

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46

มกราคม – มิถุนายน 2566

Vol. 24 No.46

January – June 2023

ISSN 1513-5454

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

JOURNAL OF NURSING SIAM UNIVERSITY



สารบัญ

บทความ	หน้า
คุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลตึงตุงใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐ สุภาภรณ์ ศรีฟ้า, เอื้อมพร จันทร์หอม, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัฒนีย์ ปานจินดา	10-20
รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ณรงค์ สุกใส, สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์	21-33
ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและผลกระทบทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด -19 (COVID-19) รัตนภรณ์ นิวาसानนท์, ภัทรพร อรัณยภาค และวารุณี เพ็ชร	34-48
ผลของการใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพ จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ, รสริน จีวรธรรมวิไล, รุ่งนิภา จ่างทอง, บังอร กลั่นสุภา และศมีนา สุวรรณประทีป	49-68
ผลการใช้นวัตกรรมนุ่นนิ่มโอโรมาคลายเครียดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม สุกฤตา ตะการีย์, พิชามณณ์ จันทนกุล, อรทิพา ส่องศิริ, ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม, และธัญญลักษณ์ ดีชาติธนากุล	69-82
การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ต่อผลการเรียนของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 4 รุ่นที่ 36 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, อรุณี ศรีสุยง และศิริพร ภูมิ	83-91
บทบาทพยาบาลในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์ และสุรศักดิ์ มุลศรีสุข	92-100



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

เจอกันอีกครั้งกับ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นปีที่ 24 ฉบับที่ 46 (มกราคม-มิถุนายน 2566) นะคะ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเรา รวมทั้งให้ความเชื่อมั่นในคุณภาพของวารสารฉบับนี้ ไว้วางใจส่งบทความมาลงพิมพ์กันมากมายนะคะ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 7 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจ เริ่มจาก เรื่องที่ 1 เป็นบทความ เรื่อง “คุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลตึงตังใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐ” เรื่องที่ 2 “รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง” เรื่องที่ 3 เรื่อง “ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและผลกระทบทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 (COVID-19)” เรื่องที่ 4 เรื่อง “ผลของการใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพ ” และเรื่องที่ 5 “ผลการใช้นวัตกรรมนุ่นนิมโธโรมาคลายเครียดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 1 “การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ต่อผลการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 4 รุ่นที่ 36 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม” เรื่องที่ 2 “บทบาทพยาบาลในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน”

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้เกียรติส่งบทความมาลงตีพิมพ์ รวมทั้งท่านผู้อ่านที่ให้ความสำคัญกับการอ่านและการอ้างอิงวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารทางวิชาการกรุณาจัดพิมพ์บทความตาม “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์” ซึ่งอยู่ในหน้า 6 นะคะ หรือติดต่อให้คำแนะนำและติชมสามารถส่งมาได้ที่ jsiamns@siam.edu แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ



บรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**ที่ปรึกษา**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัณยภาค | มหาวิทยาลัยสยาม (บรรณาธิการ) |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศนิกันต์ ศรีมณี | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เพ็ชร | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านาญ สภาภาษาชาวไทย |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินนุญา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 8. อาจารย์นาถสุตา โชติวัฒนากุลชัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 9. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 10. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 11. อาจารย์ เรือเอกหญิงนิชา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 12. ดร.ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 13. อาจารย์ปทุมทิพย์ อุดลวัฒนศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 14. อาจารย์พัชรี รัศมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |

15. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุขัญญ์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
16. ดร.นิชาภา พัฒนวิชกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
17. อาจารย์อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
18. ดร.ปรียธิดา ชลศึก์เสนีย์	มหาวิทยาลัยสยาม
19. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด	มหาวิทยาลัยสยาม
20. ดร.วราภรณ์ คำரச	มหาวิทยาลัยสยาม
21. ดร.ณิคมล ขวัญเมือง	มหาวิทยาลัยสยาม
22. อาจารย์สุจิตราภรณ์ ทับครอง	มหาวิทยาลัยสยาม
23. อาจารย์สุธิดา ดีหนู	มหาวิทยาลัยสยาม
24. อาจารย์ขวัญเรือน ก้าวิตุ	มหาวิทยาลัยสยาม
25. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม	มหาวิทยาลัยสยาม
26. อาจารย์ณฤมล อังศิริศักดิ์	มหาวิทยาลัยสยาม
27. อาจารย์รัฐกานต์ ข้าเขียว	มหาวิทยาลัยสยาม
28. อาจารย์ศิรินา สันพัฒน์งาน	มหาวิทยาลัยสยาม
29. อาจารย์รัตนภรณ์ คำทะเนตร	มหาวิทยาลัยสยาม

ฝ่ายจัดการทั่วไป

1. พันจ่าเอก ดร.กมลเดชา ขาญเบญจพิฏ มหาววิทยาลัยสยาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิตติญาณนท์ มหาววิทยาลัยสยาม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาววิทยาลัยสยาม

1. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี มหาววิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ มหาววิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ มหาววิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ มหาววิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ พัฒนณธ์ คุ้มทวีพร มหาววิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ มหาววิทยาลัยขอนแก่น
9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี มหาววิทยาลัยเฉลิมกาญจนา
10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร มหาววิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
12. รองศาสตราจารย์ ดร.อังศรา ประเสริฐสิน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
13. รองศาสตราจารย์ ดร.นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
14. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
15. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
16. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ มหาวิทยาลัยพายัพ
17. รองศาสตราจารย์ นพ. เอกชัย ไคววาสารัช มหาวิทยาลัยสยาม
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ มหาวิทยาลัยมหิดล
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร มหาวิทยาลัยมหิดล
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ่บบางกะดี มหาวิทยาลัยมหิดล
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนมงคลกุล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.อมรรักษ์ งามสวย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ มหาวิทยาลัยบูรพา
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุขศิริ ประสมสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ มหาวิทยาลัยสยาม
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ มหาวิทยาลัยสยาม
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ มหาวิทยาลัยสยาม
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ มหาวิทยาลัยสยาม
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร มหาวิทยาลัยสยาม
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา มหาวิทยาลัยรังสิต
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีนุช พุ่มมณี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชรพร เชยสุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร พูลรักษ์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญอรุณ ปรีดีดิลก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิตต์ระพี บุณคัคคี มหาวิทยาลัยมหิดล



41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์กา ปัญโญใหญ่ มหาวิทยาลัยพายัพ
42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตกา ธรรมรัตน์กุล สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี เพ็ไร มหาวิทยาลัยสยาม
45. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสฤษฎ์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
46. ดร.พุทธรณ ชูเชิด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
47. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุดา มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ
48. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
49. นาวาโทหญิง ดร.พุทธรชิต เจริญศิริวิไล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
50. ดร.จิตรลดา พิริยาศสน์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
51. ดร.ชริน ขวัญเนตร มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
52. ดร.ลดาวลัย พันธุ์พาณิชย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
53. ดร.จารุณี สรภพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
54. ดร.สุลิมาศ อังศุเกียรติถาวร มหาวิทยาลัยสยาม
55. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด มหาวิทยาลัยสยาม
56. ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
57. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
58. ดร.รัชดา พ่วงประสงค์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
59. ดร.พิมสิริ ภูศิริ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
60. ดร.วารินทร์ จิตติถาวร มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
61. ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
62. ดร.จิรพรรณ โพธิ์ทอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
63. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
64. ดร.หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
65. ดร.สุมลา พรหมมา โรงพยาบาลบางปะกง

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ขอเรียนเชิญสมาชิกวารสารฯ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ หรือเผยแพร่เนื้อหาเต็มรูปแบบในเอกสารใด หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น เนื้อหาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วารสาร น่าสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการ เมื่อผ่านการพิจารณาขั้นต้นแล้วกองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 2-3 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ

ประเภทบทความ

1. บทความวิจัยทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้นิพนธ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่น่าเสนอ
2. บทความวิจัยหรือวิชาการที่มีผู้ร่วมนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
3. บทความวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
4. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้นิพนธ์ปรับบทความโดยพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน โดย Double blind และกองบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว
5. การออกไปรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่งานจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ ภายหลังการปรับบทความและได้รับการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการให้ผ่านเข้ากระบวนการเตรียม ต้นฉบับตีพิมพ์ได้แล้วเท่านั้น
6. ความยาวของบทความวิจัย 10 – 12 หน้า และบทความวิชาการ 8 – 10 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง
7. ผู้นิพนธ์ส่งบทความออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> โดยสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฟรี

8. ขอความร่วมมือจากผู้นิพนธ์ในการอ้างอิงบทความที่เคยลงในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม อย่างน้อย 1-2 เรื่อง
9. ผู้นิพนธ์ชำระค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเรื่องละ 2,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน) และ 3,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน) ตามแบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์ บทความ (วพมส 01) ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินในขั้นตอนการ submission บทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าตีพิมพ์บทความกรณีบทความไม่สามารถเผยแพร่ผ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามได้
10. กรณีผู้นิพนธ์ยกเลิกการเผยแพร่บทความภายหลังได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบค่าดำเนินการทั้งหมด 3,000 บาท (รวมค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเมื่อแรกส่งบทความ) หากผู้นิพนธ์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง กอง บก.ดำเนินการเรียกเก็บค่าปรับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด และ บัณฑิตวิทยาลัย (กรณีวิทยานิพนธ์) และประกาศแจ้งต่อวารสารเครือข่ายร่วมรวมถึงหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ MS word อักษร TH SarabunPSK
2. ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อักษรขนาด 18 ตัวหนา จัดกลางหน้ากระดาษ
3. ผู้นิพนธ์ทุกท่านระบุ ชื่อ-สกุล และตัวอยู่วุฒิการศึกษาชัดเจนขอขวา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การระบุศ/ตำแหน่ง สถานที่ติดต่อ/ต้นสังกัด e-mail address บริเวณเชิงอรรถใช้สัญลักษณ์ตัวเลขอารบิก และระบุ corresponding author ด้วย
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 3 คน ระบุชื่อผู้นิพนธ์บรรทัดละ 2 คน โดยภาษาอังกฤษบรรทัดต่อท้ายชื่อภาษาไทยแต่ละคน
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 5 คนระบุเฉพาะผู้นิพนธ์ชื่อแรกโดยระบุหัวหน้าโครงการและคณะ
4. บทคัดย่อภาษาไทยสอดคล้องกับภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำ
5. คำสำคัญที่เป็นคำนาม ทั้งภาษาไทย และอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
6. เนื้อหา ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง
 - หัวข้อแต่ละเนื้อหาอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - เนื้อหาทั่วไปอักษรขนาด 16 ธรรมดา จัดรูปแบบ 2 คอลัมน์ ห่างขอบปกติทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร การย่อหน้าตั้งเคาะปกติ 1.25 เซนติเมตร **ยกเว้น** เอกสารอ้างอิง ใช้อักษรขนาด 14 ธรรมดา
7. ตารางแสดงผลการวิจัยใช้รูปแบบเต็มหน้า ตารางไม่มีขอบซ้ายและขวา ขอบบนและล่างใช้เส้นแบบ 2 แถบ ระหว่างข้อมูลในตารางไม่มีเส้น (อาจมีเส้นคั่นบางกรณีข้อมูลมีรายละเอียดมาก เพื่อสะดวกต่อการอ่าน) ลำดับที่หัวตารางใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ข้อมูลในตารางใช้ตัวอักษรขนาด 14 ธรรมดา

8. รูปประกอบในบทความควรใช้โปรแกรม PDF หรือ MS word เพื่อความคมชัดเมื่อตีพิมพ์
9. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ (Reference) จะต้องสอดคล้องตรงกันตามรูปแบบ APA 6th (American Psychological Association)

การอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างถึงครั้งแรก

ผู้นิพนธ์คนไทย (ชื่อนามสกุลผู้นิพนธ์ทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์)

ผู้นิพนธ์ต่างประเทศ (นามสกุลทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะนามสกุลผู้นิพนธ์แรก, ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

- การอ้างถึงครั้งต่อไป (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์) หรือภาษาอังกฤษ (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

การอ้างอิงท้ายบทความ

9.1 รูปแบบวารสาร: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี). //ชื่อเรื่อง. //ชื่อวารสาร, //ปีที่ (ฉบับที่), /หน้า.

9.2 รูปแบบหนังสือ: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี). //ชื่อหนังสือ. //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 6 คนหรือน้อยกว่า

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5 และผู้แต่ง 6. //(ปีพิมพ์). //ชื่อเรื่อง. //(พิมพ์ครั้งที่). //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่งมากกว่า 6 คนขึ้นไป

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5, /ผู้แต่ง 6, ... ผู้แต่งคนสุดท้าย. //(ปีพิมพ์). //ชื่อเรื่อง. //(พิมพ์ครั้งที่). //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

9.3 กรณีผู้นิพนธ์คนไทยแต่ผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อนเช่นเดียวกับผู้นิพนธ์ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์ต่างประเทศขึ้นต้นด้วยนามสกุลคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง

9.4 กรณีชื่อบรรณาธิการ ใส่ (บก.). หรือ (Ed.). ท้ายชื่อ

9.5 กรณีไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์ ใส่ชื่อหน่วยงานขึ้นต้น

ตัวอย่าง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของ

ผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,

บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เอส อาร์พรีนติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.

- ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 24 – 36.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินตติ้ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม*. สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 59, จาก [http:// goo.gl/KLPB5T](http://goo.gl/KLPB5T)
- Assanangkornchai, S., & Edwards, J. G. (2015). Screening for nicotine and drug use disorders. *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (207- 223): Springer.
- Mercer, D. W., Kent, A., Nowicki, S. D., Mercer, D., Squier, D., Choi, W., ...Morgan, C. (2004). *Beginning PHP5*. Indianapolis, IN: Wiley.
10. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา กรณีอ้างอิงเว็บไซต์ต้องเป็นของหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ไม่อ้างอิงความคิดเห็นบน blog/หน้าเพจ หรือ wikipedia



คุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลดึงดูดใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหาร การพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐ

Quality of Nurse Leader for Magnet Hospital Perception by First-line Nurse Manager in Government Hospital

Received: December 25, 2022

Revised: January 24, 2023

Accepts: June 17, 2023

สุภาภรณ์ ศรีฟ้า¹ (วทม.), เอี่ยมพร จันทร์หอม² (พยม.)

Supaporn Srifa (M.Sc.) Uamphorn Chanhom (M.N.S.)

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย³ (ปร.ด.), วัฒนีย์ ปานจินดา⁴ (ปร.ด.)

Phecnoy Singchungchai (Ph.D), Wattanee Panjinda (Ph.D)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลภาครัฐ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย คือ ผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลภาครัฐที่มีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐที่มีความเป็น Magnet hospital มากที่สุด ได้จำนวน 12 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าในการรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) ผลการวิจัยพบว่าผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐเข้าใจความหมายคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ หมายถึงผู้นำหรือผู้บริหารที่มีความสามารถดึงดูดใจ และธำรงรักษาบุคลากรที่มีความสามารถไว้ให้คงอยู่ในงานด้านการพยาบาลในองค์กรไว้ และองค์ประกอบของคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาล ผู้บริหารต้องมีวิสัยทัศน์กว้างไกล ปฏิบัติงานด้วยความยุติธรรม มีคุณธรรม และมีจริยธรรม พัฒนางานตนเองจนเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน 2) ด้านการบริหารองค์กร มีหลักการบริหารที่เป็นธรรมเสมอภาค 3) ด้านคุณภาพการบริการ มีความรู้ความสามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานหรือมากกว่า มีกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา มีความสามารถในการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง 4) ด้านการบริหารสิ่งแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติงาน 5) ด้านความก้าวหน้า และการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

¹อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

³ศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

Corresponding author: uamphornor@hotmail.com



จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้นำทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ควรคัดสรรข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ และ นำเสนอให้น่าสนใจ เข้าใจได้ง่าย และมีช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม รวมทั้งควรหาแนวทางในการลดภาระงานของพยาบาล และมีการสรรหาบุคลากรเพิ่มอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น คุณภาพของผู้นำทางการพยาบาล โรงพยาบาลดึงดูดใจ

Abstract

The objective of this qualitative research was understand meaning and factors of Quality of Leadership to Magnet Hospital of first-line nurse managers in government hospital. The informants in the research were 12 first-line nurse managers with experiences in nursing information recruited Using in-depth interviews, 1 2 snowball selection technique. Data were analysis with Methodology Triangulation method. The study found that the meaning of Quality of Leadership to Magnet Hospital was attractive into five groups, which were 1) Characteristics of nurse leaders. Executives must have a vision. Operate with fairness, morality, and ethics. Develop oneself until being a good role model. 2) Organizational management have management principles that are fair and equal. 3) Service quality, have knowledge and ability to perform work according to standards. There is a strategy for solving the problem. have the ability to communicate Negotiation 4) Good Environmental Management in Operations 5) Progress and continuous professional development from this research, it is suggested that quality of leadership Important information about being an attractive Magnet hospital should be carefully selected. present attractive easy to understand and have appropriate communication channels It should also find ways to reduce the workload of nurses and recruit more personnel appropriately.

KEYWORDS: First line Manager, Quality of Nursing Leadership, Magnet Hospital.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหาวิกฤตของระบบบริการพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา การลาออกของพยาบาลวิชาชีพในกรุงวอชิงตัน ดีซี พบว่า มีอัตราการลาออกของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงถึงร้อยละ 21 ต่อปี ซึ่งสาเหตุการลาออกได้แก่รู้สึกทำงานหนักเกินไป ขาดโอกาสก้าวหน้าในงาน ไม่ได้รับการชื่นชม ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน และการสื่อสารประเด็นที่สำคัญ กับผู้บริหารไม่ดี (Steven, 2009) สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาจึงได้ค้นหาแนวคิดโรงพยาบาลดั่งคู่มือ ซึ่งเป็นรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อดึงดูดพยาบาลให้คงอยู่ในงานที่มีคุณลักษณะของโรงพยาบาลดั่งคู่มือประกอบด้วยลักษณะเด่น 3 ด้าน คือ 1) ระบบการบริหารงานที่ดี (Good Nursing administration) 2) การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีอิสระภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ (Independent Nursing Care based on Scope of Professional practice) 3) การพัฒนาวิชาชีพ (Professional development) (American Nurses Credentialing Center: ANCC, 2014)

การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลของสภาการพยาบาลพบว่าในช่วงปี พ.ศ.2553-2562 ควรมีพยาบาลประมาณ 170,000 คน หรือคิดเป็นอัตราส่วนพยาบาล 1 คน ต่อประชาชน 400 คน แต่ในความเป็นจริงมีพยาบาลทำงานเพียง 146,890 คน (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม พ.ศ.2558) (ทัศนาศ นุญทอง, 2558) จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าประเทศไทยยังคงขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลที่สังกัดโรงพยาบาลภาครัฐ หรือภาคเอกชน ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพมีสาเหตุมาจากการขาดความก้าวหน้าในอาชีพ การขาดโอกาสในการ

พัฒนาความรู้ และพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายในการทำงาน ความรับผิดชอบที่หนักเกินไปแต่ค่าตอบแทนน้อย และงานมีความเสี่ยงสูง (อรุณรัตน์ คันธธา, เดช เกตุฉ่ำ, กฤษดา แสงวดี, และ ดวงทิพย์ ชีระวิทย์, 2556) โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทย ที่เริ่มนำแนวคิดโรงพยาบาลดั่งคู่มือมาใช้โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2551 และขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดั่งคู่มือในปี พ.ศ.2555 ซึ่งระหว่างดำเนินการมาได้ประมาณ 2 ปี องค์การพยาบาลได้ประกาศชะลอการสมัครขอรับรองคุณภาพออกไปก่อนเนื่องจากมีอัตราการลาออกของพยาบาลจำนวนมาก กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2552 เท่ากับร้อยละ 8.94 และในปี พ.ศ.2553 เท่ากับร้อยละ 15.90 (สุภาภรณ์ จันทวานิช, 2559) จากการดำเนินการที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ การสูญเสียพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ทำให้รัฐจำเป็นต้องสูญเสียงบประมาณในการผลิตพยาบาลวิชาชีพขึ้นมาใหม่ซึ่งใช้เวลาอย่างน้อย 4 ปี และมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย 100,700 บาทต่อปีต่อคน (อรุณรัตน์ คันธธา, 2557) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรงพยาบาลที่ใช้แนวคิดโรงพยาบาลดั่งคู่มือในการบริหารงานสามารถจัดการต่อปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้ พบว่าอัตราการลาออกของพยาบาลลดลงจากร้อยละ 18 เหลือร้อยละ 5 ภายในระยะเวลา 3 ปี (Romano, 2002) และสามารถดึงดูดพยาบาลที่มีความสามารถให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและดำรงรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร ส่งผลให้พยาบาลมีขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในงานเกิดคุณภาพในการดูแลผู้รับบริการ และยังเพิ่มผลกำไรให้กับองค์กร (Upenieks, 2005) ดังนั้นผู้บริหารและผู้นำทางการพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญที่สุดในการเปลี่ยนแปลงองค์กร คิดค้นกลยุทธ์ รูปแบบ

หรือแนวทางในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดแรงดึงดูดใจที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานของตนเพื่อดึงดูดใจพยาบาลให้คงอยู่แก้ไขปัญหาการขาดแคลน ลดอัตราการลาออกของพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนาปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบโรงพยาบาลภาครัฐของประเทศไทยเพื่อดึงดูดพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในงานนานที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายความหมายคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐ
2. เพื่อบรรยายองค์ประกอบคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจตามประสบการณ์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) และใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามที่สร้างขึ้นผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ เพื่อสร้างข้อคำถามได้รับการปรับข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำข้อมูลที่

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2566

รวบรวมมาพิจารณาความหมายเชิงปรากฏการณ์ทางการพยาบาลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของแบบสัมภาษณ์โดยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) คือการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งเก่า เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกันโดยใช้การสังเกตควบคู่กับการซักถาม และรวบรวมข้อมูลเพิ่มจากแหล่งเอกสาร หรือทำการซักถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อความแน่นอนว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อการทดสอบให้แน่ใจว่าการวิเคราะห์หรือการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยนั้นถูกต้องหรือไม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบทางการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) อธิบายความหมายของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจโดยศึกษารวบรวม และวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูล (Informants) ในการวิจัย คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย/รองหัวหน้าหอผู้ป่วย สังกัดกลุ่มงานพยาบาลในโรงพยาบาลภาครัฐบาล คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้บริหารในโรงพยาบาลภาครัฐเพื่อให้ได้ความรู้เกี่ยวกับความเป็น Magnet hospital มากที่สุด สร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายวันเวลาโดยสอบถามและได้รับการยืนยันในการให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกการสัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัว ได้กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด การศึกษาระดับปริญญาตรี 6 คน ปริญญาโท 6 คน โดยแยกประสบการณ์ในการบริหารของผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มี



ประสบการณ์ในการบริหารมากกว่า 10 ปี ซึ่งมีจำนวน 8 คน และกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการบริหารน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 4 คน เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่เน้นประสบการณ์ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการทำวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน (น.18/2563) โดยผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล เป็นรายบุคคล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยตามเอกสารชี้แจงข้อมูลและเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ผู้วิจัยรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล เคารพการตัดสินใจการร่วมการวิจัย นอกจากนี้การบันทึกเสียงสนทนาขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงและขออนุญาตแก่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอความหมายและองค์ประกอบของคุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจจากการสัมภาษณ์ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลภาครัฐ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ผลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ภายหลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้งฟังเทปบันทึกการอ่านบทสนทนา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ทำเช่นนั้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) คือการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งเก่าเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยใช้การสังเกตควบคู่กับการซักถาม และรวบรวมข้อมูลเพิ่มจากแหล่ง

เอกสาร หรือ ทำการซักถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อความแน่นอนว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อการทดสอบให้แน่ใจว่าการวิเคราะห์ หรือ การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยนั้นถูกต้องหรือไม่

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วย ที่มีประสบการณ์บริหารน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 4 คน และ มากกว่า 10 ปีจำนวน 8 คน ปริญญาตรี 6 คน ปริญญาโท 6 คน ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลภาครัฐ หมายถึงผู้นำที่สามารถดึงดูดใจ และธำรงรักษาบุคคลากรที่มีความสามารถไว้ให้คงอยู่ในงานด้านการพยาบาลในองค์กร และองค์ประกอบของคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่

1) ด้านคุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลดึงดูดใจ “จากการรับรู้ที่คิดว่า คุณลักษณะโดยทั่วไปของผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์กว้างไกล มีภาวะผู้นำ เป็นนักพัฒนา เป็นตัวอย่างข้าราชการที่ดี ปฏิบัติตามครรลองครองธรรม มีความรู้ความสามารถในทุกเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องงานที่รับผิดชอบ ทำงานเป็นทีมแบบมีส่วนร่วม มีเมตตา เอาใจใส่ เข้าใจปัญหาลูกน้องทุกเจนเนอเรชันที่แตกต่าง เสมอภาคเป็นธรรมในการบริหาร ยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีความคิดบวก และคิดริเริ่มสร้างสรรค์” (ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์บริหารมากกว่า 10 ปี) “เข้าใจว่า ปลุกฝังตั้งแต่เริ่มแรกก่อนเข้ารับทำงาน/เข้ารับตำแหน่ง มี Service mind

เป็นนักบริหารที่ดี มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบสำคัญที่สุด มีหลักการเปลี่ยนแปลงการบริหารใหม่ ๆ กับบุคลากรในหน่วยงานให้ทันสมัย ลักษณะการทำงานร่วมกันเหมือนพี่น้อง ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการบริหาร รับฟังความคิดเห็นของลูกน้องทุกระดับ ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรักความผูกพันในองค์กร” (ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์บริหารน้อยกว่า 10 ปี)

2) ด้านการบริหารองค์กรทางการแพทย์ จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายด้านการบริหารองค์กรทางการแพทย์โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจตามประสบการณ์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (Category) ประกอบด้วยการบริหารอัตราจ้าง ค่าตอบแทน/สิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม ความสัมพันธ์ของสหวิชาชีพ โครงสร้างการบริหารงาน โดยรายละเอียดที่ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ดังนี้

2.1) ประเด็นด้านการบริหารอัตราจ้าง ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ที่มีประสบการณ์บริหารมากกว่า 10 ปี หรือผู้ให้ข้อมูลได้ระบุถึง ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “การบริหารอัตราจ้างที่เหมาะสมตามภาระงาน พิจารณาต้องเป็นไปตามกรอบอัตราจ้างของสภาการพยาบาลที่กำหนด พอเพียงพอต่อความต้องการ ตามภาระงาน และเป็นไปตามบทบาทของวิชาชีพมีความยืดหยุ่นได้หลากหลาย” “มีการจัดอัตราจ้างเข้าช่วยเสริมในหน่วยงานที่จำเป็น ภาระงานล้น และเร่งด่วนก่อน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ/ผู้ปฏิบัติงาน คุณภาพชีวิตดีขึ้น” “กำหนดให้พยาบาลที่จบใหม่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันปฏิบัติงานตามแผนหลักทุก ๆ สาขา อย่างน้อย 1 ปี

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2566

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะที่มีความเฉพาะแต่ละสาขา เพื่อทดแทนหมุนเวียนอัตรากำลังเสริม และฝึกความสามารถ ความถนัดจัดให้เหมาะสมกับคนและกับงานตามความสมัครใจ” ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์บริหารน้อยกว่า 10 ปี หรือผู้ให้ข้อมูลได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “พินิจคิดว่าต้องเป็นไปตามมาตรฐานของสภาการพยาบาลที่กำหนดจัดให้เหมาะสมกับคนและกับงานตามความถนัดและความพึงพอใจเพียงพอตามภาระงาน มีการจัดอัตรากำลังสำรองหมุนเวียนเสริมเพิ่มขึ้นได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉินไม่กระทบต่อการทำางานของหน้างาน” “กำหนดให้แผนกทรัพยากรบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารทรัพยากรบุคคลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ ความจำเป็น และความเร่งด่วนของภาระงาน ด้วยความยุติธรรม” “การจัดอัตราจ้างขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่เป็นสำคัญ เพียงพอและเหมาะสมต่อภาระงาน เพียงพอต่อผู้มารับบริการ”

2.2) ประเด็นค่าตอบแทน/สิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “การให้ค่าตอบแทนสำหรับโรงพยาบาลที่จะทำให้คนไม่ลาออก ต้องมีค่าตอบแทน/สิทธิประโยชน์ดีกว่าและมากกว่าที่อื่น อย่าอิงตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขเพราะอัตราค่าตอบแทนน้อย ไม่ควรมีเงินเดือนตัน พยาบาลที่จบใหม่ต้องการรายได้มากกว่าสิ่งอื่น” “ค่าตอบแทนควรกำหนดตามความเสี่ยงของภาระงาน เช่น ช่วงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงพยาบาลที่ปฏิบัติงานพื้นที่เสี่ยงต้องเสียสละควรได้ค่าตอบแทนที่เหมาะสม หรือพิจารณาให้เพิ่มสูงขึ้น ทำงานเกินเวลา ล่วงเวลา



ทำงานช่วงเทศกาลควรพิจารณาเพิ่มเป็นพิเศษ” “ในส่วนนี้คิดว่าค่าตอบแทน/สิทธิประโยชน์ เป็นส่วนสำคัญให้พยาบาลลาออก เพราะฉะนั้นควรเกิดความพึงพอใจ สามารถทำให้ต่างหรือเสริมเพิ่มให้มากขึ้นได้ หรือเสริมสิทธิประโยชน์อย่างอื่นเสริมได้ เช่น สวัสดิการที่อยู่อาศัย อาหาร การดูแลญาติสวัสดิการที่เอื้อไปถึงครอบครัว” ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “พื้คิดว่าค่าตอบแทน/สิทธิประโยชน์มีความแตกต่างและหลากหลาย ไม่เท่ากัน เช่น ค่าเวรป่วย-ดึก ค่านอกเวลา ค่าล่วงเวลา ควรกำหนดให้เป็นไปตามภาระงานและเพิ่มให้มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไม่ต่ำกว่า เกณฑ์มาตรฐานหน่วยงานไหนมีจำนวนผู้รับบริการมากก็จ่ายค่าตอบแทนเป็นราย case นอกเหนือจากคนอื่น” “ค่าตอบแทนควรตรงไปตรงมา ตามลักษณะงาน ตามภาระงาน ภาระงานมากควรได้สูง ตาม P4P หรือสิทธิประโยชน์อย่างอื่นเสริมได้ เช่น สวัสดิการ การจัดงานเลี้ยงสร้างขวัญและกำลังใจ” “ในการจ่ายค่าตอบแทนต้องมองถึงประสิทธิผลหรือความสำเร็จของงานที่ดี ผู้รับบริการประทับใจ เกิดความพึงพอใจ ปฏิบัติตามมาตรฐานจริง เพิ่มชื่อเสียงให้แผนก/หน่วยงาน ค่าตอบแทนที่ได้รับควรได้เพิ่มหรือสูงกว่าที่อื่นเพื่อเป็นแรงจูงใจ สร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน”

2.3) ด้านความสัมพันธ์ของสหวิชาชีพ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “ในด้านความสัมพันธ์ของสหวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต้องทำงานเป็นทีมมากขึ้น สร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันให้มีความสุข ไม่ปฏิเสธสิ่งที่เราสามารถ

ช่วยเหลือกัน ประสานงานกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ” “มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับสหสาขาวิชาชีพติดต่อประสานงานที่ดี เป็นที่ยอมรับคนในทีมและทำงานร่วมกันได้ เป็นกลาง เข้ากันได้กับทุกวิชาชีพ” “สหสาขาวิชาชีพต้องเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นเพื่อนร่วมวิชาชีพ ยอมรับฟังความคิดเห็น จากสมาชิกผู้ร่วมทีม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการทำงาน” ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “เนื่องจากภาระงานที่ล้นทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นไปได้ยาก หากสร้างบรรยากาศที่ดีให้กับองค์กรจะช่วยเพิ่มสัมพันธ์ภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพให้ดีขึ้น” “ความสัมพันธ์ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างทีมมีความสำคัญมากที่สุด เพราะความแตกต่างของแต่ละปัจเจกบุคคลมีความสำคัญต่อสัมพันธ์ภาพของทีม การปฏิบัติตามช่องทาง หรือระบบที่ชัดเจน จะช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพดีขึ้น”

2.4) ด้านโครงสร้างการบริหารงาน ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่า 10 ปี ได้ระบุถึง ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “โครงสร้างองค์กรเป็นแบบหลายช่องทาง จากล่างขึ้นบน และจากบนลงล่าง และแนวนราบ มีการกระจายอำนาจ และการสื่อสารสองทาง ไม่ยึดติดกับระบบราชการตามลำดับชั้น เพราะจะทำให้เกิดการล่าช้า” “โครงสร้างองค์กรถูกจำกัดด้วยระบบข้าราชการ การบริหารเน้นขั้นตอนตามลำดับชั้น การเข้ารับตำแหน่ง การเลื่อนขั้นเป็นไปตามขั้นตอนจากบนลงล่าง” ผู้บริหารระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า 10 ปี ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “ในส่วนของโครงสร้างองค์กร ควรจะ

บริหารจากบนลงล่าง จากหัวหน้างานรับนโยบายจากผู้บังคับบัญชาระดับเหนือกว่า ลงสู่ผู้ปฏิบัติในแนวราบ แยกตามความเชี่ยวชาญ ความถนัด” “การบริหารโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ ควรบริการจากบนลงสู่ล่าง และจากล่างขึ้นสู่บน เป็นคู่ขนานกันไป”

3) ด้านคุณภาพการบริการ ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่า 10 ปี ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “คุณภาพการดูแลข้ามวัฒนธรรม มีศักยภาพในการดูแลผ่านมาตรฐานการประกันคุณภาพระดับประเทศ เช่น HA และระดับสากลเช่น JCI มาตรฐานการดูแลเกินมาตรฐาน เกินความคาดหวัง ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้มารับบริการ ผู้ให้บริการ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย” “ด้านคุณภาพการบริการ พี่คิดว่าน่าจะต้องสร้างความประทับใจให้กับผู้มารับบริการ เช่น การมีสถานที่อำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการ มีห้องรอตรวจที่ผ่อนคลาย ประชาสัมพันธ์กับผู้มารับบริการ ทราบทุกระยะ ในเรื่องต่างๆ เช่น ขั้นตอนการตรวจ คำแนะนำก่อนพบแพทย์ ช่องทางพิเศษ ห้องแยกพิเศษ เมื่อมาขอรับยาเดิม ขอใบรับรองแพทย์ โดยไม่ต้องผ่านการรอนาน” “คุณภาพการบริการต้องเกินความคาดหวัง เป็นไปตามมาตรฐานทุกอย่างหรือไม่ต่ำกว่า สร้างให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของบริการ รับผิดชอบแนวคิดพัฒนางาน เป็นเหมือนร้านสะดวกซื้อ คือ มีทุกอย่างที่ต้องการ ทุกสาขาให้บริการ มารักษาแล้วต้องหาย ตัวชี้วัดด้านผู้มารับบริการต้องไม่เกิด พฤติกรรมบริการ จริยธรรม จรรยาบรรณต้องดีงาม มีภาพลักษณ์ที่ดี” “ด้านคุณภาพการบริการฟังจากเสียงตอบรับต้องดี เกิดจากคนทำงานที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ในที่ที่มีคุณภาพที่ดี คนอยากอยู่ อยากทำงาน ทำให้การบริการ

ดีและคุณภาพของการบริการก็ต้องดี คุณภาพการบริการที่ดีประเมินได้จากความพึงพอใจของผู้มารับบริการ จากข้อร้องเรียน” ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้ “คุณภาพการบริการต้องเป็นไปตามมาตรฐาน มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่ปฏิบัติงาน สามารถประเมินได้จริง มีคู่มือการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมให้ผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้จริง และยั่งยืน เป็นไปตามมาตรฐาน” “พี่ว่าด้านคุณภาพการบริการนี้สำคัญมาก ต้องเหนือชั้นกว่าโรงพยาบาลอื่นโดยทั่วไป เป็นไปตามมาตรฐาน ต้องเป็นเลิศด้านคุณภาพการบริการ เพิ่มคุณค่า สามารถเข้าถึงได้ง่าย จำต้องได้จริง”

4) ด้านการบริหารสิ่งแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “สิ่งแวดล้อมด้านสถานที่ ต้องเป็นเลิศ สวยงาม สะอาด งดงาม ตามมาตรฐาน เป็นหน่วยบริการแบบเบ็ดเสร็จ One stop service อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ต้องพร้อมใช้งานได้ทันที อุปกรณ์ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ/หรือจ้างหน่วยงานเฉพาะทางจากภายนอกเข้ามาร่วมรับผิดชอบ มีห้องปลอดเชื้อดูแลอุปกรณ์ให้กับทุกหน่วยงาน” “สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป อาคาร สถานที่ ต้องสะอาด เรียบร้อย ทันสมัย สวยงาม เป็นที่หนึ่ง และหน่วยงานต้องปลอดภัยตลอดเวลา ภูมิทัศน์สวยงามไม่น่ากลัว ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “อาคาร สถานที่ และ สิ่งแวดล้อมต้องประทับใจตั้งแต่แรกพบ มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มขึ้น เช่น มีที่



จอตลอดที่เพียงพอและเหมาะสม มีห้องรับรองเหมือนในโรงแรมระดับห้าดาว มีห้องรอตรวจ มีบริการร้านอาหาร ร้านสะดวกซื้อ มีบริการเครือข่ายอินเทอร์เน็ต แหล่งบันเทิง นันทนาการ สถานที่พักผ่อน สถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น” “มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ เพื่อการเยียวยาสำหรับผู้ป่วยและญาติ จัดสถานที่ให้พอเพียงทั้งผู้ป่วย ญาติ เพื่อพักผ่อน รอตตรวจ เพื่อลดความวิตกกังวล เพื่อผ่อนคลาย เช่น จัดห้องให้ดูภาพยนตร์ ให้นั่งพักผ่อน ให้นั่งเล่นโทรศัพท์ ให้อยู่ใกล้ๆกับผู้ป่วย” “สิ่งอำนวยความสะดวกทุกอย่างต้องเป็นไปตามมาตรฐาน พร้อมให้บริการทั้งกับผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ ทันสมัย ขั้นตอนการมารับบริการต้องลดขั้นตอนไม่เยอะยุ่งยาก อาคารสถานที่เก่าควรปรับปรุงเพราะจะมีผลทางด้านจิตใจ”

5) ด้านความก้าวหน้า และการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารมากกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “ควรมีบันไดสู่ความสำเร็จทางวิชาชีพที่ดีกว่า มากกว่า โดยการพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ สนับสนุนด้านการศึกษาที่หลากหลาย พัฒนาจากหัวหน้างานแต่ละหน่วยงานพัฒนาน้องแต่ละหน่วยที่มีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำเพื่อผลักดันให้น้องเติบโตในสายวิชาชีพทันกัน มีการวางแผนงานให้ชัดเจน กำหนดเป็นนโยบาย การวางแผนการเติบโต กำหนดการไปอบรม การพัฒนาความรู้ ตั้งงบประมาณในด้านนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา” “ต้องติดตามด้านองค์ความรู้ให้พยาบาลจบใหม่ทุกคน เพิ่มช่องทางการการเรียนรู้ มีเวทีแสดงความรู้ นวัตกรรม ให้ความรู้ที่เพียงพอเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อบันไดวิชาชีพต่อไป ผู้บริหารทุกคนต้องเห็นความสำคัญ มีแผนการ

เติบโตที่ชัดเจน กำหนดเส้นทางการเจริญก้าวหน้าให้ชัดเจน และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา และชี้แจงให้เข้าใจตั้งแต่ครั้งที่เข้ามาปฏิบัติงาน พัฒนาสู่ความเชี่ยวชาญ มีโปรแกรมสนับสนุนทางการศึกษา” “การพัฒนาสู่บันไดวิชาชีพต้องเป็นแบบเอกชน คือ แบบก้าวกระโดด เลื่อนน้องที่จะเดินตามงาน สนใจใฝ่พัฒนาและเรียนรู้ การศึกษาต่อไปตามช่วงเวลา มีการจัดทำตารางการไปศึกษาอบรมตามลำดับขั้นตอน มีระบบการคัดเลือกไปศึกษาต่อเนื่องที่ชัดเจน” ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์การบริหารน้อยกว่า 10 ปี ได้ระบุถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ “ควรให้น้องพยาบาลได้อบรม พัฒนาองค์ความรู้โดยเฉพาะทางที่ปฏิบัติงาน เฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องให้เร็วขึ้น เช่น การอบรมระยะสั้น 4 เดือน เตรียมน้องพยาบาลที่จะขึ้นตำแหน่งเป็นหัวหน้างาน/รองหัวหน้างาน ตามความสมัครใจ ประเมินจากผลงานทางวิชาการและเป็นไปตามเวลาที่ควรได้ วางแผนให้ชัดเจน” “ประเมินเบื้องต้นจากน้องที่มีความสามารถ ทักษะทางด้านการบริหาร ส่งเสริมให้ไปเรียนเฉพาะทางบริหาร ทางด้านผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา กระตุ้นให้น้องพยาบาลเจริญก้าวหน้าทางช่องทางนี้ ความเจริญก้าวหน้าเป็นไปตามขั้นตอน เพิ่มช่องทางการพัฒนาตนเองให้เหมาะสม เช่น ส่งไปอบรม จ้างอาจารย์ภายนอกมาสอนวิจัย เสนอให้ส่งผลงานวิชาการตามกำหนด”

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นได้ให้ความหมายด้านคุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลโรงพยาบาลที่พึงศุติใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐ แบ่งผู้ให้ข้อมูล ตามประสบการณ์ของการเป็นผู้บริหาร

ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์บริหารน้อยกว่า 10 ปี และมากกว่า 10 ปี พบว่ามีการให้ความหมายเหมือนกันในผลการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ในเรื่องความหมายด้านคุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาล โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์บริหารมากกว่า 10 ปี เน้นความหมายคุณลักษณะของผู้นำทางการพยาบาล คุณลักษณะโดยทั่วไปของผู้บังคับมีภาวะผู้นำ มีวิสัยทัศน์กว้างไกล เป็นนักพัฒนา เป็นตัวอย่างข้าราชการที่ดีปฏิบัติตามครรลองครองธรรม มีความรู้ความสามารถในทุกเรื่องโดยเฉพาะเรื่องงานที่รับผิดชอบ ทำงานเป็นทีมแบบมีส่วนร่วม มีเมตตา เอาใจใส่เข้าใจปัญหาทุกแง่มุมของงานที่แตกต่าง มีความเสมอภาคและเป็นธรรมในการบริหาร ยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีความคิดเชิงบวก และคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สอดคล้องกับแนวคิดคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของแมคเคลอร์ และคณะ (McClure; et al., 2002) ที่เป็นต้นแบบของการศึกษาลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจ ทำให้ชื่อเสียงของโรงพยาบาลดึงดูดใจเป็นที่รู้จัก ในองค์การระบบบริการสุขภาพทั่วโลกในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือ เพื่อศึกษาลักษณะเด่นของโรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับสิ่งที่ดึงดูดใจ และการคงอยู่ในองค์การ พบลักษณะเด่น 3 ด้าน 1) ด้านคุณภาพของภาวะผู้นำ (Quality of Leadership) ต้องมีความรู้ ความสามารถสูง ทั้งการพยาบาลและการบริหาร เป็นที่ยอมรับจากสังคม

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2566

ภายนอก และผู้ร่วมวิชาชีพอื่น ๆ มีวิสัยทัศน์กว้างไกล สามารถนำนโยบายและแผนการดำเนินงานสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติตามพื้นฐานวิชาชีพ 2) ด้านการบริหารจัดการ (Administration) ประกอบด้วย รูปแบบการบริหารจัดการ โครงสร้างองค์กร การจัดสรรอัตรากำลังและนโยบายด้านบุคลากร 3) การปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ (Professional practice) ประกอบด้วย คุณภาพการดูแลผู้ป่วย บทบาทด้านการสอน และภาพลักษณ์ของพยาบาล 4) การพัฒนาวิชาชีพ (Professional development) ประกอบด้วย การนิเทศพยาบาลใหม่ การอบรม การศึกษาต่อเนื่อง และการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น และการพัฒนาความก้าวหน้าตามบันไดวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการบริหารจัดการโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ

1. เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ที่แสดงความคิดเห็นในการบริหารงานของโรงพยาบาลให้มากขึ้น โดยการเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทั่วทั้งโรงพยาบาลแสดงความคิดเห็นต่อการบริหารงานของโรงพยาบาลได้อย่างอิสระ รวมถึงเปิดโอกาสให้พยาบาลระดับปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านบุคลากร เช่น การมีส่วนร่วมในคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อแสดงความคิดเห็น ร่วมกำหนดนโยบาย และวางแผนด้านบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
2. ผู้นำทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ควรคัดสรรข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ และ นำเสนอให้น่าสนใจ เข้าใจได้ง่าย



3. กำหนดนโยบาย และมาตรการดำเนินการอย่างจริงจังเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมด้านโครงสร้างทางกายภาพ ในโรงพยาบาลให้สะอาด สวยงาม ทันสมัย น่าอยู่ และมีความปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน เช่น การติดตั้งกล้องวงจรปิดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการตรวจสอบระบบเตือนภัยต่างๆ ได้แก่อุปกรณ์สัญญาณ เครื่องดับจับควัน
4. ควรหาแนวทาง ในการลดภาระงานของพยาบาล และมีการสรรหาบุคลากรเพิ่มอย่างเหมาะสม
5. ควรพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะด้านผู้นำทางการพยาบาลที่มีคุณภาพโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ เพื่อให้สอดคล้องกับ ไทยแลนด์ 4.0

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. พัฒนาการจัดฐานข้อมูล ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น ฐานข้อมูลกำลังคน อัตราากำลัง การพัฒนาคุณภาพ และสามารถต่อยอดสู่การวิจัยได้อย่างมีระบบ
2. ควรศึกษาเชิงปริมาณ เช่น การพัฒนาเครื่องมือองค์ประกอบคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาล โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ ตามประสบการณ์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนาศ บุญทอง. (2558).ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ปี 2549 - 2558. นนทบุรี: จุฑทอง.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2552). หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่3) สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2559). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่23). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อรุณรัตน์ คันทา. (2557).ผลกระทบและทางออก ของการขาดแคลนกำลังคนทางการ พยาบาลในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(1), 81-90.
- อรุณรัตน์ คันทา, เดช เกตุจำ, กฤษดา แสงดี, และ ดวงทิพย์ ธีระวิทย์. (2556). การย้ายงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 19-31.
- American Nurses Credentialing Center (ANCC). (2014). *2014 Magnet application manual*. Silver Spring: Author.
- McClure ML Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses (the original study). In: McClure ML Hinshaw AS, editors. Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses. Washington, DC: American Nurses Publishing. 2002. p. 1-24
- Romano, M. A. 2002. A Strong attraction: As hospital seek "magnet" status to retain 2 nd ed. New Jersey: Prentice-Hall. nurses and improve care, some see the program as little more than a pricey marketing gimmick. Modern Healthcare Sheldon, M.E. 1971. Investment and involvement as mechanisms producing 32 (50): 23-38.
- Steven, T. H. (2009). Nursing turnover: Costs, causes, & solutions success factors for healthcare. Retrieved June 2,2019, from <http://www.nmlegis.gov/lcs/handout>
- Upenieks, V. V. 2005. What constitutes effective leadership? Perception of magnet and nonmagnet nurse leaders. *Journal of Nursing Administration* 456-467.



รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

Model of Home Care Management for Patients with Coronavirus Disease 2019 in Urban Communities

ณรงค์ สุกใส (ส.ม.)¹ สงครามชัย ลีทองดีศกุล (สด.)²Narong Suksai (M.P.H.)¹ Songkramchai Leetongdeesakul (Ph.D.)²สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (สด.)²Surasak Thiabritthi (Ph.D.)²

Received: February 18, 2023

Revised: April 18, 2023

Accepts: June 18, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้รับการดูแลที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่มีบทบาทในการดูแล ให้การรักษาพยาบาล จำนวน 258 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เจริญคุณภาพใช้วิธีการการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ประกอบด้วย 1) กระบวนการทำความเข้าใจบริบท ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน 2) การปรับการจัดบริการตามความจำเป็นพื้นฐาน 3) การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานหรือรับมือกับสถานการณ์การระบาด ทั้งบุคลากร ยา เวชภัณฑ์ รวมทั้งพฤติกรรมบริการที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์ 4) การใช้ระบบเทคโนโลยี หรือ Social Media มาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ผลที่เกิดขึ้นจากรูปแบบดังกล่าว พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการ, การดูแลที่บ้าน, ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, Thailand

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author: narong2a294@gmail.com



Abstract

This action research was aimed to examine the home care management model for COVID-19 patients in urban communities. The target population in this study included people who have involved in home caring for patients with COVID-19, COVID-19-infected patients and caregivers, a total of 258 people. Data collection was conducted quantitatively using questionnaires, interviews, and quantitative data analysis. The statistics implemented included frequency, percentage, mean, and standard deviation. Content analysis was performed for qualitative data.

The results found that the home care management model for COVID-19 patients in urban communities consisted of 1) cognitive process of context, problems, and actual needs of the communities, 2) adjusted service provision in line with basic needs, 3) preparedness to implementation and dealing with the COVID-19 outbreak situation, including personnel, medicines, medical supplies, including effective service behavior of medical personnel, 4) the use of technology or social media to communicate with patients in a fast manner. The outcomes of home care management model for COVID-19 patients demonstrated that the patients' self-care behavior was at the 'very good' level.

KEYWORDS: Management Model, Home Care, Coronavirus Disease 2019 Patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) มีต้นกำเนิดจากเมืองอู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นช่วงปลายเดือนธันวาคม 2562 ต่อมาแพร่ระบาดไปประเทศอื่นๆ อย่างรวดเร็ว เนื่องจากเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) (World Health Organization, 2021) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบในประเทศไทยตั้งแต่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยประเทศไทยที่มีผู้ป่วย

ยืนยันรายแรกนอกประเทศจีน ต่อจากนั้นเริ่มมีมาตรการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากประเทศจีน ทำให้รัฐบาลต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 และประกาศห้ามออกนอกเคหสถานยามวิกาล ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ต่อมาในช่วงปลายปี พ.ศ.2563 ได้พบการระบาดที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาคร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2564 จำนวน 1,626,604 คน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 16,937 คน อัตราป่วยตายคิดเป็นร้อยละ 1.04 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จังหวัดสมุทรปราการ มี

การระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระลอกใหม่นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 เป็นต้นมา มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 จำนวน 110,223 ราย เสียชีวิต 1,219 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.11 อำเภอบางเสาธงพบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 7,867 ราย รักษาหาย จำนวน 7,605 ราย เสียชีวิต จำนวน 8 ราย กำลังรักษาอยู่ 262 ราย(ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสมุทรปราการ, 2564) โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามก็มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอไม่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นได้

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) โดยผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ อายุไม่เกิน 70 ปี พักอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่ร่วมกับคนอื่นไม่เกิน 1 คน หรือมีห้องส่วนตัวเป็นสัดส่วนและไม่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ ไม่เป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) ข้อจำกัดในเขตชุมชนเมือง คือ การพักอาศัยในห้องเช่า หรือบ้านพักคนงานที่มีขนาดเล็ก หรือด้วยข้อจำกัดด้านอายุโรคประจำตัว ทำให้ไม่เข้าหลักเกณฑ์ในการแยกกักตัวที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจไม่จำเป็นต้องดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมด้านการจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดภาระการดูแลในโรงพยาบาลได้ การมีส่วนร่วมในการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดการจัดการอย่าง

มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นต้องวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุที่จะทำให้การจัดการผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชนอย่างเป็นระบบ และนำการจัดการที่ดีและตรงประเด็นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง โดยผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาและบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อวิเคราะห์บริบทการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการ การจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

2.3 เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และแบบสอบถามสำหรับบุคลากรกลุ่มสนับสนุน

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบถูก ผิด 2 ตัวเลือก โดยเลือกตอบได้เพียงอย่างเดียวตามบริการที่ได้รับหรือไม่ได้รับบริการ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน ระหว่างแยกกักตัว จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็น Rating Scale 4 ระดับ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็น Rating Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ แสดงความคิดเห็นต่อการจัดบริการ

2. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการ ให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบถูก ผิด 2 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็น Rating Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการ ความต้องการในการจัดบริการ สิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานในครั้งนี้ จำนวน 4 ข้อ เป็น คำถามปลายเปิด

3. แบบสอบถามสำหรับบุคลากรกลุ่มสนับสนุน แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรกลุ่มสนับสนุน จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดบริการ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็น Rating Scale 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดบริการ ความต้องการในการจัดบริการ สิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานในครั้งนี้ จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) เพื่อรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การวางแผน (Planning) โดยการจัดกิจกรรมถอดบทเรียน (After Action Review) เรื่อง

การจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่กลุ่มเป้าหมายและร่วมกันวิเคราะห์บริบทชุมชน วิเคราะห์การจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา การศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำผลการศึกษามาวิเคราะห์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นร่วมกันในกระบวนการดำเนินการวิจัยและร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา รวมไปถึงกำหนดโครงการแผนงานและกิจกรรมในการดำเนินงานโดยเป็นกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อกำหนดโครงการและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการเป็นโครงการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนและการกำหนดผู้รับผิดชอบในกิจกรรมที่ดำเนินการ

2. การปฏิบัติ (Action) โดยการดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 ในพื้นที่และตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายโดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เพื่อประเมินการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตร่วมกับมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยทำการสังเกตพฤติกรรม กิจกรรมของบุคคลและความสัมพันธ์ของบุคคลในเหตุการณ์ที่เลือกสังเกต ร่วมกับวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการจดบันทึก และ ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดำเนินงาน

4. สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงานทุกขั้นตอน สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ และเสนอแนะต่อการดำเนินงานในครั้งต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้รับการดูแลที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่มีบทบาทในการดูแลให้การรักษายาบาล จำนวน 258 ราย ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ในตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 210 คน

2. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในการให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษา แบบ Home Isolation จำนวน 10 คน

3. กลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มสีเขียว ที่ได้รับการรักษาแบบ Home Isolation ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 17 คน

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารรับรองเลขที่ 202-204/2565

ผู้วิจัยมีการประสานงานล่วงหน้า เข้าพบเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์



การวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัย หรือไม่เข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และไม่มีการแสดงชื่อหรือแสดงอย่างอื่นที่ให้อ่านสามารถคาดเดาได้ว่าเป็นบุคคลใด โดยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้เชิงพรรณนาใช้อธิบายข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่มและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน ร้อยละ 53.8 มีอายุ 25 - 29 ปี จำนวน 35 คน ร้อยละ 16.7 (Mean = 40.82 ปี, S.D. = 15.4) มีการนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 194 คน ร้อยละ 92.4 มีสถานภาพสมรส จำนวน 141 คน ร้อยละ 67.1 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 60 คน ร้อยละ 28.6 มีอาชีพหลักเป็นพนักงานบริษัท/สำนักงาน จำนวน 70 คน ร้อยละ 33.3 มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท จำนวน 90 คน ร้อยละ 42.9 (Mean = 17,748.8 บาท, S.D. = 13.4) มีค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 kg/m² จำนวน 72 คน ร้อยละ 34.3 (Mean = 24.62 kg/m², S.D. = 4.73) ผู้ชายมีรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร จำนวน

81 คน ร้อยละ 83.5 (Mean = 85.37 เซนติเมตร, S.D. = 9.47) ผู้หญิงมีรอบเอวมามากกว่า 80 เซนติเมตรขึ้นไป จำนวน 71 คน ร้อยละ 62.8 (Mean = 80.53 เซนติเมตร, S.D. = 9.99) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วย 7 กลุ่มโรค จำนวน 191 คน ร้อยละ 91.0

1.2 การจัดบริการพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้รับอาหาร 3 มื้อ เนื่องจากทางหน่วยบริการไม่ได้จัดบริการอาหารให้ จำนวน 141 คน (ร้อยละ 67.1) แก้ปัญหาโดยการคนในครอบครัวจัดการให้และประกอบอาหารเอง ได้รับประทัดอุณหภูมิ จำนวน 186 คน (ร้อยละ 88.6) ได้รับเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว จำนวน 179 คน (ร้อยละ 85.2) ได้รับยาที่จำเป็น จำนวน 205 คน (ร้อยละ 97.6) ได้รับการติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 183 คน (ร้อยละ 87.1) ไม่ได้รับการเอกซเรย์ปอด จำนวน 127 คน (ร้อยละ 62.4) เนื่องจากสังเกตอาการตนเอง ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 193 คน (ร้อยละ 91.9) และได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน จำนวน 206 คน (ร้อยละ 98.1)

1.3 พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว เมื่อจำแนกเป็นรายข้อแล้วพบว่า การไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 รองลงมา คือ แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้านในระหว่างแยกตัว และหากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นหรือออกนอกห้องพักต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร มีการปฏิบัติบ่อยครั้งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86

1.4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่าโดยรวมมีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 เมื่อจำแนกเป็น



รายด้านแล้ว พบว่า ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 รองลงมา คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความพึงพอใจต่อการรับ

บริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 และด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว

พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างแยกกักตัว	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น	2.88	0.358	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ไม่ให้บุคคลอื่นมาเยี่ยมที่บ้านระหว่างแยกตัวและงดการออกจากบ้าน	2.86	0.390	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ในระหว่างแยกตัว			
หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นหรือออกนอกห้องพักท่านสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร	2.86	0.351	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น	2.86	0.359	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
หากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่เอามือมาปิดปากและไม่ถอดหน้ากากอนามัยออก	2.80	0.428	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วและขยะที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งให้ใส่ถุงพลาสติกสีแดงหรือกรณีไม่มีถุงขยะสีแดง เขียนระบุ “ขยะติดเชื้อ” ติดที่ถุงขยะ และปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้งขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	2.76	0.480	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ	2.73	0.464	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา	2.70	0.516	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ทำความสะอาดโถสุขภัณฑ์หรือพื้นที่ที่อาจปนเปื้อน	2.68	0.487	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำร่วมกัน ให้ใช้เป็นคนสุดท้าย	2.57	0.585	ปฏิบัติบ่อยครั้ง

1.5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการ พบว่า ผู้ป่วยอาจต้องการบริการต่าง ๆ เช่น การจัดส่งอาหาร และสิ่งของจำเป็นการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ เสมือนจริง การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต การศึกษา

และทรัพยากรการเรียนรู้เสมือนจริง การเข้าถึงแหล่งข้อมูล การออกกำลังกายและการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ และการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและทันสมัย



ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.46	0.66	มากที่สุด
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.43	0.71	มากที่สุด
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.13	0.83	มากที่สุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข

2.1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) มีอายุ 36-40 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50.0) มีสถานที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) และมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0)

2.2 การจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า ได้จัดอาหาร 3 มื้อให้กับผู้ป่วย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50.0) ได้จัดปรอทวัดอุณหภูมิให้กับผู้ป่วย จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80.0) ได้จัดเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว ทั้งหมด 10 คน (ร้อยละ 100.0) ได้จัดยาที่จำเป็น เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก ยาฟ้าทลายโจร ทั้งหมด 10 คน (ร้อยละ 100.0) ได้ติดตามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง ทั้งหมด 10 คน (ร้อยละ 100.0) ได้การเอกซเรย์ปอด ทั้งหมด 10 คน (ร้อยละ 100.0) ได้จ่ายยาต้านไวรัส ทั้งหมด 10 คน (ร้อยละ 100.0) และได้แนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านให้กับผู้ติดเชื้อ ทั้งหมด 10 คน (ร้อยละ 100.0) ผ่านทางช่องทางสื่อสาร Social media

2.3 การเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) พบว่า ขั้นตอน

การรับผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 อยู่ในระดับดีมาก และขั้นตอนการเตรียมการ มีการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมประจำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 อยู่ในระดับดีมากตามลำดับ

2.4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการจัดบริการ พบว่า ผู้ต้องกักตัวที่บ้านควรมีการเช็คอินและติดตามอย่างสม่ำเสมอโดยหน่วยงานที่เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของการควบคุมตัว ควรได้รับการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับแนวทางและความคาดหวังสำหรับการกักตัว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักตัวที่บ้าน ควรจัดให้มีการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอแก่สาธารณะและบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกันเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มสนับสนุนที่ร่วมดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 55.3) มีอายุ 51-55 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 23.7) สถานที่ปฏิบัติงานที่ว่าการอำเภอ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 44.7) และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 คน (ร้อยละ 44.7) มีตำแหน่ง

ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 44.7) และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 17 คน (ร้อยละ 44.7)

3.2 การจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) จำแนกเป็นรายชื่อแล้ว พบว่า ผู้ปฏิบัติงานประเมิน ติดตามอาการ และติดตาม สัญญาณชีพผู้ป่วย ผ่านระบบสื่อสารต่าง ๆ อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน บ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 รองลงมา คือ หน่วยงานสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานสำหรับ เจ้าหน้าที่ เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก ค่าพาหนะ มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้านบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 และหน่วยงานจัดรถรับส่งผู้ป่วย ในระหว่างแยกกักตัวที่บ้าน มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้านบ่อยครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่มีคะแนนการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน

15 คะแนน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 แสดงว่าบุคลากรกลุ่มสนับสนุนส่วนใหญ่มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) อยู่ในระดับปานกลาง

3.3 ข้อเสนอแนะของบุคลากรกลุ่มสนับสนุน เกี่ยวกับการจัดบริการ พบว่า กลุ่มสนับสนุนควรประสานงานและร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการดูแลและการสนับสนุนที่เหมาะสม ควรทำการประเมินความต้องการเพื่อระบุความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และชุมชนที่พวกเขาให้บริการ เพื่อพัฒนาบริการดูแลที่ตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ หน่วยงานด้านสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการและบังคับใช้มาตรการกักกัน และอาจให้คำแนะนำและสนับสนุนบุคคลที่อยู่ภายใต้การกักกัน

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน

การเตรียมความพร้อมต่อจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ขั้นตอนการรับผู้ป่วย	4.16	0.872	ปฏิบัติเป็นประจำ
ขั้นตอนการเตรียมการ	3.70	0.987	ปฏิบัติเป็นประจำ

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. บริบทการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง พบว่าการจัดบริการใช้แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางหลัก แต่ไม่สามารถจัดบริการได้ครบทุกอย่างตามแนวทางดังกล่าว ได้แก่ ไม่ได้จัดบริการอาหาร การจัดอุปกรณ์ จัดให้ไม่ครบทุกคน เนื่องจากสังเกตอาการตนเองและติดต่อเจ้าหน้าที่ด้วยตนเองและได้รับการ

เอกซเรย์ปอด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 จากการสนทนากลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้สนับสนุนพบปัญหาและอุปสรรค ดังนี้ การบริหารอัตรากำลังคนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารให้กลุ่มบุคลากรอื่น เช่น แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข มาช่วยปฏิบัติงานในการจัดยา ออกจ่ายยาและอุปกรณ์ที่บ้านผู้ป่วย เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ยังขาดทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติ รวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยในการส่งมอบ



ยา อุปกรณ์ เพราะเสี่ยงในการติดเชื้อจากผู้ป่วย ในระบบการจัดส่งอาหารทางโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่ได้ จัดบริการอาหารให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องจัดหาอาหารเอง

2. กระบวนการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ได้นำผลการศึกษามาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาครัฐเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดแนวทางการดำเนินงานของอำเภอบางเสาธง ประกอบด้วย

2.1 การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหน้าที่ให้คำปรึกษา กำกับดูแล เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย แพทย์ให้บริการรักษา ส่งจ่ายยาและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวผ่านระบบสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ Social media ต่าง ๆ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ในการประสานงานระหว่างผู้ป่วยในชุมชนกับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อติดตามอาการ

2.2 กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยสำหรับจัดการดูแลที่บ้าน ดังนี้ 1. เป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic case, Mild symptomatic) 2. มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 3. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 4. อยู่คนเดียวหรือที่พักอาศัยสามารถมีห้องแยกเพื่ออยู่คนเดียวได้ 5. ไม่มีภาวะอ้วน (ภาวะอ้วน หมายถึง ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.² หรือน้ำหนักตัวมากกว่า 90 กิโลกรัม) 6. ไม่มีโรคร่วมดังนี้ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคอื่น ๆ ตามดุลพินิจของแพทย์ 7. ยินยอมแยกตัวในที่พักของตนเอง

2.3 กำหนดแนวทางการดำเนินงานของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้ 1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจ้งนายทะเบียนโรงพยาบาลบางเสาธง เพื่อลงบันทึกข้อมูลในระบบ เอกสารที่ต้องใช้ ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย รหัส AuthenCode จาก Application ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการตรวจพบการติดเชื้อ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ 2. แจ้งงานเวชระเบียนโรงพยาบาลบางเสาธงเพื่อเปิดทะเบียนผู้รับบริการ (HN.) 3. รายงานแพทย์เพื่อให้แพทย์สั่งยาเบื้องต้น 4. กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลบางเสาธงประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อรับยาและเวชภัณฑ์ กระบวนการจัดการดูแล

3. ประเมินผลการดำเนินการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง จากการกำหนดแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติดังนี้

3.1 การจัดเตรียมทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่ข่ายได้มีการจัดแพทย์เพื่อให้คำปรึกษา ทีมพยาบาล ทีมเทคโนโลยีสารสนเทศ พร้อมให้บริการ

3.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เตรียมพื้นที่ในชุมชน การวิเคราะห์พื้นที่ในชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน เพื่อการจัดบริการได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่ชุมชนเมือง ส่วนใหญ่จะเป็นอาคารพาณิชย์ แพลตคอนโดมิเนียม

3.3 โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เตรียมระบบสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนในพื้นที่และระบบสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.4 โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาที่เป็น วางแผนการส่งมอบภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับการขึ้นทะเบียนให้กักตัวที่บ้าน

จากการจัดบริการดังกล่าว ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า มีความพึงพอใจต่อการรับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง พบว่าการปรับรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับพื้นที่ในสถานการณ์การระบาดมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ความรุนแรงของโรคน้อย จากการให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มผู้สนับสนุน พบว่าการศึกษาพื้นที่ชุมชนเพื่อการจัดบริการเหมาะสมดี การปรับใช้การสื่อสารที่รวดเร็วโดยใช้ Social media ต่าง ๆ เช่น Line application ที่ประชาชนใช้อยู่แล้ว มาช่วยในการจัดบริการสื่อสารดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบางเสาธง ซึ่งเป็นชุมชนเขตเมือง เกิดขึ้นโดยความร่วมมือของชุมชนทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ประชาชน โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดบริการที่เหมาะสม ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติในการศึกษานำไปสู่การแก้ปัญหา จนได้รูปแบบของอำเภอบางเสาธง คือ

1. การเข้าใจชุมชน (Community diagnosis) คือ กระบวนการทำความเข้าใจบริบท ปัญหาและความ

ต้องการที่แท้จริงของชุมชน นำไปสู่การแก้ปัญหาจุดเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรทุกชั้นตอน ให้ความสำคัญกับชุมชนเป็นหลัก

2. ปรับตนให้สอดคล้อง (Flexibility) คือ การปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อจัดบริการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน

3. การบริหารจัดการที่ดี (Good management) หมายถึง ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานหรือรับมือกับสถานการณ์การระบาด ทั้งบุคลากร ยา เวชภัณฑ์ รวมทั้งพฤติกรรมบริการที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์

4. มีระบบสื่อสารที่ไว (Communication) หมายถึง การใช้เทคโนโลยีหรือ Social media มาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

การอภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง พบว่า กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มผู้สนับสนุน ได้มีการเตรียมพื้นที่และวิเคราะห์พื้นที่ในชุมชน โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดเตรียมทีมบุคลากรอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาที่เป็น วางแผนการส่งมอบให้แก่ผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับดีมาก มีการประเมินและติดตามอาการ ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยผ่านระบบสื่อสารต่าง ๆ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเมื่อตรวจพบเชื้อ เมื่อแยกกักตัวที่บ้าน และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อพบอาการผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปิยา วิริไฟและพิมลดา ลัดดางาม (2565) กลุ่มสนับสนุนส่วนใหญ่มีการจัดบริการให้ผู้ที่ถูกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในปัจจุบันการพัฒนาระบบสำหรับการระบุและคัดกรองผู้ป่วย



และมีสิทธิ์ได้รับการจัดการดูแลที่บ้าน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพในท้องถิ่น องค์การชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อระบุและคัดกรองบุคคลที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางและสามารถแยกตัวเองที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมสมัย รัตนกริธากุล, สุริย์รัตน์ ธนากิจ, นิสากร กรุงไกรเพชร และอริสรา ฤทธิงาม (2561) ศึกษาเกี่ยวกับวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานนวัตกรรมโรงพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีธนาการอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลดอัตราครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของชลกร ทรงศรี (2557) ศึกษาเกี่ยวกับ รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่เหล็ก เมืองอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านนอกจากเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ แล้วยังต้องมีเครือข่ายในการให้บริการ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา บุคคลในครัวเรือน และสอดคล้องกับการศึกษาของกชพร เชื้อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เชาว์วาเขต, ภัทรพล ดุ้ผัด และ จุฑามาต ขาวสำน (2562) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย ทีมบุคลากร

สาธารณสุขดูแลผู้ป่วยจัดบริการและทีมดูแลแบบบูรณาการที่บ้าน นอกจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ แล้วยังต้องมีเครือข่ายในการให้บริการ เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา หรือบุคคลในครัวเรือน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1.1 การใช้ระบบสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุขที่ใช้ Social media เข้ามาช่วยในการสื่อสาร มีข้อจำกัดเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ตของผู้ป่วย ทำให้บางครั้งอาจขาดการติดต่อสื่อสารกันได้ ควรมีการขอข้อมูลติดต่อกับทางญาติผู้ป่วยไว้เป็นอีกช่องทางในการติดต่อสื่อสาร

1.2 ในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดบริการให้ได้เนื่องจากไม่มีอัตรากำลังเพียงพอในการจัดส่งอาหารทั้ง 3 มื้อนั้น แนวทางแก้ไขอาจใช้บริการสั่งอาหารจาก Application ต่าง ๆ ที่มีอยู่ โดยให้การสนับสนุนค่าอาหารกับผู้ป่วยโดยตรงหรือทางโรงพยาบาลประสานกับร้านอาหารในพื้นที่ให้จัดส่งโดยตรง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางสำหรับการติดตามอาการของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการประสานงานกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อการติดตามผล เพื่อสามารถนำแนวทางในการติดตามอาการของผู้ป่วยมาพัฒนารูปแบบในการจัดการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการวัดประสิทธิผลของแบบจำลองการจัดการการดูแลที่บ้านโดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการที่บ้านกับการจัดการใน

โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ ผลลัพธ์อาจรวมถึงระยะเวลาฟื้นตัว ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้จากผู้ที่เกี่ยวข้องมากมาย ซึ่งขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยแนะนำเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ตลอดจนติดตามงานวิจัยตั้งแต่เริ่มทำวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ สุดท้ายนี้ คุณประโยชน์และความดีอันพึงมีที่เกิดจากการค้นคว้าวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแก้คุณอาจารย์ ครอบครัว ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน เพื่อตอบแทนพระคุณในสิ่งที่ทุกท่านมิให้ผู้วิจัยเสมอมา

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2566 ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

กษพร เชื้อนธนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เข้าวาเขต, ภัทรพล ดุ้ผัด และ จุฑามาศ ชาวसान. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโต กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 273-285.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ.2566

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *คู่มือการแยกกักตัวที่บ้าน (ฉบับปรับปรุงใหม่)*. นนทบุรี

ชลกร ทรงศรี. (2557). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่หนอง เมืองอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 155-162.

ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 จังหวัดสมุทรปราการ(ศบค.จ.สป.).

(2564). *ผลการดำเนินงานของจังหวัด*. เข้าถึงได้จาก

<http://covid19.samutprakan.go.th/>

สมสมัย รัตนกริฑากุล, สุริย์รัตน์ ธนากิจ, นิสากร กรุงไกรเพชร และ อริสรา ฤทธิงาม. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านกรณีศึกษาในวัดกรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(1), 79-90.

สุปิยา วิริไฟ และพิมลดา ลัดดางาม. (2565). การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) : แนวทางการให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อโควิด-19. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(2), 597-611

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks CA: Sage.

World Health Organization. (2021). COVID-19 technical guidance: Laboratory testing for 2019-nCoV in humans. Retrieved from <https://covid19.who.int/Coronavirus disease>



ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและผลกระทบทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด -19 (COVID-19)

Knowledge, Self-Care Behavior and Psychological Effects of Pregnant Women in the Pandemic of the 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19)

รัตนภรณ์ นิवासานนท์¹ (วท.ม.)

Rattanaporn Niwasanon (M.Sc.)

ภัทรพร อรัณยภาค² (ค.ม.) วารุณี เฟไทร์² (วท.ม.)

Pattaraporn Arunyaphark (M.A.) Warunee Parai (M.Sc.)

Received: April 8, 2023

Revised: June 21, 2023

Accepts: June 29, 2023

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับผลกระทบทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19)

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12 ถึง 36 สัปดาห์ จำนวน 240 คน จากการสุ่มอย่างง่าย ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($P < .05$)

ผลการศึกษา: สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 83.8) ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 31.7) และอายุครรภ์อยู่ในไตรมาส 3 (ร้อยละ 42.1) ส่วนใหญ่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน (ร้อยละ 58.3) สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 16.7 พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 14.2 มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ในระดับสูง ร้อยละ 12.1 มีความเครียดในระดับสูง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โควิด-19 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 14.38$ SD = 1.222) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเฉื่อยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.69$, SD = .46) พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด และระดับความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19

¹อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพฯ, Thailand

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

Corresponding author: noeyzza@icloud.com

มีความสัมพันธ์กับความกังวล $p < .05$ ($r = .132, .139, .150$ และ $.168$ ตามลำดับ) และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความเครียด $p < .05$ ($r = .221$ และ $-.137$ ตามลำดับ) สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ดี แต่พบว่าสตรีตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งที่มีความเครียดและความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตประจำวัน

คำสำคัญ: โรคโควิด-19 , พฤติกรรมการดูแลตนเอง, สตรีตั้งครรภ์

Abstract

Objective: To study knowledge level, self-care behavior and the relationship between knowledge, self-care behavior and psychological effects of COVID-19 in pregnant women

Method: A group of 240 pregnant women with gestational age 12-36 weeks were selected from simple random sampling technique. They had antenatal care with healthcare service centers in Bangkok during January to December 2022. A questionnaire was used for data collection. Descriptive analysis of data using frequency, mean, percentage, standard deviation (SD), chi-square test and Pearson Correlation test was used to analyze association between variables, with the significant level of .05 ($P < .05$).

Results: Most pregnant women aged 20-34 years (83.8%) are medical personnel (31.7%). Their gestational age was in the third trimester (42.1%). Most of them had antenatal care with private hospitals/private clinics (58.3%). Pregnant women (16.7%) were detected complications during pregnancy, 14.2% of them had COVID-19 anxiety at a high level, 12.1% of them had a high level of stress, had knowledge scores about COVID-19 situation at a high level ($\bar{X} = 14.38$, S.D. = 1.222), and had self-care behavior in preventing infection averagely at a high level ($\bar{X} = 1.69$, S.D. = 0.46). The findings from the study showed that education level, income, stress, and level of knowledge about the situation of COVID-19 spread were associated with anxiety, $p < 0.05$ ($r = 0.132, 0.139, 0.150$ and 0.168 respectively) while complications during pregnancy and self-care behavior were associated with stress, $p < 0.05$ ($r = 0.221$ and 0.137 respectively). Pregnant women have good knowledge and self-care behavior in the spread of COVID-19. However, some pregnant women have stress and anxiety in their daily lives.

KEYWORDS: COVID-19, Self-care behavior, Pregnant women



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของช่วงชีวิตสตรีที่สำคัญ การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมและจิตวิญญาณของสตรี ตั้งครรภ์รวมทั้งมีการปรับตัว มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ ต่อครอบครัว และมีผลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ (เบญญาภา ธิติมาพงษ์, ศศิธร พุ่มดวง, จันทร์ปภัสร เครือแก้ว, โสเพ็ญ ชูมวล และ วิไลพร สมานกสิกรรม, 2563) โดยแสดงออกในรูปแบบของความสงสัย ความวิตกกังวล มีภาวะเครียด ซึ่งสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเครียดมักจะมีการจัดการกับปัญหาทั่วไปได้ยากและใช้เวลานานกว่าบุคคลอื่น (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2560) ศรีนคร มังคะมณี และคณะ ได้ทำการศึกษาโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 83.5 เครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.5 และมีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 2.0 ตามลำดับ (ศรีนคร มังคะมณี และศิริพร ชุตเจื้อจัน, 2553) นับตั้งแต่วันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) สามารถติดต่อผ่านทางสัมผัสละอองฝอยจากการไอ หรือจาม อาการของโรคจะคล้ายกับไข้หวัดใหญ่ (World Health Organization, 2020) มีการศึกษาของ Chen และคณะ (2020) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) และมาคลอดที่โรงพยาบาลช่งหนาน มหาวิทยาลัยอู่ฮั่น ผู้ป่วยทั้ง 9 รายได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอก

พบว่า 8 ใน 9 รายมี multiple patchy ground-glass shadows มีการบันทึกทารกเกิดมีชีพ 9 ราย ทารกแรกเกิดทั้ง 9 ราย มีคะแนน Apgar ที่ 1 เท่ากับ 8-9 และ 5 นาที เท่ากับ 9-10 ได้ทำการเก็บตัวอย่างจากน้ำคร่ำ เลือดจากสายสะดือ สารคัดหลั่งที่ป้ายจากคอ ทารก ตัวอย่างทั้งหมดไม่พบเชื้อ SARS-CoV-2 จากการศึกษาพบว่าลักษณะทางคลินิกของโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์มีความคล้ายคลึงกับที่รายงานในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (Chen H. et al., 2020) ขณะที่การศึกษาของ Dashraath P และคณะได้ทำการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) จำนวน 55 ราย และทารก จำนวน 46 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนในมารดาไม่พบการเสียชีวิตแต่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 2.0 ภาวะแทรกซ้อนของทารกคือ แท้งหรือทารกตายในครรภ์คิดเป็นร้อยละ 2.0 ทารกโตช้าในครรภ์คิดเป็นร้อยละ 9.0 คลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 43.0 ทารกตายหลังคลอดคิดเป็น ร้อยละ 2.0 ไม่พบการติดเชื้อผ่านทางรกไปยังทารกในครรภ์จำนวนทั้ง 46 ราย (Dashraath P. et al., 2020) และจากการศึกษาของ Zaigham และ Andersson เป็นการศึกษาแบบ Systematic review เป็นรายงานจากประเทศจีน สวีเดน อเมริกา เกาหลีใต้ และฮอนดูรัส ที่ระบุว่า การติดเชื้อไวรัสมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ร้อยละ 92.0 ของสตรีตั้งครรภ์ดังกล่าวได้รับการผ่าท้องทำคลอด และมีข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยคือ ทารกขาดออกซิเจน (Fetal distress) (Zaigham M. & Andersson O., 2020) ปัจจุบันสถานการณ์การระบาดทั่วโลกเริ่มมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง ประชาชนได้รับวัคซีนในระดับความครอบคลุมสูง มีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามยังต้องมีการเฝ้าระวังการระบาด

อย่างใกล้ชิดและยังต้องปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันอย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่ม 608 ซึ่งประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี, ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคอ้วน, โรคเบาหวาน และสตรีตั้งครรภ์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากสถานการณ์การระบาดที่ยาวนานในครั้งนี้อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต นอกจากนี้การติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์นับเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าบุคคลทั่วไป เพิ่มความเสี่ยงที่อาจจะทำให้เกิดการล้มเหลวในระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจและอาการต่าง ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ การคลอดก่อนกำหนด หรือมีอาการรุนแรงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit : ICU) มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilator) หรือ การใช้เครื่องพยุงปอดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenation : ECMO) (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) ปัจจุบันยังขาดการศึกษาด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการระบาดและผลกระทบด้านจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ของสตรีตั้งครรภ์ที่จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ช่วยสนับสนุนการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับผลกระทบทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร (2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) ของกรมสุขภาพจิตแบบ Check list จำนวน 4 ข้อ (3) แบบคัดกรองความกังวลต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ แบบ Rating scale มีอาการมาก ปานกลาง และไม่มี (3, 2, 1 คะแนน) โดยพิจารณาแบ่งระดับอิงเกณฑ์ คือ ความกังวลระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ความกังวลระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99) ความกังวลระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) (4) แบบคัดกรองความเครียดของกรมสุขภาพจิต ST-5 จำนวน 5 ข้อ แบบ Rating scale มีอาการมาก ปานกลาง และไม่มี (3, 2, 1 คะแนน) โดยพิจารณาแบ่งระดับอิงเกณฑ์ คือ ความเครียดระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป) ความเครียดระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 30-49) ความเครียดระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 30) (Department of Mental Health, 2020) (5) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 และความรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดโรคโควิด-19 เกณฑ์การให้คะแนน 1, 0 (ตอบถูก, ตอบผิด) โดยพิจารณาแบ่งระดับอิงเกณฑ์ คือ ความรู้ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80



ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 ความรู้ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) และ (6) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 แบบ Rating scale ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ (2, 1, 0 คะแนน) คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทำการทดสอบ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่สตรีระยะตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่าง หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการสำรวจ (Survey research) เครื่องมือคือ แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิด คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ขององค์การอนามัยโลก ประกอบกับคำแนะนำสำหรับสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12 ถึง 36 สัปดาห์ โดยต้องได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์กับหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่าง W.G. Cochran โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ $Z = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ระดับ.05) และสัดส่วน

ของประชากร .829 (สัดส่วนของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ระดับเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563) (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 240 คน คณะผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยโดยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยของมหาวิทยาลัยสยาม (หมายเลขหนังสืออนุมัติที่ 2564/011.30/12)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS รุ่นที่ 25 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0) ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) โดยเกณฑ์การแปลผลความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์จำนวน 240 คน พบว่าส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 20-34 ปี (ร้อยละ 83.8) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 68.3) ประกอบอาชีพเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 31.7) และข้าราชการ (ร้อยละ 22.9) รายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 75.4) ตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 98.3) และอายุครรภ์อยู่ในไตรมาส 3 (ร้อยละ 42.1) เข้ารับบริการ

ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน คิดเป็นร้อยละ 58.3 และโรงพยาบาลรัฐ คิดเป็นร้อยละ 41.7 ตามลำดับขณะที่ตั้งครรภ์ครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 16.7 ดังตารางที่ 1

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) พบว่าในช่วงเวลา 14 วัน ร้อยละ 15.4 มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีการระบาดร้อยละ 17.9 มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลที่มาจากพื้นที่ที่มีการระบาดร้อยละ 15 มีประวัติสัมผัสกับบุคคลที่เข้าข่ายยืนยันการติดเชื้อโควิด -19 และร้อยละ 4.6 มีประวัติใกล้ชิดหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผู้ชุมนุมเกิน 100 คน ดังตารางที่ 2

ความกังวลต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (7-11 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 77.9 โดยมีความวิตกกังวลในระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 14.2 คะแนน ด้านความเครียด (ST-5) ต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำ (0-4 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 56.7 ระดับ ปานกลาง (5-7 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 31.3 และมีความเครียดระดับสูง (≥ 12 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 12.1 ดังตารางที่ 3

ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 14.38/15$ คะแนน $SD = 1.222$) โดยคำถามที่สตรีตั้งครรภ์ตอบได้น้อย (< ร้อยละ 90) คือ สายพันธุ์ที่ก่อโรคโควิด-19 และอุณหภูมิกายของผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 240)

ข้อมูล	จำนวน (%)
อายุ	
20 – 34 ปี	201 (83.8)
35 ปีขึ้นไป	39 (16.2)
ระดับศึกษา	
มัธยมศึกษา	40 (16.7)
ปริญญาตรี	164 (68.3)
สูงกว่าปริญญาตรี	36 (15.0)
อาชีพ	
บุคลากรทางการแพทย์	76 (31.7)
พนักงาน / ลูกจ้าง	48 (20.0)
ข้าราชการ	55 (22.9)
อาชีพอิสระ	36 (15.0)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25 (10.5)
รายได้ต่อเดือน	
ต่ำกว่า 15,000 บาท/เดือน	59 (24.6)
15,000 บาท/เดือน ขึ้นไป	181 (75.4)
ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต	
ไม่เคยมีประวัติตั้งครรภ์	236 (98.3)
เคยมีประวัติตั้งครรภ์	4 (1.7)
ขณะนี้คุณมีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาส	
ไตรมาส 1	47 (19.6)
ไตรมาส 2	92 (38.3)
ไตรมาส 3	101 (42.1)
ขณะที่คุณตั้งครรภ์ครั้งนี้คุณมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่	
มี	40 (16.7)
ไม่มี	200 (83.3)
หน่วยบริการที่เข้ารับบริการในการฝากครรภ์ครั้งนี้	
โรงพยาบาลรัฐ	100 (41.7)
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน	140 (58.3)



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง (n=240)

ข้อมูลการประเมิน	ไม่มี	มี
	จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ หรือพื้นที่ ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ในช่วงเวลา 14 วัน ก่อนหน้านี้	203 (84.6)	37 (15.4)
2. สัมผัสใกล้ชิดกับประชาชนที่มาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดต่อเนื่องของโรคโควิด-19 (COVID-19)	197 (82.1)	43 (17.9)
3. มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันโรคโควิด-19 (COVID-19)	203 (84.6)	37 (15.4)
4. ท่านหรือบุคคลใกล้ชิดเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผู้ชุมนุมเกิน 100 คน ในช่วงเวลา 14 วัน ก่อนหน้านี้	229 (95.4)	11 (4.6)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) และการประเมินความเครียด (ST-5) (n = 240)

ข้อมูลการประเมิน	จำนวน (%)
ระดับความกังวลต่อโรคโควิด - 19 (COVID-19)	
ระดับต่ำ (5 – 6 คะแนน)	19 (7.9)
ระดับปานกลาง (7 – 11 คะแนน)	187 (77.9)
ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป)	34 (14.2)
ระดับความเครียด (ST-5)	
ระดับต่ำ (0 – 4 คะแนน)	136 (56.7)
ระดับปานกลาง (5 – 7 คะแนน)	75 (31.3)
ระดับสูง (8 ขึ้นไป)	29 (12.1)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 (COVID-19)

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน (%)
ระดับต่ำ (0-11)	9 (3.8)
ระดับสูง (12-15)	231 (96.3)
Mean = 14.38 SD = 1.222 Max=15 , Min =6	

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 1.69, SD = .46) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือมีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจาก

บ้าน ($\bar{X}$ = 1.98, SD = .13) และพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ พฤติกรรมทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 0.82, SD = .74) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19)

ข้อคำถาม	ตอบถูก (%)	ตอบผิด (%)
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการระบาด		
1. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับ ซาร์ส (SARs) และเมอร์ส MERS) จึงทำให้มีความรุนแรงมาก	196 (81.7)	44 (18.3)
2. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีระยะฟักตัว 3 - 14 วัน	229 (95.4)	11 (4.6)
3. โรคโควิด -19 (COVID-19) ติดต่อผ่านทางละอองฝอยจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลายเวลา พุดคุย ไอหรือจามรดกัน	231(96.3)	9 (3.8)
4. โรคโควิด -19 (COVID-19) ติดต่อโดยการที่มือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู ตู้ ATM ปุ่มกดลิฟต์ เป็นต้น แล้วมือไปสัมผัส ใบหน้าหรือหยิบอาหาร	236 (98.3)	4 (1.7)
ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อ		
5. ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5°	212 (88.3)	28 (11.7)
6. ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มักมีอาการ ไอ เจ็บคอ ไม่มี น้ำมูก หายใจหอบ เหนื่อย	230 (95.8)	10 (4.2)
7. ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มักมีอาการจุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่ไ้รส	234 (97.5)	6 (2.5)
8. ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีอาการคล้ายโรคปอดอักเสบ เช่น หายใจลำบาก หายใจเหนื่อยรุนแรง และทำให้เสียชีวิตได้	235 (97.9)	5 (2.1)
9. ผู้ที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	240 (100)	0
10. ผู้ที่ใกล้ชิดหรือสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	237 (98.8)	3 (1.3)
11. หากมีอาการสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต้องรีบตรวจคัดกรองทันที	228 (95.0)	12 (5.0)
12. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ติดต่อผ่านทางลมหายใจ สาคัดหลัง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ควรใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	235 (97.9)	5 (2.1)
13. วิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือไม่ควรใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำและหลอดดูดน้ำ หมวกกันน็อค เป็นต้น	234(97.5)	6 (2.5)
14. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง หรือสถานที่ที่มีคนแออัด	236 (98.3)	4 (1.7)
รวม	95.9	4.1

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร ความเครียด ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) กับความกังวลต่อโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) พบว่าระดับการศึกษา รายได้ ความเครียด (ST-5) และระดับความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 (COVID-19) มีความสัมพันธ์

ในทิศทางเดียวกันกับความกังวลต่อโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญ $p < .05$ ($r = .132, .139, .150$ และ $.168$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	$\bar{x}$	SD.	ระดับพฤติกรรม
1. ท่านมีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน	1.98	.13	มาก
2. ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาทีหรือใช้ 70% แอลกอฮอล์เจลหลังไอจาม หรือ สั่งน้ำมูกทุกครั้ง	1.86	.37	มาก
3. ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาทีหรือใช้ 70% แอลกอฮอล์เจลทุกครั้งหลังสัมผัส เงินเหรียญ หรือธนบัตร	1.62	.54	มาก
4. ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาทีหรือใช้ 70% แอลกอฮอล์เจลทุกครั้งหลังสัมผัส สิ่งของรอบตัว เช่น รวบันได ลูกบิดประตู ตู้ ATM ปุ่มกดลิฟต์ เป็นต้น	1.74	.53	มาก
5. ท่านไม่สัมผัสตา จมูก ปากโดยไม่จำเป็น	1.64	.53	มาก
6. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกที่ผ่านการใช้ความร้อนเสมอ	1.93	.26	มาก
7. ท่านรับประทานอาหารที่เป็นชุดสำหรับคนเดียว	1.55	.53	มาก
8. ท่านไม่ใช่ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ และหลอดดูดน้ำ เป็นต้น	1.86	.38	มาก
9. ท่านเว้นระยะห่าง 1 - 2 เมตร เมื่อต้องพูดคุยกับบุคคลอื่น	1.71	.47	มาก
10. ท่านไม่สัมผัสมือือบอดกับบุคคลรอบข้าง	1.76	.45	มาก
11. ท่านหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด	1.65	.48	มาก
12. ท่านล้างมือและอาบน้ำทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน	1.68	.52	มาก
13. ท่านทั้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	0.82	.74	ปานกลาง
14. หลังทั้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วท่านทำความสะอาดมือด้วย 70% แอลกอฮอล์เจลหรือ สบู่ ทันที	1.58	.60	มาก
15. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน	1.62	.58	มาก
16. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยท่านหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่ออกไปนอกบ้าน ไม่เดินทางไปที่ชุมชน	1.89	.33	มาก
17. ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 (COVID 19) ทางโทรทัศน์ / อินเทอร์เน็ต / วิทยุอย่างต่อเนื่อง	1.86	.35	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	1.69	0.46	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร ความกังวล ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) กับความเครียด พบว่า ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ($r = .221, p < .05$) ขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความเครียด ($r = -.137, p = .05$) ดังตารางที่ 7

การอภิปรายผล

สตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 98.3) มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20–34 ปี (ร้อยละ 83.8) ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ และพบว่าร้อยละ 16.2 ตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก ($\text{age} \geq 35$ ปี) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 68.3 และพบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 16.7 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Mills และคณะ

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความสัมพันธ์ของคุณลักษณะทางประชากร ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความกังวลต่อโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

ตัวแปร	ความกังวล		ระดับสัมพันธ์	ความเครียด (ST 5)		ระดับสัมพันธ์
	r	P value		r	P value	
คุณลักษณะทางประชากร						
ระดับการศึกษา	.131	.042*	ต่ำ	-.019	.11	ต่ำ
รายได้	.139	.031*	ต่ำ	-.101	.118	ต่ำ
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์	.108	.095	ต่ำ	.221	.001*	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด- 19	.168	.009*	ต่ำ	.000	.995	ไม่สัมพันธ์
พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน การติดเชื้อโควิด - 19	-.112	.082	ต่ำ	-.137	.034*	ต่ำ
ความเครียด (ST 5)	.150	.020*	ต่ำ			

* $P < .05$

พบว่า ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุมาก มีแนวโน้ม)เพิ่มมากขึ้นทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูง (Mills, Rindfuss, McDonald & Te-Velde, 2011) และการศึกษาของ Gravena และคณะ พบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมของสตรีร่วมกับระดับการศึกษาของสตรีความสามารถและความก้าวหน้าในการทำงานในระดับที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้สตรีแต่งงานช้า หรือตั้งครรภ์และมีบุตรเมื่อมีอายุมากขึ้น และมีความเสี่ยง/ความเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ (Gravena, Sass, Marcon & Pelloso, 2012)

จากการประเมินความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของสตรีตั้งครรภ์ที่จะมีประวัติสัมผัสกับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 31.7) ทำให้มีโอกาสที่ต้องใกล้ชิดกับสถานการณ์หรือบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 จากลักษณะการ

ทำงานที่ต้องมีการสัมผัสกับละอองฝอยของเสมหะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งมีประชากรหนาแน่น และเป็นพื้นที่นำร่องการท่องเที่ยวนับตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2565 (รัฐบาลไทย, 2565) ทำให้กรุงเทพมหานครเป็นเพียงจังหวัดเดียวที่พบยอดผู้ติดเชื้อเฉลี่ยสูงกว่า 200 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน (World Health Organization Thailand, 2022) สตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาคั้งนี้มีความกังวลต่อโรคโควิด-19 (COVID-19) ในระดับปานกลาง ถึงสูง (ร้อยละ 77.9 และร้อยละ 14.2 ตามลำดับ) ขณะเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.4 มีความเครียด (ST-5) ในระดับปานกลาง ถึง สูง(ร้อยละ 31.3 และร้อยละ 12.1 ตามลำดับ) สะท้อนว่าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อสุขภาพจิตในสตรีตั้งครรภ์ทั้งความวิตกกังวลและความเครียดสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการแพร่ระบาดของ โควิด-19 ต่อประสบการณ์การตั้งครรภ์และให้นมบุตร ตลอดจนสุขภาพจิตปริกำเนิดในประเทศสวีเดนแลนด์ พบว่า



กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความเครียดของตนเองสูงขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Lambelet et al., 2021) และงานวิจัยของ Bender (2020) ทำการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่แสดงอาการของการได้รับเชื้อแต่เข้ารับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 จำนวน 318 คนพบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีความวิตกกังวลสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ในภาวะปกติ เนื่องจากปัญหาการว่างงาน การสูญเสียรายได้ และความไม่มั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรในระยะหลังคลอด โดยความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าพบได้ในระดับปานกลางถึงรุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 และคลอดบุตรในช่วงที่มีการแพร่ระบาด เพราะกังวลเกี่ยวกับการสัมผัสเชื้อภายในโรงพยาบาล รวมถึงมาตรการแยกผู้ป่วยออกจากทารกหลังคลอดและการงดเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกดังกล่าว ยังส่งผลกระทบต่อระยะหลังคลอด ระดับความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษารั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ย 14.38 คะแนน จาก 15 คะแนนอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (> ร้อยละ 90) มีประเด็นความรู้ทั่วไปในเรื่องของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ในเรื่องความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อ การกักตัวเพื่อดูอาการ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง ตลอดจนข้อมูลของจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Azlan และคณะที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในประเทศมาเลเซีย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ตอบคำถาม

ถูกต้องร้อยละ 80.50 (Azlan et al., 2020) พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษารั้งนี้พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.69$, $SD = .46$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยมากที่สุดคือมีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ($\bar{X} = 1.98$, $SD = .13$) ซึ่งเป็นผลจากทั้งการรณรงค์แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ในทุก ๆ ช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ แพลตฟอร์มดิจิทัลได้แก่ Facebook, YouTube, Instagram และ Twitter บุคลากรทางการแพทย์ ประกาศ สื่อสิ่งพิมพ์ของทางราชการ เพื่อน และบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจรัส รัชกุล และคณะ (2564) ได้ดำเนินการประเมินการปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2564 พบว่าประชาชนสามารถใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้ามากที่สุด ขณะที่การสัมผัสใบหน้า จมูก ตา และปากได้น้อยที่สุด ภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันตนเองยังอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 91.1 และสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐวรรณ คำแสน (2563) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระดับมากร้อยละ 46.07 และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.80 (ณัฐวรรณ คำแสน, 2563) ขณะที่พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง คือ การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด ($\bar{X} = 0.82$, $SD = .74$) สอดคล้องกับการศึกษาของ

ตรีนรวิทย์ (2563) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยของประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยในช่วงสถานการณ์โควิด-19 อยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.26 และประเด็นการทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วลงในถัง มัดปากถุง และติดข้อความว่าหน้ากากอนามัยที่ถุงนั้น หรือทิ้งในถังขยะสำหรับทิ้งหน้ากากอนามัยในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.04$) โดยแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะหน้ากากอนามัยของประชากรในกรุงเทพมหานคร คือ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ทางสื่อออนไลน์เชิงรุกและต่อเนื่องเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี และทิ้งให้ถูกที่ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณการจัดการหน้ากากอนามัย และถังขยะรองรับหน้ากากอนามัยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (Ginwong, 2020) การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความกังวลต่อโรคคือ ระดับการศึกษา รายได้ ความเครียดและระดับความรู้ในทิศทางเดียวกัน ($r = .132, .139, .150$ และ $.168$ ตามลำดับ $p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงมีการหาความรู้ที่ดี ทำให้มีความตระหนักถึงอันตรายของโรคโควิด-19 (COVID-19) จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งตนเองและบุตรในครรภ์ และนำมาซึ่งความเครียดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิภา สุทธิพันธ์ และทิติยาวิธอินทรางกูร (2565) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และการป้องกันตนเองของประชาชนในหมู่บ้านที่ถูกสั่งปิดจากการระบาดของโรค โควิด-19 ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .6$) และสามารถอธิบาย

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2566

ความผันแปรของความเครียดได้ร้อยละ 33.1 ($R^2 \text{ adj} = 0.3$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดคือ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ($r = .221, p < .05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อบุตรในครรภ์จึงทำให้มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย แซ่ตั้ง, จรรยา แก้วใจบุญ และจิตติพร เรือนกุล (2564) ได้ศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก พบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีระดับความเครียด อยู่ในระดับสงสัยว่ามีปัญหาความเครียดและความเครียดสูง จากการศึกษาปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ที่เกี่ยวข้องกับ ระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมากพบว่าภาวะแทรกซ้อน ระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบไปด้วยโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูง รกเกาะต่ำ ภาวะแท้งคุกคาม ทารกท่าก้น และโลหิตจางธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์กับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์อายุมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความเครียด ($r = -.137, p = .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโควิดได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะเกิดความมั่นใจในการลดโอกาสการติดเชื้อและอันตรายที่จะเกิดแก่บุตรในครรภ์ได้ ทำให้ลดความเครียดและมีความสบายใจมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอังสนิ์ กันสุขเจริญ และวรวรรณ เจริญสุข (2563) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์และญาติที่ได้รับการจัดบริการฝากครรภ์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยการให้สามีและญาตินั่งรอและเว้นระยะห่างนอกห้องตรวจช่วยป้องกันการติดเชื้อจาก



ญาติผู้ติดตามและจุดบริการเจลแอลกอฮอล์และจุดล้างมือ รวมทั้งช่องทางการสื่อสารออนไลน์ก็ช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ทำให้มีความมั่นใจในการมารับบริการมากขึ้น สรุปลผลสตรี้ตังครรรจ์ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) อยู่ในระดับดีขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรี้ตังครรรจ์ ทั้งนี้การที่สตรี้ตังครรรจ์ได้ปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวลต่ออันตรายที่เกิดขึ้นได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากบทความ

จากการศึกษาด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการระบาดและผลกระทบด้านจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ของสตรี้ตังครรรจ์ในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพของสตรี้ตังครรรจ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ช่วยสนับสนุนการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) เพื่อให้สตรี้ตังครรรจ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสตรี้ตังครรรจ์มีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีแต่ยังมีบางประเด็นของข้อพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ท่านทั้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด มีค่าคะแนนที่อยู่ในระดับปานกลางแต่มีผลต่อการระบาดของโรค ดังนั้นเจ้าหน้าที่ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการ เผยแพร่

ข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้และกระตุ้นในมีการทั้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วให้ถูกต้อง ฝึกปฏิบัติจนเกิดความเคยชินอย่างทั่วถึง เพื่อนำไปสู่ผลการปฏิบัติในระยะยาว เพื่อช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อโควิด - 19

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.(2563). ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ปีงบประมาณ 2563. Health Data Center (HDC) . สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2565,เข้าถึงได้จาก;
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&catid=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=1c1b8e24aff59258a806f122e264031e>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนและมาตรการ การบริหารจัดการ สถานการณ์โรคโควิด 19 สูโรคประจำถิ่น.นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและแนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4). สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2564,เข้าถึงได้จาก:
<https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=23>
- จรัส รัชกุล และคณะ. (2564). การประเมินการปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2564. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564-10. Available at:<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5487>
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2563). ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี .



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด

เพชรบุรี, 4(1),33-47.

ตรีรัก กิณวงศ์. (2563). พฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัย

ของประชากรในกรุงเทพมหานคร .คณะบริหารการ

พัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

นิภา สุทธิพันธ์, ทิตยาวิทย์ อินทรานุกร.(2565). ความวิตกกังวล

ความเครียด และการป้องกันตนเองของประชาชนใน

หมู่บ้านที่ถูกสั่งปิดจากการระบาดของไวรัสโคโรนา

2019 ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์. *วารสารทาง*

การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์

บุรีรัมย์,37(1),31-39

เบญญาภา ธิติมาพงษ์, ศศิธร พุ่มดวง, จัณทรภัฏร์ เครือแก้ว,

โสเพ็ญ ชูวอล และวิไลพร สมานกลีกรณ. (2563).

การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 (เล่ม

1). คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน

2566,เข้าถึงได้จาก;

https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web/ตำรา

การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์1เล่ม1.pdf

ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. บรรณาธิการ. (2560). *การพยาบาล*

สตรีตั้งครรภ์ Prenatal Nursing Care.กรุงเทพฯ:

โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัฐบาลไทย. ข่าวนายกรัฐมนตรี 20/05/2565. เข้าถึงได้จาก:

<https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/54801>.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). แนวทาง

เวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ไทยเรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดโรคโควิด-19

RTCOG Clinical Practice Guideline

Management of Covid-19 Infection in

Pregnancy. ฉบับปรับปรุง Version 6 วันที่ 20

สิงหาคม2564. เข้าถึงได้จาก;

[https://www.thainapci.org/2021/wp-](https://www.thainapci.org/2021/wp-content/uploads/2021/05/CPG-Covid-Preg-V5-21May21-edit-24May21.pdf)

[content/uploads/2021/05/CPG-Covid-Preg-V5-](https://www.thainapci.org/2021/wp-content/uploads/2021/05/CPG-Covid-Preg-V5-21May21-edit-24May21.pdf)

[21May21-edit-24May21.pdf](https://www.thainapci.org/2021/wp-content/uploads/2021/05/CPG-Covid-Preg-V5-21May21-edit-24May21.pdf)

ศรีณธร มังคะมณี,ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น. (2553). การศึกษาภาวะ

สุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ณ

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี .

วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 3(1): 29--0.

อรรถัย แซ่ตั้ง, จรรยาแก้วใจบุญ และ จุฑิพร เรือนกุล.

(2564). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อ

ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก. *วารสารวิจัย*

การพยาบาลและสุขภาพ, .22(3),71-83

อังสนี กันสุขเจริญ และวรวรรณ เจริญสุข. (2563). การ

จัดการบริการฝากครรภ์ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด

ของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารหัวหินสุข*

ใจไกลกังวล, 5(1), 1-11.

Azlan, A. A., Hamzah, M. R., Sern, T. J., Ayub, S. H., &

Mohamad, E. (2020). Public Knowledge

,Attitudes and Practices Towards COVID-19: A

cross-sectional study in Malaysia. *PLOS ONE*,

15(5), e0233668.

doi:10.1371/journal.pone.0233668.

Bender, W. R., Srinivas, S., Coutifaris, P., Acker, A., &

Hirshberg, A. (2020). The Psychological

Experience of Obstetric Patients and Health

Care Workers after Implementation of

Universal SARS-CoV-2 Testing. *American*

Journal of Perinatology,37(12),1271-1279. doi:

10.1055/s-0040-1715505

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the*

Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ:

Lawrence Erlbaum Associates.

Chen,N., Zhou,M., Dong,X., Qu,J., Gong,F., Han,Y.,

Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical

characteristics of 99 cases of 2019 novel

coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a

descriptive study. *Lancet*, 395(10223),507-513.

Dashraath P, Lin, J., Xian, M., Min, L., Sarah,L.,

Biswas,A., Lin, L. (2020). Coronavirus Disease

2019 (COVID-19)pandemic and pregnancy. *Am*

J Obstet Gynecol. 23. pii:S0002-9378(20)30343-

4.doi:10.1016/j.ajog2020.03.021



- Gravena, A.A., Sass, A., Marcon, S. S., Pelloso, S.M. Outcomes in Late-age Pregnancies. *Rev Esc Enferm USP*, 46(1)1, 15-21.
- Ginwong, T. (2020). *Disposable Mask Management Behavior of Bangkok's people*. (Independent Study).Bangkok: National Institute of Development Administration.
- Lambelet, V., Ceulemans, M., Nordeng, H., Favre, G., Horsch, A., Stojanov, M., Pomar, L. (2021). *Impact of the COVID-19 Pandemic on Swiss Pregnant and Breastfeeding Women a Cross-Sectional Study Covering the First Pandemic Wave*. *Swiss Medical Weekly*, 2021(151),w30009.doi: 10.4414/smw.2021.w30009
- Mills, M., Rindfuss, R., McDonald, P., & Te-Velde, E. (2011). Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*, 17(6):848-60.
- World Health Organization Thailand. 2022.*COVID-19 Update 239*. World Health Organization Thailand.Available at:https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/searo/thailand/2022_06_08_tha-sitrep-239-covid-19_th.pdf?sfvrsn=2d393008_1(accessed December 31 ,2022).
- Orley, J., Kuyken, W., editor. (1994). *Quality of life Assessment: international perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- World Health Organization. (2018). Laboratory testing for Middle East respiratory syndrome coronavirus: interim guidance (revised). Geneva: http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/mers-laboratory-testing/en/, (accessed 14 June 2022).
- Zaigham, M., & Andersson, O. (2020). Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99, 823-829. doi: 10.1111/aogs.13

ผลของการใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง
ต่อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพ
The Effects of Using Multidisciplinary Care Map in Aneurysm Patients on Length
of Stay, Costs, Complications and Satisfaction of Caregiver and Multidisciplinary Team

จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ (ปร.ด.)^{1*} รสริน วรรณจิรวีไล (พยม.)^{2**}

Charoonlux Pongcharoen (Ph.D.) Rossarin Wanjeeravilai (M.N.S.)

รุ่งนิภา จำทอง (วท.ม.)^{2**} บังอร กลั่นสุภา (พยบ.)^{2**}

Rungnipa Changthong (M.Sc.) Bang-on Glunsupa (B.N.S.)

ศมีนา สุวรรณประทีป (พยบ.)^{2**}

Sameena Suwanprateep (B.N.S.)

Received: April 10, 2023

Revised: June 19, 2023

Accepts: June 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบผลของการใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ใช้แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ดูแลตามปกติ และ 2) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อหนีบเส้นเลือดสมองที่รับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงและใช้วิธีการจับคู่ตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่รับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และ 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผู้ร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลและร่วมกันดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ 2) แบบบันทึกจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อน 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .902 และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .912 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

¹อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Thailand

²พยาบาลวิชาชีพ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี

Corresponding author: charoonlux@snc.ac.th



ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}$ = 15.63 วัน, SD = 2.35; $\bar{X}$ = 22.60 วัน, SD = 6.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}$ = 153,124.93 บาท, SD = 31,269.35; $\bar{X}$ = 179,560.33 บาท, SD = 49,663.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ค่าเฉลี่ยจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}$ = 0.10 ราย, SD = 0.31; $\bar{X}$ = 0.37 ราย, SD = 0.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.45, SD = 0.43) และ 5) คะแนนความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้แผนการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.78, SD = 0.32) ดังนั้น ควรจะนำแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อไป

คำสำคัญ: แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, จำนวนวันนอน, ค่าใช้จ่าย, ภาวะแทรกซ้อน, ความพึงพอใจ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of using multidisciplinary Care Map in aneurysm patients on length of stay, costs, complications including multidisciplinary team and care giver satisfaction. The study sample was composed of 60 patients diagnosed with aneurysm patients and admitted to the surgical department at ChoaprayaYommaraj Hospital, Suphanburi. The sample was divided into two groups: one experimental group received to care by using a multidisciplinary Care Map of aneurysm patients and one control group received routine care). Each group consisted of 30 patients selected by a purposive sampling to meet specific requirements. With respect to the similarity between the experimental and the control groups, the patients were matched, based on the variables. The multidisciplinary team of 30 persons worked together and used Care Map in aneurysm patients care. The research instruments were 1) the Care Map developed by the multidisciplinary team, 2) the length of stay, cost and complications record form, 3) the multidisciplinary team satisfaction questionnaire. and 4) the caregiver satisfaction questionnaire. Reliability testing of the multidisciplinary team and the caregiver satisfaction questionnaire were .91 and .90. Data were analyzed by descriptive statistics and the independent t-test. Results of this study showed that 1) the experimental group reported a statistically significant average length of stay ($\bar{X}$ = 15.63 days, SD = 2.35) less than the control group ($\bar{X}$ = 22.60 days, SD = 6.36) (p = .01) 2) the average cost in the experimental group ($\bar{X}$ = 153,124.93 bath, SD = 31,269.35) less than the control group ($\bar{X}$ =

179,560.33 bath, SD = 49,663.94) ($p = .01$) 3) the average number of complications the experimental group ($\bar{X} = 0.10$ person, SD = 0.31) less than the control group ($\bar{X} = 0.37$ person, SD = 0.49) ($p = .05$) 4) a caregiver satisfaction score was in high level ($\bar{X} = 4.45$, SD = 0.43), and 5) a multidisciplinary team, satisfaction score was high level ($\bar{X} = 3.78$, SD = 0.32). The Care Map should be recommended for using in clipping aneurysm patient care.

KEYWORDS: Care Map, Clipping Aneurysm, Length of Stay, Cost, Complication, Satisfaction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง (Cerebral aneurysm) เป็นโรคที่เกิดกับหลอดเลือดแดงในสมองที่มีการโป่งพองออกมาเป็นกระเปาะ มักไม่แสดงอาการ จนกว่าจะมีการแตกเกิดขึ้น เมื่อแตกแล้วจะทำให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์ (Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: ASAH) ซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์จากโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกมีความรุนแรงและเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 50 และที่เหลือร้อยละ 20-30 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากมีความผิดปกติทางระบบประสาท (Neurological deficits) ในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตนี้มีจำนวนน้อยกว่า 1 ใน 3 ที่ฟื้นฟูเป็นปกติได้ (David, Y., Chung, Mohamal, Abdalka., & Thanh, N. Nguym., 2021; Osgood, ML., 2021) ใน 18 เดือนหลังเกิดอาการภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์จากโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองแตกระยะวิกฤตก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทและระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่พบบ่อยคือการมีเลือดออกซ้ำการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง ภาวะน้ำหล่อสมองและไขสันหลังคั่ง การชักเกร็งและภาวะสมองบวม อัตราการมีเลือดออกซ้ำของหลอดเลือดพบได้ร้อยละ 4 ในวันแรกและยังคงมีอยู่ร้อยละ 1 วัน

ใน 2 สัปดาห์แรก สำหรับการหดเกร็งของหลอดเลือดสมองพบได้ร้อยละ 60-75 ประมาณวันที่ 4 ถึง 21 และพบได้สูงสุดในวันที่ 7 ถึงวันที่ 11 ทำให้หลอดเลือดตีบ เล็กลง เลือดไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นน้อยลง เนื้อเยื่อสมองขาดเลือดและตายในที่สุด และเมื่อเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกจะทำให้มีการขัดขวางการดูดซึมกลับของน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง มีโอกาสเกิดการคั่งของน้ำหล่อสมองและไขสันหลังถึงร้อยละ 20 ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนั้นการชักเกร็งจะทำให้สมองขาดเลือดมากขึ้นและภาวะสมองบวม ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น มีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจ ปอด ต่อมไทรอยด์ การทำงานของไต ระบบโลหิตวิทยาและภูมิคุ้มกัน ถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ (Dodd, WS., Laurent, D., Dumont, AS., Hasan, DM., Jabbour, PM., Starke, RM., Hosaka, K., Polifka, AJ., Hoh, BL., & Chalouhi, N., 2021) ส่วนอาการและอาการแสดงก่อนที่หลอดเลือดแดงในสมองโป่งพองจะแตกผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะมากนำมาก่อน ถ้าแตกแล้วจะมีอาการระคายเคืองเยื่อหุ้มสมองคือปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา เห็นภาพซ้อน กลัวแสง คอแข็งพูดลำบาก กลืนลำบาก คลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรง สับสนหรือซึม ชัก ส่วนมากมักเป็นทันทีทันใด

ระยะแรกมักไม่ค่อยพบความพิการทางระบบประสาท แต่หากมีการแตกเข้าไปในสมองจะทำให้เกิดก้อนเลือดในสมองจะทำให้การทำงานของสมองส่วนนั้นเสียไปเกิดอัมพาตหรือสมองพิการและถ้ามีการแตกซ้ำอาการจะรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยมักเสียชีวิตในช่วงนี้ (บุปผา ไวยพัฒน์, 2559; สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2562)

สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง แบ่งออกได้ 3 แนวทาง 1) การรักษาทางยาเพื่อช่วยลดอาการสมองบวมและลดความดันในกะโหลกศีรษะโดยให้ Steroid therapy ให้ยาระงับความวิตกกังวล ให้ยาเพื่อป้องกันหลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospasm therapy) และการรักษาป้องกันการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองจากหลอดเลือดหดเกร็งโดยใช้หลักทรีพีเปิ้ลเอช (Triple H Therapy) คือ Hypertension Hypervolemia และ Hemodilution 2) การรักษาโดยการผ่าตัดหนีบบริเวณคอของหลอดเลือดที่โป่งพองโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ (Surgical clipping of the aneurysm via craniotomy) ถือเป็นมาตรฐานการรักษาที่ให้ผลการรักษาดี หากรีบผ่าตัดโดยเร็ว 3) การฉีดรังสีทึบแสงเพื่อเอกซเรย์แล้วทำการอุดหลอดเลือดที่โป่งพองด้วยขดลวดหรือสารอุดหลอดเลือด (Endovascular embolization of the aneurysm via catheter angiography) ใช้ในผู้ที่สูงอายุและมีการโป่งพองของหลอดเลือดแดงบาซิลลา (Basilar artery) (Veldeman, M., Höllig, A., Clusmann, H., Stevanovic, A., Rossaint, R., & Coburn, M., 2016)

แผนการดูแลผู้ป่วย (Care Map) หมายถึงแนวทางการดูแลที่ควรกระทำในแต่ละวัน ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การกำหนด

แนวทางการดูแลจะทำได้โดยการคาดคะเนระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรอยู่ในโรงพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรในช่วงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลาผลลัพธ์นี้จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยว่าเป็นไปตามผลที่คาดหวังหรือไม่ การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์หรือหน่วยงานต่าง ๆ การส่งตรวจต่าง ๆ รายการยาต่าง ๆ ชนิดอาหาร กิจกรรมที่ให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ รวมทั้งกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสภาพความรู้ที่ให้กับผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายหรือการส่งไปหน่วยงานอื่นและที่สำคัญที่สุดคือสามารถประมาณการค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ ทำให้มั่นใจได้ว่าระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะสั้นที่สุดเท่าที่จะสั้นได้ การดำเนินการตามแนวทางดูแลนี้จะทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลที่ตั้งเป้าหมายไว้สำเร็จได้ภายในกำหนดเวลาบุคลากรที่รับผิดชอบในการกำหนดแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดได้แก่ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, 2559)

สำหรับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองนั้น ไม่ใช่มุ่งเน้นแต่เพียงการรักษาโรคเท่านั้นแต่ต้องมุ่งรักษาผู้ป่วยทั้งคนแบบองค์รวมการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ต้องให้การรักษาพยาบาลโดยเร็วที่สุดเพื่อลดอัตราการตายและความพิการที่รุนแรงอย่างถาวร รวมทั้งการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ และให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธรณชูเชิด, 2559) จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรหลาย ๆ ฝ่ายประกอบกัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และ

นักโภชนาการ ร่วมทีมกันในการดูแลรักษาให้
ความคิดเห็นข้อเสนอแนะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
ตลอดจนปรึกษาร่วมกัน การดูแลรักษาจึงจะ
ประสบความสำเร็จอย่างดี (Connolly, E.S., et al.,
2012; บุปผา ไวยพัฒน์, 2559) นอกจากบุคลากรทีมสห
สาขาวิชาชีพแล้ว จำเป็นต้องมีแผนการดูแลผู้ป่วย (Care
Map) เพื่อใช้สื่อสารให้ทุกคนในสหสาขาวิชาชีพทราบ
และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ร่วมกันใน
แผนการดูแล (อุไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล,
2561) และจากการทบทวนงานวิจัยของ Alaraj, A.,
Hussein, A.E., Esfahani, D.R., Amin-Hanjani, S.,
Aletich, V.A., & Charbel, F.T. (2017) ศึกษาเรื่องการ
ลดจำนวนวันนอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง
พบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรทีมสุขภาพที่มีการ
วางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน ทำให้จำนวนวันนอน
ในโรงพยาบาลลดลงจาก 20 วันเป็น 14 วัน อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกรกฎ สุวรรณอัครเดชา, กุสุมา
ควัฒนสัมฤทธิ์ และพงษ์วัฒน์ พลพงษ์ (2561) ศึกษา
เรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้ม
สมองชั้นอาแรนอยด์ หลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลก
ศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง พบว่า
ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 12 วัน ความพึงพอใจต่อ
การรับบริการของผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ
มากที่สุดในหัวข้อความรวดเร็ว ในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อ
ผู้ป่วยหรือเมื่อท่านมีปัญหา การให้ข้อมูล/การสอนโดย
พยาบาล และการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลอย่างมีน้ำใจ
และให้กำลังใจ ร้อยละ 96.7 และความพึงพอใจต่อการใช
แนวปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีคะแนนความ
พึงพอใจในระดับดีมากถึงมากที่สุด และจากการศึกษา

ของอุไรดวงแก้วและอภิญญา จำปามูล (2561) ศึกษา
เรื่องผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองแตกต่อระยะวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล
และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าจำนวน
วันนอนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้การ
จัดการรายกรณีร่วมกับแผนการดูแล ($\bar{X}$ = 8.07 วัน,
SD = 1.59) น้อยกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่ม
ควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}$ = 9.57 วัน,
SD = 2.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง
($\bar{X}$ = 117,359.81 บาท, SD = 25,561.74) น้อยกว่า
ค่าใช้จ่ายของกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 134,603.28 บาท,
SD = 35,011.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการ
รายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.02, SD = .56)
และจากข้อเสนอแนะควรมีการทบทวน ปรับปรุงแผนการ
ดูแลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกปี เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติ
ที่ดีที่สุด คณะผู้วิจัยได้ทบทวนแนวทางการปฏิบัติใน
หน่วยงานศัลยกรรมโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราช
จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าที่ผ่านมาการจัดทำแผนการ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก แต่ยังไม่มี
แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับ
การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมอง
โป่งพอง (Craniotomy with clipping aneurysm) จาก
สถิติ 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ.2559 จนถึง พ.ศ.2561
พบมีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว
อย่างเฉียบพลัน มีน้ำคั่งในโพรงสมอง มีเลือดออกในโพรง
สมอง เป็นต้น ต้องย้ายกลับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก
ศัลยกรรมโดยไม่มีการวางแผน จำนวน 8, 5 และ 5 ราย
ตามลำดับ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย



เฉลี่ยเท่ากับ 37, 29 และ 25 วัน ตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้น (สถิติสารสนเทศโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยมหาราช, 2562) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ และศึกษาผลของการใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

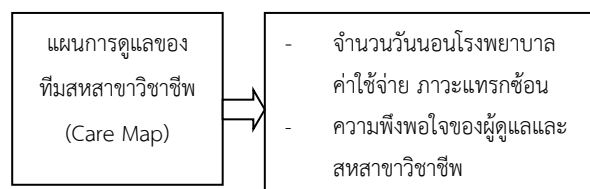
1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายและภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ใช้แผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ดูแลตามปกติ

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่พัฒนาขึ้นของสหสาขาวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้ ทฤษฎี ระบบ (System Theory) ของ ลุดวิก ฟอน แบร์ทาลันฟี (Ludwig Von Bertalanffy, 1956) นักชีววิทยาชาวออสเตรีย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย 8 วิชาชีพ กระบวนการ ได้แก่ แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหนีบเส้นเลือดสมอง และ

ผลลัพธ์ ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จำนวนวันนอน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ (Care Map) ที่มีสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดขึ้น มีวันนอนที่กำหนด 14 วัน โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้คือ 1) ประชุมกลุ่มในการสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองร่วมกันนำข้อสรุปมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลตั้งแต่วันที่รับใหม่จนถึงวันจำหน่าย โดยตัวแทนของ 8 วิชาชีพ 2) กำหนดโครงสร้างแผนการดูแลผู้ป่วย คณะผู้วิจัยดัดแปลงแผนการดูแลมาจากแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ต้องผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองของอุไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล (2561) ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตนำแผนการดูแลมาปรับใช้และจัดทำร่างแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ต้องผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง โดยให้ตัวแทนในแต่ละวิชาชีพตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพทั้ง 8 วิชาชีพ ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลหอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท พยาบาลเวชกรรมสังคม เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและนักโภชนาการ โดยมีส่วนประกอบหลัก 4 ส่วน คือ 1) ชื่อโรคหรือกลุ่ม

อาการตามระบบและจำนวนวันนอนเฉลี่ย โดยกำหนดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 14 วัน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้รับผิดชอบแต่ละด้าน (Multidisciplinary team) 3) แสดงผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละช่วง และ 4) แสดงกิจกรรมหลักที่จำเป็นในการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติในแต่ละวัน การให้ความรู้ผู้ป่วย กิจกรรมที่พยาบาลต้องดำเนินการในแต่ละวัน การรักษาของแพทย์ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ การเจาะเลือดและตรวจพิเศษ การส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู การฟื้นฟูสภาพโดยนักกายภาพและนักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการจัดอาหารและชนิดของอาหาร และพยาบาลเวชกรรม มีหน้าที่วางแผนจำหน่าย และ 3) ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรับปรุงแก้ไขแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ต้องผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนทั้งหมด 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หลังปรับแก้ตามผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยนำเสนอแผนการดูแลต่อประธานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อขอความเห็นชอบในการนำไปใช้ในการทดลอง

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับความรู้สึกร่างกายและจำหน่าย ระดับความรุนแรงการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางตั้งแต่แรกเริ่ม (Hunt and Hess scale, 1968) วันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการใช้ภาษาเมื่ออาจารย์ที่ปรึกษาดูตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจึงมาปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงนำแบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อไป

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือของอุไรดวงแก้ว และอภิญา จำปามูล (2561) จำนวน 16 ข้อ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ของลิเคอร์ท (Likert) โดยกำหนดค่าระดับความคิดเห็นแต่ละช่วงและให้ความหมายดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ในการแปลความหมายใช้คะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาเทียบเกณฑ์ซึ่งพัฒนามาจากเบสท์ (Best, 1986) นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนเฉลี่ย 4.51- 5 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยและคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญการดูแลโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ต้องผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) โดยเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องที่มีคะแนนมากกว่า 0.5 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ



และนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยนำไปทดลองใช้วัดความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง จำนวน 20 คน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ แพทย์ 2 คน และพยาบาล 18 คน นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดความพึงพอใจของในทีมสหสาขาวิชาชีพต่อแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเท่ากับ .91

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของกรกฎ สุวรรณอัศวิน และคณะ (2561) และจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ รสรินวรรณจิรวีไล รุ่งนิภา จ่างทอง ศมีนา สุวรรณประทีป และอุมากร มณีวงศ์ (2563) จำนวน 13 ข้อ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 และ 0.76 ตามลำดับ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ของลิเคอร์ท (Likert) โดยกำหนดค่าระดับความคิดเห็นแต่ละช่วงและให้ความหมายดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อยและระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ในการแปลความหมายใช้คะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาเทียบเกณฑ์ซึ่งพัฒนามาจากเบสท์ (Best, 1986) นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนเฉลี่ย 4.51- 5 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง เห็น

ด้วยระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยและคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) โดยเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องที่มีคะแนนมากกว่า 0.5 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญการดูแลโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ต้องผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยนำไปทดลองใช้วัดความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ .90

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันและวัดผลหลังทดลอง(The posttest only design with none equivalent groups) โดยกลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาเมวราช ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนธันวาคม 2565

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ คณะผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย โดยทำการสร้างและปรับปรุงพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสาขาวิชาชีพ จำนวนวันนอน 14 วัน แบบบันทึกและแบบสอบถาม เตรียมสถานที่โดยคณะผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงและขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราชเพื่อทำการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย จำนวน 2 ท่าน มีอายุงาน 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง และประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจในขั้นตอนการทดลองแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มควบคุม โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2562 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน โดยสืบค้นจากโปรแกรมของงานเวชระเบียน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยนำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระยะเวลา 14 วัน ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มทดลองได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ต้องผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยแบ่งการประเมินผลลัพธ์เป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ได้แก่ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 30 คน 2) ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย ได้ดำเนินการเก็บ

ข้อมูลคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการดูแลของสหสาขาวิชาชีพตามแผนการดูแลกลุ่มทดลองก่อนจำหน่าย จำนวน 30 คน และ 3) ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ต้องผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองหลังทดลอง จำนวน 30 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองอะแร็กนอยด์ที่ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองที่เข้ามารักษาแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช ตั้งแต่ปี 2559-2565

2. ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่รับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอได้แก่ คู่สมรส บุตรหรือญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองหรือผู้ที่สมาชิกในครอบครัวจัดหามาเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง

3. สหสาขาวิชาชีพ 8 สาขาวิชาชีพที่เป็นผู้ร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลและร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองอะแร็กนอยด์ที่ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมอง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคณะผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่ม



ตัวอย่างที่รับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยมหาราช ทำการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559–31 ตุลาคม พ.ศ. 2562 แล้วศึกษาให้ครบตามจำนวน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการจับคู่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เป็นผู้ป่วยเพศเดียวกัน อายุไม่แตกต่างกันมากกว่า 5 ปี โรคประจำตัวที่เหมือนกัน เพื่อให้คุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่จำกัดเพศ 2) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป 3) มีโรคประจำตัวที่เหมือนกัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ 4) คะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale; GCS) มากกว่า 10 คะแนน 5) มีระดับความรุนแรงตาม Hunt and Hess ระดับ 1-3 6) แพทย์เจ้าของไข้มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (Surgical clipping) 7) แพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นว่าคุณป่วยสามารถเข้าร่วมแผนการดูแลได้ และ 8) ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) อายุน้อยกว่า 40 ปี 2) มีโรคประจำตัวอื่นที่ไม่ใช่โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ 3) คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) น้อยกว่า 10 คะแนน 4) มีระดับความรุนแรงตาม Hunt and Hess ระดับ 4 (อาการ ชี้นมาก อ่อนแรงครึ่งซีก อย่างมากจนถึงเหยียดเกร็ง) และ 5 (อาการโคม่าระดับลึก) และ 5) เป็นผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่รับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอได้แก่ คู่สมรส บุตรหรือญาติของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองโป่งพองหรือผู้ที่สมาชิกในครอบครัวจัดหา มา เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง สามารถอ่านออกเขียนได้ ยินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นผู้ร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลและร่วมกันดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท 20 คน พยาบาลเวชกรรม 1 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน นักกิจกรรมบำบัด 2 คน และนักโภชนาการ 1 คน ยินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดให้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-independent two groups ทดสอบแบบทางเดียวและกำหนดระดับนัยสำคัญให้มีค่า $\alpha = .05$ และค่าอำนาจการทดสอบ (power test = $1-\beta$) 0.80 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ชนิด Difference between two mean เท่ากับ 0.65 (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 (Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G., 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างยิ่ง เพื่อไม่ให้เกิดผลเชิงลบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง คณะผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการ

ศึกษาวิจัยในมนุษย์ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 018/2563 ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563 หลังจากนั้น คณะผู้วิจัยนำโครงร่างเสนอแก่คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราช สุพรรณบุรี และเมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ หมายเลข VM028/2563 วันที่ 2 ธันวาคม 2563 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี เมื่อผ่านการพิจารณารับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย มีหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักผลประโยชน์ หลักความเคารพในบุคคล หลักยุติธรรมในทุกขั้นตอนของการวิจัย การรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยคณะผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับและจะทำลายแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง
4. ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวผู้ป่วยและระดับความรุนแรงของการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางในวันแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

5. ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ดำเนินการตามแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ โดยดำเนินการติดต่อกันทุกวันตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง

6. ในระหว่างการทดลองผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราชในทุกๆวัน โดยการสังเกตและตรวจข้อมูลการบันทึกของแผนการดูแลในเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง เป็นเครื่องมือในการติดตามผลการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย

7. ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อแจกแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อการดูแลของสหสาขาวิชาชีพตามแผนการดูแล

8. เมื่อเสร็จสิ้นผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แผนการดูแล

9. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและโรคประจำตัว โดยค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุ เพศ วุฒิการศึกษา สาขาวิชา และประสบการณ์การ



ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยค่าสถิติที (Independent t-test)

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มทดลองต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง โดยค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน มีจำนวนเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.33 และเพศชาย ร้อยละ 36.67 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.87 ปี และ 56.30 ปี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.67 และ 73.33 โสด คิดเป็นร้อยละ 20 และ 20.3 และหม้าย/หย่า/แยกเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.33 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิด

เป็นร้อยละ 46.67 และ 50 โรคหัวใจเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.33 โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 6.67 และ 3.33 โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ส่วนทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ประสาทศัลยแพทย์ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน เกสเซอร์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 20 คน พยาบาลเวชกรรมสังคม 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน นักกิจกรรมบำบัด 2 คน และนักโภชนาการ 1 คน เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 16.67 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 80 และรองลงมาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 20 และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ ระยะเวลา 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาระยะเวลา 11-15 ปี และ 16-20 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20

2. ผลการเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 15.63 วัน, SD = 2.35) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}$ = 22.60, SD = 6.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะวันนอน				df	t	p-value
	ในโรงพยาบาล(วัน)						
	min	max	$\bar{x}$	SD			
กลุ่มควบคุม	11	38	22.60	6.36	58	5.77	0.000*
กลุ่มทดลอง	10	18	15.63	2.36			

$p < .01$

3. ผลการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ ($\bar{x} = 153,124.93$ บาท, SD =

31,269.35) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{x} = 179,560.33$ บาท, SD = 49,663.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่ารักษาพยาบาล				df	t	p-value
	ในโรงพยาบาล(บาท)						
	min	max	$\bar{x}$	SD			
กลุ่มควบคุม	114,687	318,609	179,560.33	49,663.94	58	2.95	0.006*
กลุ่มทดลอง	102,717	211,633	153,124.93	31,269.35			

$p < .01$

4. ผลการเปรียบเทียบจำนวนภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ ($\bar{x} = 0.10$, SD = 0.31) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{x} = 0.37$ ราย, SD = 0.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนภาวะแทรกซ้อน(ราย)				df	t	p-value
	มี	ไม่มี	$\bar{x}$	SD			
กลุ่มควบคุม	11	19	.37	.49	58	2.28	0.030*
กลุ่มทดลอง	3	27	.10	.31			

$p < .05$

5. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.45$, $SD = 0.43$) ข้อที่คะแนนสูงสุดได้แก่ การให้คำแนะนำ/สอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด

มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ($SD = .49$) รองลงมาได้แก่ การได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิตในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน และการดูแลที่บ้านของทีมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 ($SD = .50$) และทีมผู้ให้การดูแล เต็มใจในการรับฟังปัญหา การเจ็บป่วยและเอาใจใส่ในการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ($SD = .57$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลกลุ่มทดลองต่อการใช้แผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=30)

ความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง	คะแนนความพึงพอใจ		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{x}$	SD	
1. ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ	4.23	.68	มาก
2. การทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยกับหน่วยงานอื่น	4.37	.61	มาก
3. การทำงานร่วมกันของแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ	4.43	.50	มาก
4. ความรวดเร็วในการส่งผู้ป่วยไปตามจุดต่างๆ	4.43	.57	มาก
5. ทีมผู้ให้การดูแล เต็มใจในการรับฟังปัญหาการเจ็บป่วยและเอาใจใส่ในการรักษาพยาบาล	4.57	.57	มากที่สุด
6. การดูแลด้วยกิริยาท่าทางที่สุภาพของทีมสุขภาพที่ให้การดูแล	4.37	.61	มาก
7. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการตรวจรักษาของทีมพยาบาล	4.40	.56	มาก
8. การตอบข้อซักถามของพยาบาลเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	4.50	.63	มาก
9. การให้คำแนะนำ/สอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล	4.63	.49	มากที่สุด
10. การใช้เวลาในการซักถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ของแพทย์	4.47	.73	มาก
11. ความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพในการดูแลรักษา	4.47	.63	มาก
12. ความรวดเร็วในการที่แพทย์มาดูแลเมื่อมีปัญหา	4.43	.63	มาก
13. การได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิตในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านและการดูแลที่บ้านของทีมสุขภาพ	4.60	.50	มากที่สุด
รวม	4.45	.43	มาก

6. คะแนนความพึงพอใจของทึมสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง พบว่าคะแนนความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้แผนการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.78, SD = 0.32) ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดได้แก่ ความพึงพอใจในความต่อเนื่องของการดูแล อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 3.89 (SD = .35) รองลงมาได้แก่ ความพึงพอใจด้านการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (SD = .37) และด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุดได้แก่ ความพึงพอใจในการจัดสรรทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (SD = .61) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทึมสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (n=30)

ความพึงพอใจของทึมสหสาขาวิชาชีพ	คะแนนความพึงพอใจ		ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{x}$	SD	
1.ความพึงพอใจในการร่วมปฏิบัติงาน	3.78	.49	มาก
2.ความพึงพอใจในการประสานงาน	3.77	.40	มาก
3.ความพึงพอใจด้านการติดต่อสื่อสาร	3.83	.37	มาก
4.ความพึงพอใจในความต่อเนื่องของการดูแล	3.89	.35	มาก
5.ความพึงพอใจในการจัดสรรทรัพยากร	3.40	.61	ปานกลาง
รวม	3.78	.32	มาก

การอภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 15 วัน (SD = 2.35) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเท่ากับ 22 วัน (SD = 6.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 153,124.93 บาท (SD = 31,269.35 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล

ตามปกติเท่ากับ 179,560.33 บาท (SD = 49,663.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาในหมวดค่าใช้จ่าย พบว่าค่าห้องและค่าอาหาร ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ลดลงเป็นไปตามจำนวนวันนอนที่ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการเตรียมการเพื่อดำเนินการตั้งแต่ขั้นตอนแรก มีการสร้างแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้หนีบหลอดเลือดสมองของสหสาขาวิชาชีพ (Care Map) มีการกำหนดวันและระยะเวลาที่จะดูแลในแผนการดูแล มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนใน



แต่ละวัน มีการกำหนดกิจกรรมของสหสาขาวิชาชีพแต่ละสาขาในแต่ละวัน ทำให้บุคลากรในทีมสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งมีพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมพยาบาลในการประสานการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วย มีการวางแผนให้บริการ มีการเตรียมจำหน่ายที่เป็นระบบและขั้นตอนสุดท้ายมีการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการประสานกับพยาบาลเวชกรรมสังคม เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน จนสิ้นสุดการดูแลในวันที่จำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอนที่กำหนด และสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่กำหนด และพบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพเท่ากับ 0.10 ราย (SD = 0.31) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ 0.37 ราย (SD = 0.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ราย มีภาวะความดันโลหิตสูงต้องให้ยาลดความดันโลหิตเพิ่ม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมได้ไม่รุนแรง ไม่ได้ทำให้แผนการดูแลต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก แต่ระยะวันนอนเพิ่มขึ้นมากกว่า 14 วันตามที่กำหนด และทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่าบางคนที่มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นในช่วงที่นอนรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ภาวะเลือดออกใน

โพรงสมอง (Ventricular hemorrhage) และความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte imbalance) ส่งผลให้มีค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้นตามมา ยาที่ใช้ในการรักษาอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใส่เครื่องช่วยหายใจและกลับเข้าไปห้องผู้ป่วยหนัก ส่งผลให้วันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นตามมา ซึ่งจะเห็นได้ว่าแผนการดูแล (Care Map) สามารถช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ควบคุมคุณภาพการดูแลให้มีมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่ในกรอบเวลาที่กำหนด และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับรู้และมีส่วนร่วมในแผนการดูแลรักษา สามารถเตรียมความพร้อมและศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี เป็นแผนการดูแลล่วงหน้าที่วางไว้ตลอดการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกันในทีม ทำให้การวางแผนจำหน่ายเป็นระบบมากขึ้น (Case Management Society of America, 2010) นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงคุณภาพของการบริการที่ดีของผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alaraj, A., et al., (2017) ศึกษาเรื่องการลดจำนวนวันนอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง พบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรทีมสุขภาพที่มีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงจาก 20 วันเป็น

14 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของกรกฎ สุวรรณอัคระเดชา และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรนอยด์ หลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง พบว่าระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 12 วัน และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอุริ ดวงแก้วและอภิญา จำปามูล (2561) พบว่าระยะวันนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดโป่งพองจากการดูแลของแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพลดลงจากเดิม 10 วันเหลือเท่ากับ 8 วันและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองของสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.45$, $SD=0.43$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เป็นขั้นเป็นตอน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ตั้งแต่ประสาทศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด โภชนากร พยาบาลหัวหน้าทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้คำแนะนำ/สอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และพยาบาลเวชกรรมสังคม ติดตามและให้การช่วยเหลือจนจำหน่าย ซึ่งผลการวิจัยพบว่าทุกข้อมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และข้อที่คะแนนสูงสุดได้แก่ การให้คำแนะนำ/สอนสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ($SD=0.49$) และ

การได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิตในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านและการดูแลที่บ้านของทีมสหภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 ($SD=0.50$) และทีมผู้ให้การดูแลเต็มใจในการรับฟังปัญหา การเจ็บป่วยและเอาใจใส่ในการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ($SD=0.57$) สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ สุวรรณ อัคระเดชาและคณะ (2561) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรนอยด์ โดยพบว่าผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อการทำงานประสานกันของสหสาขาวิชาชีพในระดับมากที่สุด

3. คะแนนความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.32$) ทั้งนี้เนื่องจากแผนการดูแลที่สร้างขึ้น ได้มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีกิจกรรมที่แต่ละสาขาวิชาชีพต้องทำในแต่ละสาขาและแต่ละวัน สามารถติดตามกำกับการทำงานได้ และทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รับฟังและให้แสดงความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ ทำให้บุคลากรพึงพอใจในการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.49$) นอกจากนั้นมีการประสานงานระหว่างแผนกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการประชุมแลกเปลี่ยนรู้ในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงานระหว่างสาขาวิชาชีพ จึงทำให้ทุกคนพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.40$) สำหรับด้านการติดต่อสื่อสารทีมสหสาขาวิชาการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดีทุกขั้นตอนตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย มีการสื่อสารในทีมเพื่อให้มีการเตรียมการดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกัน ตลอดจนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายที่



กำหนด มีการประสานงานระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีส่วนช่วยให้เกิดความร่วมมือกับผู้รับบริการ และครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จึงทำให้ทุกคนพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$, $SD = .37$) ส่วนการดูแลต่อเนื่องจะเห็นว่ามีวางแผนร่วมกันอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย มีการประเมินสภาพผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลให้แต่ละสาขาวิชาชีพ มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินผลลัพธ์การดูแลเป็นระยะและมีการประสานงานของพยาบาลเวชกรรมสังคมในการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงทำให้ทุกคนพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .35$) และด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือความพึงพอใจต่อการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = .61$) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหนีบเส้นเลือดเป็นผู้ที่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและมีอัตราตายและพิการสูง เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย แต่บางครั้งหอผู้ป่วยหนักก็มีเตียงไม่เพียงพอ เพราะมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องใช้เตียง ผู้ป่วยต้องกลับมาอยู่ตึกศัลยกรรม ซึ่งต้องใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย ทำให้ไม่เพียงพอต่อความจำเป็นที่จะต้องใช้อุปกรณ์ และงบประมาณของโรงพยาบาลภาครัฐมีไม่เพียงพอต่อการจัดสรรทรัพยากร สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ สุวรรณอัครเดชา และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรนอยด์ พบว่าสหสาขาวิชาชีพพึงพอใจต่อการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับมากถึง

มากที่สุด และจากการศึกษาของอุไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล (2561) พบว่าบุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$, $SD = .56$) ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหนีบเส้นเลือดสมองจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหนีบเส้นเลือดสมอง จำเป็นจะต้องมีการเตรียมการและใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานของทีม มีแนวปฏิบัติที่ดีที่ใช้ร่วมกัน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือและทันสมัย เพื่อดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้จำนวนวันนอนลดลง ค่าใช้จ่ายลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนพึงพอใจกับการดูแลร่วมกันและพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นต่อไป ดังนั้นแผนการดูแล (Care Map) นี้จึงเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการสรุปผลอ้างอิง เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการอ้างอิงไปถึงผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่รับบริการในสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจะนำแผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดหนีบเส้นเลือดสมอง และปรับปรุงแผนการดูแลให้



ทันสมัยเป็นระยะ ๆ ตามมาตรฐานการดูแลของแต่ละวิชาชีพ และมีการทบทวนทุกปี เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

2. ควรมีการขยายผลนำแผนการดูแลไปปรับใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอื่น ๆ ที่ได้รับการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ใช่หลอดเลือดสมองโป่งพอง

เอกสารอ้างอิง

กรกฎ สุวรรณอัศวเดช, กุสุมา คุวานันท์สมฤทธิ และพงษ์วัฒน์ พลพงษ์. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรนอยด์หลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อหนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(1), 75-93.

จรรยาภรณ์ ป่องเจริญ, รสริน วรรณจิรวีโล, รุ่งนิภา จ่างทอง, ศมีนา สุวรรณประทีป และอุมากร มณีวงศ์. (2563). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*. 21(2), 91-105.

บุปผา ไวยพัฒน์. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงในสมองโป่งพอง: กรณีศึกษา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(1), 71-71.

วัฒน์ย์ ปานจินดา และ พุทธวรรณ ชูเชิด. (2559). การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 5(2), 70-78.

วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล. (2559). *แนวคิดและหลักการ Nurse Case Management*. สืบค้น วันที่ 11 เมษายน 2562 เข้าถึงได้จาก <http://www.sunpasit.go.th/booking/docs/6148d290e0d831f4d075df1024281076pdf>

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ.2566

สถิติสารสนเทศโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช. (2562).

รายงานประจำปี 2561. เอกสารอัดสำเนา.

สุพรรณภูมิ กิจบรรยงเลิศและวงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย. (2562).

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง: กรณีศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร*, 35(1), 24-35.

อุไร ดวงแก้ว และ อภิญญา จำปามูล. (2561). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36 (3), 42-50.

Alaraj, A., Hussein, A.E., Esfahani, D.R., Amin-Hanjani, S., Aletich, V.A., & Charbel, F.T. (2017). Reducing length of stay in aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A three year institutional experience. *Journal of Clinical, Neuroscience*, 42(Supplement C), 66-70.

Best, John W. (1986). *Research in Education*. 5th ed. New Jersey : Prentice Hall, Inc. Best, J. W.

Case Management Society of America. (2010). *Standards of Practice for Case Management, Revised*.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Connolly, E.S., Jr., Rabinstein, A.A., Carhuapoma, J.R., Derdeyn, C.P., Dion, J., Higashida, R.T., et al. (2012). Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for health care professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 43(6), 1711-37.



David, Y. Chung, Mohamal, Abdalka., & Thanh, N.

Nguym. (2021). Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Neurol Cli*, 39(2),419-442.

Dodd, WS., Laurent, D., Dumont, AS., Hasan, DM.,

Jabbour,PM., Starke, RM., Hosaka, K., Polifka, AJ., Hoh BL., & Chalouhi, N. (2021).

Pathophysiology of Delayed Cerebral Ischemia After Subarachnoid Hemorrhage: A Review. *J Am Heart Assoc*,10(15), e021845.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.G. (2009).

Statistical power analysis using G*Power 3.1: Test for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*, 41, 1149-60.

Osgood, ML. (2021). Aneurysmal Subarachnoid

Hemorrhage: Review of the Pathophysiology and Management Strategies. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 21(9), 50.

Veldeman, M., Höllig, A., Clusmann, H., Stevanovic, A.,

Rossaint, R., & Coburn, M. (2016). Delayed cerebral ischemia prevention and treatment after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a systematic review. *Brit J Anaesth*, 117(1), 17-40.

Von, Bertalanffy, L. (1956). *General System Theory:*

General Systems. Yearbook of the Society for the Advancement of General System Theory. New York: University of Alberta.



ผลการใช้นวัตกรรมนุ่นโมโรมาคลายเครียดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม

The Result of Using Aroma Soft Doll Innovation to Relieve Stress

for Nursing Students at Siam University

สุกฤตา ตะการีย์¹ (พย.ม.), พิชามรณ จันทนกุล² (ค.ด.),

Sukrita Takaree (M.N.S.), Pichaporn Janthanakul (Ph.d),

อรทิพา ส่องศิริ², ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม¹ (พย.ม.)

Orntipa Songsiri (Ed.D), Thanyalakwadee Kontongthom (M.N.S.)

ธัญญลักษณ์ ดีชาตธนากุล³ (นักศึกษาพยาบาลศาสตร์)

Thanyaluk Deechatthanakun (student nursing)

Received: April 14, 2023

Revised: June 17, 2023

Accepts: June 29, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้นวัตกรรมนุ่นโมโรมาคลายเครียด ในกลุ่มนักศึกษาที่มีความเครียดในระดับปานกลาง-เครียดสูง จำนวน 215 ราย ดำเนินการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 108 ราย และกลุ่มควบคุม 107 ราย ดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ ในเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Selye (1976) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือนวัตกรรมนุ่นโมโรมาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) แบบสอบถามการใช้นวัตกรรมนุ่นโมโรมา และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมนุ่นโมโรมา มีค่าความตรง 0.85, 0.83, 0.86 และ 0.83 มีค่าความเที่ยง 0.85, 0.78, 0.71, และ 0.67 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดลองใช้สถิติ t-test และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

¹อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม³นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

Corresponding author: SukritaTakaree@gmail.com



ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้นวัตกรรมนุ่นนิมโรรมา กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือปัจจัยด้านครอบครัว รองลงมา คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การเรียนด้านทฤษฎี และด้านสัมพันธภาพ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: นวัตกรรมนุ่นนิมโรรมา, นักศึกษาพยาบาลศาสตร์, คลายเครียด

Abstract

The quasi-experimental research the objective was to study the effect of using The Result of using Aroma soft doll innovation to relieve stress for nursing students. In a group of 215 moderately stressed-highly stressed students, a controlled study was conducted. Measure the results before and after the experiment. It was divided into 108 experimental groups and 107 control groups. The experiment was conducted for 4 weeks in July-December 2022. Selye theory (1976) was applied as a research conceptual framework. The instruments used in the experiment were Aroma soft doll innovation developed by the researcher tools used to collect data consisted of a stress assessment form of the Department of Mental Health (SPST-20), a questionnaire on the use of Aroma soft doll innovation and the satisfaction questionnaire on the use of Aroma soft doll innovation had a validity of 0.85, 0.83, 0.86 and 0.83 with a reliability of 0.85, 0.78, 0.71, and 0.67, respectively. Descriptive data were analyzed using percentage, mean, and statistics. Standard deviation the results were compared with the t-test and the correlation was analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The results showed that: The Result of using Aroma soft doll innovation to relieve stress for nursing students of the experimental group was significantly lower than the control group at 0.05. Factors that affected the stress of nursing students with statistical significance ($p < 0.01$) were family factors followed by economic factors theoretical study and relationship ($p < 0.05$).

KEYWORDS: Aroma soft doll innovation, Nursing students, Relieve stress

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบมากมายและด้านการศึกษาได้รับผลกระทบเช่นกัน กระทรวงศึกษาธิการได้การออกคำสั่งให้มีการปิดสถานศึกษาทุกแห่งและปรับการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทุกรายวิชา สืบตระกูล ตันตลานุกุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2561) กล่าวถึงความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล การศึกษาทางพยาบาลศาสตร์มีการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ภาคการทดลอง และภาคปฏิบัติ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนทุกรูปแบบทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง เนื่องจากต้องพบกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล หรืออาการของผู้ป่วยที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน ซึ่งให้เห็่นว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดมากกว่านักศึกษาสาขาอื่น ๆ และสุกฤตา ตะการีย์, พิชานภรณ์ จันทนกุล, รัตนาภรณ์ นิวาสนนท์, กาญจนา งามจันทราทิพย์ และศิริพร สามสี (2565) กล่าวถึงผลลัพธ์การจัดการเรียนภาคปฏิบัติออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กรณีศึกษารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรວຍອດສາພດຸງຊຽງພົບວ່າจุดอ่อนของการเรียนออนไลน์คือ การจัดการเรียนการสอนที่นักศึกษาไม่เห็นบรรยากาศในสถานที่จริง และการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย นิศากร โพธิมาศ, สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง, และมาลินี อยู่ใจเย็น (2564) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาลในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 พบว่านิสิตพยาบาลมีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ใน

ระดับสูงถึงรุนแรง และความยืดหยุ่นทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการเรียนออนไลน์และการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียดนั้นเกิดขึ้นได้หลายปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคล ภายนอกบุคคล และระหว่างบุคคล ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่บุคคลได้เผชิญจากปัจจัยความแตกต่างกัน เมื่อบุคคลเกิดความเครียดปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดจะมีระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก สังคม วัฒนธรรม ในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นในระดับที่แตกต่างกัน

การที่ร่างกายถูกสิ่งที่มาคุกคาม (Stressor) จนทำให้เกิดความเครียด เสียความสมดุลของร่างกาย การตอบสนองนั้นจะแสดงออกไปในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Nonspecific) ที่เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัว (GAS: General Adaptation Syndrome) ซึ่งมีกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 3 ระยะ คือ ระยะเตือน ระยะต่อต้าน และระยะหมดกำลัง (Selye, 1976) และสืบตระกูล ตันตลานุกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2561) กล่าวถึงการเกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาลเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตัวนักศึกษาพยาบาล ครอบครัว สถาบันการศึกษาและสังคม โดยมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล หากสามารถลดปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดความเครียดได้ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลได้ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจเบื้องต้น โดยให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม ได้ทำแบบสอบถามวิธีคลายเครียดผลสำรวจพบว่านักศึกษาพยาบาลคลายเครียดโดยการดูหนัง ฟังเพลง ร้อยละ 54.70 รองลงมาปรึกษาผู้อื่น ร้อยละ 28.57 และออกกำลังกาย ร้อยละ 25.00



สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ผุ่งดี, ณัฐธิดา ยานะรมย์, ณัฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล อาโนย์, ตฤาภรณ์ บุญเชิญ, และคณะ (2561) กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีพบว่าแนวทางจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้มากที่สุดคือ การนัดพบการ รองลงมาคือ การปรึกษาผู้อื่นและการนอนหลับ

วิธีการลดหรือการผ่อนคลายความเครียดที่นักศึกษาพยาบาลนำมาใช้มากที่สุด คือการพักผ่อนนอนหลับ การปรึกษาคนใกล้ชิด การออกกำลังกาย และการดูหนัง ฟังเพลง (สืบทระกูล ตันตลานกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2561) ซึ่งผู้วิจัยเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้นวัตกรรม เนื่องจากนวัตกรรมนุ่มน้อมโรมาคลายเครียด ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่มีรูปทรงกลมสีฟ้าปุ่นฉนวนร้อน พิษณุไพบูลย์ (2561) กล่าวถึง สีฟ้าเป็นสีโทนเย็น สามารถทำให้ร่างกายปล่อยฮอร์โมนที่ทำให้อารมณ์สงบลงได้ สีฟ้าช่วยให้เรารู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด เมื่อปีบจะเกิดความนุ่มมีการยืดหยุ่นกลับทรงเดิม และกลืนสัมในตัวของนวัตกรรม สรุพจน์ วงศ์ใหญ่ (2543) กล่าวถึงการใช้น้ำมันหอมระเหยจากพืชผลิตตามธรรมชาติ จะส่งเสริมให้สุขภาพจิตและสุขภาพกายดีขึ้น ซึ่งน้ำมันหอมระเหยจะปรับสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และความผาสุก และน้ำมันหอมระเหยกลืนสัมช่วยให้คลายเครียด ลดความวิตกกังวล ยิ่งถ้าเราได้สูดดมกลิ่นของเปลือกส้มตอนระหว่างกำลังทำงาน เวลาเครียด ๆ จะช่วยให้มีความวิตกกังวลน้อยลงจะทำให้จิตใจสงบ เพิ่มความรู้สึกสดชื่น บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตได้ดีมากขึ้น ฉัตรมณี เจริญธนะรุ่งเรือง (2561) กล่าวถึงการผ่อนคลายความเครียดด้วยรูปทรงธรรมชาติ ลวดลายมน ๆ

กลมกลิ้ง พลั้วไหว อ่อนโยน ไร้คลื่น จะมีอิทธิพลต่อจิตใจให้ผ่อนคลาย สี เป็นความถี่ของการสั่นสะเทือนบริสุทธิ์ใช้ในการช่วยรักษาระดับความสมดุลของร่างกายที่เจ็บป่วย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ช่วยในการเจริญเติบโตและพลังของสียังส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการตัดสินใจ และกลืนมีอิทธิพลต่อความรู้สึกของมนุษย์ กลิ่นแบบผ่อนคลายจะมีผลให้ร่างกายผ่อนคลาย สร้างสารแห่งความสุข จิตใจสงบ ผู้วิจัยได้นำมาทดลอง โดยนำแบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2563) และทฤษฎี Selye (1976) มาประยุกต์ปรับใช้และเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินขั้นตอนการวิจัย เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลลดภาวะความเครียด มีพฤติกรรมสุขภาพทางร่างกาย จิตใจที่ดี และมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้นวัตกรรมนุ่มน้อมโรมาคลายเครียดในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยสยาม

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เพื่อศึกษาการใช้นวัตกรรมนุ่มน้อมโรมาคลายเครียดในนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยสยาม โดยจะใช้แบบประเมิน

ความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) ในการสอบถาม
ชุดเดียว ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลัง
ศึกษาในมหาวิทยาลัยสยาม ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา
2565 จำนวน 458 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยครั้งนี้ คือนักศึกษา
พยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 215 คน โดยใช้สูตร
คำนวณกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนที่ระดับ
ความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ตาม
แนวคิดของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) (Yamane,
1973 อ้างถึงในภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง, วนิดา ทองโคตร,
และสุพรรณิ อึ้งปัญญัตตวงศ์, 2560) และใช้วิธีการสุ่ม
กลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับอย่างเป็นสัดส่วน
(Proportional Stratified Random Sampling) เลือก
กลุ่มนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน
458 คน จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple Random
Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับจนได้ครบตามจำนวน
215 คน ที่มีผลประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต
(SPST-20) ในระดับคะแนนความเครียดปานกลางถึง
เครียดสูง

จำนวนตัวแทนนักศึกษาแต่ละชั้นปี = $\frac{\text{ตัวแทนที่ต้องการ} \times \text{นักศึกษาในปีนั้น}}{\text{จำนวนนักศึกษาทุกชั้นปี}}$

ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง ปี 1 จำนวน 60 คน, ปี 2
จำนวน 50 คน, ปี 3 จำนวน 53 คน, ปี 4 จำนวน 52 คน
โดยทำการสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการจับฉลาก แบ่งครึ่งของ
แต่ละชั้นปี แบ่งตามจำนวนเท่า ๆ กัน ซึ่งมีกลุ่มทดลอง

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2566
จำนวน 108 ราย ได้รับนวัตกรรมนุมนิโมโรมา และเข้าสู่
ขั้นตอนโดยนำทฤษฎี Selye (1976) มาประยุกต์เป็น
กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย เป็นระยะเวลา
4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จำนวน 107 ราย ไม่ได้รับ
นวัตกรรมนุมนิโมโรมาคลายเครียด แต่ได้ทำแบบ
ประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) และ
ปฏิบัติตนใช้ชีวิตปกติ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด และตอบข้อสงสัย
ทุกคำถามให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสอง
กลุ่มเข้าใจถึงการเข้าร่วมงานวิจัย ป้องกันการเกิดความ
ขัดแย้งหรือเกิดข้อผิดพลาดในระหว่างการทำนงานวิจัย
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือก
กลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.1 นักศึกษาพยาบาล มีระดับคะแนนความเครียด
ของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) ตั้งแต่ระดับปานกลาง
ขึ้นไป

ชั้นปี	ระดับความเครียด (คะแนน)			
	ปานกลาง (24-41)	สูง (42-61)	รุนแรง (62 ขึ้นไป)	รวม
1	55	46	17	118
2	49	25	6	80
3	24	22	9	55
4	32	26	11	69

1.2 มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

1.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความร่วมมือ สมัครใจในการ
เข้าร่วมโครงการ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

2. เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusive criteria)

2.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่อยู่ในช่วงเก็บข้อมูล

2.2 ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ชอบบทกลืนสั้ม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20),
- 2) แบบสอบถามการใช้วัตรกรรมนุมนิโมโรมา และ
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้วัตรกรรมนุมนิโมโรมา ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต
(SPST-20)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย
อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ 1-5 คะแนน (Best, John W., 1977) ตั้งแต่ไม่รู้สึกละเลย 1 คะแนน, เครียดเล็กน้อย 2 คะแนน, เครียด ปานกลาง 3 คะแนน, เครียดมาก 4 คะแนน และเครียดมากที่สุด 5 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อ
ความเครียด 5 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านการเรียน
2. ด้านสัมพันธภาพกับอาจารย์และเพื่อน 3. ด้าน
เศรษฐกิจ 4. ด้านสิ่งแวดล้อมและหอพัก 5. ด้าน
ครอบครัว

เกณฑ์การกำหนดคะแนนให้แต่ละระดับเป็น 1-5
คะแนน (Best, John W., 1977) ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยเลย

- 1 คะแนน, เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง
3 คะแนน, เห็นด้วยมาก 4 คะแนน และเห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน

2. แบบสอบถามการใช้วัตรกรรมนุมนิมโธโรมา
คลายเครียด เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามการใช้
วัตรกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนนในแต่ละระดับเป็น
1-3 คะแนน (Best, John W., 1977) ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ
1 คะแนน, ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน และปฏิบัติเป็น
ประจำ 3 คะแนน

3. แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม
นุ่มนึ่งมอโรมาคลายเครียด ตารางเกณฑ์การให้คะแนน
ของแบบสอบถามความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม
ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น
5 ระดับความพึงพอใจ (Best, John W., 1977) ระดับ
เกณฑ์การให้คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน
หมายถึง มีความพึงพอใจนวัตกรรมนุ่มนึ่งมอโรมาระดับ
น้อยที่สุด, น้อย เท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง มีความ
พึงพอใจนวัตกรรมนุ่มนึ่งมอโรมาระดับน้อย, ปานกลาง
เท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจนวัตกรรม
นุ่มนึ่งมอโรมาระดับปานกลาง, มาก เท่ากับ 4 คะแนน
หมายถึง มีความพึงพอใจนวัตกรรมนุ่มนึ่งมอโรมาระดับ
มาก และมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีความ
พึงพอใจนวัตกรรมนุ่มนึ่งมอโรมาระดับมากที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง



3 ท่าน มีอาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวชศาสตร์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขานามัยชุมชน 1 ท่าน โดยพิจารณาเนื้อหา และความครอบคลุม ตรวจสอบแก้ไข ภาษาที่ใช้ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องต่อวัตถุประสงค์ความชัดเจนและความเหมาะสมของเนื้อหา ซึ่งคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ ให้ค่า CVI = 0.85, แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด 5 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ให้ค่า CVI = 0.83, แบบสอบถามการใช้นวัตกรรมนุมนิมโรรมาคลายเครียด จำนวน 7 ข้อ ให้ค่า CVI = 0.86 และแบบสอบถามความพึงพอใจการใช้นวัตกรรมนุมนิมโรรมาคลายเครียด จำนวน 6 ข้อ ให้ค่า CVI = 0.83 และค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ มีจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ กรรมการ 3 ท่าน ให้ค่า IOC = 0.85, แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด 5 ด้าน จำนวน 18 ข้อ IOC = 0.78, แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบสอบถามการใช้นวัตกรรม นุมนิมโรรมาคลายเครียด จำนวน 7 ข้อ IOC = 0.71 และแบบสอบถามส่วนที่ 5 แบบสอบถามความ

พึงพอใจการใช้นวัตกรรมนุมนิมโรรมาคลายเครียด จำนวน 6 ข้อ IOC = 0.67

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

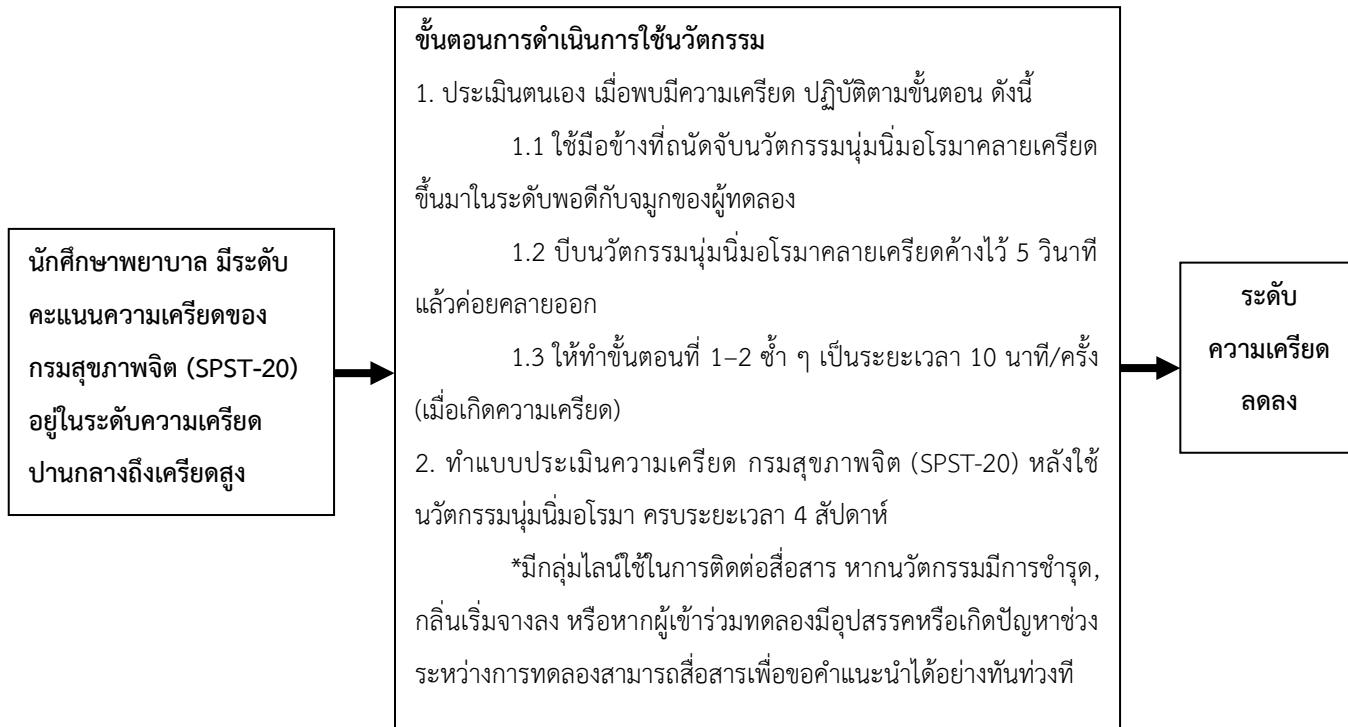
ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากท่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม โดยได้ชี้แจง ขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และอธิบายให้เข้าใจถึงการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาในขณะที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน หรือคะแนนในชั้นเรียน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ Belmont Report

รูปแบบการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้ที่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้เข้าใจว่าสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใด ๆ จากนั้นให้ผู้ที่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป เริ่มทดลองใช้นวัตกรรมนุมนิมโรรมาคลายเครียด



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล



2. ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบถึงขั้นตอนวิธีการใช้นวัตกรรม โดยให้ประเมินตนเองเมื่อพบว่ามี ความเครียด ขั้นตอนมีดังนี้

2.1 ใช้มือข้างที่ถนัดจับนวัตกรรมนุ่มนึ่งมือโรมาคลายเครียดขึ้นมาในระดับพอดีกับจมูกของผู้ทดลอง

2.2 บีบนวัตกรรมนุ่มนึ่งมือโรมาคลายเครียดค้างไว้ 5 วินาที แล้วค่อยคลายออก

2.3 ให้ทำขั้นตอนที่ 1-2 ซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลา 10 นาที/ครั้ง (เมื่อเกิดความเครียด)

2.4 ใช้นวัตกรรมนุ่มนึ่งมือโรมาคลายเครียดเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

อุปกรณ์ที่ผู้ทดลองจะได้รับ: ตุ๊กตานุ่มนึ่งมือโรมาคลายเครียดหน้ายิ้ม ทรงกลมสีฟ้า มีกลิ่นส้ม

3. ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) หลังใช้นวัตกรรมนุ่มนึ่งมือโรมา ครบระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยจะมีการสร้างกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร หากนวัตกรรมมีการชำรุด, กลิ่นเริ่มจางลง หรือหากผู้เข้าร่วมทดลองมีอุปสรรคหรือเกิดปัญหาช่วงระหว่างการทดลองสามารถสื่อสารเพื่อขอคำแนะนำได้อย่างทันที่

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้ที่มี

ความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป เข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัย
แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มควบคุม โดยอธิบายให้เข้าใจ
ว่าสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากวิจัยได้ตลอด
ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบต่อ
การศึกษาใด ๆ

2. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินตนเอง หากพบว่า
ตนเองมีภาวะความเครียดให้ปฏิบัติตามปกติวิธีในการ
ผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การฟังเพลง การนอน
พักผ่อน เป็นต้น เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. ให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความเครียด
กรมสุขภาพจิต (SPST-20) เมื่อครบระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย สามารถ
ขอคำแนะนำ คำปรึกษาได้จากทีมผู้วิจัย โดยจะมีการ
สร้างไลน์เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารเฉพาะกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่ม
เดียวกัน (Paired t – test) ก่อนทดลองและหลังการ
ทดลอง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST 20) (n=215)

คะแนนความเครียด	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
ก่อนใช้นวัตกรรม					
กลุ่มควบคุม	107	46.01	13.248	1.617	0.107
กลุ่มทดลอง	108	49.18	15.396		
หลังใช้นวัตกรรม					
กลุ่มควบคุม	107	42.55	13.867	3.547	0.001*
กลุ่มทดลอง	108	35.58	14.922		

*p-value < 0.05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็น
อิสระต่อกัน (Independent t – test) ระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการวิจัย

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's
Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 215 ราย พบว่าเป็น
เพศหญิง ร้อยละ 95.80 อายุอยู่ในช่วง 15-20 ปี ร้อยละ
54.90 มีเกรดเฉลี่ย 3.01-3.50 ร้อยละ 47.90 และ
ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 94.00

ผลการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมด้วยแบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต
(SPST 20) พบว่าก่อนทำการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง
กลุ่มมีคะแนนความเครียดไม่แตกต่างกัน เมื่อกลุ่มทดลอง
เข้าใช้นวัตกรรม พบว่าหลังใช้นวัตกรรมกลุ่มทดลอง
มีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 1



ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด

พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดนักศึกษาพยาบาล มีด้านครอบครัวโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) รองลงมาคือด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านการเรียนภาคทฤษฎี ($p < 0.05$) ด้านสัมพันธภาพ ($p < 0.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ปัจจัย

ที่ไม่มีความสัมพันธ์รายด้านของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ด้านการเรียนภาคปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม, หอพัก ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังนั้นปัจจัยด้านการเรียนด้านภาคปฏิบัติและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม, หอพัก ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด ($n=215$)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษา พยาบาล	คะแนนความเครียด		
	Pearson correlation	Sig.(2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
1.ด้านการเรียน			
1.1 ภาคทฤษฎี	0.172*	0.011	สัมพันธ์ต่ำมาก
1.2 ภาคปฏิบัติ	0.037	0.591	สัมพันธ์ต่ำมาก
2. ด้านสัมพันธภาพ	0.140*	0.041	สัมพันธ์ต่ำมาก
3. ด้านเศรษฐกิจ	0.175*	0.010	สัมพันธ์ต่ำมาก
4. ด้านสิ่งแวดล้อมและหอพัก	0.129	0.058	สัมพันธ์ต่ำมาก
5. ด้านครอบครัว	0.255**	0.001	สัมพันธ์ต่ำ
ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดโดยรวม	0.151*	0.032	สัมพันธ์ต่ำมาก

* $p\text{-value} < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.01$

การใช้นวัตกรรมนุ่นนิมอโรมาคลายเครียด

หลังการใช้นวัตกรรมนุ่นนิมอโรมาคลายเครียด พบว่ามีการใช้นุ่นนิมอโรมาคลายเครียดเมื่อมีความเครียด และปฏิบัติเป็นประจำค่าเฉลี่ย 2.56 ผลโดยรวมมีการปฏิบัติบางครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.49 ดังตารางที่ 3

ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมนุ่นนิมอโรมาคลายเครียด

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมนุ่นนิมอโรมาคลายเครียดของกลุ่มทดลอง พบว่าผลรวมมีความพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 3.91 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองในการใช้วัตรกรรมนูนมือโรมาคลายเครียด (n=108)

การใช้วัตรกรรมนูนมือโรมา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
ทำนบิบนูนมือโรมาเมื่อมีความเครียด	2.56	0.616	ปฏิบัติเป็นประจำ
ทำนบิบนูนมือโรมาและเกร็งมือค้างไว้นาน 5 วินาที	2.49	0.521	ปฏิบัติบางครั้ง
ทำนบิบนูนมือโรมาและเกร็งมือค้าง นาน 5 วินาที แล้วคลาย ใช้ต่อเนื่อง 10 นาที	2.19	0.633	ปฏิบัติบางครั้ง
ทำนใช้มือข้างที่ถนัดบิบนูนมือโรมา	2.70	0.516	ปฏิบัติเป็นประจำ
ตำแหน่งที่ถือนูนมือโรมาอยู่ในระดับจุมุก	2.69	0.523	ปฏิบัติเป็นประจำ
ทำนได้กลืนสั้มทุกครั้งที่มีการบิบนูนมือโรมา	2.69	0.463	ปฏิบัติเป็นประจำ
ทำนบิบนูนมือโรมาในช่วงเวลากลางคืนและก่อนนอน	2.31	0.603	ปฏิบัติบางครั้ง
ผลรวม	2.49	0.066	ปฏิบัติบางครั้ง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้วัตรกรรมนูนมือโรมาคลายเครียดของกลุ่มทดลองตามระดับความ
พึงพอใจการใช้วัตรกรรมนูนมือโรมาคลายเครียด (n=108)

การใช้วัตรกรรมนูนมือโรมา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ทำนรู้สึกคลายเครียดทุกครั้งหลังใช้นูนมือโรมา	4.04	0.735	มาก
กลืนนูนมือโรมา	3.74	0.900	มาก
ขนาดนูนมือโรมา	3.92	0.844	มาก
สีนูนมือโรมา	3.83	0.870	มาก
สั้มสั้มนูนมือโรมา	3.95	0.813	มาก
หลังใช้นูนมือโรมา	4.02	0.749	มาก
ผลรวม	3.91	0.042	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการใช้วัตรกรรมนูนมือโรมาคลายเครียด
สำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม ตามกรอบ
แนวคิด Selye (1976) เชื่อว่าเมื่อร่างกายถูกสิ่งที่มา

คุกคาม (Stressor) จะทำให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจเป็น
สิ่งที่ดีและไม่ดี จะทำให้ความสมดุลของร่างกาย
เปลี่ยนแปลงไปและจะเกิดการตอบสนองของบุคคลต่อ
ตัวกระตุ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหาก



เปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST 20) พบว่าก่อนทำการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความเครียดไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อกลุ่มทดลองเข้าใช้นวัตกรรม พบว่าหลังใช้นวัตกรรมกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับฉัตรณิ เจริญชนะรุ่งเรือง (2561) กล่าวว่า การกระทำที่มีมีรูปแบบการกระทำซ้ำ ๆ เปรียบเสมือนการได้ทำสมาธิอย่างหนึ่ง ทำให้จดจ่ออยู่กับงาน ในมือ ลืมเรื่องเครียดได้โดยไม่รู้ตัว ซึ่งในการใช้นวัตกรรมนุมนิมโรรมาคลายเครียดนั้นเป็นการบีบคั้นไว้ 5 วินาที แล้วค่อยคลายออก ให้ทำซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลา 10 นาที/ครั้ง (เมื่อเกิดความเครียด) และสุรพจน์ วงศ์ใหญ่ (2543) กล่าวถึง สุนทรบำบัดการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อสร้างและปรับสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และความผาสุกให้เกิดขึ้น สามารถผ่อนคลายความตึงเครียดได้

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดพบว่าปัจจัยส่งผลต่อความเครียดนักศึกษาพยาบาลมีด้านครอบครัวยังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) รองลงมา คือด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านการเรียนภาคทฤษฎี ($p < 0.05$) ด้านสัมพันธภาพ ($p < 0.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์รายด้านของนักศึกษาพยาบาล พบว่าด้านการเรียนภาคปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และปัจจัยด้าน

สิ่งแวดล้อม, หอพักไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังนั้นปัจจัยด้านการเรียนภาคปฏิบัติและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม, หอพักไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเรียน ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านกิจกรรมและปัจจัยด้านความคาดหวัง ผลการสำรวจแนวทางการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้มากที่สุด คือ การนั่งสมาธิ ร้องเพลง คือ การปรึกษาผู้อื่นและการนอนหลับตามลำดับ

ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมนุมนิมโรรมาคลายเครียด พบว่าผลรวมมีความพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 3.91 สอดคล้องกับ สืบตระกูล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2561) ที่ได้กล่าวถึงความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลหากอาจารย์มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียดของนักศึกษาและนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือนักศึกษาให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม



ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการออกแบบตัวนวัตกรรมที่น่าดึงดูดความสนใจให้มากขึ้น
2. เพิ่มกลืนตัวนวัตกรรมให้มีมากกว่า 1 กลืน
3. ตัวนวัตกรรมควรปรับเปลี่ยนเป็นชิปแบบเปิด-ปิด เพื่อสามารถเปลี่ยนกลืนได้ง่าย
4. ควรมีการต่อยอดในการพัฒนานวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้หลายหลายให้มากยิ่งขึ้น
5. ในกลุ่มที่มีความเครียดระดับรุนแรง ควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษาอย่างรวดเร็ว เช่น ปรึกษาทางโทรศัพท์ ปรึกษาโดยตรง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

สามารถนำงานวิจัยนวัตกรรมนี้มาพัฒนาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่เกิดภาวะเครียดได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. 2563. *คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต*. สืบค้นจาก <http://1.179.139.229/upload/2021-02-17-1010.pdf>
- ฉัตรณิณี เจริญชนะรุ่งเรือง. (2561). *การสร้างงานประติมากรรมร่วมกับการใช้แสงไฟเพื่อศึกษาการบำบัดโรคเครียดส่วนบุคคล*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นิศากร โพธิมาศ, สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง, และมาลินี อยู่ใจเย็น. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของ

- โควิด-19. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 37(3), 142-152.
- ปณณรัตน์ พิชญ์ไพบุลย์. (2561). *จิตวิทยาศิลปะสุนทรียศาสตร์เชิงประจักษ์*. พิมพ์ครั้งที่ 2 . โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรานิษฐ์ เหมาะะทอง, วนิดา ทองโคตร, และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. (2560). *การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (Determining the sample size by the Yamane's formula.)*. สืบค้นจาก http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf
- สุกฤตา ตะการีย์, พิชารณ จันทนกุล, รัตนภรณ์ นิเวศานนท์, กาญจนา งามจันทราทิพย์ และศิริพร สามสี.(2565). ผลลัพธ์การจัดการเรียนภาคปฏิบัติออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กรณีศึกษารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรบบยอดสาขาผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*. 23(45), 73-87.
- สุรพจน์ วงศ์ใหญ่. (2543). *นิยามของสุนทรบำบัด. ตำราวิชาการสุนทรบำบัด*. กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 1-7.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ผุงดี, ณัฐธิดา ยานะรมย์, ณัฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล อาโนย์, ตุลภรณ์ บุญเชิญ, ทริกา จอดนอก, ทัดติยา สุริสาร และธัญญาเรศ พ่อยันต์. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารมจร.วิชาการ*. 21(42), 93-106.
- สืบตระกูล ต้นตลานกุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2561). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์*. 9(1), 81-90.



Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed.

Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Selye. (1976). *The stress of life*. (Rev.ed). New York:

McGraw Hill Book Co.



การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ต่อ
ผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 4 รุ่นที่ 36 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Development of Teaching and Learning in Maternal Nursing and Midwifery 2 on the
Results for the 4th Bachelor of Nursing Students, 36th Generation,
Srimahasarakham Nursing College

Received: September 5, 2022

Revised: March 4, 2023

Accepts: March 20, 2023

วิไลลักษณ์ ผือกพันธ์ (พย.ม)¹

Wilailak Phuakphan (M.NS)

อรุณี ศรีสุยง (พย.ม)², ศิริพร ภูษี (พย.บ)³

Arune Srisuying (M.NS), Siriporn Phusee (B.N.S.)

บทคัดย่อ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติการพยาบาล และมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการในระบบสุขภาพ เพื่อสนองตอบความต้องการของสังคม ทั้งบุคคลปกติ บุคคลที่เจ็บป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชน ซึ่งวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 เป็นวิชาเฉพาะที่กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ จัดสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 มีลักษณะรายวิชาคือให้นักศึกษามีความรู้ในการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้มีกิจกรรมการเรียนการสอนหลากหลายวิธี ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนแบบบรรยาย (Lecture) การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning: SBL) และมอบหมายงานแผนที่ความคิด (Mind Mapping) ซึ่งบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพัฒนาการเรียนการสอน สรุปและข้อเสนอแนะเพื่อจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 อันจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอนต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาการจัดการเรียนการสอน, ผลการเรียน, รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

¹พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน) ชำนาญการ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, Thailand

²พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน) ชำนาญการพิเศษ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, Thailand

³พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน) ปฏิบัติการ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, Thailand

Corresponding Author: wilailak@smnc.ac.th



Abstract

Nursing is a profession that employs both the science and art of nursing practice and is essential to providing services in the health system to meet the needs of society, both healthy people and people with health problems and their families and communities. Maternal and newborn nursing and midwifery 2 is a specific subject in the maternal and newborn nursing and midwifery Department, organized for the 4th year Bachelor of Nursing Students. The course characteristics are to provide students with knowledge in maternal nursing, newborn nursing and midwifery with risks and complications during pregnancy, labor and postpartum stages. It has a variety designed for teaching and learning activities, including lectures, group discussions, Simulation-Based Learning (SBL) and mind mapping. This article aims to present the development of teaching and learning, summary, and recommendations to provide academic instruction maternal and newborn nursing and midwifery 2 that will be useful for further teaching management.

Keywords: Development of teaching and learning, Academic Performance, Courses of maternal and newborn nursing and midwifery 2

ความเป็นมาและความสำคัญ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติการพยาบาล และมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการในระบบสุขภาพ เพื่อสนองตอบความต้องการของสังคม ทั้งบุคคลปกติ บุคคลที่เจ็บป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชน วิชาชีพพยาบาลมีความเชื่อมโยงโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยของชีวิตประชาชน การจัดการศึกษาในปัจจุบันจึงมีจุดเน้นที่สำคัญคือการฝึกให้ผู้เรียน คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น สามารถคิดวิเคราะห์และเลือกสิ่งที่เหมาะสม มีทักษะในการแก้ปัญหาได้ (พิมพ์พัฒน์ จันทร์เทียน, ทัดติยา นครไชย, จุริภรณ์ เจริญพงศ์, สัมพันธ์ มณีรัตน์ และ ดวงทิพย์ อนันต์ศุภมงคล, 2562)

ในปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ได้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 ซึ่งมีวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 เป็นวิชาเฉพาะที่กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จัดสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 มีลักษณะรายวิชาคือให้นักศึกษามีความรู้ในการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งคณาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ได้ออกแบบการจัดการเรียนการสอนและให้มีกิจกรรมการเรียนการสอนหลากหลายวิธีเพื่อให้นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะ



หลังคลอด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลด้วยความเอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการสร้างเสริม ป้องกัน รักษา บำบัด บรรเทาอาการและฟื้นฟูสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เพื่อให้การเรียนการสอนบรรลุตามวัตถุประสงค์โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ป่วย (วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, 2564)

การจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษา 2561-2564 ที่ผ่านมามีผลการเรียนอยู่ในระดับ B+ คือ ร้อยละ 18.00, 24.82, 19.40 และ 39.73 ตามลำดับ และผลการเรียนอยู่ในระดับ A ร้อยละ 4.00, 5.11, 2.98 และ 10.96 ตามลำดับ (อรุณี ศรีสุยั๋ง และ วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, 2564) ซึ่งพบว่าระดับผลการเรียนเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยในปีการศึกษา 2564 ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 อยู่ในระดับพึงพอใจมากถึงพึงพอใจมากที่สุด โดยมีการจัดการเรียนการสอนแบบบรรยาย (Lecture) การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (SBL) และมอบหมายงานแผนที่ความคิด (Mind Mapping) ซึ่งสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการอภิปรายกลุ่มคือ การคิดวิเคราะห์ การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง การสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การทำงานเป็นทีม และกล้าแสดงออก สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองคือ การแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า การบริหาร การตัดสินใจแก้ปัญหา การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม สิ่งที่ได้เรียนรู้จากมอบหมายงานแผนที่ความคิดคือ การวิเคราะห์สรุปสาระสำคัญ การทบทวน

เนื้อหาที่เรียน และทำให้เข้าใจเนื้อหาเพิ่มมากขึ้น (อรุณี ศรีสุยั๋ง และวิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, 2564)

วัตถุประสงค์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพัฒนาการเรียนการสอน วิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 2 สรุปและข้อเสนอแนะเพื่อจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2

เนื้อหาและการอภิปราย

1. การพัฒนาการเรียนการสอน

1.1 ธรรมชาติการเรียนรู้ของผู้เรียน

แบ่งผู้เรียนตามลักษณะการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน เป็น 4 แบบ (David A. Kolb, 2022) ได้แก่

แบบที่ 1 ผู้เรียนที่ถนัดจินตนาการ (Imaginative learners) เนื่องจากผู้เรียนมีการรับรู้โดยการผ่านประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมและใช้กระบวนการในการจัดกระทำต่อข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างพิจารณาไตร่ตรองในแต่ละกิจกรรม ดังนั้นการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีสไตล์การเรียนรู้ในกลุ่มนี้คือ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนรับรู้ข้อมูล โดยการผ่านการอ่าน ฟัง สังเกต และบันทึกข้อมูล

แบบที่ 2 ผู้เรียนที่ถนัดการวิเคราะห์ (Analytic learners) ผู้เรียนมีการรับรู้ผ่านทางความคิดรวบยอดที่เป็นนามธรรมและใช้กระบวนการในการจัดกระทำต่อข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างไตร่ตรอง ดังนั้นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีสไตล์การเรียนรู้ในกลุ่มนี้คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนได้อภิปราย แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น วิเคราะห์ และจัดระบบข้อมูล



แบบที่ 3 ผู้เรียนที่ถนัดใช้สามัญสำนึก (Commonsense learners) ผู้เรียนมีการรับรู้ผ่านทางความคิดรวบยอดที่เป็นนามธรรมและชอบใช้กระบวนการลงมือกระทำ ดังนั้นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีสไตล์การเรียนรู้ในกลุ่มนี้คือ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติ สำนวณ สืบค้นเพื่อรวบรวมข้อมูล

แบบที่ 4 ผู้เรียนที่ถนัดในการปรับเปลี่ยน (Dynamic learners) ผู้เรียนมีการรับรู้ผ่านประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมและชอบใช้กระบวนการลงมือกระทำ ดังนั้นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีสไตล์การเรียนรู้ในกลุ่มนี้คือ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้นำความรู้ไปทดลองใช้ สร้างสรรค์ คิดประดิษฐ์ แก้ปัญหา ในสถานการณ์ต่าง ๆ

1.2 การออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน ผู้สอนควรได้นำคุณลักษณะทั่วไปดังกล่าวของผู้เรียนมาพิจารณาเพื่อที่จะจัดการเรียนการสอนให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะผู้เรียนให้มีความรู้ช่วยให้ผู้เรียนสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายและเกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ได้ เป็น “3Rs and 7Cs” (ชนิดาภา ขอสุข, 2560) 3Rs คือ ความรู้ ความสามารถทางด้านการอ่าน การเขียน และการคิดคำนวณ (Reading, Writing, Arithmetic) 7Cs ได้แก่ ทักษะการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) ทักษะการคิดริเริ่มและสร้างนวัตกรรม (Creativity and innovation) ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนการทัศน์ (Cross-cultural understanding) ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ (Collaboration, Teamwork & Leadership) ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ

(Communications, Information & Media literacy) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Computing & Information and Communication Technology literacy: ICT) ทักษะอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ (Career & Learning skill) นอกจากนี้แชปแมน (ทิตินา แชมมณี, 2555) ได้เสนอทักษะที่สำคัญสำหรับผู้เรียนไว้อีก 7 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์หรือทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) คือ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์และเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงของระบบ ต่าง ๆ ทั้งระบบ ที่เกี่ยวกับมนุษย์และธรรมชาติ 2) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving) คือความสามารถในการตั้งคำถามที่ถูกต้อง เหมาะสมเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งกระบวนการหาคำตอบ และการประเมินความสำเร็จของวิธีการแก้ปัญหา 3) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Creativity) คือ ความสามารถในการคิดนอกกรอบความคิดเดิม มีความคิดริเริ่ม และกล้าเสี่ยง 4) ทักษะการสื่อสาร (Communication) คือ ความสามารถในการสื่อความหมาย เช่น สามารถพูด เขียน และใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร เป็นต้น 5) ทักษะการพัฒนาลักษณะนิสัยส่วนบุคคล (Character) คือ ความสามารถในการเข้าใจ ตนเองและการปฏิบัติตนอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม ให้เกียรติและเคารพผู้อื่น มีความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์ และเป็นพลเมืองดี 6) ทักษะการเป็นผู้นำ (Leadership) คือ ความสามารถในการสร้างแรงจูงใจและความร่วมมือ สามารถนำกลุ่มคนให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งต้องอาศัยความฉลาดทางด้านสังคม อารมณ์และการทำงานร่วมกับผู้อื่น 7) ทักษะการยอมรับพันธะ (Commitment) คือ ความสามารถที่จะยอมรับความแตกต่าง หลากหลายและการพึ่งพากัน ทั้ง



ทางด้านวัฒนธรรม สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงความสามารถในการพัฒนาเป้าหมายของชีวิตเพื่อความดีที่ยิ่งใหญ่ขึ้น เท่าที่นำมากล่าวจะเห็นว่าทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ที่เสนอมานั้นส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกันทั้งในด้านทักษะความรู้ที่เป็นแกน ทักษะกระบวนการทางสติปัญญาและทักษะการสื่อสาร โดยใช้เทคโนโลยีและด้านคุณลักษณะของผู้เรียนในด้านคุณธรรมและจริยธรรม

1.3 ทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ในประเทศไทย โดยกำหนดเป้าหมายไว้ดังนี้ (กองนโยบายและแผน, 2565)

1) ทักษะการเรียนรู้ (Learning skills)

- การคิดเชิงวิพากษ์ (Critical thinking) ไม่เชื่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับรู้โดยทันที รู้จักตั้งข้อสงสัยและคำถาม

- การสื่อสารความคิดต่าง (Communication) สามารถสื่อสารความคิดที่แตกต่างให้เข้าใจด้วยเหตุผลที่ดี

- การทำงานร่วมกัน (Collaboration) สามารถทำงานเป็นทีม รู้จักถกเถียง เจรจา ต่อบรรยาย หาข้อยุติและร่วมมือกันทำงาน

- การสร้างนวัตกรรม (Innovation) สามารถคิดสร้างสรรค์และสร้างนวัตกรรม อันเนื่องมาจากการทำงานเป็นทีม

2) ทักษะชีวิต (Life skills)

- รู้จักกำหนดเป้าหมายและวางแผน รู้จักวางแผน มองไปข้างหน้า และรู้เป้าหมายของชีวิต

- รู้จักค้นหาทางเลือก ค้นหาทางเลือกที่มีมากกว่า 1 ทางเลือกเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

- รู้จักตัดสินใจ กล้าตัดสินใจเพื่อเลือกหนทางไปสู่เป้าหมาย

- รู้จักรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองไม่โยยวายหรือโอ้อวดครวญว่าเป็นความผิดของผู้อื่น รู้จักทบทวนและรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองทำ

- รู้จักยืดหยุ่น หากเป้าหมายแรกที่วางไว้ผิดพลาดจะกลับไปวางแผน และมองหาทางเลือกใหม่เพื่อตัดสินใจ

3) ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology; IT skills)

- รู้จักแสวงหาข่าวสาร สามารถบริหารเวลา และชนิดของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

- รู้จักวิเคราะห์ข่าวสาร สามารถตั้งคำถามและวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ รวมทั้งค้นหาทางเลือกอื่น

- รู้จักใช้ข้อมูล ข่าวสาร เทคโนโลยีให้เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต

1.4 การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ตามทฤษฎีของเมซีโรว์ (Mezirow) ผู้บุกเบิกการศึกษาแนวนี้ หมายถึง “กระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดอย่างจริงจัง (Critical reflection) ที่นำไปสู่การให้ความหมายที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แยกความแตกต่างได้ชัดเจนขึ้น และบูรณาการความเข้าใจจากประสบการณ์ของตนอย่างแท้จริง การเรียนรู้นี้รวมทั้งการนำเอาความเข้าใจดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ” โดยผู้สอนจัดสภาพการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเผชิญกับประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามมุมมองเดิมของตน เกิดการใคร่ครวญอย่างมีวิจารณญาณ เกิดกระบวนการสนทนาเชิงวิพากษ์จนนำไปสู่การเรียนรู้สิ่งใหม่ ดังนั้นการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในการศึกษาทางการพยาบาลจึงมีเป้าหมายเพื่อสร้างศักยภาพทางการพยาบาลอันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ



สุขภาพกับผู้รับบริการ ซึ่งภายใต้กระบวนการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงของ Mezirow (ทินกร บัวชู, ณัฏฐ์ธำพร สร้อยเพชร, ประภาพร เมืองแก้ว, ปภาดา ชมภูนิษฐ์ และ ศิริพร ฉายาทับ, 2563)

2. วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

2.1 ลักษณะวิชา

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพ การประเมินและการคัดกรองภาวะเสี่ยง การส่งต่อ การช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพ การเตรียมและช่วยเหลือในการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ และการทำสูติศาสตร์หัตถการ การดูแลทารกแรกคลอดที่มีภาวะเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารกและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในการสร้างเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสภาพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วย การดูแลด้วยความเอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และคุณธรรมจริยธรรม

2.2 วัตถุประสงค์รายวิชา

1) แสดงออกถึงการใช้ความรู้ความเข้าใจในหลักศาสนา หลักจริยธรรมในการดำรงตนและประกอบวิชาชีพ

2) มีความรู้และความเข้าใจในสาระสำคัญของศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาล ระบบสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและระบบสุขภาพของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของประเทศและสังคมโลกที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและ

ประชาชน และการนำไปใช้ในการพยาบาลแก่มารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การประเมินและการคัดกรองภาวะเสี่ยงและการส่งต่อ การช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกและครอบครัว การเตรียมการช่วยเหลือในการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษและการทำสูติศาสตร์หัตถการ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว มุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัวในการดูแลตนเอง

3) สามารถนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิงและแก้ไขปัญหาย่างมีวิจารณญาณ สามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพ และที่เกี่ยวข้องรวมทั้งใช้ประสบการณ์เป็นฐานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้การพยาบาลมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนไป

4) แสดงความรับผิดชอบต่อตนเอง หน้าที่ วิชาชีพองค์กรและสังคมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5) สามารถใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 การพัฒนาผลการเรียนรู้

1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม โดยการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกด้วยความเมตตากรุณา เอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คุณธรรม จริยธรรม กฎหมายและสิทธิของผู้ป่วย โดยใช้



แบบประเมินทักษะการเรียนรู้การสอนในสถานการณ์จำลอง

2) ด้านความรู้ โดยใช้แบบทดสอบ

3) ด้านทักษะทางปัญญา สังเกตการนำเสนอกรณีศึกษาในการอภิปรายกลุ่ม โดยใช้แบบประเมินนำเสนอกรณีศึกษาในการอภิปรายกลุ่ม ประเมินความสามารถในการเชื่อมโยง โดยใช้แบบประเมินรายงานการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา และสังเกตการคิดวิเคราะห์ในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารก โดยการนำข้อมูลจากการประเมินสภาพมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยง และการตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้แบบประเมินทักษะการเรียนรู้การสอนในสถานการณ์จำลอง นอกจากนี้ยังประเมินความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และเชื่อมโยงแผนที่ความคิด โดยใช้แบบประเมินแผนที่ความคิด

4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ประเมินความรับผิดชอบเตรียมตัวนำเสนอกรณีศึกษาในการอภิปรายกลุ่ม โดยใช้แบบประเมินนำเสนอกรณีศึกษาในการอภิปรายกลุ่ม สังเกตความรับผิดชอบปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมกับทีมพยาบาลในสถานการณ์จำลอง โดยใช้แบบประเมินทักษะการเรียนรู้การสอนในสถานการณ์จำลอง

5) ด้านทักษะการวิเคราะห์ทางตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยสังเกตการนำเสนอกรณีศึกษาในการอภิปรายกลุ่ม โดยแบบประเมินนำเสนอกรณีศึกษาในการอภิปรายกลุ่ม ประเมินความสามารถใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษในการเขียนรายงาน โดยใช้แบบประเมินรายงานการเรียนรู้การสอนโดยใช้กรณีศึกษา และสังเกตการสื่อสารและการถ่ายทอดข้อมูล

ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการดูแลภาวะสุขภาพในสถานการณ์จำลอง โดยใช้แบบประเมินทักษะการเรียนรู้การสอนในสถานการณ์จำลอง

สรุปข้อเสนอแนะเพื่อจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2

1. การจัดการเรียนการสอนแบบบรรยาย (Lecture) การสอนแบบบรรยายผู้เรียนจะมีกิจกรรมร่วมได้น้อย และพบว่านักศึกษาบางส่วนยังขาดความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้สู่การฝึกปฏิบัติ ทั้งนี้ถ้าหากมีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และส่งเสริมความสามารถในการคิด น่าจะสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการเป็นผู้เรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ได้ (มณีนรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์ และคณะ, 2558)

2. การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) การอภิปรายกลุ่มที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนควรใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการตอบคำถามและแสดงความคิดเห็น โดยการใช้คำถามที่กระตุ้นให้นักศึกษาคิดหาคำตอบในระดับที่สูงกว่าระดับความจำ เช่น การใช้คำถาม ทำไม อย่างไร เพราะเหตุใด เป็นต้น ผู้สอนเป็นเพียงผู้เชื่อมโยงความคิดเห็นของผู้เรียนรวมทั้งเป็นผู้สรุปเนื้อหาสาระของบทเรียนเพื่อฝึกทักษะการคิด การฟัง การพูด และการแสดงความคิดเห็นให้บรรลุวัตถุประสงค์ของบทเรียนนั้น ๆ (ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์, จริยาพร ศรีสว่าง, สมพิศ อำไพ และ สุจิตรา ชัยวุฒิ, 2556)

3. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning: SBL) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง



ช่วยส่งเสริมทักษะความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียน เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์จริงทำให้เกิดความมั่นใจก่อนการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยจริง ช่วยลดเวลาในการเรียนรู้เมื่อไปปฏิบัติกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ซึ่งควรจัดให้ผู้เรียนได้เข้าสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทุกคน (ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา, ภาวดี เหมทานนท์ และ วิไลพร รังควัต, 2562; Briscoe. J., Mackay, B. & Harding, T., 2017)

4. การมอบหมายงานแผนที่ความคิด (Mind mapping) เพื่อส่งเสริมทักษะทางปัญญาให้ผู้เรียนมีการพัฒนาทางด้านความคิดอย่างเป็นระบบ โดยการเขียนแผนที่ความคิด ผู้เรียนจะได้พัฒนาทักษะความคิดสร้างสรรค์ที่สูงขึ้น โดยด้านความคิดริเริ่ม ด้านความคิดคล่องแคล่ว ด้านความคิดยืดหยุ่น และความคิดละเอียดลออ รองลงมาด้านการนำไปใช้ สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ (วันเพ็ญ นันทะศรี, 2560)

เอกสารอ้างอิง

กองนโยบายและแผน. (2565). *ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21*. สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2565, จาก https://plan.vru.ac.th/?dt_portfolio=%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B0%E0%B9%81%E0%B8%AB%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%A8%E0%B8%95%E0%B8%A7%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A9%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-21

ฉวี เบาทรง, นันทพร แสนศิริพันธ์, จริยาพร ศรีสว่าง, สมพิศ อำไพ และสุจิตรา ชัยวุฒิ. (2556). ผลการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้ทางการผดุงครรภ์และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร*. 40(ฉบับพิเศษ); 68-78.

ชนิดาภา ขอสุข. (2560). แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการศึกษาศาสตร์ในศตวรรษที่ 21. *วารสารราชธานีวัฒนธรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 1(2); 1-13.

ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา, ภาวดี เหมทานนท์ และวิไลพร รังควัต. (2562). ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 25(2); 57-71.

ทินกร บัวชู, ณัฐธิดา สร้อยเพชร, ประภาพร เมืองแก้ว, ปลาตา ชมภูนิษฐ์ และศิริพร ฉายาทัพบ. (2563). การจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: การประยุกต์ใช้ในรายวิชาการบริหารและการจัดการทางพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 21(3); 20-28.

ทิศนา ขัมมณี. (2556). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิมพ์พัฒน์ จันทน์เทียน, ทัดติยา นครไชย, จุริภรณ์ เจริญพงศ์, สัมพันธ์ มณีรัตน์ และดวงทิพย์ อนันต์ศุภมงคล. (2562). การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. *วารสารเกษมบัณฑิต*. 20(2); 168-179. มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วราภรณ์ ทินวัง, สิริอร พัวศิริ, นฤพร พงษ์คุณากร, ประภาศรี ทุ่งมีผล และวินัย รอบคอบ. (2558). ผลการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การคิดอย่างมีวิจารณญาณทักษะการทำ งานเป็นทีม และความพร้อมในการเรียนรู้แบบนำ ตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล.



วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา.
16(2); 92-102.

วันเพ็ญ นันทะศรี. (2560). การพัฒนาทักษะความคิดสร้างสรรค์
ของนักศึกษาด้วยการเขียนแผนที่ความคิด (Mind Map).

วารสารบัณฑิตศึกษา. 14(64); 43-50.

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. (2564). หลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560).
มหาสารคาม.

อรุณี ศรีสุยง และ วิไลลักษณ์ เพ็ญพันธ์. (2564). เอกสาร
มคอ 5 รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุง
ครรภ์ 2. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. มหาสารคาม.

Briscoe, J., Mackay, B., & Harding, T. (2017). Does
simulation add value to clinical practice?:
Undergraduate student nurses' perspective. *Kai
Tiaki Nursing Research*. 8(1); 10-15.

David A. Kolb. (2022). ธรรมชาติการเรียนรู้ของผู้เรียน. สืบค้น
เมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2565, จาก
[https://sites.google.com/site/bthreiyerisotmesro
yo/hnwy-thi-5-1](https://sites.google.com/site/bthreiyerisotmesroyo/hnwy-thi-5-1)



บทบาทพยาบาลในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน

Nurse's Role in Triage for The Elderly with Acute Heart Failure at Emergency

Department

Received: February 9, 2023

Revised: March 20, 2023

Accepts: June 4, 2023

พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์ (พย.ม.)¹, สุรศักดิ์ มุลศรีสุข (พย.ม.)²

Pongsak Dharmakulsakti (M.N.S.), Surasak Mulsrisuk (M.N.S.)

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดจากการดำเนินโรคที่รวดเร็ว ซึ่งมีอาการและอาการแสดงของโรคหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Atypical presentation) ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้เข้ารับการดูแลรักษาทันทีที่มีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน จนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินอยู่บ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระด้านค่าใช้จ่ายตามมา การคัดกรองจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลคัดกรองจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ควรมีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี และเข้าใจระบบการทำงานของห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและลดความทุกข์ทรมานของอาการที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโรครุนแรงขณะนั้น รวมถึงใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในห้องฉุกเฉินให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, บทบาทพยาบาล, ภาวะฉุกเฉิน, ผู้สูงอายุ

¹อาจารย์ภาควิชาบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิต

²พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล, Thailand.

Corresponding author: e-mail surasak.mol@mahidol.ac.th



Abstract

Acute heart failure is an illness caused by the rapid progression of the disease, which has signs and symptoms of multiple diseases occurring simultaneously. Especially in the elderly, acute heart failure has a nonspecific presentation. Therefore, the elderly may not receive immediate treatment. This result in the progression of diseases and frequent visits to emergency rooms, as well as affect the quality of life and the cost burden. Screening is key for emergency nurses. Screening nurses must have knowledge and understanding of acute heart failure in the elderly. In addition, at least 5 years of experience and comprehension of a working system of the emergency room are needed so that the elderly will receive prompt diagnosis and treatment, reducing suffering from the progression of disease and increasing the efficiency of using limited resources in the emergency room.

Keywords: Acute Heart Failure, Nurse's Role, Emergency Condition, Elderly

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Heart Failure) เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็วจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (Tersalvi et al., 2021) และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาระด้านค่าใช้จ่ายตามมา (Pirmohamed, Kitzman, & Maurer, 2016) จากสถิติการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า มีผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในห้องฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 44 และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี (สุรศักดิ์ มุสิกศรีสุข, สุปริดา มั่งคั่ง, และนุชนาฏ สุทธิ, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการใช้บริการห้องฉุกเฉิน

ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) เป็นกระบวนการในการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน (อุษณีย์ ฟองศรี, 2560) โดยพิจารณาจากความรุนแรงของอาการตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายทั้งเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่มีอยู่เดิม (จิราภรณ์ ศรีอ่อน, 2564) จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีรวิทยา และพลังงานสำรองที่ลดลงของผู้สูงอายุ ทำให้อาการที่แสดงออกไม่จำเพาะเจาะจง (Atypical presentation) ส่งผลให้ยากต่อการคัดกรองผู้สูงอายุที่ห้องฉุกเฉิน (แพรวา ธาตุเพชร, จิราภรณ์ ศรีอ่อน, และจิตติ วงษ์ตั้งมัน, 2564) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่มักมีอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเหนื่อย หายใจไม่สะดวก เหนื่อยเมื่อนอนราบ แน่น

หน้าอก และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรืออาการบวมตามร่างกาย เป็นต้น (สุรศักดิ์ มูลศรีสุข และคณะ, 2565; Yancy et al., 2017) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุบางรายอาจพบอาการที่แสดงออกไม่จำเพาะเจาะจงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เช่น อาการคลื่นไส้ ไอแห้ง ๆ อ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายตามอายุ ที่มากขึ้น ภาวะโรคร่วม หรือการได้รับยาหลายชนิด (Teixeira et al., 2021) โดยผู้สูงอายุบางส่วนไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีกอาการรุนแรงมากขึ้น เกิดความทุกข์ทรมาน และต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Perissinotto et al., 2014)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นหนึ่งในภาวะฉุกเฉินที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน (สุรศักดิ์ มูลศรีสุข และคณะ, 2565) โดยปัจจุบันการประเมินและวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีเกณฑ์การพิจารณาเหมือนผู้ป่วยทั่วไป คือ พิจารณาจากอาการบ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล จากการซักประวัติ และตรวจร่างกายเบื้องต้น (ปิยภัทร ชุนหรัศม์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา, 2562; Phrommintikul, Buakhamsri, Janwanishstaporn, Sanguanwong, & Suvachittanont, 2019) เพื่อแยกวินิจฉัยจากโรคหรือภาวะอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกัน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุ บางรายที่มีอาการที่แสดงออกไม่จำเพาะเจาะจงต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการวินิจฉัย และได้รับการจัดการ ไม่ตรงกับภาวะของโรคที่เกิดขึ้น (Butrous & Hummel, 2016) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ทำให้การประเมินและวินิจฉัยมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องใช้ทักษะในการประเมินที่ละเอียดรอบคอบกับมีความเข้าใจ

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ.2566

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและอาการภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนการจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ครบคลุม และได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ลดอัตรา การเข้ารับการรักษาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์บทความ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน

พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นลดลง และมีลักษณะแข็งขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น การบีบตัวและคลายตัวของหัวใจมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ (Perissinotto et al., 2014) ร่างกายมีกลไกการปรับตัวชดเชยโดยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ โดยมีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อตอบสนองต่อปริมาณเลือดที่ไม่เพียงพอ ซึ่งจะดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้รับการแก้ไขสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยกลไกการชดเชยดังกล่าวหากไม่ได้รับการตอบสนองที่ตรงกับภาวะการดำเนินโรคที่เหมาะสม หัวใจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ขนาด และมีกลไกการทำงานที่



ไม่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมักพบในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด และเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Pirmohamed et al., 2016)

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ พบเมื่อมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น และสามารถพบได้หลายอาการร่วมกัน เนื่องจากหัวใจไม่สามารถปรับตัวต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ มีผลให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ไป (Perissinotto et al., 2014) มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ จนรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยบางส่วนเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากความรุนแรงของการดำเนินโรคและต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบ (สุธิดา ดีหนู, มุกดาเดชประพนธ์, และอรสา พันธภักดี, 2561) จนต้องทำให้ต้องตัดสินใจมาโรงพยาบาล โดยแบ่งตามลักษณะอาการได้ ดังนี้

1) อาการทางคลินิก (Clinical symptom)

อาการที่เกิดขึ้นเฉพาะของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยทั่วไปมักเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือดในร่างกาย ซึ่งมีโอกาสเกิดได้ง่ายในผู้สูงอายุ เนื่องจากประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลงจากระบบการสูงอายุ ทำให้เกิดอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) ซึ่งเป็นอาการที่พบได้มากในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยอาจเป็นลักษณะอาการเหนื่อยที่แตกต่างกัน ได้แก่ อาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) ตื่นขึ้นมาเหนื่อยตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea, PND) เหนื่อย

เวลาออกแรง (Dyspnea on exertion) ซึ่งอาการของ PND เป็นอาการที่จำเพาะในภาวะหัวใจล้มเหลว (สุรศักดิ์ มูลศรีสุข และคณะ, 2565; อรวิภาญจน์ ชัยมงคล, ศรีญญา ภูวนันท์, และศุทธิจิต ภูมิวัฒน์, 2565) นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอาจพบอาการเจ็บแน่นหน้าอก บวมตามร่างกาย ไอแห้ง ๆ เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง และใจสั่น (Atrial fibrillation, AF) (Phrommintikul et al., 2019)

2) อาการของโรคที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Atypical symptom) จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายตามอายุที่มากขึ้น (Age related changes) ทำให้ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายในผู้สูงอายุทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลง ส่งผลให้มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นจากการทำงานผิดปกติของหัวใจซีกขวา ทำให้การไหลเวียนเลือดจากหัวใจไปที่ปอดไม่สะดวก เกิดการคั่งของเลือดในหลอดเลือด และอวัยวะภายในช่องท้อง จึงมักพบกลุ่มอาการแสดงเป็นกลุ่มอาการในช่องท้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องด้านขวา ท้องอืด เบื่ออาหาร เป็นต้น (Butrous & Hummel, 2016) นอกจากนี้อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ชัดเจนมีโอกาสนำไปสู่อาการของโรคที่รุนแรงในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการสับสน ความจำเสื่อม ง่วงนอน อาการเพ้อ หงุดหงิด หดหู่ อ่อนเพลีย และมีกิจกรรมลดลง โดยอาการที่เกิดขึ้นบางอาการมีผลกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวันน้อย และมีการจัดการอาการเบื้องต้นแล้วอาการดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความตระหนักกับอาการที่เกิดขึ้นน้อย ไม่ได้สังเกตอาการต่อเนื่องหรือเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาล มีโอกาสทำให้มีอาการรุนแรงจนเข้ารับการรักษาในภาวะ

ดุกเฉิน (Teixeira et al., 2021) อาการของโรคที่ไม่ชัดเจนเป็นปัญหาที่พบมากในการซักประวัติเพื่อเชื่อมโยงสู่การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะอาการทั่วไป โดยการศึกษาทางการแพทย์มีการกล่าวถึงน้อย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่อาการทั่วไปที่เป็นลักษณะเฉพาะของภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากไม่มีอาการและอาการแสดงที่นำไปสู่การวินิจฉัยโรค (Yodying, Siripitayakunkit, Sumdeangrit, & Puwanant, 2021) ส่งผลให้การคัดกรองขาดความแม่นยำ นำไปสู่ความล่าช้าในการวินิจฉัย และการวางแผนจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ดังนั้น พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงต้องมีความรู้และความเข้าใจในอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะจำเพาะของผู้สูงอายุ เพื่อการคัดกรองที่ถูกต้องและแม่นยำ นำไปสู่การดูแลจัดการที่เหมาะสม

บทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินในการคัดกรอง

การคัดกรองถือเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลรักษาฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในเวลาจำกัด โดยเฉพาะการคัดกรองผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการแสดงที่ไม่ตรงตามโรค หรือกลุ่มที่อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลไม่ชัดเจน (Non-specific complaints) ทำให้การคัดกรองผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินมักจะได้รับการคัดแยกไปอยู่ในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง (จิราภรณ์ ศรีอ่อน, 2564) ดังนั้น การคัดกรองผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องได้รับการจำแนกประเภทผู้ป่วยสูงอายุจากพยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี และเข้าใจระบบการทำงานของห้องฉุกเฉิน (ไชยพร ยุกเซ็น, 2564) โดยคำนึงไว้เสมอว่าผู้สูงอายุอาจมีอาการและ

อาการแสดงที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเป็นหลัก R-A-M-P-S ที่บอกถึงลักษณะเฉพาะในการประเมินผู้สูงอายุ โดยอักษรแต่ละตัวบ่งถึงความหมายดังนี้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2557; ลลิตา แก้ววิไล, 2565)

R - Reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้พลังสำรองของสุขภาพลดลง

A - Atypical presentation เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของหัวใจ ทำให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจงเหมือนที่พบได้ในผู้ป่วยทั่วไป โดยเรียกกลุ่มอาการจำเพาะในผู้สูงอายุว่า Geriatric syndromes ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

M - Multiple pathology ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพและการดูแลรักษา

P - Polypharmacy ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีโรคร่วมหลายโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย ได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม หรือการซื้อยารับประทานเองเป็นต้น

S - Social adversity จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกหลานที่เติบโตขึ้น หรือการจากไปของคู่ครอง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ



การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในห้องฉุกเฉิน พยาบาลคัดกรองจึงควรคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาข้างต้นร่วมกับใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อค้นหาผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับตามความรุนแรง (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฯ, 2551) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเบื้องต้น (Primary survey) เป็นการคัดกรองจากการประเมินผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเป็นการประเมินทางกายภาพร่วมกับการซักประวัติเบื้องต้นเมื่อแรกพบ (Across the room assessment) จากการสังเกตลักษณะอาการที่ต้องการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (Triage physical assessment) (ไชยพร ยุกเซ็น, 2564) ซึ่งต้องอาศัยทักษะและความชำนาญของพยาบาลในการคัดกรองในการประเมินผลกระทบอาการที่เกิดขึ้นต่อระบบที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่

1. การประเมินทางเดินหายใจส่วนบน (A: Airway status) เป็นการประเมินปัญหาทางเดินหายใจส่วนบน เช่น การมีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ อาจเกิดได้จากความสามารถในการกลืนลดลงเกิดการติดขัดของอาหารบริเวณหลอดลม ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ประเมินระบบหายใจ (B: Breathing status) เป็นการประเมินปัญหาระบบหายใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย หรือมีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ต้องลุกนั่งหรือนอนศีรษะสูงอาการจึงทุเลาลง เป็นต้น

3. ระบบไหลเวียนโลหิต (C: Circulatory status) การประเมินปัญหาระบบไหลเวียนโลหิตของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจเกิดได้จากภาวะหัวใจล้มเหลวเดิมหรือโรคร่วมอื่น ๆ โดยผู้สูงอายุอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการรู้สึกใจสั่น ใจเต้นแรง อาการเหงื่อแตก หรืออาการตัวเย็น เป็นต้น

4. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (D: Disability) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลคัดกรอง เนื่องจากผู้สูงอายุ บางรายมีความผิดปกติด้านการรู้คิด หรือมีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งต้องซักประวัติเพิ่มเติมกับญาติ ผู้ดูแลใกล้ชิดในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงจากปกติของอาการซึม สับสน หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น

หากพบความผิดปกติภายหลังการประเมินด้วยวิธีการสังเกต พยาบาลห้องฉุกเฉินจะต้องเริ่มประเมินผู้สูงอายุรายนี้ทันที โดยการประเมินปัญหาที่ตรวจพบ ซักประวัติอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล และประเมินอาการอย่างละเอียดทันที ซึ่งการประเมินผู้ป่วยระยะแรก ต้องคัดกรองผู้ป่วยให้เสร็จสิ้นภายใน 10 นาที หลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเร่งด่วนก่อนเกิดความเสี่ยงของอาการขึ้น และกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน คือ กลุ่มที่สามารถรอตรวจได้ (Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, 2015) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการจัดการที่เหมาะสมกับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินอย่างละเอียด (Secondary survey) เป็นการประเมินเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษา โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ (ไชยพร ยุกเซ็น, 2564) ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate life threatening) คือ ภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบ ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) หยุดหายใจ (Respiratory arrest) หายใจเข้าใกล้สิ้นใจ (Air hunger) หายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที หดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว หรือผลรวมของคะแนนกลาสโกว์โคมาสเกลน้อยกว่า หรือเท่ากับ 8 คะแนน

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเร่งด่วนภายใน 10 นาที เนื่องจากมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 92% อาการเจ็บแน่นหน้าอกจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่สงสัยจากโรคหัวใจร่วมด้วย อาการเย็นตามปลายมือปลายเท้าหรืออาการเขียวคล้ำ รู้สึกใจเต้นแรง ใจสั่น หายใจเหนื่อยต้องลุกนั่งเพื่อหายใจ หายใจเร็วหรือแรงหรือลึก ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ อาการหายใจเร็วสลับช้าหรือหยุดหายใจเป็นระยะ และมีผลรวมของคะแนนกลาสโกว์โคมาสเกลน้อยกว่า 13 คะแนน

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยรีบด่วน (Urgency) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 30 นาที ส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 26 ครั้ง/นาที มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 95% และมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาไอ

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) คือ ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถรอตรวจได้ภายใน 1 ชั่วโมง ได้แก่ อาการเหนื่อยเวลาทำกิจกรรมพักแล้วอาการดีขึ้น ตื่นมาเหนื่อยเวลากลางคืน เป็นตะคริว ปวดศีรษะ หน้ามืดวิงเวียน ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน แน่นอึดอัดท้อง ท้องผูก ถ่ายเหลว หรือท้องโต

แน่นอึดอัดท้อง เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการของโรคที่ไม่ชัดเจนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายและตัดสินใจมาโรงพยาบาล

ระดับที่ 5 ผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non-urgency) คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไปที่สามารถรอตรวจได้นานกว่า 1 ชั่วโมง ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยตอนกลางวัน ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน บวมตามร่างกาย ปวดข้อและกระดูก วิดกกังวล ง่วงนอนหรือนอนไม่หลับ และผู้สูงอายุกลุ่มที่มาตรวจตามนัดหมายทั่วไป

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันภายหลังการคัดแยกเป็นผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยฉุกเฉิน (ระดับที่ 1-2) จะได้รับการตรวจและรักษาอย่างทันทีในห้องฉุกเฉิน ส่วนผู้สูงอายุที่จำแนกเป็นผู้ป่วยรีบด่วน ผู้ป่วยกึ่งรีบด่วนและผู้ป่วยที่ไม่รีบด่วน (ระดับที่ 3-5) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลรักษาในห้องตรวจแพทย์เวรหากผู้ป่วยมานอกเวลาราชการ และหน่วยตรวจต่าง ๆ สำหรับในเวลาราชการ

สรุป

การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ถูกต้องและครอบคลุมเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยห้องฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในเวลาจำกัด ดังนั้น พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการคัดกรองผู้ป่วย มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอาการสำคัญหรืออาการที่อาจนำไปสู่ความรุนแรงของแต่ละโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ส่งผลให้ช่วยลดภาวะทุพพล



ภาพและอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ รวมทั้งจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในห้องฉุกเฉินให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

พยาบาลห้องฉุกเฉินควรให้ความสำคัญในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินได้รับการตรวจ วินิจฉัยอย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ ศรีอ่อน. (2564). *ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- ไชยพร ยุกเซ็น. (2564). *การดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยภัทร ชุนหรัศม์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล ฤกษ์ธน อยุธยา. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. สมุทรปราการ: เนคสเทปดีไซน์.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2557). การประเมินผู้สูงอายุ. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *แนวทางทาง จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ*. ชลบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. (2551, 6 มีนาคม).
- ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 125, ตอนพิเศษ 44ก.
- แพรวา ธาตุเพชร, จิราภรณ์ ศรีอ่อน, และฐิติ วงษ์ตั้งมั่น. (2564). การสอนความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์ฉุกเฉินใน ผู้สูงอายุในแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินใน ประเทศไทย *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 3(1), 1-18.

- ลลิตา แก้ววิไล. (2565). การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข* 36(1), 135-152.
- สุธิดา ดีหนู, มุกดา เดชประพันธ์, และอรสา พันธักดิ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ ความรู้สึกไม่ แน่นนอนในการเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 66-77.
- สุรศักดิ์ มุลศรีสุข, สุปรिता มั่งคง, และนุชนาฏ สุทธิ. (2565). อาการและอาการแสดง การจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว. *วารสารสหการพยาบาล*, 37(3), 144-158.
- อริยาภรณ์ ชัยมงคล, ศรีญา ภูวนันท์, และ ศุทธิจิต ภูมิ วัฒนะ. (2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. *วชิร สารพยาบาล*, 24(1), 75-95.
- อุษณีย์ พองศรี. (2560). การคัดกรองผู้ป่วยผู้สูงอายุในห้อง ฉุกเฉิน. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ), *การ จัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ไทย.
- Butrous, H., & Hummel, S. L. (2016). Heart failure in older adults. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(9), 1140-1147.
- Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2015). *Guide to patient screening criteria*. Bangkok. Faculty of Medicine Siriraj Hospital.
- Perissinotto M, Ritchie C, Williams A, Chang A, Ahalt C, Chen H, et al. (2014). *Atypical presentations of illness in older adults. Current Diagnosis & Treatment: Geriatrics*, 2nd. McGraw-Hill Education.
- Phrommintikul, A., Buakhamsri, A., Janwanishstaporn, S., Sanguanwong, S., & Suvachittanont, N. (2019). Heart Failure Council of Thailand



- (HFCT) 2019 heart failure guideline: Acute heart failure. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 102(3), 373-379.
- Pirmohamed, A., Kitzman, D. W., & Maurer, M. S. (2016). Heart failure in older adults: embracing complexity. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(1), 8-14.
- Teixeira, A., Arrigo, M., Tolppanen, H., Gayat, E., Laribi, S., Metra, M., ...& Mebazaa, A. (2016). Management of acute heart failure in elderly patients. *Archives of cardiovascular diseases*, 109(6-7), 422-430.
- Tersalvi, G., Gasperetti, A., Schiavone, M., Dauw, J., Gobbi, C., Denora, M., & Forleo, G. B. (2021). Acute heart failure in elderly patients: a review of invasive and non-invasive management. *Journal of Geriatric Cardiology*, 18(7), 560-576.
- Thida, M., Asdornwised, U., Thosingha, O., Dumavibhat, C., & Chansatitporn, N. (2021). Symptom Experience, Symptom Management Strategies, and Health-Related Quality of Life among People with Heart Failure. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(3), 359-374.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey Jr, D. E., Colvin, M., & Westlake, C. (2017). 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(6), 776-803.
- Yodying, W., Siripitayakunkit, A., Sumdeangrit, B., & Puwanant, S. (2018). Symptom cluster management strategies and outcomes in patients with heart failure. *Chulalongkorn Medical Journal*, 65(4), 403-413.

“คุณธรรมนำปัญญา พัฒนาความรู้

มุ่งสู่บริการ ผดุงมาตรฐานวิชาชีพ”

