ผลลัพธ์ของการทดลองใช้ การจัดการพยาบาลรายกรณี ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอตาที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่ได้ คือ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม เพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า การจัดการพยาบาลรายกรณีมีผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่ ด้านคลินิก และการทำหน้าที่ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านการดูแลตนเอง

แผนการดูแลของการจัดการพยาบาลรายกรณี (Clinical pathways) แผนการดูแลนี้ประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการชื่นชม การประเมิน และวางแผนการดูแลร่วมกัน การให้คำปรึกษา ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทั้งนี้ การให้ความรู้ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค แนวทางการรักษา อาหาร การจัดการยาด้วยตนเอง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การให้คำแนะนำการเลือกบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์กับการควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง¹⁷ ดังนั้น พยาบาลควรประเมิน และให้คำแนะนำเรื่องนี้กับผู้ป่วยทุกราย ตั้งแต่ครั้งแรกที่ตรวจพบโรคเบาหวาน เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา โดยให้เน้น เรื่องการควบคุมอาหารไม่ใช้การอดอาหาร แต่เป็นการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ และปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย โดยยึดหลักการ จานอาหารสุขภาพ คือ แบ่งจานอาหารออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ผัก $\frac{1}{2}$ ส่วนของจาน ข้าว $\frac{1}{4}$ ส่วนของจาน และ เนื้อสัตว์ $\frac{1}{4}$ ส่วนของจาน นอกจากนี้ในแต่ละมื้ออาหารควรมีนมจืด 1 แก้ว และผลไม้สด 1 ส่วน เพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วน อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานแบ่งตามหมวดหมู่ ดังนี้¹⁸

1. ด้านอาหาร

1.1 หมวดข้าว แบ่ง แนะนำให้บริโภคข้าวแบ่งที่ขัดสีน้อย เช่น ข้าวกล้อง ขนมหาลวีต ส่วนนม และผลิตภัณฑ์ของนม แนะนำให้ดื่มนมจืดพร่องมันเนยและไม่มีน้ำตาล เนื่องจากมีไขมัน และพลังงานต่ำมาก จากงานวิจัย พบว่า การดื่มนมและผลิตภัณฑ์ของนมจากธรรมชาติ มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในทางลบ และสามารถทำนายระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้¹⁷

1.2 หมวดผัก รับประทานให้มากในแต่ละมื้อ และรับประทานผักสดทุกชนิดโดยเน้นรับประทานผักใบให้มาก เนื่องจากมีกากใยอาหารสูง ช่วยชะลอการย่อยและช่วยดูดซึมน้ำตาลและไขมันได้ดี ทำให้ลดการสะสมของน้ำตาลในหลอดเลือดและค่าไตรกลีเซอไรด์ลดลง ในขณะที่ค่าไขมันที่มีความหนาแน่นสูงเพิ่มมากขึ้น¹⁶ (high density lipoprotein)

1.3 หมวดเนื้อสัตว์ รับประทานเป็นประจำ ได้แก่ ไข่ขาว ปลาน้ำจืด และถั่วพืช เช่น ถั่วเหลือง และผลิตภัณฑ์ เช่น เต้าหู้ ฟองเต้าหู้ โปรตีนเกษตร แต่ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมันและหนัง เช่น เนื้อหมูติดหนังและติดมัน รวมทั้งอาหารแปรรูป เช่น

หมุยอ ไล้กรอก และเบคอน เพราะเสี่ยงต่อไขมันไตรกลีเซอไรด์ และคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอตา¹⁹⁶

1.4 หมวดยผลไม้ รับประทานผลไม้สดทุกมื้อ แต่ปริมาณการรับประทานมีความแตกต่างกันตามขนาด และความหวานของผลไม้แต่ละชนิด เช่น แตงโมขึ้นพอดิคำรับประทานได้มี้อละ 6-8 ชิ้น/คำ ฝรั่ง และกล้วยหอม รับประทานได้มี้อละ ½ ผล แอปเปิ้ล ส้ม กล้วยน้ำว้า รับประทานได้มี้อละ 1 ผลเล็ก ส่วนผลไม้พวง/ผลไม้เล็กมากรับประทานได้มี้อละ 6-8 ผล เช่น องุ่นแดงนอก

1.5 เครื่องดื่ม เครื่องดื่มที่ดีที่สุด คือน้ำเปล่า หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เพราะการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้²⁰

สำหรับการปรุงอาหาร แนะนำผู้ป่วย หลีกเลี้ยงอาหารหรือเครื่องปรุงรส ที่มีโซเดียมสูงซึ่งพบมากในอาหารแปรรูป เครื่องปรุงรสและขนมที่เติมผงฟู ถ้าร่างกายได้รับมากเกินไปมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงจอตา และเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขึ้นจอตา⁵

2. ด้านบริหารจัดการยา แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับขนาดยาเอง รับประทานอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา ยาก่อนอาหาร รับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที ยกเว้นยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดบางตัวที่แนะนำให้รับประทานก่อนอาหารอย่างน้อย 15 นาที ยาลหลังอาหารรับประทานหลังอาหารไม่เกิน 15-30 นาที และการฉีดอินซูลินบริเวณหน้าท้องห่างจากสะดือ 1 นิ้ว (ไม่บรรทัด)

3. ด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยลดความดันเลือด ลดระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ลดปริมาณการใช้ยารักษาเบาหวาน คลายเครียด และช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ดังนั้นการออก

กำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 20-30 นาทีต่อครั้ง นอกจากนี้ให้วัดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เพื่อประเมินความทนของร่างกาย อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมาก แต่มีความต่อเนื่องและทำให้ออกซิเจนมากกว่าวิธีอื่น ได้แก่ เดินหรือ วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน และเดินแอโรบิก เป็นต้น เนื่องจากมีผลทำให้ค่าความดันในลูกตาลดลง และลดความเสี่ยงของหลอดเลือดที่ตา ทำให้ไม่เกิดการอุดตันหรือลดการเกิดโรคที่จอตา²¹ นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด²⁰ และสามารถลดความเจ็บปวดในขณะฉีดยาอินซูลินเข้ากล้ามเนื้อท้องด้วย²²

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายวัย 64 ปี สถานภาพสมรส โรคประจำตัว เบาหวานและความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัยเป็นเบาหวานขึ้นจอตาระยะที่มีเส้นเลือดงอกใหม่และจูดรับภาพชัดบวมทั้ง 2 ข้าง ทั้งนี้ เส้นเลือดงอกใหม่เป็นเส้นเลือดผิดปกติที่เปราะบางและแตกง่าย ทำให้มีเลือดออกในจอตาจำนวนมาก (Proliferative Diabetic Retinopathy: PDR) ระยะนี้เป็นระยะรุนแรง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตามัวชัดเจน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ร่างกายจะสร้างพังผืดและดึงรั้งจอตาให้หลุดลอก และอาจนำไปสู่ภาวะตาบอดแบบถาวรได้ การรักษา คือ การยิงเลเซอร์ทั่วทั้งจอตา (Pan Retinal Photocoagulation: PRP) ยกเว้นขั้วประสาทตาและจูดรับภาพชัด เพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น เป็นการทำลายหลอดเลือดเกิดใหม่และลดการใช้ออกซิเจนของจอตา วันที่พบผู้ป่วย คือ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2561 แพทย์นัดผู้ป่วยมายิงเลเซอร์ที่ตาทั้ง 2 ข้าง

วาระการสาธารณสุข

ระดับน้ำตาลในเลือด 169 mg/dl (เดือนตุลาคม 2561) ระดับความดันโลหิต 190/90 มิลลิเมตรปรอท (รับประทานยาลดความดันเวลา 8.30 น.) ให้นั่งพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 180/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่สามารถใช้หยอดขยายม่านตาได้ จากระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/100 มิลลิเมตรปรอท เป็นข้อห้ามในการหยอดขยายม่านตา เพราะยาที่ใช้หยอดขยายม่านตาจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกร้อยละ 10-15 มิลลิเมตรปรอท ค่าความสามารถทางการมองเห็น ตาขวา $20/400^{-1}$ ตาซ้าย $20/400^{-1}$ เมื่อให้อ่านผ่านรูเข็ม ตาขวาสามารถมองเห็นได้ดีขึ้น 20/150 ในขณะที่ตาซ้ายความสามารถทางการมองเห็นเท่าเดิม เป็นต้อกระจกทั้ง 2 ข้าง ความดันตาขวา 20 ตาซ้าย 19 มิลลิเมตรปรอท จากความดันโลหิตสูงทำให้ต้อกระจกเลเซอร์ใหม่ การรักษาล่าช้าออกไป เกิดการสูญเสียโอกาสในการรักษา เสียเวลาผู้ป่วย มีค่าใช้จ่ายที่ไม่ก่อประโยชน์ต่อการรักษา ผู้ป่วยให้ข้อมูล เรื่องอาหาร คือ ชอบอาหารรสหวาน เค็ม มัน รับประทานยาไม่ตรงเวลา ไม่ต่อเนื่อง มีดื่ม รับประทานยามากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

หลังจากใช้แผนการดูแลของการจัดการพยาบาลรายกรณี มีการติดตาม 3 รอบนัดหมาย พบว่า ระดับความดันโลหิต 177/82mmHg, 161/76mmHg, 158/72mmHg ตามลำดับ สามารถรับการรักษาด้วยเลเซอร์ได้ FBS 149 mg/dl ระดับความสามารถทางการมองเห็นครั้งสุดท้ายในการติดตาม VA ตาขวาและตาซ้าย 20/200 มองผ่านรูเข็ม ความสามารถทางการเห็นเท่าเดิม ความดันตาขวา 20 ตาซ้าย 19 ผลการตรวจจอประสาทตา (Optical Coherence Tomography; OCT) จุดรับภาพชัด บวมน้อยลง ไม่มีเลือดออกในจอตาเพิ่ม ไม่มีภาวะเสี่ยงจอตาหลุดลอกหลุด

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 61 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง น้ำตาลใน

เลือด 2 วันก่อนมาพบแพทย์ตามนัด 190 mg/dl น้ำตาลสะสม 9.6% ความดันโลหิต 145/58 mmHg ชอบรับประทานอาหารรสจัด รับประทานแป้ง (ข้าว) จำนวนมาก ไม่ออกกำลังกาย ได้รับการวินิจฉัยเป็น เบาหวานขึ้นจอตาระยะที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ทั้ง 2 ข้าง ทั้งนี้เส้นเลือดงอกใหม่เป็นเส้นเลือดผิดปกติที่เปราะบางและแตกง่ายทำให้มีเลือดออกในจอตาจำนวนมาก (Proliferative Diabetic Retinopathy: PDR) ได้รับการยิงเลเซอร์ทั่วทั้งจอตา (Pan Retinal Photocoagulation: PRP) ยกเว้นขั้วประสาทตาและจุดรับภาพชัด เพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น เป็นการทำลายหลอดเลือดเกิดใหม่และลดการใช้ออกซิเจนของจอตา ค่าความสามารถทางการมองเห็น ตาขวา $20/100^{-1}$ ให้อ่านผ่านรูเข็ม สามารถมองเห็นได้ดีขึ้น 20/70 ตาซ้าย 20/80 ให้อ่านผ่านรูเข็ม สามารถมองเห็นได้ดีขึ้น 20/40 ความดันตาขวา 15 ตาซ้าย 16 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยให้ข้อมูล เรื่องอาหาร ว่า รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ควบคุมปริมาณไม่ได้ ชีตอินซูลินเอง ปรับลดและเพิ่มยาเอง แต่การฉีดอินซูลินไม่สม่ำเสมอ

หลังจากใช้แผนการดูแลของการจัดการพยาบาลรายกรณี มีการติดตาม 3 รอบนัดหมาย พบว่า ระดับความดันโลหิต 146/57mmHg, 143/56mmHg, 158/72mmHg ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 160 mg/dl น้ำตาลสะสม 8.0% ค่าความสามารถทางการมองเห็น ตาขวา $20/50^{-1}$ มองผ่านรูเข็ม ความสามารถทางการเห็นเท่าเดิม ตาซ้าย $20/50^{+3}$ มองผ่านรูเข็มเท่าเดิม ความดันตาขวา 16 ตาซ้าย 16 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจจอประสาทตา (Optical Coherence Tomography; OCT) จุดรับภาพชัด บวมลดลง ไม่มีเลือดออก ไม่มีภาวะเสี่ยงจอตาหลุดลอกหลุด

กรณีศึกษาที่ 3 ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุวัย 70 ปี โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง น้ำตาล

วาระการสาธารณสุข

ในเดือน 1 เดือนก่อนมาพบแพทย์ 190 mg/dl น้ำตาลสะสม 7.5% B.P. 170/75 mmHg มาโรงพยาบาลตามนัด ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขึ้นจอตา ระยะที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ทั้ง 2 ข้าง ทั้งนี้เส้นเลือดงอกใหม่เป็นเส้นเลือดผิดปกติที่เปราะบางและแตกง่ายทำให้มีเลือดออกในจอตาจำนวนมาก (Proliferative Diabetic Retinopathy: PDR) ได้รับการยิงเลเซอร์ทั่วทั้งจอตา (Pan Retinal Photocoagulation: PRP) ยกเว้นชั่วคราวประสาตาและจุดรับภาพชัด เพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น เป็นการทำลายหลอดเลือดเกิดใหม่และลดการใช้ออกซิเจนของจอตา ในผู้ป่วยรายนี้ยังพบว่า มีพังผืดที่จอตาในตาซ้ายด้วย ค่าความสามารถทางการมองเห็น ตาขวา 20/30 ตาซ้าย 20/70 ให้อ่านผ่านรูเข็ม สามารถมองเห็นได้ดีขึ้น 20/50⁺2 ความดันตาขวา 17 ตาซ้าย 17 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยให้ข้อมูลด้านอาหาร รับประทานอาหารแต่ละมื้อปริมาณมาก รูปร่างอ้วน ชีตอินซูลินเอง บางครั้งให้บุตรสาวช่วยฉีดที่ต้นแขน ตำแหน่งในการฉีดที่หน้าท้องไม่ถูกต้อง

หลังจากใช้แผนการดูแลของการจัดการพยาบาลรายกรณี มีการติดตาม 3 รอบนัดหมาย ควบคุมกำกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและผลลัพธ์ที่ต้องการได้ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมในบางส่วน มาก่อนรอบนัดหมาย 3 สัปดาห์ เนื่องจากตาซ้ายมัว จักษุแพทย์ตรวจพบ เลือดออกภายในชั้นของจอประสาทตา (Dot -blote hemorrhage) ที่จอตาข้างขวา มีหลอดเลือดผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ที่ชั่วคราวตาซ้าย ได้รับการยิงเลเซอร์เพิ่ม 2 ครั้งทั้งจอตาทั้ง 2 ข้าง และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตาข้างซ้าย 2 เข็ม ในระหว่างการกำกับการติดตาม กรณีศึกษานี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะต้อหินจากเบาหวานขึ้นจอตา แต่ยังไม่มีการตรวจพบต้อหินจากพังผืดตึงรั้ง ถือว่าการรักษาครั้งนี้ เป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

จากกรณีศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทางจักษุที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้ ทั้ง 3 ราย สามารถสรุปอาการทางคลินิก การดูแลตนเองและอื่นๆ ได้ ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 การสรุปอาการทางคลินิก การดูแลตนเองและอื่นๆ เปรียบเทียบกรณีศึกษา ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทางจักษุที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้ 3 ราย

ผู้ป่วย/ ผู้ดูแล	อาการทางคลินิก	การดูแลตนเอง	อื่นๆ
รายที่ 1	หลังจากดูแลตามแผน ติดตาม 3 รอบ นัดหมาย พบว่า ระดับความดันโลหิต 177/82 mmHg, 161/76 mmHg ,158/72 mmHg ตามลำดับ FBS 149 mg/dl น้ำตาลสะสม 8.0% VA ตาทั้ง 2 ข้าง 20/200 มองผ่านรูเข็ม ความสามารถทางการเห็นเท่าเดิม ความดันตาขวา 20 ตาซ้าย 19 ผล OCT Mac BE จุดรับภาพชัด บวม ลดลง ไม่มีเลือดออก ไม่มีภาวะเสี่ยง จอตาหลุด	ชอบอาหารรสหวาน เค็ม มัน รับประทานยาไม่ตรงเวลา ไม่ต่อเนื่อง มีลิ้นรับประทานยามากกว่า 2 ครั้งต่อ สัปดาห์ ปรับพฤติกรรมในเรื่องการ ควบคุมอาหาร การบริหารจัดการยา ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และออก กำลังกาย	ผู้ป่วยและญาติพอใจที่ ได้รับคำแนะนำจาก พยาบาล

วารสารกองการพยาบาล

ผู้ป่วย/ ผู้ดูแล	อาการทางคลินิก	การดูแลตนเอง	อื่นๆ
รายที่ 2	หลังจากดูแลตามแผน ติดตาม 3 รอบ นัดหมาย พบว่า ระดับความดันโลหิต 146/57 mmHg, 143/56 mmHg, 158/72 mmHg ตามลำดับ FBS 160 mg/dl น้ำตาลสะสม 8.0% VA ตาขวา 20/50 ⁻¹ มองผ่านรูเข็ม ความสามารถทางการเห็นเท่าเดิม ตาซ้าย 20/50 ⁺³ มองผ่านรูเข็มเท่าเดิม ความดันตาขวา 16 ตาซ้าย 16 ผล OCT Mac BE จุดรับภาพชัด บวม ลดลง ไม่มีเลือดออก ไม่มีภาวะเสี่ยง จอตาออกหลุด	ชอบใช้สารเติมรสอาหาร เช่น ผงชูรส เค็ม มัน รับประทานยาไม่ตรงเวลา ปรับพฤติกรรมในเรื่องชนิดของ อาหาร บริหารจัดการยาด้วยตนเอง อย่างถูกต้อง มีการออกกำลังกาย ไม่ เกิดความเสี่ยงที่สำคัญ	ได้ทราบข้อควรระวังอย่าง ละเอียดและพอใจที่ไม่ตา บอดจาก DR ภูมิใจในตัวเองที่ควบคุม ระดับน้ำตาล ระดับความ ดันโลหิตได้ดี
รายที่ 3	หลังจากดูแลตามแผน ติดตาม 3 รอบ นัดหมาย พบว่า ยังปรับพฤติกรรมได้ น้อย มาก่อนรอบนัดหมาย 3 สัปดาห์ เนื่องจากตาซ้ายมัว ควบคุมระดับ ความดันโลหิตไม่ได้ 170/64 mmHg, 170/70 mmHg, 174/70 mmHg ตามลำดับ FBS 134 mg/dl น้ำตาล สะสม 7.5% VA ตาขวา 20/30 ⁻² มอง ผ่านรูเข็มความสามารถทางการเห็น เท่าเดิม ตาซ้าย 20/70 มองผ่านรูเข็ม เท่าเดิม ความดันตาขวา 13 ตาซ้าย 15 ผล OCT Mac BE จุดรับภาพชัด บวมลดลง ไม่มีเลือดออก ไม่มีภาวะ เสี่ยงจอตาออกหลุด	ชอบอาหารรสหวาน มัน รับประทาน ยาไม่ตรงเวลา ไม่ออกกำลังกาย มี ลิ้มรับประทานยามากกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ปรับปรุง เรื่อง การ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยฝึกร่วมกันขณะเข้ารับการ รักษาพยาบาลในคลินิก การบริหาร จัดการยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เข้าใจการเปลี่ยนแปลงสามารถ มารับบริการเองได้	ญาติ และผู้ป่วยระบุว่ายัง ไม่เคยได้รับการอธิบาย และบอกละเอียด เกี่ยวกับ อาหาร บอกแต่กินผักผลไม้ แต่ไม่ทราบว่าควรกินอะไร จำนวนเท่าใดและ ติดตาม ถามว่าทำถูกหรือไม่
ทีม สุขภาพ (พยาบาล 4 คน แพทย์ 1 คน)	จากการสัมภาษณ์ทีมสุขภาพ รายละเอียด ดังนี้ “ผู้ป่วยได้รับการ เสริมพลัง ตระหนักในการรับการรักษา และปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น” (RN 1) “รับการเสริมพลังอย่างถูกต้อง ในการกิน การออกกำลังกาย” (RN 2)	“ดูแลตนเองได้มากขึ้น ผู้ป่วย รับประทานยาตรงเวลามากขึ้น” (RN 2, MD) “กระตือรือร้นในการดูแลช่วยเหลือ ตนเองมากขึ้น” (RN 3)	“มีสุขภาพดีขึ้น อารมณ์ แจ่มใสขึ้นมาก” (RN 4)

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาแบบเจาะลึกทั้ง 3 รายที่
ทดลองนำการจัดการพยาบาลรายกรณีมาใช้ เพื่อหวัง
ผลให้มีการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทางจักษุที่

ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้ มี
พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป้าหมายเพื่อลดความ
รุนแรงของภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับการดูแลตาม
แผนจัดการรายกรณี พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทาง

จักขุที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น ในเรื่องการควบคุมอาหาร การบริหารจัดการยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มีการออกกำลังกาย ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้ยังสามารถคงระดับการมองเห็น ชะลอการสูญเสียการมองเห็น ลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการรายการณในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา²³ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (Fasting plasma glucose :FPG) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ในขณะที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าการจัดการพยาบาลรายการณที่ประยุกต์ทฤษฎีระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ว่ามีผลต่อการรับรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายการณผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายการณ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเช่นกัน และสนับสนุนผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายการณมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด จึงควรใช้เป็นรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายการณในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้²⁴ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งจากผลการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตช่วยให้ชะลอความเปลี่ยนแปลงของจอตาที่เลวลงได้ จึงควรนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายการณมาปรับใช้ในหน่วยบริการให้เต็มรูปแบบ แผนการดูแลของการจัดการพยาบาลรายการณที่ทดลองใช้นั้น 3 ด้าน ได้แก่ อาหาร ยา และการออกกำลังกาย

สรุป

จากการศึกษาทดลองใช้การจัดการพยาบาลรายการณแบบรายการโรค ใน 3 กรณีศึกษา พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 3 ราย หลังจากได้รับความรู้ การชี้แนะช่วยเหลือสนับสนุน มีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้เหมาะสมขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตได้ดี ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย แต่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรนำการจัดการพยาบาลรายการณไปใช้ในการดูแลกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโรคเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาทดลอง ผลของการจัดการพยาบาลรายการณในผู้สูงอายุเบาหวานขึ้นจอตาที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ผู้บริหารองค์กรพยาบาลควรมีนโยบายสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบการจัดการรายการณไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีโรคร่วมหลายโรค ประกอบกับการพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความซับซ้อนของบริการ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการจัดการพยาบาลรายการณ และส่งเสริมการใช้รูปแบบการจัดการรายการณ มีการ

วาระสภากองการพยาบาล

มอบหมายเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี เพื่อให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรพัฒนาบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ให้มีความรู้เฉพาะทางในด้านการบริหารจัดการการประสานงาน และความสามารถในการตัดสินใจโดยอิสระ

4. ควรมีการใช้รูปแบบการจัดการพยาบาลรายกรณีเป็นต้นแบบ สำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง จำนวนวันนอนนานในหอผู้ป่วยในแต่ละ

โรค เพราะการจัดการรายกรณีเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีการดูแลต่อเนื่อง

5. ให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอตา และหรือค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะเบาหวานขึ้นจอตา เพื่อลดความรุนแรงที่อาจทำให้เกิดความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง โดยมุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้

Reference

1. Garratt S, editor. Diabetic Retinopathy. 1st ed. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology;2017.
2. Diabetes Association of Thailand, Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, and National Health Security Office. (2015). Medical practice guidelines for diabetes. Bangkok. Thai
3. Vujosevic S, Aldington SJ, Silva P, Hernández C, Scanlon P, Peto T, Simó R. Screening for diabetic retinopathy: new perspectives and challenges. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2020; 8(4): 337-47.
4. Flaxman SR et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health. 2017; 5(12): doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30393-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30393-5)
5. Nipaporn Puangmee, Kannika Khamtiam, Suphalert Prakhunhansit. Prevalence and factors that Relation to diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes, Siriraj Hospital Ophthalmology Unit, Thammasat Medical Journal. 2017; 17(3); 336-345. Thai.
6. Man X, Zhang H, Yu H, Ma L, Du J. Increased serum mannose-binding lectin levels are associated with diabetic retinopathy. Journal of diabetes and its complications. 2015; 29(1): 55-58.
7. Nipphaphat Sinsap & Jinawat Chankara. Hypertension in the elderly: a silent killer that should be aware of. Journal of Phrapokklao College of Nursing. 2017; 28(1); 100-111. Thai.
8. Aphichat Singhalavanich & Yanee Jiamchaisri. Ophthalmology. 2010. Bangkok: Holistic. Thai
9. Araya Chiangkhong, Patcharee Duangchan & Angsinan Intharakamhaeng. Health literacy in Adult diabetic patients: experiences of being a diabetic patient and perspectives related to Health literacy. Kuekarun Journal. 2017; 24(2): 162-178. Thai

10. Case Management Society of America. What is a case manager? Retrieved January 31, 2018, from <http://www.cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>
11. Orem D.E, Susan G. Taylor, & Renpenning K.M. Nursing concepts of practice (6thed.). St. Louis Mosby. 2001.
12. Powell, S.K, &Tahan, H.A. Case management: a practical guide for education and practice. (3rded.). Philadelphia, PA; Wolters Kluwer Health Lippincott William &Wikins.2010.
13. Li Q, Wang M, Li X, Shao Y. Aging and diabetic retinopathy: Inherently intertwined pathophysiological processes. *Exp Gerontol*. 2023;175:112138. doi: 10.1016/j.exger.2023.112138. Epub Mar 24. PMID: 36893949.
14. Rangsimas Rattanasila, et al. Results of the case management program for elderly people with uncontrolled diabetes. *Journal of Public Health Nursing*. 2015; 29(1); 67-69. Thai
15. Arunee Chaiyarit Wimon Jungsombatsiri. The important role of case managers in development. Quality of care for patients with chronic diseases: diabetes and high blood pressure. *Nursing Journal*. 2017; 44(4): 195-205. Thai
16. Shu K, Sliva A, Wang S, Tang J, Liu H. Fake news detection on social media: A data mining perspective. *ACM SIGKDD explorations newsletter*. 2017; 19(1): 22-36.
17. Edelman BG, Geradin D. Efficiencies and regulatory shortcuts: How should we regulate companies like Airbnb and Uber. *Stan. Tech. L. Rev*. 2015;19: 293.
18. Supaporn Sanguan Thammarong, Thiti Phon Yosen. The role of outpatient nurses at Siriraj Hospital in preventing type 2 diabetes for people at risk for diabetes. *Medical Journal Siriraj*.2019; 12(2): 108-115. Thai
19. Nipaporn Puangmee. Nursing care for type 2 diabetic patients with diabetic retinopathy. *Kuekarun Journal*. (2018); 25(1): 217-227. Thai
20. Rittirong Buraphan and Niramom Muangsom. Factors affecting the control of blood sugar levels. Not for patients with type 2 diabetes. Sangcom Hospital Udon Thani Province. *Research Journal, Faculty of Public Health Khon Kaen University*. 2013; 6(3): 102-109. Thai
21. Punia S, Kulandaivelan S, Singh V, Punia V. Effect of aerobic exercise training on blood pressure in Indians: Systematic Review. *International journal of chronic diseases*. Published online 2016; 17: doi: 10.1155/2016/1370148.
22. Delavar, R., & Heidarianpour, A. The effect of aerobic exercise training on plasma apelin levels and pain threshold in T1DM rats. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. (2016); 18(9), e31737. doi: 10.5812/ircmj.31737.
23. Patcharaporn Kerdmongkol, Kwanjai Amnatsatsue, Pornthip Rattanasongtham. Results of the income management Program in the case of elderly people with diabetes who have diabetic

วารสารกองการพยาบาล

- retinopathy. Journal of Public Health Nursing. 2017; 31(2): 1-10. Thai
24. Ubonrat Rattanurai, and Prapas Songbut. Results of the case management program in patients Diabetes that cannot control sugar levels. Journal of Public Health 2019; 28(Special Issue): 146-151. Thai

ระบบบริหารจัดการเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลอิสระ เยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี

นิชดา สารอวลย์แพศย์* ค.ด. (สาขาอุดมศึกษา)
ศิริอร สิ้นธุ** พย.ด. (การพยาบาล)
ปทุมทิพย์ อตุลวัฒนศิริ*** พย.ด. (การพยาบาล)

(รับ: 8 เมษายน 2567, แก้ไข: 15 เมษายน 2567, ตอรับ: 20 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากมีผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามเท่านั้นที่สามารถควบคุมโรคได้ แพทย์และพยาบาลในระบบของภาครัฐคงมีจำนวนเท่าเดิมหรือลดลงทุกปี การให้บริการผู้ป่วยยังเป็นแบบต้งรับ บุคลากรไม่มีเวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปรับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน การออกแบบระบบบริหารจัดการด้วยลักษณะการจ้างงานพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านให้เป็นพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแบบเฉพาะเจาะจง การประยุกต์ใช้เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจสำหรับพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านในการดูแลควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการนำระบบสารสนเทศเข้ามาสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยได้เป็นปัจจุบันช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานตามมาตรฐานอย่างปลอดภัยและมีความทันสมัย พื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ประมาณร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทั้งหมดและมีความพร้อมในการเป็นพื้นที่นำร่องการใช้ระบบบริหารจัดการด้วยลักษณะการจ้างงานพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านเสริมการจัดบริการแบบเดิม

ผลการตอบทเรียนความสำเร็จของระบบบริหารจัดการและการจ้างงานพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วและค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ลดลง พยาบาลประจำมีภาระงานลดลง พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านมีความมั่นใจและมีความคล่องตัวในการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่บ้าน

คำสำคัญ: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

** ศาสตราจารย์ สภาคณพยาบาลแห่งประเทศไทย

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ Email: patoomthip.adu@gmail.com

The Management for Control Diabetes and Hypertension by Nurse Freelance Home Visit: The Case Study at Nonthaburi City Municipality

Nichada Santwanpas* Ph.D. (Higher Education)

Siriorn Sindhu** Ph.D (Nursing)

Patoomthip Adunwatanasiri*** DNS. (Nursing)

(Received: April 8, 2024, Revised: April 15, 2024, Accepted: April 20, 2024)

Abstract

The management of diabetes and hypertension in Thailand has not been as successful as it should be. Approximately about one in three patients can control their condition. The number of doctors and nurses in the public healthcare system remains the same or decreases every year. Diabetes and hypertension care is still reactive, with staff lacking sufficient time to provide counseling on lifestyle modifications and healthy behaviors for sustainable disease management. Implementing a management system by hiring nurse freelances for home visit to care with diabetes and hypertension patients specifically, using decision-making tools for these nurses freelance, and integrating information systems to support patient care has helped nurses provide patient care standards, safely, and up-to-date. In Nonthaburi City Municipality, around 40% of diabetes and hypertension patients do not have their control disease, despite the readiness to lead in employing independent nurse freelances for home visit to enhance traditional care services.

The results of the management system and the employment of independent nurse freelances for home visit for diabetes and hypertension patients care show a decrease blood sugar level, as well as a reduction in average upper (SBP) and lower (DBP) blood pressure levels. The workload of community health nurse has decreased, while nurse freelances have gained confidence and flexibility in managing the health problems of diabetes and hypertension patients whose conditions are uncontrolled at home.

Keywords: Diabetes, Hypertension, Nurse freelance home visit

* Instructor, Faculty of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

** Professor, The Nurses' Association of Thailand

*** Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University. Email: patoomthip.adu@gmail.com

บทนำ

การบริหารจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา หลายองค์กรและบุคลากรสุขภาพพยายามทุ่มเททรัพยากร ความรู้ความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2563-2566 ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ยังไม่ประสบความสำเร็จ¹ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นโรคต้นทางของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งขีดความสามารถของประชาชนและเศรษฐกิจของชาติ²

การดูแลผู้ป่วยและควบคุมโรคทุกพื้นที่ในประเทศไทยมีแนวทางคล้ายกัน เช่นเดียวกับพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี ได้แก่ การคัดกรองในชุมชน ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย รักษา และให้คำแนะนำจากแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลในโรงพยาบาล เมื่อโรคอยู่ในระยะที่ควบคุมได้ จึงส่งกลับมาดูแลที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมือง ผลลัพธ์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยควบคุมโรคได้น้อยกว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่เป็นโรค^{1,3} เนื่องจากมีช่องว่างในการบริการหลายประเด็น อาทิ 1) จำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่แพทย์ พยาบาลในระบบของภาครัฐมีจำนวนเท่าเดิม หรือน้อยลง และมีข้อจำกัดการจ้างงานเพิ่มในทุกภาคส่วน 2) การบริการแบบตั้งรับในสถานบริการส่วนใหญ่ทำได้เฉพาะการรักษาด้วยการได้รับยาเป็นหลัก ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำความเข้าใจ เข้าถึง หรือแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำปรึกษาเพื่อการปรับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งแพทย์และพยาบาลให้เวลากับผู้ป่วยได้น้อยกว่าคนละ 3-5 นาที 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีอยู่

กว่า 1,000 คน ทั่วประเทศ รับภาระมาก ย้ายงานหรือถูกเปลี่ยนบทบาทโดยไม่มีการสร้างคนทดแทน เช่น ไปทำหน้าที่การจัดการระบบ (system manager) ของจังหวัด 4) ปัญหาและความต้องการ การดูแลสุขภาพของประชาชนปัจจุบันเพิ่มขึ้นทุกช่วงวัย 5) พยาบาลชุมชนมีจำนวนไม่เพียงพอกับภารกิจที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังหลายโรคทั้งผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค⁴⁻⁵

สภาการพยาบาลเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนให้ได้มาตรฐานและลดภาระงาน พยาบาลชุมชน ได้ริเริ่มประมวลแนวคิดการใช้บุคลากรพยาบาลระบบใหม่ ไม่ต้องขยายตำแหน่งหรือจำนวนการจ้างงานประจำ ไม่กระทบต่อจำนวนพยาบาลที่สามารถจ้างได้ในระบบ⁶⁻⁷ มีการเตรียมขีดความสามารถแบบเฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้เวลาย่อยบ้านในแต่ละครั้งประมาณ 60 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ในการวางแผนตั้งเป้าหมายปรับวิถีชีวิตให้ตรงตามความต้องการ มีการสื่อสารสองทางเพื่อให้ทราบอุปสรรคและสิ่งที่เอื้อต่อความสำเร็จในการจัดการโรคจึงสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เส้นรอบเอวและระดับความดันโลหิตได้⁸⁻⁹ ถือเป็นงานบริการเสริมที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาคบริการที่เป็นทีมเจ้าของไข้และที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการบริหารจัดการและค่าใช้จ่ายการบริการ ถือเป็นบริการเสริมจากบริการหลักเพื่อปิดช่องว่างการจัดการบริการ^{6-7, 10}

การพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยเนื้อหา 4 หัวข้อ ได้แก่ 1) องค์ประกอบระบบบริหารจัดการเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2) ขั้นตอนและ

กระบวนการเตรียมการ 3) การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ และ 4) ถอดบทเรียนความสำเร็จ มีรายละเอียด ดังนี้

1. องค์ประกอบระบบบริหารจัดการ เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีรายละเอียด ดังนี้

1) หน่วยงานกำกับควบคุมมาตรฐาน คือ สภาการพยาบาลออกแบบระบบของหน่วยบริหารจัดการ ออกแบบหลักสูตรและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอิสระ จัดทำเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

หน้าที่ของหน่วยงานกำกับควบคุมมาตรฐาน (1) ออกแบบและรับรองหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน (2) จัดทำเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2) หน่วยบริหารจัดการโดยผู้จัดการ หน่วยบริหารจัดการ (Health care manager) หรือพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ เป็นหน่วยงานอิสระสังกัดภาครัฐหรือหน่วยงานเอกชนที่ดำเนินงานเชิงธุรกิจสามารถเลี้ยงตัวเองได้ เป็นผู้ประสานการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเจ้าของไข้ พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วย ผู้จัดการหน่วยบริหารจัดการมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลผู้จัดการการดูแล (care manager) หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) 2) มีความรู้และมีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในคลินิกและหรือในชุมชน 3) มีทักษะการสื่อสารและการประสานงานเป็นอย่างดี 4) มีความรู้และความชำนาญด้านเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานและการใช้ระบบสารสนเทศ

เบื้องต้น หน่วยบริหารจัดการมีศักยภาพในการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้เฉพาะโรค จัดหาผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล ให้คำปรึกษาสำหรับพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนแบบเป็นปัจจุบัน (real time) ด้วยการ ใช้ระบบสารสนเทศกำกับติดตามเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านให้ปฏิบัติงานเชิงรุก ด้วยการลงเยี่ยมบ้าน ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพในกรณีที่พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านไม่สามารถจัดการปัญหาผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยใช้เครื่องมือการตัดสินใจแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการให้การดูแลผู้ป่วย⁴

หน้าที่ของหน่วยบริหารจัดการ (1) การรับสมัครพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน เตรียมคุณภาพพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน (จัดอบรม) และความพร้อมของอุปกรณ์จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน (2) ประสานการดูแลต่อเนื่องระหว่างทีมเจ้าของไข้ ผู้ป่วย และพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน (3) เป็นที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน (4) มีระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลสื่อสารประสานงานกับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง กำกับติดตามการดำเนินงาน และอำนวยความสะดวกในการทำงานของพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน (5) กำกับติดตามคุณภาพการดูแลของพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัยภายใต้การกำกับของสภาการพยาบาล

3) ทีมสุขภาพเจ้าของไข้ในสถานบริการสุขภาพหรือหน่วยงานบริการสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาล หน่วยบริการหรือโรงพยาบาลต้นสังกัดของผู้ป่วยในพื้นที่บริการ ที่ต้องการขยายรูปแบบบริการใน

ส่วนที่ผู้ป่วยได้รับไม่เพียงพอเนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวนมากและมีความซับซ้อนในการเข้าถึงบริการ ยินดีเข้าร่วมการสนับสนุนการบริหารจัดการและค่าใช้จ่ายการบริการประสานผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงการเยี่ยมบ้าน¹¹

หน้าที่ของทีมสุขภาพเจ้าของไข้ (1) จัดการส่งข้อมูลการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตามที่แพทย์และผู้ป่วยอนุญาตมายังหน่วยบริหารจัดการในการมอบหมายงานหรือจ่ายงานการเยี่ยมบ้านให้แก่พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน (2) ประสานผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงการเยี่ยมบ้านของพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน (3) สนับสนุนอุปกรณ์จำเป็นในการตรวจคัดกรองโรค (4) รับข้อมูลส่งต่อจากพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านในกรณีพบผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ร่วมกับพบภาวะแทรกซ้อนทางไตและหลอดเลือด

2. ขั้นตอนและกระบวนการเตรียมการ มีองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินการ ดังนี้

2.1 การจัดหาพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านและพัฒนาทักษะความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1) จัดหาพยาบาลที่สนใจเป็นพยาบาล อิสระเยี่ยมบ้านทุกกลุ่มวัย ได้แก่ (1) พยาบาลรุ่นใหม่ใน generation Y ต้องการอิสระ ทำงานในรูปแบบที่ท้าทาย มีลักษณะงาน ผลลัพธ์ของงานและการตอบแทนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน หรือ (2) กลุ่มพยาบาลที่ทำงานประจำ มีประสบการณ์และความรู้และมีความกระตือรือร้นในการหารายได้เพิ่ม หรือ (3) กลุ่มพยาบาลผู้เกษียณอายุที่มีประสบการณ์สูง มีสุขภาพดีและต้องการที่มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน

คุณสมบัติเปิดรับสมัคร ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ในระดับเบื้องต้น 3) มี smart phone หรือ tablet ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ 4) สะดวกเดินทางเยี่ยมบ้านในชุมชนได้ด้วยตนเอง

2.2 จัดอบรมฟื้นฟูทักษะความรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงพัฒนาโดยสภาการพยาบาล จำนวน 10 วัน เป็นการอบรมแบบ online และแบบ onsite มีการบรรยายและจัด workshop ด้วยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญการักษาพยาบาลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ทบทวนความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา เกสซ์วิทยา โภชนศาสตร์ การออกกำลังกาย กิจกรรมด้านจิตสังคม และการพักผ่อนนอนหลับ การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง การทำงานเป็นทีมกับผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารที่เคารพและให้เกียรติ ประสิทธิภาพที่แตกต่าง เทคนิคการสร้างพลังใจและทางเลือกในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การให้คำปรึกษา การประเมินและประมวลข้อมูลระบบนิเวศ วิถีชีวิต ความเสี่ยงและความปลอดภัยในการให้บริการ รวมทั้งภาวะสุขภาพ การออกแบบ วางแผน ดำเนินปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารและประสานงานการรับส่งข้อมูลสนับสนุนการทำงานของพยาบาล¹²⁻¹³ นอกจากนี้ พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองแบบ active learning บนระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2.3 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) พัฒนาโดยสภาการพยาบาล เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจการทำงานร่วมกันของผู้ป่วยและพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ความรู้โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตัวชี้วัดหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล การบริหารยา การวิเคราะห์อาการ สาเหตุ กลไก การเกิด และแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วย การประเมินปัญหาสุขภาพที่พบตามระบบการพยาบาลกรณีพบปัญหาและการดูแลเพื่อควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน โซเดียม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก เป็นต้น⁹

2.4 การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการรับส่งข้อมูลสนับสนุนการทำงานของพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านด้วยการถอดรหัสแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ให้ใช้งานได้ง่ายบนแอปพลิเคชันใน smart phone หรือ tablet ประกอบด้วย ข้อมูลสุขภาพ การคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้น ประเมินปัญหาสุขภาพตามระบบการวินิจฉัยเบื้องต้น การดูแล การบันทึกการเยี่ยมบ้าน รายงานการเยี่ยมบ้าน การประเมินผลลัพธ์ การทวนสอบผลการเยี่ยมบ้าน¹⁴⁻¹⁵

3. การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ: กรณีศึกษาเทศบาลนครนนทบุรี

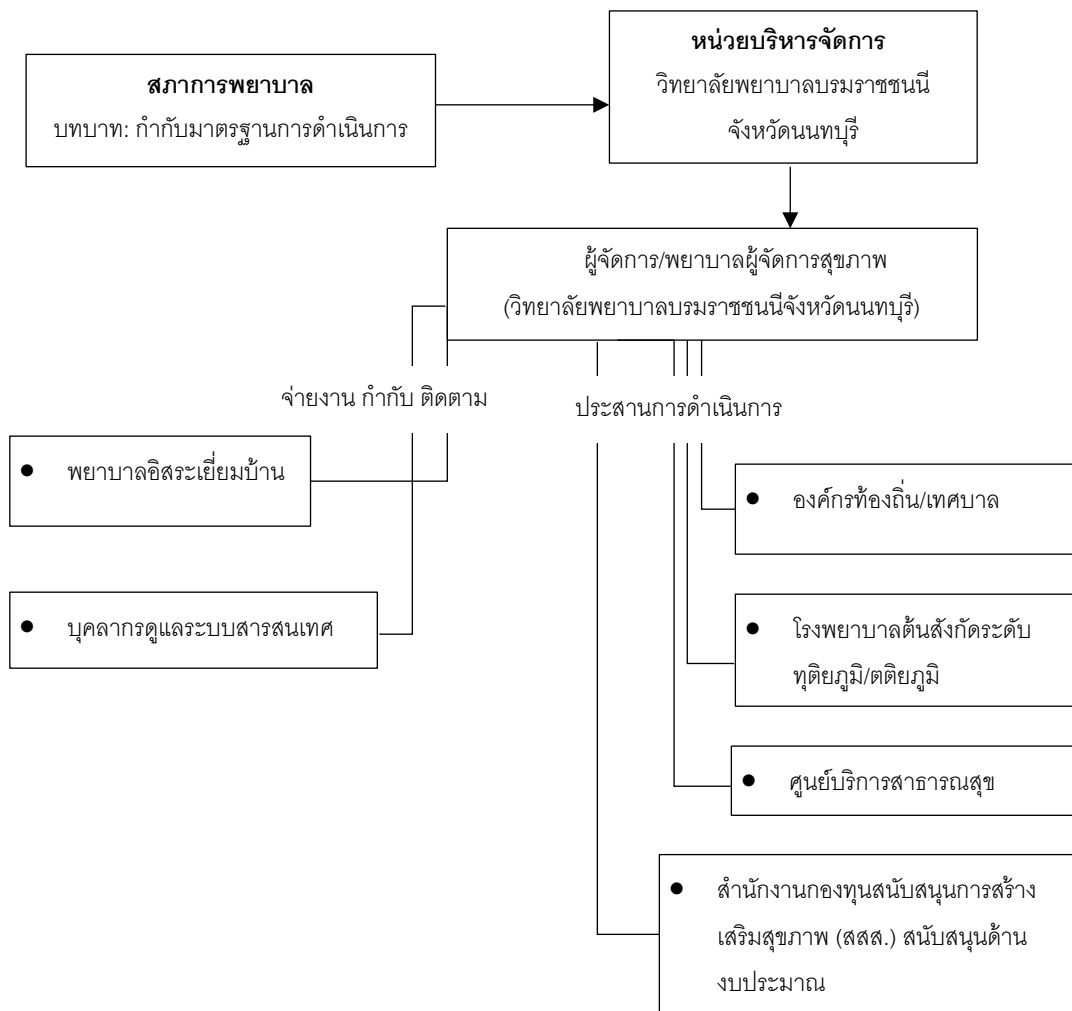
การดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบเทศบาลนครนนทบุรี ซึ่งมีความพร้อมและศักยภาพการจัดระบบบริหารจัดการ ประกอบด้วยความร่วมมือของ 3 ภาคส่วน ดังนี้

- หน่วยงานกำกับควบคุมมาตรฐาน หรือ ภาควิชาการสนับสนุนด้านวิชาการ ได้แก่ สภาการพยาบาล

- หน่วยบริหารจัดการ หรือ ภาควิชาการ ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

- ทีมสุขภาพเจ้าของไข้ หรือ ภาควิชาการ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 4 วัดสมรโกฏิ และ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 ทวายทอง เป็นสถานพยาบาลในพื้นที่บริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ต้องการขยายรูปแบบบริการในส่วนที่ผู้ป่วยได้รับไม่เพียงพอเนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวนมากและมีความซับซ้อนในการเข้าถึงบริการ ยินดีเข้าร่วมการสนับสนุนการบริหารจัดการ นอกจากนี้ เทศบาลนครนนทบุรี และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนประสานความร่วมมือในพื้นที่และค่าใช้จ่ายการบริหาร

- ภาควิชาการสนับสนุนด้านงบประมาณ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริหารจัดการ ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ และการฝึกอบรมพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างการบริหารจัดการ

การเตรียมการและการดำเนินงาน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ขั้นตอนเตรียมการ

พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงผ่านแอปพลิเคชัน “nures-athome.net” ที่บรรจุแนวปฏิบัติ การพยาบาล การติดต่อประสานการทำงาน การดูแล การกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ การกำกับติดตาม และตรวจสอบการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

3.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1) จัดตั้งหน่วยงานบริหารจัดการด้วยความร่วมมือของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี

จังหวัดนนทบุรี โดยมีพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ เป็นผู้กำกับ ดูแล และบริหารจัดการ ลงทะเบียนกับสภาการพยาบาลเพื่อเป็นหน่วยงานจัดอบรมพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน การจัดการเยี่ยมบ้าน การประสานงานหน่วยงานภาคบริการ ภาคการสนับสนุนด้านวิชาการ และภาคการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อจัดบริการการเยี่ยมบ้านให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2) เตรียมพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน โดยประชาสัมพันธ์ รับสมัครและคัดเลือกพยาบาลตามคุณสมบัติเข้าร่วมปฏิบัติงานในโครงการ

3) จัดการฝึกอบรม ทบทวน เพิ่มพูน แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์จำนวน 10 วัน

4) ประชาสัมพันธ์รับสมัครกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี ที่สนใจให้มี พยาบาลประจำตัวเข้าเยี่ยมและให้การดูแลที่บ้านเพื่อ ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ณ สถาน บริการต้นสังกัดที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และดำเนินการลงทะเบียนผู้ป่วย

5) พยาบาลผู้จัดการสุขภาพ เป็นผู้จ่ายงาน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงให้แก่ พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านที่ผ่านการอบรมและสมัครใจ ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาสุขภาพเบื้องต้น จัดกิจกรรมการดูแล ตามปัญหาสุขภาพที่ประเมินพบตรงตามความ ต้องการของบุคคลและครอบครัว ส่งปรึกษาตามความ ต้องการการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ด้วยการ ประสานงานโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงด้วยระบบสารสนเทศ “nueseathome.net” สามารถกำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ การดูแล ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามระยะเวลาที่ กำหนด¹⁶

พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านที่ผ่านการอบรม ให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เชิงรุกและ ต่อเนื่องจากทีมเจ้าของใช้ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ 4 วัด สมรโกฏิ และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 ทราญทอง ของเทศบาลนครนนทบุรี พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน 1 คน ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 10-15 คน จัดบริการผู้ป่วยแต่ละรายจำนวน 8 ครั้งต่อปี (ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน 4-6 เดือน) และมีการติดตาม ผลลัพธ์โดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพอีก 2 เดือน จึง เกิดประสิทธิผล^{8-9, 13, 17} อย่างไรก็ตาม ได้มีการกำหนด กรอบการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1, ครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 3, ครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 5, ครั้งที่ 4: สัปดาห์ที่

6, ครั้งที่ 5: สัปดาห์ที่ 9, ครั้งที่ 6: สัปดาห์ที่ 11, ครั้งที่ 7: สัปดาห์ที่ 15 และครั้งที่ 8: สัปดาห์ที่ 17 ทั้งนี้ ระยะเวลาการเยี่ยมบ้านสามารถยืดหยุ่นได้ตามความ สะดวกของผู้รับบริการและการกำกับติดตามผลลัพธ์ ที่ตั้งไว้โดยจะเสร็จสิ้นภายใน 4-6 เดือน รายละเอียด บริการที่จำเป็นต่อการควบคุมโรค มีดังนี้

- ตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง

- วิเคราะห์และออกแบบวิถีชีวิต 24 ชั่วโมงที่มี ผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ การออกแบบเมนูอาหาร อย่างน้อยครบมื้อใน 3 สัปดาห์และให้ข้อมูลความรู้ ของเครื่องปรุงแต่ละเมนู รวมทั้งวิธีการปรุงอาหารที่ รักษาคุณภาพเหมาะสมกับโรค การออกแบบ กิจกรรม การออกกำลังกาย ที่เหมาะสม กับวิถีชีวิตผู้ป่วยแต่ละราย การพักผ่อนนอนหลับ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อสังเกต คุณภาพการนอน กรณีนอนกรนหรือมีอาการหยุดหายใจ ขณะนอนหลับ และมีอาการอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอน ทำ การประสานกับทีมแพทย์เจ้าของไข้ที่โรงพยาบาลเพื่อ การแก้ปัญหา การใช้ยา ตามแผนการรักษา หาข้อมูล ร่วมกับผู้ป่วยในการใช้ยา ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ส่วน ยาสมุนไพร อาหารเสริมนอกแผนการรักษา พยาบาล ประจำตัวเป็นที่ปรึกษาและให้ทางเลือกกับผู้ป่วย กรณีมีข้อสงสัยในความปลอดภัยของยานอกแผนการ รักษา ประสานกับโรงพยาบาลเพื่อตรวจสอบ การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ จัดการให้ ผู้ป่วยได้ใช้เทคนิคและแหล่งสนับสนุนในการลด ละ เลิก^{9, 18}

3.3 แนวทางการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ พยาบาลผู้จัดการสุขภาพเป็นผู้ติดตามตัวชี้วัด ความสำเร็จการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูงของผู้ป่วยในพื้นที่เทศบาลนครนนทบุรี จำนวน 300 คน ที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน จำนวน 20 คน นาน 4-6 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับ

ความดันโลหิตตัวบน (SBP) และตัวล่าง (DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง เส้นรอบเอวลดลง ขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วและค่าระดับ

ลดลงเช่นกัน ดึงน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลลัพธ์ก่อนและหลังเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน (n=150) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=150) โดยพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน

ตัวชี้วัด	ก่อนเยี่ยมบ้าน		หลังเยี่ยมบ้าน		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP)	145.56	17.94	130.08	13.29	14.046	.000
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)	86.63	39.54	78.40	8.60	3.419	.001
ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (FCG)	143.55	55.30	120.02	33.43	8.565	.000
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA _{1c})	7.25	1.56	6.73	1.31	9.678	.000
เส้นรอบเอว	93.88	13.46	91.64	13.21	3.623	.000

4. ถอดบทเรียนความสำเร็จ

4.1 การเตรียมผู้จัดการสุขภาพ (Health care manager) หรือพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ

ผู้จัดการสุขภาพอย่างน้อย 1 คนต่อการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 300-500 คน สามารถบูรณาการจัดบริการ การวางแผนการดูแล การประสานงานและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความราบรื่น ทำให้แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ เจาะจงกับความต้องการการดูแลสุขภาพ เกิดความมั่นใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดการความเสี่ยงความรุนแรงของโรค และจัดการความรู้เรื่องโรคที่ทันสมัย¹⁹ ดังนั้นผู้จัดการสุขภาพจึงเข้ามาทดแทนพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีภารกิจล้นมือ เป็นผู้นำในการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม ช่วยประสาน

การดำเนินการให้เกิดความราบรื่นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

4.2 การจ้างงานพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน โดยผ่านการอบรมหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลสามารถดัดศักยภาพพยาบาลในภาวะขาดแคลนเข้ามาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างรูปแบบใหม่ของการจ้างงานพยาบาล ซึ่งมีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับสังคมใหม่ ให้หลักการดูแลรักษา พยาบาลผู้ป่วยอย่างมีขั้นตอน ทันเวลา อยู่บนหลักการเชิงวิชาการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกที่ดี มั่นใจในศักยภาพและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีและมีความสุขที่เห็นพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านมาเยี่ยมเยียน

4.3 ระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ช่วยให้พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านมีความคล่องตัวในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่บ้านแบบ real time ผ่านแอปพลิเคชัน “nurse-

athome.net" มีฐานข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตเพื่อประมวลปัญหาสุขภาพและสามารถเลือกให้การดูแลได้เฉพาะเจาะจงกับปัญหาที่พบ ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อย่างมีมาตรฐานและมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลยังเกิดทักษะจากการใช้เทคโนโลยี¹⁵ ดังนี้

- Digital coaching พยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเองทุกที่ ทุกเวลา บนระบบออนไลน์

- Digital self-management เป็นกลยุทธการดูแลโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย ไม่เกิดความยุ่งยากเนื่องจากระบบช่วยให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย รวดเร็ว ข้อมูลเป็นปัจจุบัน ช่วยยกระดับการควบคุมโรค การจัดการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตรงตามวิถีชีวิต

- Digital adherence การนำระบบ "nurse-athome.net" ลงในแอปพลิเคชันที่สามารถใช้งานผ่าน smart phone ทั้งระบบ iOS และ Android ที่เอื้อต่อการจัดการรักษาพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการติดตามควบคุมโรค และทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาจนไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

- Audit หน่วยงานหรือหน่วยบริหาร จัดการ

สามารถกำกับติดตาม ตรวจสอบการทำงานได้อย่างเป็นปัจจุบัน ถูกต้องตรงจริง เก็บบันทึกเป็นหลักฐาน และใช้ฐานข้อมูลเดียวกันได้ตลอดการดูแลผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์การนำร่องพื้นที่ต้นแบบเทศบาลนครนนทบุรี พบอุปสรรคการเข้าพื้นที่ชุมชนเมือง เนื่องจากเป็นชุมชนแออัด มีพื้นที่จำกัด ชุมชนบางส่วนขาดสัมพันธภาพการเกื้อกูลกันในชุมชน และความไว้วางใจพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านเข้าพื้นที่ได้ยาก ต้องมีหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ หรือศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้ประสานการลงพื้นที่เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยอมรับพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน ถือเป็นความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในบริบทชุมชนเมือง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ทุนสนับสนุนการพัฒนาต้นแบบเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้าน ขอขอบพระคุณเทศบาลนครนนทบุรี พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 4 วัดสมรโกฏิ และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 ทราหยอง ที่อำนวยความสะดวกและมีความยินดีนำระบบบริหารจัดการฯ ไปใช้ ขอขอบคุณพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านและผู้ป่วยทุกท่านที่ร่วมมือกันจัดการภาวะสุขภาพจนเกิดผลสำเร็จ

Reference

1. Reviewing indicators to monitor the quality of non-communicable disease services, 2020-2023. [Internet]. 2023 May 5 [cited 2024 Apr 10]; Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/>
2. Supattra Srivanichakorn. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. Dis Control J. 2017;43(4):379-90. Thai

3. Health Data Center. NCD ClinicPlus 2564 Indicator Report Nonthaburi. [Internet]. 2023 Aug 31 [cited 2024 Apr 18]; [Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/> Thai
4. Phitthaya Srimuang, Jareeya Yomseeken, Thitikan Ekathat, Wanasri Wawngam. Evaluation of primary care service system models for diabetic and hypertensive patients in Khon Kaen province. JHSR. 2021;15(2):136-54. in Thai
5. Jiruth Sriratanaban, Sureerat Ngamkiatphaisan, Mano Maneechay, Pavika Sriratanaban, Bhorn-ake Manasvanich, Porntip Preechachaiyawit, et al. A synthetic research study to develop measurement, analysis, review and improvement systems for primary-care performances in Thailand. [Internet]. 2021 Mar 15 [cited 2023 Jul 11]; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5344>. Thai
6. May Sripatanaskul, Quankamon Dejatiwongse Na Ayudhya, Chaiyo Wanna, Ratikorn Toin, Nuttakit Sasithonchay, Jutarat Oonsri. Human-centered design research project to redesign employment model and benefits for future health personnel workforce. [Internet]. 2022 Mar 15 [cited 2024 Apr 17]; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5627?locale-attribute=en>. Thai
7. Wasin Laohavinij, Wilailuk Ruangrattanatrai, Punnipa Kongsueb, Chaowarin Khamha. Effect of human resource for health allocation under the MOPH Office on diabetes and hypertension care and related population health outcomes in 4 provinces. [Internet]. 2022 Aug 8 [cited 2024 Apr 17]; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5838>. Thai
8. Ma Y, Lu H, Zhang Y, et al. Effectiveness of home visiting on patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. Medicine. 2021;100(10). e24072.
9. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2023;47(Supplement_1): S77-110.
10. Somchit Wongsuvansiri, Armarapas Atthachaiwat, Khwannapha Khwansatapornkoon, Attaya Amonprompukdee, Vachira Posai, Nakarin Suwanasaeng. Specialized nurses' development plan according to the regional health service system: driving into practice. Journal of Nursing Division. 2023;50(3):201-16. Thai
11. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database Syst Rev. 2021;1(1): Cd006560.
12. Unda Villafuerte F, Llobera Cànaves J, Lorente Montalvo P, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs: The MEDICHY study. Medicine. 2020;99(17): e19769.

13. Spencer MS, Kieffer EC, Sinco B, et al. Outcomes at 18 months from a community health worker and peer leader diabetes self-management program for Latino adults. *Diabetes Care*. 2018;41(7):1414-22.
14. McManus RJ, Little P, Stuart B, et al. Home and online management and evaluation of blood pressure (HOME BP) using a digital intervention in poorly controlled hypertension: randomized controlled trial. *Bmj*. 2021;372:m4858.
15. Young HM, Miyamoto S, Dharmar M, Tang-Feldman Y. Nurse coaching and mobile health compared with usual care to improve diabetes self-efficacy for persons with type 2 diabetes: Randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(3): e16665.
16. Gonçalves-Bradley DC, J Maria AR, Ricci-Cabello I, et al. Mobile technologies to support healthcare provider to healthcare provider communication and management of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8(8):CD012927.
17. érez-Escamilla R, Damio G, Chhabra J, et al. Impact of a community health workers-led structured program on blood glucose control among latinos with type 2 diabetes: the DIALBEST trial. *Diabetes Care*. 2015;38(2):197-205.
18. Simões Corrêa Galendi J, Leite RGOF, Banzato LR, Nunes-Nogueira VDS. Effectiveness of Strategies for Nutritional Therapy for Patients with Type 2 Diabetes and/or Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4243.
19. Perera S, Dabney BW. Case management service quality and patient-centered care. *J Health Organ Manag*. 2020;34(5):551-68.



วารสารกองการพยาบาล

กองบรรณาธิการวารสารกองการพยาบาล

อาคาร 4 ชั้น 4 ตึกกรมการแพทย์ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-6264, 0-2590-6291 โทรสาร 0-2590-6295, 0-2591-8268

Website <http://www.nursing.go.th>