



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Journal of Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province

ISSN 2985-0150 (Online)



2024

ปีที่ 7 ฉบับ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567 (Vol. 7 No.3 September – December 2024)



ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI)

กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) และบทความวิจัย (Research articles) ซึ่งต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรืออยู่ระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทาง วิชาการที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณาพิชญ์วิจารณ์ ที่ ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน พิจารณาคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ สำหรับบทความ วิชาการ อย่างน้อย 2 ท่าน และบทความวิจัย อย่างน้อย 3 ท่าน แบบ Double blinded โดยไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุลและหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็น ของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ journal@pckpb.ac.th

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่ปรึกษา ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศ.พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว บรรณาธิการ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.จินตนา ทองเพชร กองจัดการ อาจารย์ทิพวัลย์ มีทรัพย์ นางโสภิษฐ์ มิตรดี เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	กองบรรณาธิการ ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรงค์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ศ.ดร.รัตน์ศิริ ทาโต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พล.ต.หญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยภิตติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ รศ.ดร.วิลาวัลย์ ขมนิรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.อดิยาณ์ ศรเกษตริณ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รศ.ดร.มนพร ขาดิขานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ผศ.ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ผศ.ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผศ.ดร.รพีพรรณ นาคนุภา วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผศ.ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
--	---

กำหนดเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนเมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนสิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนธันวาคม

บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ
 และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพ จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) ในกลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร ได้รับการพิจารณากลั่นกรอง (peer-review) จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความวิจัย และอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความวิชาการ แบบ double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2985-0150 (Online) เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย สำหรับปีที่ 7 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567 นี้ ฉบับนี้ มีบทความวิจัย (research article) จำนวน 9 เรื่อง จำแนกตามระเบียบวิธีวิจัย (research methodology) ดังนี้ 1) การวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง และประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสองแคว จังหวัดแพร่ 2) การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ การบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลลัพธ์ของการระบุตัวเชิงรุก และการช่วยชีวิตตั้งแต่แรกในผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างการระบาดโควิด 19 และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดต่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 3) การวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดื่มน้ำ งดอาหารในมารดาที่ตัดคลอดต่อระดับน้ำตาลในเลือดของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และผลของโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ต่อการคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด และ 4) การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในการพัฒนาศักยภาพเด็กและการเตรียมความพร้อมเข้าโรงเรียน

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ส่งบทความที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (peer-review) สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้ง กองจัดการวารสารทุกท่าน ที่สนับสนุนการดำเนินงานของวารสาร ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ สามารถนำส่งบทความทางระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ตามลิงค์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck> ทั้งนี้ วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 10 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 1-2 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 8-9 เรื่อง

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

บรรณาธิการ

สารบัญ

□ บทความวิจัย

- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง 1
- The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Multiple Trauma
Patients, Rayong Hospital in Honor of Her Royal Highness Princess Maha
Chakri Sirindhorn
- ชูศรี เหลืองสาอดกุล, เพทาย บุญหลง, พิชย์ แสงวงภพ
Chusri Leangsaadkul, Patay Boonlong, Pitch Sawangpob
- แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ การบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 18
- โรงพยาบาลศิริราชธนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- Guidelines for Developing Service Management System of Patients with Stroke
in Khiriratnikhom Hospital, Surat Thani Province
- สุธีศักดิ์ ภูษิตากรณ์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ
Sutesak Phusitakorn, Prapapen Suwan
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการงดน้ำ งดอาหารในมารดาผ่าตัดคลอดต่อระดับน้ำตาลในเลือด 33
- ของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
- The Effects of Implementing Nothing Per Oral (NPO) Guideline in Mothers
Undergoing Cesarean Section on Newborn Blood Glucose Levels at Health
Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi
- สุภาภรณ์ ผาจง
Supaporn Phajung
- ผลของโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการคงไว้ของน้ำนม 46
- ในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
- The Effects of Coaching Program and LINE Application on Milk Production
and Lactation in Mothers of Preterm infants
- จันทมาส ชัยสุขโกศล, ฆนรศ อภิญญาลังกร, ดนิตา ปลาเงิน, จันทิรา ชัยสุขโกศล
Juntamas Chaisukoson, Khanarot Apinyalungkorn, Danita Plangern, Chanthira Chaisukkoson
- ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 62
- ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
- Factors Predicting of Decision to Receive Services in Subdistrict Health
Promoting Hospitals in Mueang District, Phayao Province
- นุชวรา คันธานุรักษ์, อาริรัตน์ หงษ์บิน, เปรมฤดี ศรีวิชัย
Nuchwara Kantanurux, Arrirat Hongbin, Premrudee Sriwichai

สารบัญ (ต่อ)

ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในการพัฒนาศักยภาพเด็ก และการเตรียมความพร้อมเข้าโรงเรียน The Experiences of Autistic Parents in Childhood Development and Preschool Readiness วิลาวณย์ กล้าแรง, ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง, กัลยรัตน์ ศรีกล้า, พยอมน ตันตจรรยา, รุจิสรร สุระถาวร Wilawan Klaraeng, Chaiwat Onthaisong, Kanyarat Sornkla, Payom Tantajanya, Rujisan Surataworn	76
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ Effectiveness of Using Triage Guideline with Outpatient in Sung Men Hospital, Sung Men District, Phrae Province ปรานอม กลไกร, กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์ Pranom Kolkrai, Kannika Katsomboon	91
ผลลัพธ์ของการระบุตัวเชิงรุก และการช่วยชีวิตตั้งแต่แรกในผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์ บริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างการระบาดโควิด 19 The Outcome of Active Identification and Early Resuscitation in Prospective Possible Organ Donor during COVID-19 Pandemic, Udon Thani Hospital ศศิพันธุ์ มงคลไชย, อำนวยพร นามมัน, ภิญญู สุภรัตนชาติพันธ์, อัจฉรา สกุนตนิยม, ทิวาวัน คำบรรลือ, สุชีวา วิชัยกุล Sasipin Mongkolchai, Aumnouyporn Namun, Pinyo Suparatanachatphan, Achara Skuntaniyom, Tivawan Kombunlue, Susheewa Wichaikull	108
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดสื่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม The Relationships between Personal Factors, Social Media Addiction, and Depression among High School Students in Phutthamonthon District, Nakorn Pathom Province พรรณภา เรืองกิจ, วาสนา คำดี, จีรวรรณ วรรณยศ Phannapa Ruangkit, Wassana Damdee, Jirawan Worrayot	122
☐ คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ	138

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
The Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for
Multiple Trauma Patients, Rayong Hospital in Honor of Her Royal
Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn

ชูศรี เหลืองสาอดกุล^{1*}, เพทาย บุญหลง², พิชย์ แสงวงษ์²

Chusri Leangsaadkul^{1*}, Patay Boonlong², Pitch Sawangpob²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chusrileangsaadkul@gmail.com)

(Received: July 29, 2024; Revised: November 17, 2024; Accepted: November 23, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 22 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 190 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม – สิงหาคม 2567 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติ 2) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 3) การประเมินผลหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92 และแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีผลลัพธ์ของผู้ป่วย ได้แก่ ความอึดตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้น ดัชนีภาวะช็อก และระยะเวลาที่ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.30, 2.09, 2.12$ ตามลำดับ) ในขณะที่ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวและอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ไม่แตกต่างจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และบุคลากรผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก ($M = 4.44, SD = .39$)

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ สามารถพัฒนาต่อเนื่องจนได้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

Registered Nurse (Senior Professional Level), Rayong Hospital in Honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

Registered Nurse (Professional Level), Rayong Hospital in Honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การบาดเจ็บหลายระบบ, ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย, การพยาบาลฉุกเฉิน

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the outcomes of Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPGs) for multiple trauma patients. The targeted sample consisted of 22 nursing personnel and 190 multiple trauma patients, with data collected from electronic medical records. Patients were separated into groups before and after using the CNPGs through purposive sampling. The development of CNPGs proceeded between March – August 2024. The development of CNPGs was divided into 3 phases: 1) development of the CNPGs, 2) implementation of the CNPGs, and 3) evaluation after using the CNPGs. The research data collection tools included a patient service outcomes record form with a Content Validity Index (CVI) of .92 and a questionnaire about service personnel opinions with a Cronbach's alpha coefficient of .86. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative statistics using Independent t-tests.

The results after using the CNPGs showed patient outcomes were significantly improved ($p < .05$) in oxygen saturation, shock index, and duration in emergency room ($t = 2.30, 2.09, 2.12$ respectively) with no differences in the level of consciousness and death rate within 24 hours. The multiple injuries nursing team reported high satisfaction ($M = 4.44, SD = .39$).

These CNPGs provide a standardized approach to multiple trauma care that can be used in other hospitals in similar contexts.

Keywords: Clinical nursing practice guidelines, Multiple trauma, Patient outcomes, Emergency nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บ (trauma) เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะการบาดเจ็บหลายระบบที่มีความรุนแรง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับหลายอวัยวะในร่างกาย องค์การอนามัยโลกรายงานการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.35 ล้านคนต่อปี และอีกหลายล้านคนต้องทนทุกข์ทรมานจากความพิการระยะยาว (World Health Organization, 2018) ในประเทศไทยการบาดเจ็บหลายระบบเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในเขตอุตสาหกรรมที่มีอุบัติเหตุทางถนนเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ซึ่งสาเหตุหลักของการเสียชีวิต เกิดจากการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมากจากการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ เช่น อวัยวะภายในช่องท้อง ปอด สมอง หัวใจ มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และสมองได้รับการบาดเจ็บอย่างรุนแรง (Phanwan & Borvornsudhasin, 2021) การขับขี่ยานพาหนะมากขึ้น ร่วมกับความเร็วยานพาหนะ โดยเฉพาะจักรยานยนต์ ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บจากแรงกระแทก

ภายนอก และทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายระบบ (Yoosook et al., 2017) การบาดเจ็บหลายระบบส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 พบว่าเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ (National Association of Emergency Medical Technicians, 2014) ในขณะที่การเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่ห้องฉุกเฉินพบมากถึงร้อยละ 30 (Hasler, et al., 2011) ร้อยละ 35.20 เป็นการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ และร้อยละ 48.40 เกิดจากการตัดสินใจผิดพลาดในการประเมินและการจัดการ (Ryb et al., 2012)

การเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บหลายระบบประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความแข็งแรงของร่างกาย และกลไกการบาดเจ็บ (mechanism of injury: MOI) ส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว เป็นต้น (Frink et al., 2017) 2) เวลา ได้แก่ การจัดการผู้ป่วยในช่วงชั่วโมงทอง (golden period or the golden 1 hour) ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นชั่วโมงแรกหลังเกิดการบาดเจ็บ ที่มีความสำคัญอย่างมากต่ออัตราการรอดชีวิตและผลลัพธ์ของการรักษา (Elbaih & Basyouni, 2020) เป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดในการค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (Emergency Nurses Association, 2019) และ 3) ทีมการดูแล ได้แก่ ความรู้และทักษะความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยและการประสานการทำงานเป็นทีม ตลอดจนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บโดยใช้แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (American College of Surgeons, 2018) ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยืนยันถึงประสิทธิภาพและนำไปใช้ทั่วโลก ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะคุกคามชีวิตได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว เพิ่มคุณภาพการดูแลและอัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อนและการใช้ทรัพยากร (Chantamas et al., 2022)

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 200 เตียง ตั้งอยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง จากข้อมูลสถิติพบผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 จำนวน 8,854, 9,436 และ 9,540 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 45.79 และเป็นบาดเจ็บหลายระบบ ร้อยละ 11.10 โดยบาดเจ็บหลายระบบอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือ ศีรษะ ร้อยละ 20.22 รองลงมา คือ ทรวงอก/ช่องท้อง ร้อยละ 4.88 และกระดูกแขน-ขา ร้อยละ 2.35 ตามลำดับ จากการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีบาดเจ็บหลายระบบ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ด้านคุณภาพระบบบริการ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในบางมิติ เช่น มีอัตราผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบมีค่าโอกาสรอดชีวิต (probability of survival: PS) มากกว่า 0.75 อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2564 - 2566 ร้อยละ 1.16, 1.20 และ 1.74 ตามลำดับ (ค่าเป้าหมายน้อยกว่า ร้อยละ 1) และอัตราผู้ป่วยบาดเจ็บ (triage level 1) เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงปี พ.ศ. 2564 - 2566 ร้อยละ 14.66, 13.11 และ 10.02 ตามลำดับ (ค่าเป้าหมายน้อยกว่า ร้อยละ 10) (Rayong Hospital in Honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2023) ซึ่งเกิดจากการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตและการให้การช่วยเหลือล่าช้า ไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสม แม้จะมีแนวทางปฏิบัติทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บโดย

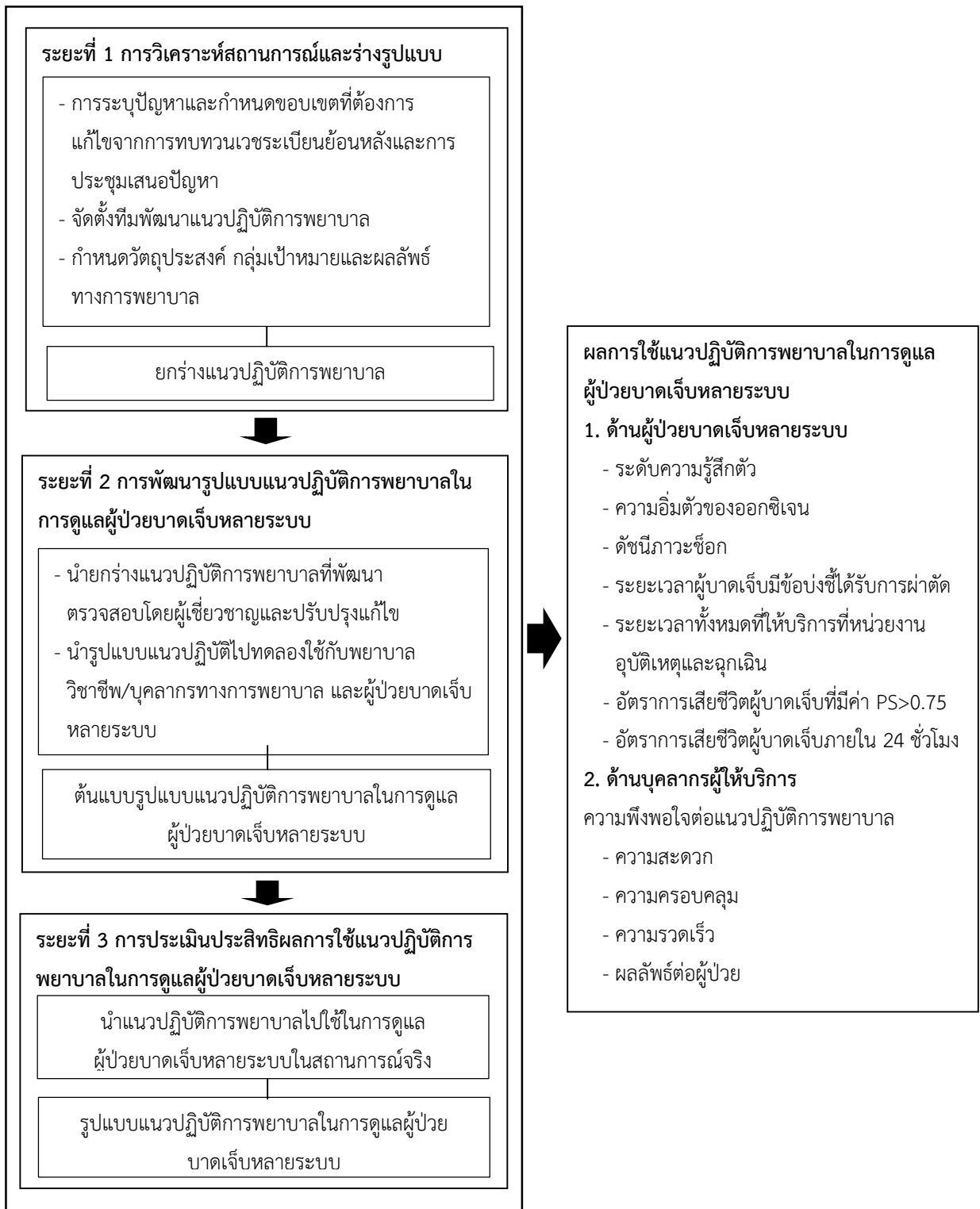
ที่พัฒนาการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม แต่ยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPGs) ที่ชัดเจน มีความเฉพาะเจาะจง และเป็นแนวทางของพยาบาลที่ไม่ซ้ำซ้อนกับแพทย์ เพื่อใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล ที่มีรูปแบบที่ชัดเจนจะทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น (Pearkao & Khunjamnongpak, 2021) ช่วยให้การพยาบาลมีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีมาตรฐานในแนวทางเดียวกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน (National Health and Medical Research Council: NHMRC, 1998)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
2. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
3. ศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง อิงตามหลักการของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council: NHMRC, 1998) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ระหว่างเดือน มีนาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และร่างรูปแบบ ดำเนินการเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

1.1 กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหาที่ต้องการพัฒนา โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง และการประชุมเสนอปัญหาของบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบปัญหาที่ต้องการพัฒนา ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตและให้การช่วยเหลือไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมและล่าช้า 2) แนวปฏิบัติที่มีอยู่เป็นแนวทางปฏิบัติทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กำหนดโดยทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม 3) ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPGs) ที่ชัดเจนและเจาะจงสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 4) ข้อปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลซ้ำซ้อนกับแพทย์ และ 5) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นตามเป้าหมาย

1.2 ตั้งทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางการพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ

1.3 กำหนดวัตถุประสงค์ คือ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

1.4 สืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 24 ฉบับ ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีความน่าเชื่อถือระดับ 1-5 นำมาพัฒนาเนื้อหาของแนวปฏิบัติ

1.5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร 2) การใช้แนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) 3) การวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 4) การลดข้อปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนกับแพทย์ และ 5) การประเมินผู้ป่วยด้วยระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score: GCS) ความอิ่มตัวออกซิเจน (oxygen saturation) ดัชนีภาวะช็อก (shock index) อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง และระยะเวลาที่ใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ดำเนินการเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ดังนี้

นำยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาทำการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และการปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และแบบบันทึกผลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้รับค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .92 และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำรูปแบบแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ/บุคลากรทางการพยาบาล และผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ได้ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 22 คน ให้มีความรู้และทักษะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำแนกออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ 1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการ ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และ 2) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 สำหรับการทดสอบทางสถิติแบบ Mean: Difference between two independent means (two groups) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของ Saisema and Reongkhumkhan (2023) เท่ากับ .40 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบ ที่ระดับ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างรวม 158 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 190 ราย เป็นกลุ่มละ 95 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) บาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุทุกประเภท โดยมีการบาดเจ็บร่วมกันระหว่างอวัยวะสำคัญ ตั้งแต่ 2 ตำแหน่งขึ้นไป ได้แก่ ศีรษะ/หน้า/คอ ช่องอก ช่องท้อง กระดูกยาวแขน/ขาและกระดูกเชิงกราน/อวัยวะภายใน 2) มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป 3) ได้รับการประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ MOPH ED Triage ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤติ (resuscitation) ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที และระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency) ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ต่อจากระดับ 1 (Burivong, 2018) และ 4) ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ กำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างนำส่งหรือเมื่อมาถึงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (dead before arrival: DBA) และ 2) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

2. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 22 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) อายุงานหรือประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 3 ปี 2)

ไม่ได้อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ลาคลอด และ 3) ยินดีเข้าร่วมและให้ข้อมูลการวิจัย เหนือเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ให้ข้อมูลการวิจัยได้ไม่ครบถ้วน และขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งได้มาจากการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อม 2) การประเมินแรกเริ่ม 3) การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และ 4) การจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา การนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล สาเหตุการบาดเจ็บ ระดับการคัดแยก กลไกการบาดเจ็บ และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ และ 2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นแบบเติมคำตอบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ความอึดตัวของออกซิเจน และดัชนีภาวะช็อก ทั้งในแรกเริ่มและก่อนจำหน่ายออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บ มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดภายใน 60 นาที ระยะเวลาที่ให้บริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่า $PS > 0.75$ และอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง การศึกษา และประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ๆ ละ 3 ข้อ ได้แก่ ความสะดวก ความครอบคลุม ความรวดเร็ว และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย เป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม มีการแปรผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง	ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 ท่าน แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ .87 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลของ

ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากเวชระเบียน เท่ากับ .92 นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และ นำแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน เขตจังหวัดระยอง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน โปรแกรม Hos-XP ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและถูกเข้ารหัสโดยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อ- นามสกุลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อป้องกันการระบุตัวตน ถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและไม่ถูกเปิดเผยต่อสาธารณะ

2. เก็บข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ทำการแจกแบบสอบถามหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบรายสุดท้าย 1 สัปดาห์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลทุกคน และขอ ความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถละเว้นการให้ข้อมูลได้โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ให้ เวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 วัน หลังจากนั้นให้ผู้ตอบส่งแบบสอบถามในซองปิดผนึกกลับคืนให้ผู้วิจัย โดยไม่ระบุชื่อและนามสกุล ได้ข้อมูลกลับคืนมา จำนวน 22 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และคะแนนจาก แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean: M) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่ 15/2567 ลงวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมความพร้อม เมื่อได้รับแจ้งจะมีการนำผู้บาดเจ็บหลายระบบเข้ามารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลคนที่ 1 (พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน/ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ทำหน้าที่หัวหน้าทีมพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วย) ดำเนินการเตรียมความพร้อมรับและรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น ทีมบุคลากรทางการแพทย์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา และธนาคารเลือด เป็นต้น

1.2 การประเมินแรกเริ่ม เมื่อผู้บาดเจ็บหลายระบบเข้ารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลคนที่ 1 ทำการประเมินคัดแยกตามระดับความรุนแรงและอาการแรกเริ่ม เพื่อหาภาวะคุกคามต่อชีวิต และให้การรักษายาบาลอย่างทันที่ที่ตามลำดับขั้นตอน ABCDEs และตามมาตรฐาน ATLS คือ ทางเดินหายใจและกระดูกสันหลังส่วนคอ (airway with cervical spine control) การหายใจ (breathing) ระบบไหลเวียนโลหิต (circulation) ความรู้สึกตัว (disability) สิ่งแวดล้อม (exposure/ environment control) และรายงานแพทย์

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ให้การพยาบาลตามลำดับการประเมินที่พบปัญหา โดยมอบหมาย พยาบาลคนที่ 2 ให้การช่วยเหลือทางเดินหายใจและกระดูกสันหลังส่วนคอ การหายใจ และพยาบาลคนที่ 3 ให้การช่วยเหลือระบบไหลเวียนโลหิต ความรู้สึกตัว และสิ่งแวดล้อม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือ

1.4 การจำหน่าย หลังเสร็จสิ้นการช่วยเหลือและสามารถจำหน่ายออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลคนที่ 1 ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่ายให้ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤติ หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรม

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำแนกตามกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มละ 95 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.74 และ 76.84 ตามลำดับ กลุ่มก่อนใช้ อายุอยู่ในช่วง อายุ 15-77 ปี ($M = 38.36, SD = 15.30$) และกลุ่มหลังใช้ อายุอยู่ในช่วง อายุ 15-83 ปี ($M = 34.08, SD = 15.04$) (แบ่งตามประชากรตามกลุ่มวัยตามกลุ่มอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2022) สิทธิการรักษา พบผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 51.58 และ 41.05 ตามลำดับ การนำส่งโดยการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 56.85 และ 57.90 ตามลำดับ สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 86.32 และ 71.58 ตามลำดับ ระดับการคัดแยกกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติเป็นผู้ป่วยระดับ 2 (emergency) ร้อยละ 86.32 และ 82.11 ตามลำดับ กลไกการบาดเจ็บเกิดจากแรงกระแทก ร้อยละ 96.84 และ 94.74 ตามลำดับ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่ ศีรษะ/คอ/หน้า ร้อยละ 84.21 และ 86.32 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำแนกตามกลุ่มก่อนและหลังการใช้
แนวปฏิบัติการพยาบาล

รายการ	ก่อนใช้ (n = 95)		หลังใช้ (n = 95)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	71	74.74	73	76.84
หญิง	24	25.26	22	23.16
อายุ				
15 – 21 ปี	22	23.16	13	13.68
22 – 59 ปี	66	69.47	72	75.79
> 60 ปี	7	7.37	10	10.53
การนำส่ง				
การแพทย์ฉุกเฉิน	54	56.85	55	57.90
รับส่งต่อจากหน่วยงานอื่น	19	20.00	27	28.42
ญาติ	16	16.84	8	8.42
มาเอง	6	6.31	5	5.26
สิทธิการรักษา				
พรบ.ผู้ประสบภัยจากกรรณ	49	51.58	39	41.05
ประกันสังคม	30	31.57	36	37.89
บัตรทอง	6	6.32	12	12.63
ต่างด้าว	2	2.11	2	2.11
กองทุนทดแทน	1	1.05	1	1.05
สิทธิอื่น ๆ	7	7.37	5	5.27
สาเหตุการบาดเจ็บ				
อุบัติเหตุจราจร	82	86.32	68	71.58
พลัดตก หรือหกล้ม	7	7.37	16	16.84
สัมผัสกับแรงเชิงกลวัตถุสิ่งของ	4	4.20	8	8.42
สัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/ คน	2	2.11	3	3.16
ระดับการคัดแยก				
ผู้ป่วยวิกฤติ (resuscitation)	13	13.68	17	17.89
ผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ (emergency)	82	86.32	78	82.11
กลไกการบาดเจ็บ				
การบาดเจ็บจากแรงกระแทก	92	96.84	90	94.74
การบาดเจ็บชนิดมีแผลแทงทะลุ	1	1.05	3	3.16
การบาดเจ็บอื่น ๆ	2	2.11	2	2.10

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการ	ก่อนใช้ (n = 95)		หลังใช้ (n = 95)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ				
ศีรษะ/ คอ/ หน้า	80	84.21	82	86.32
กระดูกยาวแขน/ ขา	26	27.37	37	38.95
ทรวงอก	20	21.05	39	41.05
ท้อง	5	5.26	19	20.00
กระดูกเชิงกราน	4	4.21	13	13.68

2.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีค่าเฉลี่ยความอึดตัวออกซิเจนก่อนจำหน่าย ($t = 2.30, p = .02$) ค่าเฉลี่ยดัชนีภาวะช็อกก่อนจำหน่าย ($t = 2.09, p = .03$) และค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่รับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ($t = 2.12, p = .03$) ดีกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกตัวก่อนจำหน่าย ค่าเฉลี่ยความอึดตัวออกซิเจนแรกเริ่ม ค่าเฉลี่ยดัชนีภาวะช็อกแรกเริ่มไม่แตกต่างกัน รวมทั้ง พบว่ามีอัตราผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 1.05 เมื่อเทียบกับหลังใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 0.00 ไม่พบผู้ป่วยบาดเจ็บมีข้อบ่งชี้ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที และการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีค่า PS score > .75 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (Mean: *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: *SD*) และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

รายการ	ก่อนใช้ (n = 95)		หลังใช้ (n = 95)		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ระดับความรู้สึกตัวแรกเริ่ม (คะแนน)	13.37	2.54	13.22	2.35	.41	.67
ระดับความรู้สึกตัวก่อนจำหน่าย (คะแนน)	13.86	2.04	13.77	2.13	.31	.75
ความอึดตัวออกซิเจนแรกเริ่ม (เปอร์เซ็นต์)	96.65	3.62	96.86	3.03	-.43	.66
ความอึดตัวออกซิเจนก่อนจำหน่าย (เปอร์เซ็นต์)	99.36	1.05	99.63	.48	-2.30*	.02
ดัชนีภาวะช็อกแรกเริ่ม (คะแนน)	.94	.15	.93	.14	.48	.62
ดัชนีภาวะช็อกก่อนจำหน่าย (คะแนน)	.74	.09	.71	.09	2.09*	.03
ระยะเวลาที่รับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (นาที)	209.92	92.29	180.17	100.50	2.12*	.03

* $p < .05$

3. ความพึงพอใจของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 22 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 54.55 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.36 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 54.55 และมีประสบการณ์ทำงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 36.36

3.2 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผลการวิจัยพบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อนโยบายปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44$, $SD = .39$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ($M = 4.74$, $SD = .38$) รองลงมาคือ ด้านความครอบคลุม ($M = 4.42$, $SD = .43$) และด้านความรวดเร็ว ($M = 4.41$, $SD = .51$) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการต่อนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ($n = 22$)

ด้าน	M	SD	ระดับ
ความสะดวก	4.18	.62	มาก
ความถูกต้อง ชัดเจน เป็นขั้นตอน	4.27	.55	มาก
ความสะดวกต่อการใช้งาน	4.18	.66	มาก
การลดความยุ่งยากในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	4.09	.92	มาก
ความครอบคลุม	4.42	.43	มาก
การวางแผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ	4.24	.61	มาก
เนื้อหาครบถ้วนตามแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย	4.55	.51	มากที่สุด
ครอบคลุมทุกปัญหา	4.50	.51	มากที่สุด
ความรวดเร็ว	4.41	.51	มาก
การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว	4.55	.60	มากที่สุด
การลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	4.45	.51	มาก
การลดความล่าช้าในการทำงาน	4.23	.75	มาก
ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย	4.74	.38	มากที่สุด
ประโยชน์ต่อผู้ป่วย	4.77	.43	มากที่สุด
โอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น	4.73	.46	มากที่สุด
การลดอัตราการตายและความพิการ	4.73	.46	มากที่สุด
โดยรวม	4.44	.39	มาก

การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้น เป็นแนวทางปฏิบัติที่มีการบูรณาการระหว่างพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และทีมการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ส่งผลให้มีความชัดเจน เฉพาะเจาะจง ไม่ซ้ำซ้อนกับแพทย์ และครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายได้แก่ การประเมินแรกรับ ทำการประเมินคัดแยกตามระดับความรุนแรงและอาการบาดเจ็บ และให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเป็นระบบตามมาตรฐานแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง ซึ่งง่ายต่อการใช้ในบริบทที่เร่งด่วน รวดเร็ว และถูกต้อง รวมทั้งมีการมอบหมายทีมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิก ส่งผลให้การปฏิบัติ การสื่อสารที่ชัดเจน โดยมีพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน/พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ถือเป็นพยาบาลระดับผู้ชำนาญ (expert) (Benner, 1984) ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม จึงสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม (Siripukdeekan & Boonrubpayap, 2014) นอกจากนี้ การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรู้/ทักษะ ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง หมุนเวียนฝึกให้ครบทุกบทบาทตามหน้าที่ของตนเองที่รับผิดชอบ และประเมินผลว่ามีความรู้และทักษะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับผลการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช ทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี (Chantamas et al., 2022)

การศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ในด้านผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยพบว่า มีค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวออกซิเจนและดัชนีภาวะช็อกก่อนจำหน่ายดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากแนวปฏิบัติมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับตามหลักการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น มีขั้นตอนการประเมินตามหลัก ABCDEs ของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) (American College of Surgeons, 2018) เมื่อพบปัญหาจะให้การพยาบาลและการช่วยเหลือเพื่อลดภาวะคุกคามชีวิตได้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (Teeradechakul et al., 2018) โรงพยาบาลอุดรธานี (Rotchanahiran, 2020) และโรงพยาบาลนครปฐม (Saisema & Reongkhumkhan, 2023) รวมทั้งผลลัพธ์ในด้านการลดระยะเวลาการรับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่รับบริการลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีการประเมินผู้ป่วยที่ได้ตามมาตรฐาน ATLS และกำหนดแนวทางการช่วยเหลือที่ชัดเจน เมื่อพบปัญหาสามารถให้การพยาบาลและการช่วยเหลือ เพื่อลดภาวะคุกคามชีวิตได้ทันที ส่งผลให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยไปรักษาแบบเฉพาะเจาะจง (definitive care) ได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินก่อนจำหน่ายลดลง (Thaowan, 2023)

การศึกษานี้ ไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกตัว อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไม่ส่งผลต่อการฟื้นตัวทางระบบประสาทโดยตรง โดยเฉพาะ

ผู้บาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บของศีรษะร่วมด้วย รวมทั้ง ในรายที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงใน ระยะวิกฤต ซึ่งมีแนวโน้มระดับความรู้สึกตัวลดลงตามความรุนแรงและพยาธิสภาพของโรค และข้อมูล ทั่วไปของผู้บาดเจ็บหลายระบบ พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ลำคอและ ใบหน้า ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย ระดับความรู้สึกตัวก่อนจำหน่ายไม่แตกต่างกัน (Teeradechakul et al., 2018; Saisema & Reongkhumklan, 2023) ส่วนผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการด้านบุคลากรผู้ให้บริการพบว่า หลังนำแนวปฏิบัติการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการ พยาบาลผู้ให้บริการ โดยรวมทุกคนมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44$, $SD = .39$) โดยเฉพาะในด้านผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ทั้งความเป็นประโยชน์ โอกาสรอดชีวิต ลดอัตราตายและความพิการ ของผู้ป่วย ตามลำดับ เป็นผลจากการที่แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ อิงตามสภาวิจัยทางการแพทย์และ สุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council: NHMRC, 1998) ซึ่งพัฒนาอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ ประกอบ กับผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญของปัญหา และความจำเป็นที่ต้องนำแนวปฏิบัติการพยาบาล มาใช้ในหน่วยงาน ทำให้บุคลากรผู้ให้บริการเข้าใจถึงประเด็นปัญหาที่สำคัญของหน่วยงาน มีส่วนร่วมใน การแก้ไข และป้องกันปัญหาที่จะส่งผลเสียต่อผู้บาดเจ็บหลายระบบจึงทำให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติ ที่ดี และให้ความร่วมมือ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบที่ดี

ข้อจำกัดของการวิจัย

การดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะคุกคามชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล เช่น จากการนำส่งด้วย การแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน และรับส่งต่อจากหน่วยงานอื่น อาจส่งผลต่อ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านระบบการดูแลผู้ป่วย ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่ง ผลลัพธ์ และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง การถ่ายทอดความรู้ในการนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ ในโรงพยาบาลเครือข่าย
2. ด้านบุคลากร ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูสำหรับพยาบาลวิชาชีพ บุคลากร ทางการพยาบาล และบุคลากรใหม่ ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านบริหารการพยาบาล ควรออกแบบการนิเทศการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บหลายระบบ ให้ครอบคลุมการดูแลในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) และการดูแลฟื้นฟูหลังจากออกจากโรงพยาบาล (post-hospital care) เพื่อความต่อเนื่อง และประสิทธิภาพของการดูแล

เอกสารอ้างอิง

- American College of Surgeons. (2018). *ATLS advanced trauma life support* (10th ed.). American College of Surgeons.
- Benner, P. (1984). *Form novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Burivong, R. (2018). *MOPH ED triage* (2nd ed.). Department of Medical Services, Ministry of Public health. (in Thai).
- Chantamas, S., Pukkham, K., Ponjaras, S., & Songwathana, P. (2022). The development of a care model for patients with multiple injuries in an emergency room, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 42(3), 25-39. (in Thai)
- Elbaih, A. H., & Basyouni, F. H. (2020). Teaching approach of primary survey in trauma patients. *Sun Text Review of Surgery*, 1(1), 101-107. <https://doi.org/10.51737/2766-4767.2020.001>
- Emergency Nurses Association. (2019). *Sheehy's emergency nursing: Principle and practice* (7th ed.). Elsevier.
- Frink, M., Lechler, P., Debus, F., & Ruchholtz, S. (2017). Multiple trauma and emergency room management. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(29-30), Article 497. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0497>
- Hasler, R. M., Nuesch, E., Jüni, P., Bouamra, O., Exadaktylos, A. K., & Lecky, F. (2011). Systolic blood pressure below 110 mmHg is associated with increased mortality in blunt major trauma patients: Multicentre cohort study. *Resuscitation*, 82(9), 1202-1207. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.04.021>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2014). *PHTLS: Prehospital trauma life support* (8th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- National Health and Medical Research Council: NHMRC. (1998). *A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. National Health and Medical Research Council.

- Pearkao, C., & Khunjamnongpak, S. (2021). Patient outcomes after application of clinical practice guideline for mild traumatic brain injury patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(4), 15-26. (in Thai)
- Phanwan, S., & Borvornsudhasin, P. (2021). The development of a fast track of care for multiple injury in Suratthani Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 36(1), 32-49. (in Thai)
- Rayong Hospital in Honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (2023). *Indicator report Fiscal year 2023*. Rayong Hospital in Honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (in Thai)
- Rotchanahiran, M. (2020). Effectiveness of clinical nursing practice guideline for the trauma patient with multiple injury in emergency department, Udon Thani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(3), 413-425. (in Thai)
- Ryb, G. E., Cooper, C., & Waak, S. M. (2012). Delayed trauma team activation: Patient characteristics and outcomes. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 73(3), 695-698. <https://doi.org/10.1097/ta.0b013e31825abf6f>
- Saisema, W., & Reongkhumklan, S. (2023). Development and evaluation of clinical nursing practice guidelines for multiple trauma patient, Nakhon Pathom Hospital. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi*, 6(1), 97-114. (in Thai)
- Siripukdeekan, C., & Boonrubpayap, B. (2014). Nursing Career Ladder Development, *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 75-80. (in Thai)
- Teeradechakul, N., Promchai, N., & Ponsane, N. (2018). Effective of nursing development the multiple injury patient with multiple injury nursing management guideline. *Medical Journal Sisaket Surin Buriram Hospital*, 33(2), 165-177. (in Thai)
- Thaowan, M. (2023). *Development of patients care model with multiple injuries in emergency room Non Sang, Nong Bua Lamphu Province*. <https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php> (in Thai)
- World Health Organization. (2018). *The global status report on road safety 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
- Yoosook, S., Suwanmontri, P., Charoenrat, P., & Nilsonthi, N. (2017). Developing a model of care for the multiple trauma hypovolemic shock patients in Sawanpracharak Hospital. *Journal of Department of Health Service Support*, 13(2), 39-49. (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ

การบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Guidelines for Developing Service Management System of Patients with

Stroke in Khiriratnikhom Hospital, Surat Thani Province

สุธีศักดิ์ ภูษิตากรณ์^{1*}, ประภาเพ็ญ สุวรรณ²

Suteesak Phusitakorn^{1*}, Prapapen Suwan²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: P_suteesak@hotmail.com)

(Received: August 26, 2024; Revised: November 28, 2024; Accepted; December 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสำรวจเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษากระบวนการจัดการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม ตามแนวคิด 7S McKinsey model ดำเนินการระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ แพทย์ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป หัวหน้าพยาบาล พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และนักรังสีเทคนิค รวม 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพและสายสนับสนุน จำนวน 59 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาอุปสรรคระบบบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ พยาบาลไม่ได้คำตอบแทนในการปฏิบัติงาน และขาดอัตรากำลัง โดยมีประเด็นแนวทางพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการ ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของพยาบาล พัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรที่มีอยู่ให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับการบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกด้าน มีจำนวนมากที่สุดในด้านโครงสร้างองค์กร ร้อยละ 95.60 และน้อยที่สุดในด้านกลยุทธ์ ร้อยละ 86.40 มีประเด็นที่ควรพัฒนาเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านทักษะ และด้านค่านิยมร่วม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Registered Nurse (Professional Level), Khiriratnikhom Hospital, Surat Thani Province

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

Associate Professor, Faculty of Public Health, Western University

โรงพยาบาลศิริราชธนิกม ควรปรับปรุงระบบบริหารจัดการงานบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาสมรรถภาพของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ การสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และการปลูกฝังค่านิยมร่วมให้กับบุคลากร

คำสำคัญ: แนวคิด 7S แมคคินซี, ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This descriptive research aimed to explore the management system of stroke patient services at Kiriratnikhom Hospital using the 7S McKinsey Model. This study conducted in two phases, the first phase utilized a qualitative approach with in-depth interviews among seven key informants: physician, general administrative manager, director of nursing department, head nurse of the emergency unit, pharmacist, medical technologist, and radiological technologist. Participants were selected purposively, and data were analyzed using content analysis. The second phase employed a quantitative approach, surveying 59 professional and support staff using a structured questionnaire with Cronbach's alpha reliability of .87, and descriptive statistics were used for data analysis.

The findings revealed major obstacles in stroke service management, including insufficient equipment, inadequate compensation for nurses, and workforce shortages. Key development strategies include increased budget support, enhanced staff compensation, and professional development to maximize personnel capabilities. Most respondents agreed with all aspects of the management system, with the highest agreement in organizational structure (95.60%) and the lowest in strategy (86.40%). Critical areas for improvement include personnel development, skill enhancement, and fostering shared values.

To optimize stroke service management, Kiriratnikhom Hospital should enhance workforce capabilities, support operational resources, and instill shared organizational values to ensure quality patient care.

Keywords: 7S McKinsey model, Stroke service plan, Stroke patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของประชากรโลก เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงติดอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง จากสถิติโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น

14.5 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization: WSO, 2020) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยปีละประมาณ 300,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจาก 159 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 205.4 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2562 และพบว่าการเพิ่มขึ้นของอัตราตายจาก 47.81 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 52.97 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2562 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ร้อยละ 90 มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี (Nation Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation, 2019)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง (stroke service plan) โดยมีเป้าหมายลดอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ 7 โดยวางแผนดำเนินการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลในสังกัดให้มีการตรวจทางรังสีวิทยา (computed tomography) และสามารถให้สารละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) ได้ (Drug and Medical Supply Information Center, Ministry of Public Health, 2017) ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีโรงพยาบาลภาครัฐที่มีศักยภาพดังกล่าวจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลพระยพราหมณ์ เวียงสระ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โรงพยาบาลท่าโรงช้าง รวมทั้งโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม ซึ่งเริ่มให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ในปี พ.ศ. 2564 โดยเชื่อมโยงกับเครือข่ายโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลท่าโรงช้าง โรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลพนม และโรงพยาบาลวิภาวดี มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในปี 2564-2566 จำนวน 80, 87 และ 93 ราย ตามลำดับ และจากการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพยังไม่บรรลุเป้าหมาย แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จากปัญหาผู้ป่วยเข้ารับบริการล่าช้า ไม่ทันในช่วงเวลาทองของผู้ป่วย (golden period) ซึ่งมีสาเหตุหลักจากระบบการบริหารจัดการ เช่น การปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บุคลากรขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค เครื่องมือไม่พร้อมใช้ และขาดการติดตามงาน เป็นต้น (Surat Thani Provincial Health Office, 2024)

ระบบการบริหารจัดการเป็นหัวใจสำคัญของงานสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านการจัดบริการด้านสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องบริหารจัดการ เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ มีคำแนะนำหลายประการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้กระบวนการบริหารจัดการตามแนวคิด McKinsey 7S Model ที่พัฒนาโดยบริษัท แมคคินซี ซึ่งเป็นบริษัทที่ปรึกษาระดับโลก เป็นกรอบการทำงาน สำหรับการวิเคราะห์ และปรับปรุงองค์กร 7 องค์ประกอบ คือ โครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ คนหรือบุคลากร รูปแบบการบริหารงาน ระบบวิธีการ ทักษะความชำนาญ และค่านิยมร่วมขององค์กร (McKinsey Global Institute, 1998) องค์ประกอบเหล่านี้พึ่งพากันและกัน และจะต้องสอดคล้องกัน เพื่อให้องค์กรมีประสิทธิภาพ ได้มีผู้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ผ่านช่องทางด่วน ณ ห้องฉุกเฉิน พบว่าการจัดการที่ดีสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ การเข้าถึงระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้พิการและเสียชีวิตลดลง (Worathititanan & Osiri, 2017) โดยผลลัพธ์การ

คาดการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย การวางรูปแบบระบบการให้บริการที่เหมาะสมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้การบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงขึ้น (Butsing, 2019)

จึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการวิเคราะห์ปัญหาตามบริบทของโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม เพื่อนำสู่การเสนอแนวทางปรับปรุงและพัฒนารูปแบบระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม เชื่อมโยงทั้งระบบเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า เกิดผลลัพธ์ที่ดี และได้คุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา ปัญหาอุปสรรค การแก้ไขปัญหา และแนวทางพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่อการบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย เกี่ยวกับรูปแบบแนวทางการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวคิด 7-S ที่พัฒนาโดยบริษัท แมคคินซี ซึ่งบริษัทที่ปรึกษาระดับโลก มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คือ โครงสร้างองค์กร (S: structure) กลยุทธ์ (S: strategy) บุคลากร (S: staff) รูปแบบการบริหารงาน (S: style) ระบบงาน (S: systems) ทักษะ (S: skill) และค่านิยมร่วม (S: shared Values) (McKinsey Global Institute, 1998)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบสำรวจเชิงพรรณนา (descriptive survey research) มีวิธีดำเนินการวิจัย 2 ระยะ

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มีนาคม 2567 รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นหัวหน้างานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้ข้อมูล คือ แพทย์ 1 คน หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป 1 คน หัวหน้าพยาบาล 1 คน พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 1 คน เภสัชกร 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน และนักรังสีเทคนิค 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้างานหรือปฏิบัติหน้าที่แทนหัวหน้างาน มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และเต็มใจให้ข้อมูลจนอิ่มตัวของข้อมูล และ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีเหตุขัดข้องทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลตามวันเวลานัดหมายได้ต่อเนื่องกัน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค การแก้ไขปัญหา และแนวทางการพัฒนาการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร โดยใช้แนวคำถามแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิด 7S ของแมคคินซี (McKinsey Global Institute, 1998) จำนวน 7 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ บุคลากร รูปแบบการบริหารงาน ระบบงานทักษะ และค่านิยมร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการบริหาร 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาปริญญาโททางการพยาบาลและปฏิบัติงานเป็นหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0 และได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยแนวคำถามสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผู้วิจัยได้นัดหมายทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ณ สถานที่ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อม คือ ห้องประชุมของโรงพยาบาล และใช้เวลาสัมภาษณ์แต่ละรายประมาณ 30 นาที ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลจนได้ข้อมูลอิ่มตัวที่จำนวน 7 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป 1 คน หัวหน้าพยาบาล 1 คน พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 1 คน เภสัชกร 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน และนักรังสีเทคนิค 1 คน โดยกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลเป็น A1 ถึง A7

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบอุปนัย โดยการรวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่ของข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา และสรุปผล

2. การวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการวิจัยระหว่างช่วงวันที่ 1-5 เมษายน 2567 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพและสายสนับสนุน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปล เจ้าหน้าที่สื่อสาร และพนักงานขับรถ ซึ่งปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพและสายสนับสนุน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 59 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนี้มาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ไม่อยู่ในระหว่างการลาคลอด ลาป่วย หรือลาศึกษาต่อระยะสั้น และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ในเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามการรับรู้ต่อการบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยประยุกต์ตามแนวคิด 7S ของแมคคินซี (McKinsey Global Institute, 1998) จำนวน 26 ข้อ จำแนกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ โครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ บุคลากร รูปแบบการบริหารงาน ระบบงานทักษะ และค่านิยมร่วม มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ระหว่าง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความถูกต้องของภาษา ความตรงของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ซึ่งให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลอื่นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยได้ประสานกับหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ตัดสินใจให้ข้อมูลหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ นำไปวิเคราะห์เพื่อการศึกษา และนำผลการวิจัยเสนอในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง สร้างคู่มือรหัส แล้วนำข้อมูลที่ได้ไป วิเคราะห์ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2023-243 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ปัญหาอุปสรรค การแก้ไขปัญหา และแนวทางพัฒนาระบบบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศิริราชในปัจุบัน จากการสัมภาษณ์หัวหน้างานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย ตามกรอบแนวคิด McKinsey 7S Model ผลการวิจัย ปรากฏดังนี้

1.1 โครงสร้าง (S: structure) พบว่า มีสายการบังคับบัญชาที่ความชัดเจน ขาดการสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น คน งบประมาณ ค่าตอบแทน ฯลฯ ขาดทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน ในการสั่งงาน...” (A1)

“...อุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่พยาบาลก็ไม่ได้ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน...” (A3)

“...หากทุกคนได้ค่าตอบแทนก็ดีขึ้น...” (A2)

มีจุดแข็ง คือ มีโครงสร้างการสั่งงานที่ชัดเจน จุดอ่อน คือ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ พยาบาลไม่ได้ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน รวมทั้ง มีแนวทางการพัฒนา คือ ควรสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น งบประมาณในการบริหารจัดการ ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของพยาบาล ฯลฯ จัดทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และควรมีสถานที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ อุปสรรค คือ ต้องจัดหางบประมาณเพิ่มเติม

1.2 กลยุทธ์ (S: strategy) มีแผนจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำทุกปี แต่ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...มีการจัดประชุมนะ แต่ไม่ได้เข้าร่วม...” (A5)

“...มีประชุมวิชาการ แต่ต้องทำงานหนัก ไม่สามารถเข้าประชุมได้เต็มเวลา...” (A3)

“...เข้าร่วมประชุมทุกครั้ง แต่เวลาทำงานจริงยังไม่ค่อยมั่นใจ...” (A4)

มีจุดแข็ง คือ มีแผนจัดประชุมประจำปี จุดอ่อน คือ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ต้องปฏิบัติงานหนัก ขาดการติดตามประเมินผล แนวทางการพัฒนา คือ ควรจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ควรหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ให้สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทุกคน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง อุปสรรค คือ ผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก

1.3 บุคลากร (S: staff) มีอัตรากำลังแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ขาดอัตรากำลังตำแหน่งนักรังสีเทคนิค ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ที่นี่ไม่มีหมอเฉพาะทาง...” (A1)

“...ไม่มีเจ้าหน้าที่นักรังสีเทคนิค เนื่องจากคนเก่าเกษียณอายุราชการ...” (A2)

“...ก็หาคนทำงานแทนอยู่นะ แต่ไม่มีใครมาสมัคร ก็ฝึกคนที่มาทำงานแทนไปก่อน...” (A1)

“...คนที่ทำงานแทน ก็ทำได้ดีนะเพราะเคยช่วยคนเก่าทำ แต่ติดที่ไม่มีหนังสือรับรอง...” (A3)

มีจุดแข็ง คือ มีแพทย์และพยาบาลรับผิดชอบในแต่ละเวร จุดอ่อน คือ ไม่มีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง แนวทางการพัฒนา คือ ควรส่งบุคลากรอบรมโรคหลอดเลือดสมอง จัด

อัตรากำลังให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย และมีแนวทางพัฒนาศักยภาพของทีมนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อุปสรรค คือ งบประมาณที่เพิ่มมากขึ้น

1.4 ระบบงาน (S: system) การจัดเก็บฐานข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เป็นระบบ ไม่มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ข้อมูลผู้ป่วยไม่ได้เก็บไว้ในฐานข้อมูล แต่จดบันทึกไว้ในสมุด...” (A5)

“...ลงบันทึกข้อมูลยุ่งยากมาก เพราะต้องดูแลผู้ป่วยก่อน บางครั้งลืมข้อมูล...” (A4)

“...ยังไม่เคยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เลย หากมีการนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาก็น่าดี...” (A6)

มีจุดแข็ง คือ มีการเก็บข้อมูลเป็นเอกสาร จุดอ่อน คือ จัดเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน ข้อมูลสูญหาย และไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ แนวทางพัฒนา คือ ควรมีการเก็บฐานข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ครบถ้วน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อุปสรรค คือ ภาระงานที่มากขึ้น

1.5 รูปแบบการบริหารงาน (S: style) การบริหารงานของหน่วยงานในระยะเวลาที่ผ่านมา ขาดการคัดสรรผู้รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ความสามารถ ขาดการวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ไม่มีใครรับงานนี้เลยต้องรับมาทำ...” (A3)

“...ไม่ค่อยได้ติดตามงานเลย แต่ที่สังเกตก็ทำได้นะ...” (A7)

“...น่าจะหาคนที่มีความรู้ มารับผิดชอบงาน เพื่อเป็นตัวหลัก...” (A6)

มีจุดแข็ง คือ มีแพทย์และพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบงานหลัก จุดอ่อน คือ ขาดการวางแผนงานอย่างเป็นระบบ ขาดการติดตามงาน แนวทางพัฒนา คือ ควรคัดสรรผู้รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ ความสามารถ เพื่อวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ อุปสรรค คือ ไม่มีคนอยากรับผิดชอบงานนี้

1.6 ทักษะ (S: skills) มีการกำหนดสมรรถนะ และเกณฑ์การประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่แต่เจ้าหน้าที่บางคนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะการให้ยาละลายลิ่มเลือด ความเชี่ยวชาญในการจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามสาเหตุ และการจัดการภาวะเร่งด่วน ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...เจ้าหน้าที่บางคนไม่เคยให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยเลย ...” (A1)

“...ผู้ป่วยบางรายจำแนกอาการของโรคยากนะ เราต้องมีประสบการณ์...” (A3)

“...เจ้าหน้าที่บางคนยังไม่เคยเจอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเลย กลัวจะทำได้ไม่ดี หากส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเฉพาะทาง น่าจะเพิ่มความมั่นใจให้เจ้าหน้าที่มากขึ้น...” (A2)

มีจุดแข็ง คือ มีเกณฑ์การประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ จุดอ่อน คือ เจ้าหน้าที่บางคนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดประสบการณ์ แนวทางพัฒนา คือ ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่นการให้ยาละลายลิ่มเลือด ความเชี่ยวชาญในการจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม

สาเหตุ ผิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการภาวะเร่งด่วน อุปสรรค คืองบประมาณที่เพิ่มมากขึ้น

1.7 ค่านิยมร่วม (S: shared value) จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ไม่เข้าใจค่านิยมร่วมดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ค่านิยมร่วมคืออะไร ไม่ค่อยเข้าใจ...” (A7)

“...ไม่เข้าใจเหมือนกัน...” (A4)

“...เป็นความต้องการขององค์กรใช้ไหม ไม่ค่อยแน่ใจ...” (A3)

“...อย่างไรก็ตาม อยากทำงานให้องค์กร...” (A5)

มีจุดแข็ง คือ เจ้าหน้าที่อยากทำงานเพื่อองค์กร จุดอ่อน คือ ไม่เข้าใจค่านิยมร่วมขององค์กร แนวทางพัฒนา คือ ควรสร้างความเข้าใจด้านค่านิยมร่วม มีค่านิยมร่วมกันในการพัฒนางานให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อุปสรรค คือ ต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างค่านิยมร่วม

2. การรับรู้ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่อการบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.42) อายุของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 42.40) รองลงมา คือ 30-40 ปี (ร้อยละ 30.51) อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี มีสถานภาพทางสมรสคู่ (ร้อยละ 59.30) รองลงมา คือ เป็นโสด (ร้อยละ 37.32) วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.42) ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 10.20) สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 3.40) มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 39.10) รองลงมา คือ น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 35.62) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 35 ปี มีตำแหน่งเป็นบุคลากรสายวิชาชีพแพทย์/พยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 66.10) รองลงมา คือ สายวิชาชีพอื่น (ร้อยละ 27.14) และสายสนับสนุน (ร้อยละ 6.81)

2.2 การรับรู้ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่อการบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม พบว่า มีจำนวนที่เห็นด้วยกับด้านค่านิยมองค์กร คิดเป็นร้อยละ 96.59 รองลงมา คือ ด้านโครงสร้างองค์กร ร้อยละ 95.60 ส่วนประเด็นที่ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย คือ การมีค่านิยมร่วมกันในการพัฒนางานให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 6.85) การสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 15.30) และมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 11.90)

ด้านกลยุทธ์ เป็นด้านที่บุคลากรมีความเห็นด้วยน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.40 ซึ่งมีความคิดเห็นอยู่ในระดับที่ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยในประเด็นของการจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 23.80) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 13.60) และ การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน (ร้อยละ 3.40) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง

ตาราง จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานบริการผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ตามกรอบแนวคิด 7S ของ McKensy (n = 59)

ด้าน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)
ด้านโครงสร้างองค์กร	56 (95.60)	2 (3.20)	1 (1.20)
มีนโยบายที่ชัดเจน	59 (100)	-	-
มีการสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน	50 (84.70)	5 (8.45)	4 (6.85)
มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ	52 (88.10)	6 (10.20)	1 (1.70)
มีบุคลากรรับผิดชอบงานโดยตรง	59 (100)	-	-
มีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน	59 (100)	-	-
มีแนวทางการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพ	59 (100)	-	-
มีสถานที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ	57(96.60)	2 (3.40)	
ด้านกลยุทธ์	51(86.40)	6 (10.20)	2 (3.40)
มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน	57 (96.60)	2 (3.40)	
มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	51 (86.40)	8 (13.60)	
มีการจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง เป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	45 (76.30)	8 (13.60)	6 (10.20)
ด้านระบบงาน	53 (89.30)	6 (10.70)	-
มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมาพัฒนาใช้	56 (94.90)	3 (5.10)	-
มีฐานข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง	51 (86.40)	8 (13.60)	-
มีการนำฐานข้อมูลมาวิเคราะห์พัฒนางาน	51 (86.50)	8 (13.60)	-
ด้านบุคลากร	51 (87.00)	7 (11.30)	1 (1.70)
มีอัตรากำลังเพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย	53 (89.80)	6 (10.20)	-
มีแนวทางพัฒนาศักยภาพของทีมดูแลผู้ป่วย	53 (89.80)	6 (10.20)	-
มีการส่งบุคลากรอบรมโรคหลอดเลือดสมอง	48 (81.30)	8 (13.60)	3 (5.10)
ด้านรูปแบบการบริหารงาน	55 (93.15)	4 (6.85)	-
มีกระบวนการคัดสรรผู้รับผิดชอบงานโรค หลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ	54 (91.50)	5(8.50)	-
บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีสัมพันธภาพทาง วิชาชีพที่ดีต่อกัน	57 (96.59)	2(3.41)	-

ตาราง (ต่อ)

ด้าน	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)
ด้านรูปแบบการบริหารงาน (ต่อ)			
มีการติดตามการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอ	55 (93.15)	4 (6.85)	-
มีการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ	54 (91.50)	5 (8.50)	-
ด้านทักษะ	52 (88.10)	6 (10.20)	1 (1.70)
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	53 (89.90)	6 (10.20)	-
ความเชี่ยวชาญในการจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามสาเหตุ	50 (84.80)	9 (15.30)	-
ความเชี่ยวชาญการจัดการภาวะเร่งด่วน	56 (95.00)	3 (5.10)	-
ประสบการณ์การให้ยาละลายลิ่มเลือด	49 (83.10)	8 (13.60)	2 (3.40)
ด้านค่านิยมร่วม	57 (96.59)	2 (3.41)	-
ค่านิยมร่วมกันในการพัฒนางาน	55 (93.15)	4 (6.85)	-
ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
การให้ความสำคัญกับบทบาทหน้าที่ของทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	59 (100)	-	-

การอภิปรายผล

1. ปัญหาอุปสรรค การแก้ไขปัญหา และแนวทางพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศิริราชในปัจุบัน พบว่า อุปกรณ์ไม่เพียงพอ แม้ว่าโรงพยาบาลมีรถโมบายส์ไตรกที่ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของรถยนต์ดัดแปลง สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (mobile stroke unit- one stop service: MSU-SOS) จากศูนย์วิศวกรรมมหาวิทยาลัยมหิดล แต่จากการปฏิบัติงานจริง พบว่า อุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอ เช่น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด พบปัญหา เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือด (infusion pump) ไม่เพียงพอ เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยบางรายต้องให้สารน้ำ และยาพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Worathititanan and Osiri (2017) พบว่า การพัฒนาการจัดการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันผ่านช่องทางด่วน ณ ห้องฉุกเฉิน ควรมีอุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้งาน ดังนั้น ผู้บริหารควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ส่วนปัญหาพยาบาลไม่ได้คำตอบแทนในการปฏิบัติงาน ปัจจุบันการจัดบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแพทย์ พยาบาล และนักรังสีเทคนิค ร่วมกันทำงานเป็นทีม โดยมีการจัดตารางเวรรับผิดชอบงานและเบิกคำตอบแทนพิเศษให้ ยกเว้น พยาบาล ซึ่งไม่

สามารถเบิกค่าตอบแทนพิเศษให้ได้ เนื่องจาก มีการตัดตารางการปฏิบัติงานเป็นเวรผลัด 8 ชั่วโมง ในเวรป่วยและดึก และมีค่าตอบแทน ซึ่งจัดระเบียบในการเบิกจ่ายงบประมาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewsutthi et al. (2020) พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ควรมีพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางปฏิบัติตลอดเวลา และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม ดังนั้น ควรหาแนวทางเพิ่มค่าตอบแทนให้พยาบาลอย่างเหมาะสม เช่น จัดเวรพิเศษนอกเวลาราชการสำหรับพยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ และปัญหาขาดอัตรากำลัง ในปัจจุบันโรงพยาบาลมีการขาดนักรังสีเทคนิคเนื่องจากเกษียณอายุราชการ มีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยนักรังสีเทคนิคปฏิบัติงานแทน สอดคล้องคล้อยกับการศึกษาของ Worathitinan and Osiri (2017) พบว่า การพัฒนาการจัดการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ผ่านช่องทางด่วน ณ ห้องฉุกเฉิน ควรมีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thiamkao (2022) พบว่า อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย ยังขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ดังนั้น การแก้ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ อาจต้องหาวิธีสร้างบุคลากรที่มีอยู่ให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เช่น พัฒนาความรู้และความสามารถให้เพิ่มขึ้น หรือสรรหาบุคลากรทดแทนในทีมวิชาชีพ เพื่อจะได้ทำงานร่วมกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงสรุปได้ว่า การแก้ไขปัญหาและแนวทางพัฒนา ผู้บริหารควรสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น งบประมาณในการบริหารจัดการ ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของพยาบาล และจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chantra et al. (2017) ที่ว่าผู้ใต้บังคับบัญชาควรมีการพูดคุยกับผู้บริหารของโรงพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อร่วมหาแนวทางที่จะพัฒนางาน

2. การรับรู้ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่อการบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการบริหารจัดการการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 7 ด้าน โดยด้านกลยุทธ์เป็นด้านที่พบว่า มีเจ้าหน้าที่ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยมากที่สุด ในประเด็นขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง (Ministry of Public Health, Drug and Medical Supply Information Center, 2017) และการศึกษาของ Butsing (2019) พบว่า การวางรูปแบบระบบการให้บริการที่เหมาะสมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้การบริหารจัดการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และผลการวิจัยของบริษัท McKinsey Global Institute (1998) ที่ระบุว่า การกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดชัดเจน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สามารถวัดผลสำเร็จได้ และยังมีประเด็นที่จะต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่ ด้านบุคลากร ทักษะ และค่านิยมร่วม ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุงเป็นพิเศษ และในด้านบุคลากร ได้แก่ อัตรากำลังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chairm (2022) ที่พบว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติฉุกเฉิน โดยจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน มีกระบวนการ

คัดสรรผู้รับผิดชอบงานที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้นำที่คาดหวังของ Bass (1990) กล่าวว่า ผู้นำควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีศักยภาพเพื่อเป้าหมายองค์กรเป็นหลัก ดังนั้น การขาดแคลนอัตรากำลังต้องเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้บริหารควรจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ คัดสรรบุคลากรที่มีเพื่อทดแทนอัตรากำลังที่ขาดแคลน และควรสร้างทีมงานที่มีศักยภาพ ด้านทักษะ ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาทักษะของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiarm (2022) ที่พบว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติฉุกเฉิน โดยมีการพัฒนาทักษะบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในปัจจุบันจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรจะต้องได้รับการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ความรู้และทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Khamkhong, 2013) การพัฒนาทักษะของบุคลากรควรมีแผนพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ยาละลายลิ้มเลือด การจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามสาเหตุ และการจัดการภาวะเร่งด่วน เป็นต้น ด้านค่านิยมร่วม ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ไม่เข้าใจค่านิยมร่วม ซึ่งค่านิยมร่วมของการทำงานเป็นทีม การเคารพเพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่องานที่มีคุณภาพ ดังนั้น การสร้างความเข้าใจค่านิยมร่วม อาจต้องใช้ระยะเวลา การมีคำมั่นสัญญาเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนางานให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงจำเป็นต้องสร้างค่านิยมร่วมให้กับบุคลากรของหน่วยงาน เพื่อให้นำไปสู่การบริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ รวมทั้ง พิจารณาค่านิยมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของเจนเนอเรชันที่แตกต่างกัน (Yoophot, 2013)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารองค์กร โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านการแก้ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ การจัดสรรงบประมาณ การบริหารค่าตอบแทนบุคลากร ตลอดจนการปลูกฝังค่านิยมร่วมให้กับบุคลากร เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ การทำงานเป็นทีม มีเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนางานให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนาวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลศิริรัฐและครอบคลุมทุกด้านตามแนวคิด McKinsey 7S Model

เอกสารอ้างอิง

- Bass, B. M. (1990). *Leadership and performance beyond expectation*. Free Press.
- Butsing, N. (2019). Nursing Care for Stroke patient in the acute. *Thai Journal of Nursing Council*, 34(3), 15-29. (in Thai)
- Chaiarm, R. (2022). The results of the development of nursing practice guidelines in the care of patients with acute ischemic stroke accident and emergency work, Fang Hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Phrae Public Health for Development*, 2(1), 16-29. (in Thai)
- Chantra, R., Sansuwan, R., & Heeaksorn, C. (2017). Care for stroke patients with a multidisciplinary team. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Suppl), 49-55. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Annual report 2019*. Graphic and Design Printing House. (in Thai)
- Drug and Medical Supply Information Center, Ministry of Public Health. (2017). *National health development plan No. 12 (2017-2021)*. <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/6991> (in Thai)
- Emergency and forensic nursing services for patients at Kiriratnikhom Hospital. (2023). Statistics of patients with acute ischemic stroke, emergency and forensic nursing services, Kiriratnikhom Hospital, fiscal year 2021-2023. (in Thai)
- Kaewsutthi, N., Chainan, K., & Siriphongphan, S. (2020). Development of clinical nursing practice guidelines for the patients with acute ischemic stroke of Rong Kwang Hospital, Phrae Province. *Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health*, 9(1), 15-34. (in Thai)
- Khamkhong, M. (2013). The care of patients with stroke: A community hospital context. *HCU Journal of Science and Technology*, 18(35), 133-143. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- McKinsey Global Institute. (1998). *Driving productivity and growth in the U.K. economy*. McKinsey & Company.
- Nation Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation. (2019). *An investigation report on chronic non-chronic disease surveillance (2007-2009)*. http://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_10091170940.doc. (in Thai)
- Surat Thani Provincial Health Office. (2024). *Provincial stroke patient database*. <http://www.stpho.go.th> (in Thai)

- Thiamkao, S. (2022). Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology*, 39(2), 39-46. (in Thai)
- Worathitianan, B., & Osiri C. (2017). Development of stroke fast track management in emergency department, Nakhonpathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 36(4), 250-263. (in Thai)
- World Stroke Organization: WSO. (2020). *What is stroke?*. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2020_online.pdf
- World Stroke Organization: WSO. (2022). *About world stroke day 2022*. <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/wso-2022-annual-report>
- Yoophot, T. (2013). Effect of perceived organizational support and perceived supervisor support on organizational citizenship behavior among the generations. *Panyapiwat Journal*, 4(2), 24–39. (in Thai)



บทความวิจัย (Research article)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการงดน้ำ งดอาหารในมารดาผ่าตัดคลอดต่อระดับน้ำตาลในเลือด
ของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

The Effects of Implementing Nothing Per Oral (NPO) Guideline in Mothers
Undergoing Cesarean Section on Newborn Blood Glucose Levels at Health
Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

สุภาภรณ์ ผาจง^{1*}

Supaporn Phajung^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patongmom28@gmail.com)

(Received: August 16, 2024; Revised: November 28, 2024; Accepted: December 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดทารกแรกเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการงดน้ำงดอาหารแบบใหม่กับแบบเดิม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน รวม 62 คน เครื่องมือการวิจัยมี 3 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลของทารกแรกเกิด และแบบคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด ซึ่งพัฒนามาจากแนวทางการปฏิบัติในทารกที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ซึ่งได้นำแนวทางจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหา .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ทารกหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดจากสายสะดือสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่การคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.89, -1.65, p = .03, .04$ ตามลำดับ)

แนวปฏิบัติแบบใหม่สามารถนำไปปรับใช้การเตรียมผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดของทารกแรกเกิดต่ำกว่าปกติจากมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการเตรียมผ่าตัดสาขาอื่นต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการงดน้ำ งดอาหาร, การผ่าตัดคลอด, ระดับน้ำตาลในเลือด, ทารกแรกเกิด

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Health Promotion Center Region 5 Ratchaburi

Abstract

This quasi-experimental study, a two-group posttest-only design aimed to compare neonatal blood glucose levels among infants were born to mothers undergoing cesarean sections under two different fasting guidelines: a new fasting and the traditional fasting protocol. Conducted between February and August 2024, the study included 62 pregnant women undergoing elective cesarean sections at the Health Promotion Hospital, Health Center Region 5, Ratchaburi. Participants were purposively selected and divided into an experimental group ($n = 31$) and a control group ($n = 31$). Data collection instruments included three forms: maternal demographic and clinical records, neonatal data records, and a neonatal hypoglycemia screening tool adapted from the neonatal hypoglycemia management guidelines of the Royal College of Pediatricians of Thailand. The content validity of the instruments was verified by three experts, achieving a content validity index (CVI) of .95. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results revealed that neonates in the experimental group had significantly higher mean umbilical cord blood glucose levels compared to the control group. Additionally, the mean scores for neonatal hypoglycemia screening were significantly lower in the experimental group. These differences were statistically significant at the .05 level ($t = 1.89, -1.65; p = .03, .04$, respectively).

The new fasting guideline demonstrates effectiveness in reducing the risk of neonatal hypoglycemia in infants born to mothers undergoing cesarean sections. The guideline offers a promising approach to preoperative preparation, mitigating potential complications associated with neonatal hypoglycemia. It could be further adapted for use in other surgical disciplines.

Keywords: Guidelines for NPO, Cesarean section, Blood sugar level, Newborns

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดคลอดในประเทศไทยมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น พบอัตราการผ่าตัดคลอดในสถานพยาบาลของรัฐสูงถึง ร้อยละ 30-50 ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006) จากการดำเนินงานหน่วยงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการวิสัญญี ทั้งนัดหมายล่วงหน้า และกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 863, 901 และ 983 ราย

ตามลำดับ (Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi, 2024) โดยแนวปฏิบัติการมารับบริการวิสัญญีในการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสูดสำลักเข้าปอด (pulmonary aspiration) แต่การงดน้ำงดอาหาร อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะขาดน้ำ และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดภาวะความดันเลือดต่ำภายหลังการเริ่มระงับความรู้สึก การสะสมไกลโคเจนที่ตับ และกล้ามเนื้อลดลง มีการสลายโปรตีนและไขมัน ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง และมีระดับคีโตนในเลือดสูงขึ้น (The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, 2021; Tangwiwat et al., 2021) รวมทั้ง อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ตะคริว และหากเกิดภาวะขาดน้ำเป็นระยะเวลานาน อาจให้เกิดอาการชัก จากความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006) มีการกระหายน้ำ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ ปัสสาวะสีเข้ม หรือออกน้อย ชีพจรเต้นเร็ว หายใจหอบถี่ และความดันโลหิตลดต่ำลง (Thongbunnum & Kanchanabat, 2017)

มารดาที่มีการงดน้ำงดอาหารเป็นเวลานาน จะกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซิน ส่งผลทำให้มดลูกหดรัดตัว มีการคลอดก่อนกำหนด และภาวะน้ำคั่งในช่องท้อง (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006) มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของทารก และระบบเผาผลาญของร่างกาย (Mulyani et al., 2021) จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564 – 2566) ของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบจำนวนทารกแรกเกิดจากการผ่าคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 40 mg% และต้องได้รับการคัดกรองและรักษาตามแผนการรักษา ร้อยละ 5.09, 18.02 และ 18.61 ตามลำดับ ส่งผลให้ต้องส่งไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย (Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi, 2024) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด เนื่องจากขณะอยู่ในครรภ์ ทารกจะได้รับน้ำตาลจากมารดา ระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นส่วนโดยตรงกับระดับน้ำตาลของมารดา หลังคลอดทารกมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น เพื่อควบคุมระบบการทำงานของร่างกายทารก เช่น อุณหภูมิร่างกาย การหายใจ และการเคลื่อนไหว ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเรื่อย ๆ และจะลดลงต่ำสุด ประมาณ 30-90 นาทีหลังคลอด (Detintaranarak, 2023) ทำให้ทารกมีอาการซึม แขนขาอ่อน ชัก ดุนนมไม่ดี ร้องเสียงสูงหรือต่ำ เขียวเหลืองออก และหยุดหายใจ (Thongbunnum & Kanchanabat, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้หญิงตั้งครรภ์ที่นัดหมายมารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้รับสารอาหารคาร์โบไฮเดรต 2 ชั่วโมงก่อนมารับการผ่าตัด ช่วยลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ช่วยบรรเทาอาการหิวกระหาย และช่วยเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดของทารกแรกเกิดได้ (He et al., 2021) และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับอาหารเหลวใส (clear liquid diet) เช่น น้ำผลไม้ที่ไม่มีกาก 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด มีอัตราการดูดซึมของกระเพาะอาหารไม่แตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการงดน้ำงดอาหาร นาน 6-8 ชั่วโมง (Chestnut et al., 2019) แสดงให้เห็นว่า การงดน้ำงดอาหารหลังการรับประทานอาหารเหลวแบบใส มีประโยชน์และไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังผลการศึกษาของ Shi et al. (2021) โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดโดยการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก (epidural anesthesia)

รับประทานเครื่องดื่มเสริมคาร์โบไฮเดรตพบว่า ช่วยลดภาวะดื้อต่ออินซูลินหลังผ่าตัด และเพิ่มความสุขสบายให้กับสตรีตั้งครรภ์ โดยช่วยลดความรู้สึกระคายน้ำ หิว และความวิตกกังวลในช่วงก่อนการผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการงดอาหารก่อนได้รับการผ่าตัดและหัตถการของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, 2021; Tangwiwat et al., 2021) หน่วยงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จึงนำแนวทางปฏิบัติดังกล่าวมาใช้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบนัดหมายล่วงหน้า ผลการวิจัยนี้ สามารถนำแนวปฏิบัติการดื่มน้ำงดอาหารดังกล่าวมาใช้กับมารดาผ่าตัดคลอด ที่มีระยะการดื่มน้ำงดอาหารเป็นเวลานาน เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกเกิด (hypoglycemia) และยังช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว แก่ผู้ปฏิบัติงานและหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การทดแทนพลังงานที่ร่างกายสูญเสียไปขณะที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารเป็นสิ่งสำคัญ โดยการดื่มน้ำหวาน 30 มิลลิลิตรผสมในน้ำเปล่า 200 มิลลิลิตร 2 ชั่วโมงก่อนมารับบริการวิสัญญี สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี แบบนัดหมายล่วงหน้า เป็นไปตามแนวปฏิบัติการดื่มน้ำงดอาหารก่อนได้รับการผ่าตัดและหัตถการของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, 2021; Tangwiwat et al., 2021) และผลการวิจัยที่พบว่า ช่วยเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดของทารกแรกเกิดได้ (He et al., 2021; Shi et al., 2021)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดของทารกแรกเกิดจากการดื่มน้ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดื่มน้ำงดอาหารแบบใหม่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดื่มน้ำงดอาหารแบบเดิม

สมมติฐานการวิจัย

ระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดของทารกแรกเกิดจากการดื่มน้ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดื่มน้ำงดอาหารแบบใหม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two groups posttest only design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี แบบนัดหมายล่วงหน้า ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี แบบนัดหมายล่วงหน้า กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1992) ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ เท่ากับ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยวครบกำหนด อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 38 สัปดาห์ 2) ไม่มีโรคร่วมก่อนและขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น 3) มีค่าดัชนีมวลกาย ในวันที่ผู้ป่วยมานอนพักค้างในโรงพยาบาล $> 40 \text{ kg/m}^2$ 4) สูติแพทย์และวิสัญญีแพทย์ร่วมพิจารณาว่าสามารถระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) และผ่านการประเมินตามแนวทางวิสัญญี (ASA physical status) (The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, 2021; Tangwiwat et al., 2021) 5) คาดการณ์ว่าทารกแรกเกิดจะมีน้ำหนักตัวมากกว่า 2,500 กรัม และ 6) สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้เข้าใจเป็นอย่างดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) พบมีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมระหว่างรอคลอด เช่น รรอกตัวก่อนกำหนด ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ และ 2) ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำชนิดที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบก่อนการผ่าตัด และกำหนดเกณฑ์การยกเลิก (discontinuous criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรือการระงับความรู้สึก เช่น การฉีดยาชาเฉพาะที่ล้มเหลว หรือระดับการชาไม่เพียงพอ หรือเปลี่ยนวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แนวปฏิบัติการดื่มน้ำดอาหารแบบใหม่ ซึ่งเป็นตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดื่มน้ำดอาหารก่อนได้รับการผ่าตัดและหัตถการของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, 2021; Tangwiwat et al., 2021) โดยให้ดื่มน้ำหวานสีแดง ในปริมาณ 30 มิลลิลิตร ผสมในน้ำสะอาด 200 มิลลิลิตร

1.2 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Dextrostix หรือ DTX) ยี่ห้อ One Touch รุ่น StatStripXpress สำหรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากสายสะดือของทารก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักและดัชนีมวลกายวันที่มารับ

บริการผ่าตัดคลอด สัญญาณชีพแรกเริ่ม เวลารับประทานอาหารและน้ำครั้งสุดท้าย ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด เป็นลักษณะข้อคำถามปลายปิดแบบเติมคำตอบ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของทารกแรกเกิด ได้แก่ เพศ เวลาเกิด น้ำหนักแรกเกิด คะแนนประเมินสุขภาพทารก (Apgar score) เวลา และผลการตรวจน้ำตาลในเลือดจากสายสะดือ เป็นลักษณะข้อคำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ในทารกแรกเกิด ซึ่งกรมแพทย์ได้ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi, 2024) ซึ่งเป็นการวัดระดับความไวสูงต่อสิ่งเร้า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ทารกมีการสั่นของแขน/ขาเมื่อมีการจับตัว หรือมีเสียงดัง ระดับ 2 ทารกมีอาการ แขน ขาสั่น ควบคุมไม่ได้ ระดับ 3 ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายทารกมีการสั่น เป็นจังหวะหรือมีภาวะเกร็ง ระดับ 4 ทารกมีการตอบสนองช้าหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นปกติ และระดับ 5 ทารกมีอาการหยุดหายใจทันทีและมีอาการเขียว หากมีอาการ 1 ใน 5 ข้อ ให้สงสัยว่าทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ต้องทำการเจาะส่งตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวปฏิบัติฯ แบบบันทึกข้อมูล และแบบคัดกรองภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในทารกแรกเกิด ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาแนวปฏิบัติโดยคำนึงถึงกระบวนการ/ ขั้นตอนการดำเนินงาน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .95 เครื่องเจาะน้ำตาล ใช้เครื่องเดิมตรวจระยะเวลาของการทำวิจัย และผ่านการสอบวัดให้ได้ตามมาตรฐานเดือนละ 1 ครั้ง ตัวเครื่องและแผ่นทดสอบที่ได้ตามมาตรฐาน เก็บรักษาในอุณหภูมิอยู่ในช่วงอายุการใช้งานที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยการเลือกจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คิวผ่าตัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ในแต่ละวันจนครบตามจำนวน โดยติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ให้อิสระในการซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งการลงนามยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ระยะทดลอง หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลอง รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 เวลา และกิจกรรมการทดลองตามแนวปฏิบัติสำหรับการงดน้ำงดอาหารแบบใหม่

เวลา/ สถานที่	กิจกรรม
1 วันก่อนการผ่าตัด	
หอผู้ป่วย	- เยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยใน ตามแนวทางวิสัญญีพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด คลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าช่องไขสันหลัง - ให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด และสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการงดน้ำงดอาหารแบบใหม่ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และเสริมสร้างความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดคลอด ตามแนวปฏิบัติ
วันทำการผ่าตัด	
หอผู้ป่วย	- ก่อนการผ่าตัด 2 ชั่วโมง ให้กลุ่มทดลองดื่มน้ำหวานสีแดง ปริมาณ 30 มิลลิลิตร ผสมในน้ำเปล่า ปริมาณ 200 มิลลิลิตร จนครบตามปริมาณที่กำหนด
ห้องผ่าตัด	- หลังจากสูติแพทย์ทำการผ่าตัดทารกคลอดทางหน้าท้อง ทำการตัดสายสะดือห่างจากตัวทารก ความยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ผู้วิจัยนำทารกแรกเกิดไปดูแลที่ห้องรับเด็ก และประเมินคะแนนสุขภาพทารก (Apgar score) นาทีที่ 1 - ทารกแรกเกิดที่มีคะแนนสุขภาพทารก นาทีที่ 1 มีค่า ≥ 7 คะแนน ผู้วิจัยทำการดูดเก็บเลือดจากเส้นเลือดแดงบริเวณสายสะดือ ในปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร ทำการตรวจ และอ่านค่าระดับน้ำตาลในเลือด
ห้องคลอด	- ส่วนทารกแรกเกิดที่มีคะแนนสุขภาพทารก < 7 คะแนน จะถูกคัดออกจากการวิจัย และนำไปดูแลและสังเกตอาการ รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย - นำทารกแรกเกิดที่มีคะแนนสุขภาพทารก นาทีที่ 5 และ 10 มีค่า ≥ 7 ไปสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ห้องคลอดต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง - ประเมินคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าพบ 1 ใน 5 ข้อ จะทำการเจาะเลือดจากหลอดเลือดฝอยบริเวณสันเท้า เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หากต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะส่งพบกุมารแพทย์ และส่งต่อไปดูแลต่อที่หอทารกแรกเกิดป่วย

สำหรับมารดาในกลุ่มควบคุมจะได้รับดูแลตามแนวปฏิบัติการงดน้ำ งดอาหารในมารดาผ่าตัดคลอด ยกเว้นไม่ได้รับการดื่มน้ำหวานก่อนมารับบริการระงับความรู้สึก และทารกจะได้รับกรดดูแลที่ในห้องผ่าตัด และในห้องคลอด เหมือนกับกลุ่มทดลอง

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอดและทารกทั้งสองกลุ่มเพื่อประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*)

2. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของทารกแรกเกิด และคะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน

(independent t-test) โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 12/2567 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 โดยในระหว่างทำการทดลอง ทั้งมารดาและทารกแรกเกิด จะได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิด จากทีมสหวิชาที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 90.32 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า ร้อยละ 87.09 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 32.26 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 50.61 มีอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 80.65 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ อยู่ในช่วง 61-70 กิโลกรัม ร้อยละ 41.94 ดัชนีมวลกายในช่วง 18.50-22.90 kg/m² ร้อยละ 41.94 และมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 41.94 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 70.97 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า ร้อยละ 77.42 มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 54.84 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 38.71 มีอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ร้อยละ 87.10 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ อยู่ในช่วง 51-60 กิโลกรัม ร้อยละ 38.71 ดัชนีมวลกาย ≥ 25.00 kg/m² ร้อยละ 35.48 และมีค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับเริ่มสูงปกติ ร้อยละ 51.61 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		χ^2 test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					-.02	.49
15 - 24	1	3.23	3	9.68		
25 - 34	28	90.32	22	70.97		
≥ 35	2	6.45	6	19.35		
ระดับการศึกษา					-.90	.47
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1	3.23	2	6.45		
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	9.68	5	16.13		
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	27	87.09	24	77.42		

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		χ^2 test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					-0.02	.49
ไม่ได้ทำงาน	8	25.81	8	12.90		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	29.03	17	54.84		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	32.26	3	9.68		
รับจ้างทั่วไป	4	12.90	3	9.68		
จำนวนของการตั้งครรภ์ (ครั้ง)					-0.04	.49
1	14	45.16	12	38.71		
2	16	51.61	9	29.03		
3 หรือมากกว่า	1	3.23	10	32.26		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					-0.02	.48
38	25	80.65	27	87.10		
39 หรือมากกว่า	6	19.35	4	12.90		
น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)					-0.02	.49
40-50	8	25.81	8	25.81		
51-60	7	22.58	12	38.71		
61- 70	13	41.94	8	25.81		
≥71	3	9.68	3	9.68		
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)					-0.04	.49
<18.50	4	12.90	6	19.35		
18.50-22.90	13	41.94	9	29.03		
23.00-24.90	4	12.90	5	16.13		
≥ 25.00	10	32.26	11	35.48		
ความดันโลหิต					-0.04	.48
ปกติ	13	41.94	10	32.26		
มีภาวะความดันโลหิตเริ่มสูง	12	38.71	16	51.61		
มีภาวะความดันโลหิตสูง	6	19.35	5	16.13		

ทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.52 มีน้ำหนักแรกเกิด 2,501 – 2,999 กรัม ร้อยละ 61.29 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.97 น้ำหนักแรกเกิด 3,000 – 3,499 กรัม คิดเป็นร้อยละ 51.61 แต่ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 3 และทารกทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนประเมินสุขภาพทารก นาที่ที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 9, 10, 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		χ^2 test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					-0.84	.28
ชาย	20	64.52	19	61.29		
หญิง	11	35.48	22	70.97		
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)					-0.01	.50
2,501 – 2,999	19	61.29	12	35.48		
3,000 – 3,499	4	12.9	16	51.61		
≥ 3,500	8	25.81	3	9.68		

2. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดและคะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดจากการดาที่ได้รับ การผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการดน้ำ งดอาหารแบบใหม่กับกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการดน้ำ งดอาหารแบบเดิม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลจากสายสะดือ 70.64 mg/dl ($SD = 13.63$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 64.22 mg/dl ($SD = 14.29$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 ($t = 1.89, p = .03$) คะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 1.87 ($SD = .12$) กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 1.67 ($SD = .23$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = -1.65, p = .04$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดและคะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ระดับน้ำตาลจากสายสะดือ	70.64	13.63	64.22	14.29	6.42	1.89*	.03
คะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	1.67	.23	1.87	.12	-0.19	-1.65*	.04

* $p < .05$

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดจากสายสะดือของทารก ผลการวิจัยพบว่า ทารกหลังคลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 ($t = 1.89, p = .03$) เป็นผลมาจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสำหรับทารกดน้ำ งดอาหารแบบใหม่ โดยให้มารดาก่อนทำการผ่าตัดคลอดดื่มน้ำหวานก่อนทำการผ่าตัด 2 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ He et al. (2021) พบว่า ทารกมีระดับกลูโคสในเส้นเลือดสูงขึ้น และการศึกษาของ Shi et al. (2021) ซึ่งพบว่า ทารกในกลุ่ม

ทดลองไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Cheng et al, 2022) ซึ่งเห็นว่าแนวปฏิบัติสำหรับการงดน้ำงดอาหารแบบใหม่ สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งได้รับการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลังได้อย่างปลอดภัยต่อมารดา สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Shi et al. (2021) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสุ่มเพื่อรับประทานอาหารเสริมคาร์โบไฮเดรตและสารอาหารแบบหลอก 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะผ่าตัด

การเปรียบเทียบคะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการคัดกรองภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.65, p = .04$) เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิกที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด เนื่องจากหลังคลอดทารกมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น เพื่อควบคุมระบบการทำงานของร่างกายทารก เช่น อุณหภูมิร่างกาย การหายใจ และการเคลื่อนไหว ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเรื่อย ๆ และลดลงต่ำสุดประมาณ 30-90 นาทีหลังคลอด (Detintaranarak, 2023) ทำให้ทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำลง จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (Thongbunnum & Kanchanabat, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Shi et al. (2021) และ Kotfis et al. (2023) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสุ่มเพื่อดื่มอาหารเสริมคาร์โบไฮเดรต 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด ส่งผลให้ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อเทียบกับทารกที่เกิดจากมารดาในกลุ่มควบคุม

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ซึ่งบางรายมีความเชื่อและการรับข้อมูลจากญาติหรือคนใกล้ชิด โดยเชื่อว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) เป็นวิธีที่ดีที่สุด เพราะทำให้หลับ ไม่รู้สึกตัว และเชื่อว่าการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเฉพาะที่เข้าช่องไขสันหลัง ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดหลัง และส่งผลต่อความรู้สึกกลัวขณะผ่าตัด รวมทั้งความวิตกกังวลเรื่องความปลอดภัย และการเลื่อนการผ่าตัด ทำให้มีความยุ่งยากในการหากลุ่มตัวอย่าง และต้องใช้เวลานานในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจนครบตามจำนวน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีการให้ข้อมูลของการใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน เพื่อความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจ รวมทั้ง การทำสื่อมัลติมีเดียให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดต่อเนื่อง ตามลำดับ ทุก 1, 2 ชั่วโมงหลังคลอด และติดตามผลลัพธ์ด้านมารดา เช่น ความรู้สึกกระหายน้ำ หิว และความวิตกกังวล

เอกสารอ้างอิง

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). ACOG practice bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, October 2006: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 108(4), 1039-1047. <https://doi.org/10.1097/00006250-200610000-00046>
- Cheng, Y., Lu, Y., Liu, H., & Yang, C. (2022). The effect of preoperative oral carbohydrate on the time to colostrum and amount of vaginal bleeding after elective cesarean section. *The Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 48(10), 2534-2540. <https://doi.org/10.1111/jog.15375>
- Chestnut, D. H., Wong, C. A., Tsen, L. C., NganKee, W. D., Beilin, Y., Mhyre, J., Bateman, B. T., & Nathan, N. (2019). *Chestnut's obstetric anesthesia: Principles and practice: Expert consult* (6th ed.). Elsevier.
- Cohen, J. (1992) Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Detintaranarak, J. (2023). Incidence and risk factor of neonatal hypoglycemia in high risk infant, Nakhonpathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 42(2), 187-198. (in Thai)
- He, Y., Liu, C., Han, Y., Huang, Y., Zhou, J., & Xie, Q. (2021). The impact of oral carbohydrate-rich supplement taken two hours before caesarean delivery on maternal and neonatal perioperative outcomes-A randomized clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, Article 682. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04155-z>
- Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi. (2024) *Newborn statistics 2022-2024*. Health Promotion Hospital, Health Center 5 Ratchaburi. (in Thai)
- Kotfis, K., Wojciechowska, A., Zimny, M., Jamiół-Milc, D., Szylińska, A., Kwiatkowski, S., Karolina Kaim, K., Dołęgowska, B., Stachowska, E., Zukowski, M., Pankowiak, M., Torbé, A., & Wischmeyer, P. (2023). Preoperative oral carbohydrate (CHO) supplementation is beneficial for clinical and biochemical outcomes in patients undergoing elective cesarean delivery under spinal anaesthesia-A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*, 12(15), Article 4878. <https://doi.org/10.3390/jcm12154978>
- Mulyani, E. Y., Briawan, D., Santoso, B. I., & Jus' At, I. (2021). Effect of dehydration during pregnancy on birth weight and length in West Jakarta. *Journal of Nutritional Science*, 10, Article 70. <https://doi.org/10.1017/jns.2021.59>

- Shi, Y., Dong, B., Dong, Q., Zhao, Z., & Yu, Y. (2021). Effect of preoperative oral carbohydrate administration on patients undergoing cesarean section with epidural anesthesia: A pilot study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(1), 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.05.006>
- Tangwiwat, S., Wongyingsinn, M., Kasemsiri, C., Charoenraj, P., Bunchungmongkol, N., Soonthornkes, N., Nongnuang, K., Lekprasert, V., Pattaravit, N., Horatanaruang, D., Tirasuntornwong, V., Pinsopon, M., Ariyanuchitkul, T., Thienthong, S., Suraseranivongse, S. (2021). Preoperative or pre-procedural fasting guidelines in patients undergoing elective surgery and procedures by the Royal College of Anesthesiologists of Thailand. *Thai Journal of Anesthesiology*, 47(4), 380-387. (in Thai)
- The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. (2021). *Preoperative or pre-procedural fasting guidelines in patients undergoing elective surgery and procedures*. https://www.rcat.org/_files/ugd/82246c_9d2c46a24c854bcd9daaec92325ef39.pdf
- Thongbunnum, T., & Kanchanabat, S. (2017). Effects of newborn babies born to mothers with gestational diabetes at the Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Vajira Medical Journal and Urban Medicine Journal*, 61(1), 20-23. (in Thai)



บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์
ต่อการคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

The Effects of Coaching Program and LINE Application
on Milk Production and Lactation in Mothers of Preterm infants

จันทมาส ชัยสุขโกศล¹, ขนารอต อภิญญาสังกร^{2*}, ดนิตา ปลาเงิน¹, จันทิรา ชัยสุขโกศล¹

Juntamas Chaisukoson¹, Khanarot Apinyalungkorn^{2*}, Danita Plangern¹,

Chanthira Chaisukkoson¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: khanarot@bcnph.ac.th)

(Received: September 23, 2024; Revised: December 10, 2024; Accepted: December 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ที่รักษาในห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ประเทศไทย จำนวน 32 คู่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ คู่มือโปรแกรมการโค้ช และแอปพลิเคชันไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนม และเครื่องตวงปริมาณน้ำนม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนมและปริมาณน้ำนม โดยใช้สถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 33.24, 12.75, p < .01$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมวันที่ 3 และวันที่ 5 สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.04, 9.57; p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ควรนำโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ไปใช้ในการส่งเสริมบทบาทมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อการคงไว้ของน้ำนม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่

Registered Nurse (Professional Level), Phrae Hospital

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public health

◆ คำสำคัญ: การโค้ช, แอปพลิเคชันไลน์, การคงไว้ของน้ำนม, ทารกเกิดก่อนกำหนด

Abstract

This quasi-experimental research study utilized a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a coaching program combined with the LINE application on milk production and lactation in mothers of preterm infants. The study was conducted with 32 pairs of mothers and their preterm infants (born at <37 weeks gestation) admitted to the pediatric intensive care unit of a hospital in Northern Thailand. The participants were randomly assigned to either the control group (n = 16) or the experimental group (n = 16). The research instruments included a coaching program manual and the LINE application. Data were collected using a questionnaire comprising demographic information, an observational checklist for breast maintenance practices, and a milk measuring device. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The findings revealed that, after participating in the program, the average score for maintaining breast milk in the experimental group was significantly higher than both the pre-intervention score and the score of the control group ($t = 33.24, 12.75, p < .01$, respectively). Additionally, on days 3 and 5, the mean milk volume in the experimental group was significantly greater than that of the control group ($t = 5.04, 9.57, p < .01$, respectively).

The study highlights the potential of integrating a coaching program with the LINE application as an effective strategy for supporting mothers of preterm infants. It is recommended that nurses caring for preterm infants consider implementing this program to develop and enhance the role of mothers in promoting successful lactation.

Keywords: Coaching, LINE application, Milk production and lactation, Preterm infants

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเกิดก่อนกำหนดเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลก ประเมินการณ์ว่าจะมากถึงปีละประมาณ 15 ล้านคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2023) ประเทศไทยพบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ในปีงบประมาณ 2565-2567 ร้อยละ 11.61, 10.42 และ 10.13 ตามลำดับ (Health Data Center, 2024) ทารกเกิดก่อนกำหนด หรือทารกที่เกิดในขณะที่มีมารดามีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จะมีอวัยวะในแต่ละระบบของร่างกายไม่สมบูรณ์ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบควบคุมอุณหภูมิกาย ระบบทางเดินอาหาร ระบบดูดกลืนที่ทำงานไม่สัมพันธ์กัน และระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะ

ในระบบเหล่านี้และเกิดปัญหาตามมา เช่น ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ หายใจลำบาก และลำไส้เน่าตาย จากการขาดเลือด (Thampanichawat et al., 2016) จึงทำให้ทารกต้องแยกจากมารดา เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน รวมทั้ง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

การแยกจากกันระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลต่อกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม ซึ่งควบคุมโดยการทำงานร่วมกันของฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) และออกซิโตซิน (oxytocin) รวมทั้ง ต้องอาศัยการดูดกระตุ้นจากทารกในระยะหลังคลอด ในขณะที่การดูดและการกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่สัมพันธ์กัน ทำให้ไม่มีความพร้อมในการดูดนมจากเต้านมของมารดา จึงเกิดความล่าช้าในการกระตุ้นปฏิกิริยาการหลั่งน้ำนม และการระบายออกจากเต้านม จึงทำให้การสร้างน้ำนมลดลงได้ (Spatz & Froh, 2016) ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน พัฒนาการ และการเจริญเติบโต รวมทั้ง นมมารดามีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ และภาวะลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือด (Lapidaire et al., 2022) ลดการเกิดภาวะโรคปอดเรื้อรัง ความรุนแรงพยาธิสภาพที่จอประสาทตา และส่งผลกระทบยาวต่อการพัฒนาระบบประสาทของทารกเกิดก่อนกำหนด (Moro & Arslanoglu, 2020)

โดยปกติ โรงพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้การคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้วิธีการบรรยาย การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับเพียง 1 - 2 ครั้ง จึงอาจทำให้ไม่สามารถปับน้ำนมได้ถูกวิธี ไม่สามารถจดจำขั้นตอนหรือปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทั้งหมด เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Hayise et al., 2020) การส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติกิจกรรมในการคงไว้ของน้ำนมได้อย่างถูกต้องนั้น ต้องได้รับการเรียนรู้ทั้งในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ การโค้ชเป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนาทักษะการปฏิบัติและเพิ่มความรู้ ผู้ทำการโค้ชจะคำนึงถึงความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ก่อนให้การชี้แนะคำแนะนำหรือฝึกทักษะปฏิบัติ รวมถึงให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาตนเอง ผู้ทำการโค้ชจะให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติทักษะ เพื่อให้ผู้เรียนปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Hass, 1992) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่ได้รับการโค้ช สามารถพัฒนาทักษะหรือพฤติกรรมในการดูแลทารกได้ เช่น พฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันการตายอย่างกะทันหันในทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Pothale & Jirapaet, 2019) และการโค้ชก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนในการติดตามผลต่อเนื่องเป็นเวลา 12 เดือน (Grant, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการสนับสนุนการคงอยู่ของน้ำนม พบว่าการนวดที่หัวนม ลานนม เต้านม บริเวณใต้รักแร้ และการประคบด้วยความร้อน สามารถเพิ่มปริมาณการไหลของน้ำนมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ke-sapan, 2022) การคงอยู่ของน้ำนมในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด มีแนวทางการจัดการ 2 ด้าน คือ ด้านจิตใจของมารดา ได้แก่ การลดภาวะเครียด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารก การให้คำปรึกษา การใช้ดนตรีบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนม และด้านร่างกาย ได้แก่ การกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม การนวดประคบและการปับน้ำนมหรือบีบน้ำนมด้วยเครื่องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าการผสมผสานวิธีการที่เหมาะสมหลายวิธี ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อการ

คงอยู่ของน้ำนมมารดาเกิดก่อนกำหนดมากกว่าการใช้เพียงวิธีเดียว ในขณะที่การให้คำปรึกษา และการใช้ดนตรีบำบัด มีข้อจำกัดค่อนข้างมากในการปฏิบัติ (Chaiwongsa et al., 2018)

ผู้วิจัยจึงสนใจวิธีการคงไว้ซึ่งน้ำนม ด้วยการผสมผสานทั้งวิธีการจัดการด้านจิตใจด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมของมารดา ร่วมกับวิธีการจัดการด้านร่างกายด้วยการโค้ช ซึ่งการโค้ชสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน (Grant, 2013) ขณะเดียวกันการให้ความรู้ในปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาให้ตอบกลับการสนทนาแบบอัตโนมัติ เป็นเทคโนโลยีที่สามารถใช้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อมูลในการจัดการต่าง ๆ และเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการพัฒนาประสิทธิภาพในการเรียนรู้ให้กับผู้ที่สนใจเรียนรู้ จึงมีผู้พัฒนาแชทบอทเพื่อสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งานได้ดี และคุ้มค่าเมื่อเทียบกับการใช้ต้นทุนในการพัฒนา (Fryer & Nakao, 2019) ดังการศึกษาผลลัพธ์การจัดการความรู้ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการพัฒนาโปรแกรมไลน์สำหรับแชทบอท “นมแม่ เพื่อนมามีมือใหม่” ในคุณแม่วัยคลินิกนมแม่ พบว่าผู้ใช้งานมีความพึงพอใจต่อไลน์แชทบอทในระดับมาก (Hayeyusoh & Suetrong, 2023) โปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดนี้ จะทำให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีความรู้ทักษะและคงพฤติกรรมการคงไว้ของน้ำนมอย่างต่อเนื่อง และให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับน้ำนมมารดาเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน พัฒนาการ และการเจริญเติบโตของร่างกายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

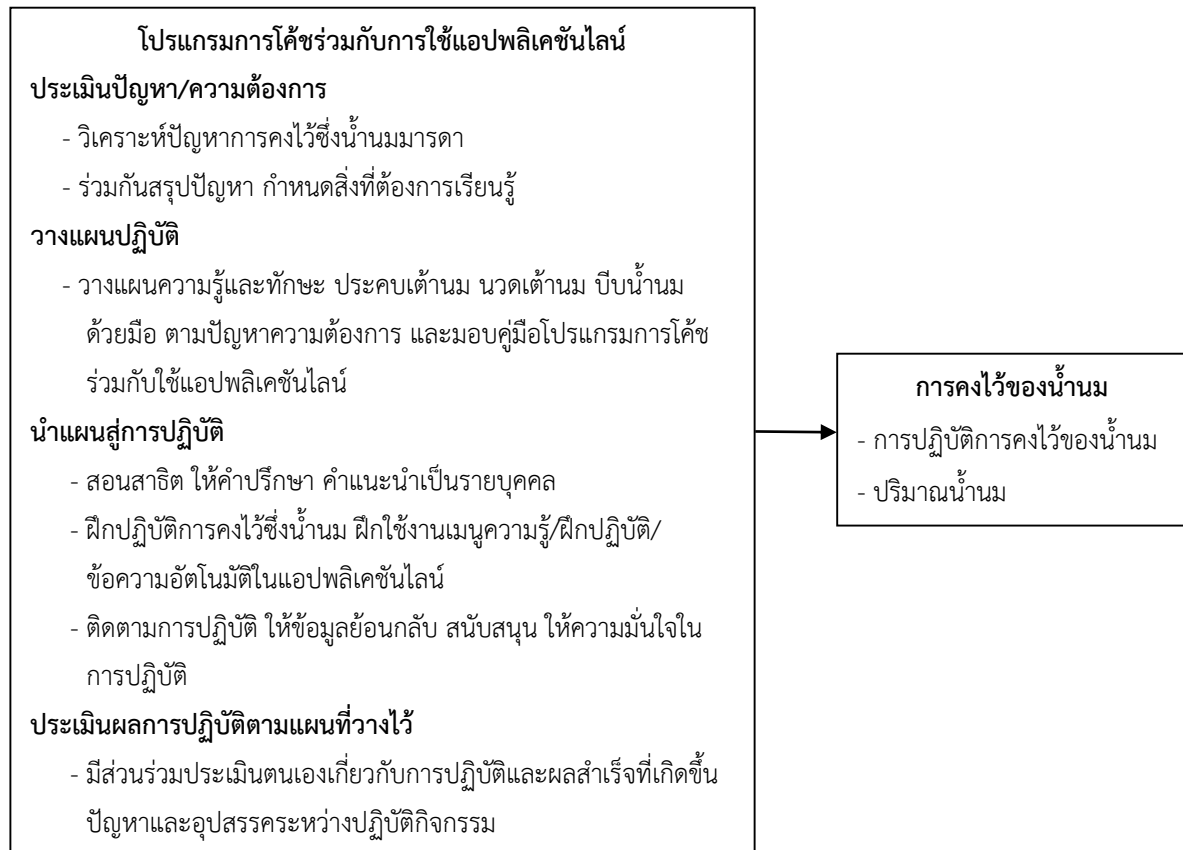
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติคงไว้ของน้ำนม และปริมาณน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติคงไว้ของน้ำนมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มารดากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนม สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้นำแนวคิดการโค้ช (Hass, 1992) มาประยุกต์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง โปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการคงไว้ของน้ำนม ในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (two group pretest-posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และทารกที่เกิดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่คลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จากการประเมินอายุครรภ์ด้วยวิธีของ Ballard et al. (1991) โดยประเมินอายุครรภ์จากการตรวจลักษณะภายนอก ร่วมกับการตรวจทางด้านระบบประสาทและกล้ามเนื้อของทารกแรกเกิด และทารกที่เกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*POWER 3.1.2 โดยคำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษา เรื่อง ผลของแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติการคงไว้ซึ่งนมมารดาและปริมาณน้ำนมของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (Bangtit et al., 2024) มาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.55 ค่าความคลาด

เคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 ได้ขนาดตัวอย่าง 20 คน จึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียตามสัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม (Jirawatkul, 2011) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 16 คน โดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ และลอคคิตโดยวิธีการอำพรางฝ่ายเดียว (single-blind procedure) เพื่อไม่ให้ผู้วิจัยทราบวามารถาและทารกคนใดเป็นกลุ่มทดลองหรือควบคุม และจัดพฤติกรรมที่ไม่เป็นธรรมชาติ (Thato, 2018) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ ประกอบด้วย กลุ่มมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด คือ 1) วางแผนเลี้ยงดูทารกด้วยนมตนเอง 2) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ได้แก่ เป็นโรคติดต่อที่แพร่เชื้อหรือเป็นอันตรายต่อทารก มารดาได้รับการทำหมันหลังคลอดบุตร มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาที่ขับออกผ่านทางน้ำนม 3) ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยเข้าใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับได้ 4) มีอุปกรณ์สื่อสาร เข้าถึงและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชชิ่งร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ไม่ครบทุกขั้นตอน

ทารกเกิดก่อนกำหนด มีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ คือ 1) ไม่มีความพิการและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต เช่น มีปากแหว่ง เพดานโหว่ ทารกไม่สามารถดูดนมจากเต้านมมารดาได้ ทารกได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) มารดาทารกและแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นภาวะวิกฤติระหว่างที่มารดาได้รับโปรแกรม เช่น หายใจเหนื่อย เชื้อหวัด หายใจ และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการโค้ชชิ่งร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้กรอบแนวคิดการโค้ชชิ่งร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) คู่มือโปรแกรมการโค้ชชิ่งร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ 2) แผนสอนการโค้ชมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดรายบุคคล 3) แอปพลิเคชันไลน์มีการใช้งาน 2 ระบบ คือ 1) ข้อความอัตโนมัติ ได้แก่ ข้อความทักทาย ข้อความเตือนการบีบน้ำนมมารดาตามเวลา และข้อความชื่นชมให้กำลังใจเมื่อมารดาบีบน้ำนมสำเร็จ และ 2) เมนูความรู้และฝึกปฏิบัติการคังไ่วซึ่งน้ำนม ได้แก่ การประคบเต้านม การนวดเต้านม การบีบน้ำนมด้วยมือ และคลั่งน้ำนม-แบบบันทึกปริมาณน้ำนม โดยให้มารดาบันทึก วัน เวลา ปริมาณน้ำนมมารดาเป็นมิลลิลิตรทุกครั้งทีบีบน้ำนม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด ประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการได้รับความรู้เรื่องประคบ การนวดเต้านม และการบีบน้ำนมด้วยมือ 2) ข้อมูลของทารก ได้แก่ ลำดับของทารก วิธีการคลอด และน้ำหนักแรกเกิด

2.2 แบบสังเกตการปฏิบัติการคังไ่วของน้ำนม ซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือของ Kaewnil et al. (2013) จำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การประคบเต้านม การนวดเต้านม

การบีบน้ำนมด้วยมือ ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ โดยปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0- 24 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ (Khueantham, 2006) ดังนี้

ระหว่าง 17 - 24 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ระหว่าง 9 - 16 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 0 - 8 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

2.3 เครื่องตรวจปริมาณน้ำนม โดยให้มารดาบีบน้ำนมใส่ถุงเก็บน้ำนม ใช้กระบอกสูบ (syringe) เทียบปริมาณเป็นมิลลิลิตร และบันทึก วันที่ เวลา และปริมาณน้ำนมในแอปพลิเคชันไลน์ หน่วยเป็นมิลลิลิตรทุก 3 ชั่วโมงที่บีบน้ำนม และผู้วิจัยเป็นผู้วัดปริมาณน้ำนมทั้งหมดทุกวันที่มารดาพบทารกเกิดก่อนกำหนดในห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ด้านทารกแรกเกิด 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด ที่จบการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่า มีความเข้าใจและปฏิบัติกิจกรรมการคงไว้ของน้ำนมตามโปรแกรมได้ รวมทั้ง นำแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติในการคงไว้ของน้ำนมไปให้พยาบาลนมแม่ จำนวน 2 คน ทดลองใช้ประเมินและให้คะแนนมารดาคนเดียวกัน จนครบ 5 คน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) มีค่าเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการ เมื่อมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าพยาบาลหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโทรศัพท์ประสานมารดานัดหมายมาเยี่ยมทารกวันละ 1 ครั้ง เมื่อมารดาเข้าเยี่ยมทารก ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ

2. การดำเนินการทดลอง

1) ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยนัดพบมารดาครั้งแรกหลังคลอด 24-36 ชั่วโมง พยาบาลให้คำแนะนำมารดาเรื่อง การให้นมบุตร การประคบเต้านม การนวดเต้านม และการบีบน้ำนมด้วยมือ ด้วยการบรรยายและสาธิต และให้มารดาบีบน้ำนมในห้องที่จัดเตรียมไว้ โดยผู้วิจัยสังเกตการณ์การปฏิบัติคงไว้ของน้ำนม บันทึกเหตุการณ์ที่สังเกตแบบมีส่วนร่วมในแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติ ให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เปิดโอกาสให้ซักถาม และติดตามปริมาณน้ำนม โดยให้มารดาบีบน้ำนมมาให้ทารกทุกวันและพยาบาลเป็นผู้วัดปริมาณน้ำนมในแต่ละวัน

2) การดำเนินการในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์ที่สังเกตแบบมีส่วนร่วม การปฏิบัติในการคงไว้ซึ่งน้ำนมครั้งที่ 1 เมื่อมารดามาเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนด ใน 24-36 ชั่วโมงหลังคลอด ให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด และผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการโค้ชชิ่งร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการคงไว้ของน้ำนม ในห้องที่จัดเตรียมไว้เป็นรายบุคคล ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 5 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วันที่/เวลา	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 หลังคลอด 24-36 ชั่วโมง ใช้เวลา 30 นาที	ขั้นที่ 1 การประเมินปัญหา/ความต้องการ ผู้วิจัยและมารดาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ด้วยการสะท้อนประสบการณ์การปฏิบัติของมารดา ร่วมกันสรุปปัญหา ประเมินความต้องการการช่วยเหลือ และตั้งวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสิ่งที่มารดาต้องการเรียนรู้การคงไว้ซึ่งน้ำนมมารดา ขั้นที่ 2 การวางแผนปฏิบัติ โดยร่วมกันวางแผนเพิ่มเติมความรู้และทักษะการประคบเต้านม การนวดเต้านม การบีบน้ำนมด้วยมือ ตามความต้องการและความรู้พื้นฐาน/ประสบการณ์เดิมของมารดา มอบคู่มือโปรแกรมการโค้ชชิ่งร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และแนะนำการใช้งานบัญชีทางการไลน์ โดยให้มารดาฝึกใช้งานบัญชีทางการไลน์จากสมาร์ตโฟนและให้มารดาสาธิตย้อนกลับการใช้งาน 2 ระบบการทำงาน
ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ใช้เวลา 30 นาที	ขั้นที่ 3 นำแผนสู่การปฏิบัติ โดยมารดาเรียนรู้ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยสอนสาธิตให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่มารดาเป็นรายบุคคลตามแผนการสอน ให้มารดาฝึกปฏิบัติการคงไว้ซึ่งน้ำนม และสอนการใช้แบบบันทึกปริมาณน้ำนมมารดาในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้มารดาลงบันทึก วัน เวลา และปริมาณน้ำนมมารดาเป็นมิลลิลิตรทุกครั้งที่บีบน้ำนม ในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมผู้วิจัยติดตาม สังเกตการณ์ปฏิบัติกิจกรรมการคงไว้ของน้ำนมเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจในกิจกรรมที่มารดาปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่มั่นใจ ทบทวนการปฏิบัติให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจยิ่งขึ้น
ครั้งที่ 5 ใช้เวลา วันละ 30 นาที	ขั้นที่ 4 การประเมินผล โดยผู้วิจัยประเมินผลกิจกรรมที่มารดาฝึกปฏิบัติและกระตุ้นให้มารดามีส่วนร่วมในการประเมินตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการถามให้แสดงออกด้วยการวิเคราะห์จากความรู้สึก และให้มีส่วนร่วมในการประเมินถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการปฏิบัติกิจกรรม และในวันที่ 5 ของการได้รับโปรแกรม ผู้วิจัยทบทวนและให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งน้ำนมมารดาในสิ่งที่มารดาเข้าใจไม่ถูกต้อง

3. การติดตามผลการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนม โดยบันทึกปริมาณน้ำนมที่มารดาบีบได้ทุกวัน และติดตามปริมาณน้ำนมมารดาวันที่ 3 และ 5 และในวันที่ 5 ของการได้รับโปรแกรมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยบันทึกเหตุการณ์ที่สังเกตการปฏิบัติการคงไว้ซึ่งน้ำนมแบบมีส่วนร่วม ครั้งที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยการประคบเต้านม การนวดเต้านม และการบีบน้ำนมด้วยมือ ในแบบสังเกตการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดและมารดา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ทดสอบข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยพิจารณาจาก Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient มีค่าเท่ากับ 1.10 และ 1.70

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่ 3 และวันที่ 5 โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ซึ่งได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยพิจารณาจาก Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient มีค่าเท่ากับ 1.87 และ 1.12 ตามลำดับ

พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 82/2567 วันที่ 31 มกราคม 2567 ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บในไฟล์และถือเป็นความลับ เก็บรักษาไว้ 1 ปี หลังจากนั้นนำเอกสารของกลุ่มตัวอย่างไปทำลายโดยการลบไฟล์ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดทั้ง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ด้วยการทดสอบของ Chi-square และ Fisher's Exact Test โดยกลุ่มทดลอง มีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 50 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.80 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 62.60 แต่มีประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร้อยละ 56.30 ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 62.50 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.75 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 93.70 และไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร้อยละ 62.50 (ดังตารางที่ 1 และ 2)

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของมารดา จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง(n=16)		กลุ่มควบคุม(n=16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.204 ^b
น้อยกว่า 20	3	18.80	2	12.50	
21-30	5	31.20	10	62.50	
มากกว่า 30	8	50.00	4	25.00	
การศึกษา					.054 ^b
ประถมศึกษา	3	18.80	1	6.25	
มัธยมศึกษา	4	24.80	5	31.25	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	18.80	1	6.25	
ปริญญาตรี	3	18.80	7	43.75	
สูงกว่าปริญญาตรี	3	18.80	2	12.50	
ประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด					.083 ^a
ไม่มี	10	62.50	15	93.70	
มี	6	37.50	1	6.30	
ประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา					.479 ^a
ไม่มี	7	43.70	10	62.50	
มี	9	56.30	8	37.50	
การได้รับความรู้เรื่องประคบ การนวดเต้านม และการบีบน้ำนมด้วยมือ					.156 ^a
ไม่เคย	5	31.25	10	62.50	
เคย	11	68.75	6	37.50	

^a Fisher's Exact Test; ^b Chi-square test

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง(n=16)		กลุ่มควบคุม(n=16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ลำดับที่ของทารก					.776 ^b
1	7	43.70	10	62.50	
2	6	37.50	4	25.00	
มากกว่า 3	3	18.80	2	12.50	
วิธีการคลอด					.654 ^b
คลอดปกติทางช่องคลอด	4	25.00	2	12.50	
ผ่าตัดคลอด	12	75.00	14	87.50	

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง(n=16)		กลุ่มควบคุม(n=16)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)					.246 ^b
น้อยกว่า 1,800	6	43.70	4	25.00	
1,801-2,100	3	37.50	1	6.30	
มากกว่า 2,101	7	12.50	11	68.70	

^b Chi-square test

2. การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนมโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 33.25, p < .01$) โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.18 คะแนน ($SD = 1.93$) เป็น 23.86 คะแนน ($SD = .34$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*) และการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนม ในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ($n = 16$)

การทดสอบ	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>p</i> -value
ก่อนทดลอง	8.18	1.93	-15.68	33.25**	< .01
หลังทดลอง	23.86	.34			

** $p < .01$

3. การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนม และปริมาณน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.76, p < .01$)

มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมโปรแกรมการโค้ชร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์มีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมโดยรวมวันที่ 3 และ 5 ของการคลอด มากกว่ามารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.04, 9.57; p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนม และปริมาณน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มควบคุม (n = 16)		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
การปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนม	23.86	.34	12.31	3.60	11.55	12.76**	< .01
ปริมาณน้ำนม							
วันที่ 3	85.25	52.08	15.96	13.78	65.29	5.04**	< .01
วันที่ 5	305.75	84.26	75.75	46.26	30.00	9.57**	< .01

** $p < .01$

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคงไว้ของน้ำนมมารดาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชชิ่งร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.76, p < .01$) อธิบายได้ว่า การโค้ชเป็นวิธีการในการบริหารจัดการกับบุคคลให้มีการเพิ่มพูนความรู้และความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติ และเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ (Hass, 1992) ซึ่งโปรแกรมฯ มีลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง ทำให้มารดามีโอกาสได้ร่วมประเมินปัญหา/ความต้องการการช่วยเหลือในการคงไว้ซึ่งน้ำนมร่วมกับพยาบาลซึ่งทำหน้าที่เป็นโค้ช นำปัญหาของตนเองสู่การแก้ไขด้วยการเรียนรู้การปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนแบบตัวต่อตัว รับทราบข้อมูลย้อนกลับหลังการฝึกประคบเต้านม นวดเต้านม และบีบน้ำนมด้วยมือ ทำให้มารดาเข้าใจได้อย่างละเอียดและได้ฝึกซ้อมจนเกิดความชำนาญและเกิดความมั่นใจ อีกทั้ง โปรแกรมฯ ยังเปิดโอกาสให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เกิดการรับรู้และเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของโปรแกรมการโค้ชการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอัตราการตายของทารกเกิดก่อนกำหนด พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jang, 2020) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การโค้ชส่งผลต่อการคงไว้ของน้ำนมในการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนด นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (Siengyen et al., 2023) พฤติกรรมการดูแลทารกเพื่อป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Pothale & Jirapaet, 2019) พฤติกรรมการป้องกันทารกตัวเหลืองจากการได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ และระดับbilirubin ในเลือดของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย (Teerarungsikul et al., 2024)

มารดาที่ได้รับการโค้ชระหว่างการใช้ออปพลิเคชันไลน์มีลักษณะการชี้แนะรายบุคคลที่คำนึงถึงความรู้และประสบการณ์เดิม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก และไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนด ส่งผลให้เกิดความอยากเรียนรู้และปฏิบัติให้ถูกต้อง อีกทั้งเมื่อมารดาเกิดความสงสัยหรือจำได้ไม่ครบทุกขั้นตอนการคงไว้ของน้ำนม มารดาสามารถทบทวนซ้ำได้บ่อยครั้งตามความต้องการจากแอปพลิเคชันไลน์ที่มีสื่อข้อความรูปภาพ วิดีโอการล้างมือ ประคบเต้านม นวดเต้านม และบีบน้ำนมด้วยมือ ได้อย่างรวดเร็วจากการคลิกภาพเมนูบนแพลตฟอร์มที่เสมือนมีโค้ชอยู่ข้างกายตลอด ทำให้มารดามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติคงไว้ของน้ำนมเพิ่มขึ้น ($M = 23.86, SD = .34$) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์ ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิมุติสลิ้ม พบว่า มารดามีความรู้มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Hayise et al., 2020) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของการใช้ออปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้มีการปฏิบัติคงไว้ซึ่งนมมารดาของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Bangtit et al., 2024) เช่นเดียวกับการศึกษาผลลัพธ์การจัดการความรู้ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการพัฒนาโปรแกรมไลน์สำหรับแชทบอท “นมแม่ เพื่อนมามีมือใหม่” ในคุณแม่คลินิกนมแม่ พบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจต่อไลน์แชทบอทในระดับมาก ($M = 4.21, SD = .59$) (Hayeyusoh & Suetrong, 2023)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างมารดากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชระหว่างการใช้ออปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมโดยรวมวันที่ 3 และ 5 ของการคลอดมากกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.04, 9.57; p < .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ นี้ เป็นการฝึกแนะให้มารดาสามารถประคบเต้านม นวดเต้านม และบีบน้ำนมด้วยมือได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการประคบด้วยน้ำอุ่นจะเพิ่มการไหลเวียนที่เต้านม ทำให้สร้างน้ำนมได้เร็วและมีปริมาณมากขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการกระตุ้นการไหลของน้ำนม ที่พบว่า การประคบเต้านม และการนวดเต้านม สามารถเพิ่มปริมาณของน้ำนมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ke-sapan, 2022) อีกทั้ง ในโปรแกรมฯ มารดาจะได้รับการกระตุ้นเตือนประคบเต้านม นวดเต้านม และบีบน้ำนมทุก 3 ชั่วโมงโดยอัตโนมัติจากแชทบอทไลน์ ซึ่งทำหน้าที่เสมือนโค้ชส่วนตัวที่กระตุ้นเตือน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม รวมถึงข้อความชื่นชมให้กำลังใจอัตโนมัติ เมื่อมารดาบันทึกปริมาณน้ำนมหลังการบีบน้ำนมสำเร็จ ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจและการเสริมแรง ขณะเดียวกันการนวดเต้านม นวดกระตุ้น และเปิดท่อน้ำนม เป็นการกระตุ้นให้มีการสร้างฮอร์โมนโพรแลคตินเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดการสร้างน้ำนม และการบีบน้ำนมออก อย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง จึงช่วยรักษาระดับฮอร์โมนให้คงที่ เป็นการกระตุ้นต่อมได้สมองส่วนหลังให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินเข้าสู่กระแสเลือด ส่งผลให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบท่อน้ำนมหดตัวบีบ ไล่น้ำนมออกจากเต้านมและเกิดการหลั่งน้ำนมเป็นวงจรที่ต่อเนื่อง (Hale & Hartmann, 2007) รวมทั้ง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การจัดการจิตใจและการจัดการด้านร่างกาย ด้วยการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม การนวดประคบ

และการบีบน้ำนมหรือ บีบน้ำนมด้วยเครื่องอย่างต่อเนื่อง เป็นการผสมผสานวิธีการที่เหมาะสมหลายวิธีเข้าด้วยกัน ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีมากกว่าวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Chaiwongsa et al., 2018)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาในกลุ่มมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ที่รักษาในห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่งจะเริ่มดำเนินโปรแกรมครั้งแรกหลังคลอดใน 24-36 ชั่วโมง จึงมีทารกบางรายที่มีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นภาวะวิกฤติในระยะเวลาดังกล่าว ทำให้มีความยุ่งยากในการหากลุ่มตัวอย่าง และต้องใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพิ่มเติม จึงสามารถเก็บรวบรวมได้จนครบตามจำนวนที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ควรนำโปรแกรมการโค้ชชิ่งร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ไปใช้พัฒนา/ ปรับบทบาทใหม่ของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด โดยประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจรายละเอียดของโปรแกรมและผลลัพธ์แก่พยาบาลในหน่วยงาน และมีแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องในการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

มีการวิจัยติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการโค้ชชิ่งร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการคงไว้ของน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ต่อเนื่องหลังคลอด 1 และ 6 เดือน ตามลำดับ รวมทั้ง การวิจัยในกลุ่มมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

เอกสารอ้างอิง

- Ballard, J. L., Khoury, J. C., Wedig, K., Wang, L., Eiler-Walsman, B. L., & Lipp, R. (1991). New Ballard score: Expanded to include extremely premature infant. *The Journal of Pediatric*, 119, 417-423. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(05\)82056-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(05)82056-6)
- Bangtit, R., Uthairangsee, M., Jaikla, W., & Nawan, N. (2024). Effects of a self-efficacy mobile application on maintaining flow and amount of breast milk among mothers of premature infants. *Journal of Nursing and Education*, 17(1), 71-84. (in Thai)
- Chaiwongsa, A., Wongkom, B., & Ngoenthong, P. (2018). Supporting of lactation maintaining among mother of preterm infants: A systematic review. *Nursing Journal*, 45(3), 97-109. (in Thai)
- Fryer, L. K., Nakao, K., & Thompson, A. (2019). Chatbot learning partners: Connecting learning experiences, interest and competence. *Computers in Human Behavior*, 93, 279-289. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.12.023>

- Grant, A., M. (2013). The efficacy of coaching. In J. Passmore, D. B. Peterson, & T. Freire (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of the psychology of coaching and mentoring* (pp.13-39). John Wiley & Sons. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118326459>.
- Hale, T. W., & Hartmann, P. E. (2007). *Textbook of human lactation physiology*. Springer.
- Hass, S. A. (1992). Coaching: Developing key players. *Journal of Nursing Administration*, 22(6), 54-58.
- Hayeyusoh, S., & Suetrong, R. (2023). The Results of managing the knowledge of breastfeeding to development Chabot “Mummy, for newbie's milk”. *Procedia of Multidisciplinary Research*, 1(7), Article 49. <https://so09.tci-thaijo.org/index.php/PMR/article/view/2717/1581> (in Thai)
- Hayise, V., Chaimongkol, N., Sriyasak, A., & Yeepaloh, M. (2020). The results of giving knowledge through an application on caring for premature infants after discharge from the hospital according to the Muslim way. *Journal of Princess of Naradhiwas University*, 13(1), 39-55. (in Thai)
- Health Data Center. (2024). *Percentage of Thai women giving birth prematurely in fiscal year 2024*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d
- Jang, G. J. (2020). Influence of a breastfeeding coaching program on the breastfeeding rates and neonatal morbidity in late preterm infants. *Child Health Nursing Research*, 26(3), Article 376. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.3.376>
- Jirawatkul, A. (2011). Sample Size Adjusted for non-adherence. *Journal of Health Science of Thailand*, 20(1), 1-2. (in Thai)
- Kaewnil, W., Jintrawet, U., & Urharmnuay, M. (2013). Effects of coaching on maintaining breast milk among mothers of preterm infants. *Nursing Journal*, 40(3), 11-20. (in Thai)
- Ke-sapan, K. (2022). Breast massage and breast compression to stimulate milk flow in postpartum mothers: A systematic review. *Journal of Research Innovation and Evidence Based in Healthcare*, 1(2), 1-14. (in Thai)
- Khueantham, A. (2006). *Statistical methods and data analysis*. Kasetsart University Press.
- Lapidaire, W., Lucas, A., Clayden, J. D., Clark, C., & Fewtrell, M. S. (2022). Human milk feeding and cognitive outcome in preterm infants: The role of infection and NEC reduction. *Pediatric Research*, 91(5), 1207-1214. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01367-z>

- Moro, G. E., & Arslanoglu, S. (2020). Human milk in the feeding of preterm infants: Established and debated aspects. *Frontiers in Pediatrics*, 8, Article 378. <https://doi.org/10.3389/978-2-88966-082-7>
- Pothale, P., & Jirapaet V. (2019). Effect of coaching program on caring behavior for preventing sudden infant death syndrome in preterm infants' mothers. *Chulalongkorn Medical Bulletin*, 1(1), 71-78. (in Thai)
- Siengyen, M., Apinyalungkorn, A., & Suttana, S. (2023). The effects of discharge planning and coaching program on maternal behaviors in caring for pre-term infants. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 29(2), 85-101. (in Thai)
- Spatz, D. L., & Froh, E. B. (2016). Advances in lactation and breastfeeding for the preterm infant. *Pediatric Clinics of North America*, 63(1), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.09.008>
- Teerarungsikul, N., Sangjan, W., & Sarapat, P. (2024). Effects of maternal coaching program on maternal behavior regarding breastfeeding jaundice prevention and late preterm newborns' blood bilirubin levels. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 19(1), 28-37.
- Thampanichawat, W., Rungamornrat, S., & Payakkaraung, S. (2016). *Nursing care for high-rise neonates*. Mahidol University. (in Thai)
- Thato, R. (2018). *Nursing resrarch: Concepts to application*. Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- World Health Organization. (2023). *Webinar on world prematurity day 17 November 2023*. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/11/17/default-calendar/webinar-on-world-prematurity-day-2023>



บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการ

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

Factors Predicting of Decision to Receive Services in Subdistrict Health

Promoting Hospitals in Mueang District, Phayao Province

นุชวรา คันธานุรักษ์¹, อาริรัตน์ หงษ์บิน¹, เปรมฤดี ศรีวิชัย^{2*}

Nuchwara Kantanurux¹, Arrirat Hongbin¹, Premrudee Sriwichai^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: premrudee5@gmail.com)

(Received: August 18, 2024; Revised: December 11, 2024; Accepted: December 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการจำนวน 120 คน จากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพบริการและแบบสอบถามการตัดสินใจเข้ารับบริการ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .97 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพบริการและการตัดสินใจเข้ารับบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.27, 4.33; SD = .50, .53$ ตามลำดับ)
2. ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเชื่อถือในการให้บริการ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ ($r = .83, .79, .76, .74, .66, .29; p < .01$ ตามลำดับ) ในขณะที่จำนวนปีที่เรียนหนังสือมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการตัดสินใจเข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$)
3. ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเป็นรูปธรรมของการบริการ สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการตัดสินใจเข้ารับบริการได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F = 13.78, p < .01$) ได้ร้อยละ 77.40

¹ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praborommarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praborommarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเสริมสร้างความมั่นใจต่อคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจเข้ารับบริการ

คำสำคัญ: คุณภาพบริการ, การตัดสินใจเข้ารับบริการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine the variables predicting the decision to receive services at subdistrict health-promoting hospitals in Mueang District, Phayao Province. The sample consisted of 120 service users who received services in Phayao Province, selected through multi-stage random sampling. Data were collected using a service quality questionnaire and a decision-making questionnaire for using services. The reliability values, measured by Cronbach's alpha coefficient, were .97 and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression analysis. The results showed the following:

1. The average scores for service quality and the decision to receive services were at the highest level ($M = 4.27, 4.33$; $SD = .50, .53$, respectively).

2. Service quality dimensions, including empathy, assurance, reliability, responsiveness, tangibility, and age, were positively correlated with the decision to receive services, showing statistical significance ($r = .83, .79, .76, .74, .66, .29, p < .01$, respectively). Years of study had a low-level negative correlation with the decision to receive services, also showing statistical significance ($r = -.23, p < .05$).

2. Regression analysis revealed that empathy towards service users, assurance for service users, and tangibility of the service could jointly predict the decision to receive services at subdistrict health-promoting hospitals with statistical significance ($F = 13.780, p < .01$), accounting for 77.40% of the variance.

The administrators of subdistrict health-promoting hospitals should continuously enhance confidence in service quality to increase the likelihood of service utilization.

Keywords: Service quality, Decision to receive services, Subdistrict health promotion hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) เนื่องจากเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ รวมไปถึงการดูแลสุขภาพโดยรวม

ทั้งปัจจัยทางด้านสังคม การดูแลทั้งครอบครัว และชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล แต่เป็นการดูแลในทุกด้านที่ส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน (World Health Organization, 1978)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เดิมเคยอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในปี 2564 ได้มีบางแห่งถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนจังหวัด รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งประชาชนในทุกพื้นที่ของประเทศมีโอกาเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและอยู่ใกล้บ้านมากที่สุด เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม และได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง รพ.สต. มีภารกิจ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมุ่งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยจัดบริการสุขภาพ 2 ส่วน คือ 1) การบริการเชิงรุกด้วยการทำงานร่วมกับชุมชน และภาคประชาชน มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มปกติมีการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น และกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายสุขภาพ และ 2) การบริการเชิงรับ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล มุ่งส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Health Education Department, Ministry of Public Health, 2022)

สืบเนื่องจากปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ประชาชนรอรับบริการเป็นเวลานาน และเกิดข้อร้องเรียน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จึงมีการยกระดับระบบบริการปฐมภูมิ ให้สามารถดูแลต่อเนื่องทดแทนโรงพยาบาล และประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยแบ่งกลุ่ม รพ.สต. เป็น 3 ขนาด ได้แก่ ขนาดใหญ่ (L) ขนาดกลาง (M) ขนาดเล็ก (S) ตามจำนวนประชาชนที่รับผิดชอบดูแล จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ทั่วประเทศไทยมี รพ.สต.ทั้งสิ้น 9,836 แห่ง จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 มี รพ.สต. 95 แห่ง ในปี 2565 - 2566 มีผู้เข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 292,986 คน และ 269,552 คน คิดเป็นร้อยละ 63.49 และ 58.41 ตามลำดับ (Official statistics registration systems, 2023) ซึ่งเกินกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด ชี้ให้เห็นว่า รพ.สต. เป็นแหล่งบริการที่จำเป็นสำหรับประชาชน

คุณภาพบริการ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเข้ารับบริการใน รพ.สต. จากการการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่ รพ.สต. ได้แก่ อายุ พฤติกรรมบริการ ข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ และความสะดวกของสถานที่ในการให้บริการ (Srisompoch, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยคุณภาพบริการตามแนวคิดของ Parasuraman et al (1988) โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibility) ความเชื่อถือในการให้บริการ (reliability) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (responsiveness) การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (assurance) และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (empathy) และปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการของผู้ป่วยในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นต้น ด้านคุณภาพการให้บริการ ได้แก่ จัดเตรียมความพร้อมด้วยการจัดลำดับก่อนและหลังตามบัตรคิว และมีป้ายแสดงขั้นตอนการเข้ารับบริการตั้งแต่บริเวณทางเข้า และ

อธิบายขั้นตอนในระหว่างที่มีผู้เข้ารับบริการรอเข้ารับบริการ ทำให้การบริการมีความคล่องตัว เป็นต้น ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ อาคาร สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้เทคโนโลยี (Panngam et al., 2018; Widayati et al., 2017)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ส่วนใหญ่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จากผลการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยัง อบจ. พบว่า ทีมสุขภาพปฐมภูมิตอบสนองต่อความต้องการ และแก้ไขปัญหาของประชาชน การดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง มีผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการถ่ายโอนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ในด้านการให้ความเป็นกันเอง เป็นมิตร เต็มใจ ความสะดวกในการให้บริการ การดูแลด้วยยา/อุปกรณ์ที่เหมาะสม (Thongkam, 2024) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

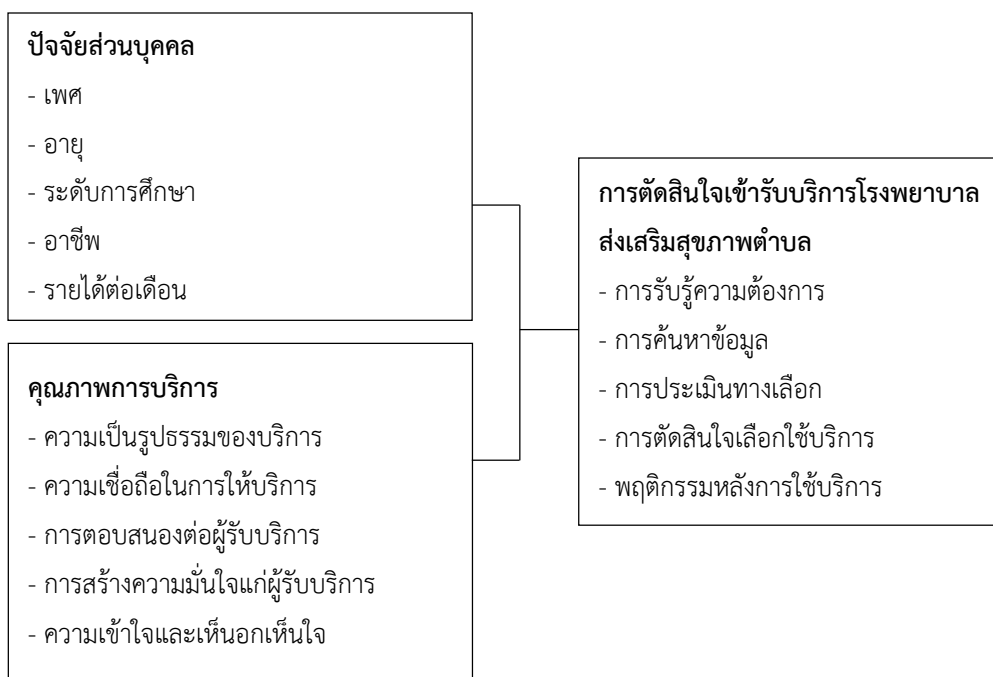
1. ศึกษาลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ระดับคุณภาพบริการ และระดับการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพบริการและการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
3. ศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ใช้แนวคิดคุณภาพบริการของ Parasuraman et al (1988) ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือในการให้บริการ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ ตามแนวคิดของ Kotler & Keller (2006) ในด้านการรับรู้ความต้องการ การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือกการตัดสินใจเข้ารับบริการ และพฤติกรรมหลังการใช้บริการ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ทั้งที่ถ่ายโอนถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามกฎตายตัวขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดสำหรับสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (rule of thumb for minimum sample size for multiple regression) ของ Tabachnick and Fidell (2007) โดยใช้สูตร $n \geq 50 + 8m$ เมื่อ n คือจำนวนตัวอย่าง และ m คือ จำนวนตัวแปรทำนาย ซึ่งในการวิจัยนี้มีจำนวน 10 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 130 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (multi-stage random sampling) ในขั้นที่ 1 เป็นการสุ่มเลือกตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 7 ตำบล จาก 14 ตำบล โดยการสุ่มอย่างง่ายตามขนาดของ รพ.สต. ขนาดใหญ่ (L) จำนวน 3 แห่ง ขนาดกลาง (M) จำนวน 3 แห่ง และขนาดเล็ก (S) จำนวน 1 แห่ง ในขั้นที่ 2 เป็นการสุ่มเลือกหมู่บ้าน เป็นการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากได้ 14 หมู่บ้าน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของประชากร หมู่บ้านละ 7 – 10 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ของ รพ.สต. อย่างน้อย 6 เดือน 3) เคยเข้ารับบริการใน รพ.สต. อย่างน้อย 1 ครั้ง และ 4) อ่านหนังสือออก และเขียนได้ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา อายุ และรายได้ต่อเดือน ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพบริการ พัฒนามาจากแบบสอบถามของ Sangthong and Chotchara (2020) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Parasuraman et al (1988) จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความเชื่อถือในการให้บริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกใช้บริการ พัฒนามาจากแบบสอบถามของ Sangthong and Chotchara (2020) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Kotler and Keller (2006) รวม 11 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความต้องการ จำนวน 3 ข้อ การค้นหาข้อมูล จำนวน 2 ข้อ การประเมินทางเลือก จำนวน 2 ข้อ การตัดสินใจเลือกใช้บริการ จำนวน 2 ข้อ และพฤติกรรมหลังการใช้บริการ จำนวน 2 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม โดยมีเกณฑ์จำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

ระหว่าง 1.00-1.80 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ระหว่าง 1.81-2.60 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 2.61-3.40 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 3.41-4.20 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 4.21-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลชุมชน จำนวน 2 คน และพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน มีค่าดัชนีความตรง (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามคุณภาพบริการ เท่ากับ .97 และแบบสอบถามการตัดสินใจเข้ารับบริการ เท่ากับ 1.0 นำไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในชุมชน จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97 และ .94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก คณะผู้วิจัยได้ทำ

หนังสือถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล และประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองและนำกลับทันที โดยผู้วิจัยสามารถเก็บแบบสอบถามคืนได้ 120 ฉบับ และแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 92.31

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณจากแบบสอบถามคุณภาพบริการ และแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพบริการ และการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โดยปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรแรงนับ ได้แก่ อายุ (ปี) จำนวนปีที่เรียนหนังสือ และรายได้ต่อเดือน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรนามบัญญัติ ได้แก่ เพศ และอาชีพ แปลงเป็นตัวแปรหุ่นก่อนจึงทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) โดยทำการทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ (normality)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 2.06 การตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองภายในตัวแปรพบค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.57-2.83 ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .35-.63

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รับรองเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2566 หมายเลข COA No. 015/66 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในโครงการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม และการนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.70 มีอายุเฉลี่ย 59.65 ปี ($SD = 11.13$) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.10 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 40.40 อายุ 41 – 50 ปี และอายุ 20 – 30 ปี เท่ากัน ร้อยละ 2.90 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยจำนวนปีการศึกษา 7.86 ปี ($SD = 3.61$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 61.50 มัธยมศึกษา ร้อยละ 27.90 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 4.80 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 3.90 และอนุปริญญา ร้อยละ 1.90 ตามลำดับ ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 27.90 รองลงมา อาชีพ เกษตรกร และรับจ้าง เท่ากัน ร้อยละ 26 อาชีพรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 26.00 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 8.70 และอาชีพรับราชการ ร้อยละ 1.00 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ย

4,184.62 บาท ($SD = 5,361.53$) มีรายได้ 1,001-5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 46.20 รองลงมา รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 31.70 รายได้ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 16.30 รายได้ 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 2.90 รายได้ มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 1.90 และรายได้ 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 1.00 ตามลำดับ

2. ระดับคุณภาพบริการ และการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ผลการวิจัยพบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.27$, $SD = .50$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้รับบริการ ($M = 4.34$, $SD = .66$) รองลงมา คือ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ($M = 4.32$, $SD = .67$) และต่ำสุดในด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ($M = 4.21$, $SD = .74$) การตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.33$, $SD = .53$)) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านพฤติกรรมหลังการใช้บริการ ($M = 4.45$, $SD = .64$) รองลงมาคือ การรับรู้ความต้องการ ($M = 4.44$, $SD = .66$) และต่ำสุดในด้านการประเมินทางเลือก ($M = 4.21$, $SD = .74$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของคุณภาพบริการ และการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ($n = 120$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
คุณภาพบริการ	4.27	.50	มากที่สุด
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	4.24	.75	มากที่สุด
ความเชื่อถือในการให้บริการ	4.23	.72	มากที่สุด
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.21	.74	มากที่สุด
การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	4.32	.67	มากที่สุด
ความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้รับบริการ	4.34	.66	มากที่สุด
การตัดสินใจเลือกใช้บริการ	4.33	.53	มากที่สุด
การรับรู้ความต้องการ	4.44	.66	มากที่สุด
การค้นหาข้อมูล	4.32	.65	มากที่สุด
การประเมินทางเลือก	4.19	.75	มาก
การตัดสินใจเลือกใช้บริการ	4.31	.69	มากที่สุด
พฤติกรรมหลังการใช้บริการ	4.45	.64	มากที่สุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพบริการ และการตัดสินใจเข้ารับบริการ

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า เพศ อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการตัดสินใจเข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29$, $-.23$)

ตามลำดับ) คุณภาพบริการในด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเชื่อถือในการให้บริการ และการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการตัดสินใจเข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .83, .79, .76, .74$ ตามลำดับ) สำหรับด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการตัดสินใจเข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .66$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	Y
อายุ (X1)	1										
เพศ (X2)	-.01	1									
จำนวนปีที่เรียนหนังสือ (X3)	-.47**	.16	1								
อาชีพ (X4)	.47	.17	.61	1							
รายได้ต่อเดือน (X5)	.44**	.29**	.41**	.59	1						
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (X6)	.16	.09	-.05	.60	.12	1					
ความเชื่อถือในการให้บริการ (X7)	.28**	-.07	-.15	.08	-.06	.72**	1				
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (X8)	.33**	-.16	-.22*	.22	-.07	.70**	.83**	1			
การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ(X9)	.27**	.06	-.28**	.17	-.07	.54**	.80**	.77**	1		
ความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้รับบริการ(X10)	.28**	-.08	.20*	.05	.08	.59**	.75**	.81**	.78**	1	
การตัดสินใจเข้ารับบริการ (Y)	.29**	-.05	-.23*	.02	-.09	.66**	.76**	.74**	.79**	.83**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. ปัจจัยคุณภาพบริการสามารถทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า คุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเป็นรูปธรรมของการบริการ ($Beta = .44, .33, .22$) สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 13.78, p < .01$) โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 77.70 ($R^2_{Adj} = .777, SEE = 2.77$) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยคุณภาพบริการทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัจจัย	b	S.E.	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	2.20	2.59			
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (X_1)	.51	.14	.22	3.71**	<.01
การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (X_2)	.69	.16	.33	4.23**	<.01
ความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ (X_3)	.90	.17	.44	5.44**	<.01
$R = .88, R^2 = .777, R^2_{Adj} = .770$ และ $F = 13.78$					

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. คุณภาพบริการและการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าโดยรวมตัวแปรคุณภาพบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด และในรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisompoch (2014) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการด้านพฤติกรรมบริการโดยรวมในระดับมาก อธิบายได้ว่า พฤติกรรมบริการ ซึ่งรวมถึง มีความพึงพอใจในเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และมีท่าทียิ้มแย้มแจ่มใส เห็นอกเห็นใจ และเกิดไว้วางใจต่อการให้บริการ และการศึกษาของ Sangthong and Chotchara (2020) ศึกษาปัจจัยคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman et al. (1998) และ Gronroos (2001) ได้อธิบายองค์ประกอบความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการว่า เป็นความสามารถในการดูแลเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ รวมถึง การแก้ปัญหาให้อย่างมีความเข้าใจในผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้ประชาชนมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมากที่สุด จึงส่งผลให้ประชาชนตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Panngam et al., 2018; Phonsamrong et al., 2018)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพบริการ และการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบายได้ว่า ประชาชนที่มารับบริการส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 59.65 ปี โดยเข้าใกล้วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Irurita (1999) พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลจากพยาบาล และผู้ดูแลมากกว่าวัยอื่น สำหรับระดับการศึกษา จำนวนปีที่เรียนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่เรียนหนังสือที่มากขึ้น ทำให้บุคคลได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์และช่องทางในการสื่อสารกับบุคคล การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้มากขึ้น ทำให้มีการตัดสินใจที่ดีและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม (Nutbeam, 2008; Chandanasotthi et al., 2023) จึงทำให้มีการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อยลง ในขณะที่เพศ และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงาน โดยสังคมชนบทเพศไม่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่วนใหญ่มีรายได้ ประมาณ 1,001 – 5,000 บาท จึงจะให้ความสนใจในการทำงานหาเลี้ยงชีพมากกว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักจะใช้วิธีซื้อยามารับประทานเอง มากกว่าที่จะไปรับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพ เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกและการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่ได้มีความซับซ้อน ค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก จึงยอมจ่ายเอง เพื่อไม่ต้องเสียเวลาในการทำงาน (Sripirom et al., 2017)

สำหรับคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเชื่อถือในการให้บริการ และการตอบสนองต่อผู้รับบริการ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเข้ารับบริการอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความสำคัญกับการสร้างความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้รับบริการ เปิดโอกาสให้ตอบคำถามและเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ มีการสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการต้องแสดงความสามารถ ทักษะและความรู้ สร้างความเชื่อถือในการให้บริการ ให้การบริการทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว เข้าถึงการได้รับบริการโดยง่าย (Tupho, 2014) สำหรับด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเข้ารับบริการอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความเพียงพอของอุปกรณ์และเครื่องมืออยู่ในระดับต่ำ รวมถึงระบบการบันทึกยังคงใช้เอกสาร อาจทำให้ไม่มีความพร้อมเท่าที่ควร ส่งผลให้ประชาชนได้รับการบริการที่ล่าช้า การได้รับสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณกับด้านวัสดุอุปกรณ์มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Sangthong & Chotchara, 2020)

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพบริการต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรคุณภาพบริการ ได้แก่ ด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ ด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ ร้อยละ 77.40 คุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการมีอำนาจทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการสูงสุด ($Beta = .44$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยคุณภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือในการให้บริการ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ร่วมกันทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจาก ความเห็นอกเห็นใจ คือ การที่บุคลากรเข้าถึงความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรม และมีความเข้าใจผู้รับบริการ ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Itsarangkul Na Ayutthaya et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การที่เจ้าหน้าที่มีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ในการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน ให้ความสนใจต่อข้อซักถามของผู้มารับบริการ และให้คำอธิบายตอบข้อสงสัยได้ตรงประเด็น จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจ (Panngam et al., 2018) ด้านการสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการย่อมต้องการความมั่นใจ ได้แก่ บริการที่ดี มีคุณภาพ และมีชีวิตที่ปลอดภัยเมื่อไปรับบริการ จึงทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ รวมทั้ง ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ซึ่งในการศึกษานี้ เป็นการให้ความสำคัญต่อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความทันสมัย สิ่งแวดล้อม

ภายในโรงพยาบาล และความสุภาพ อ่อนโยนของบุคลากร โดยผู้รับบริการได้รับการตอบสนองที่รวดเร็ว ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเข้ารับบริการมากขึ้น (Itsarangkul Na Ayutthaya et al., 2024)

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาการมารับบริการโดยทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยไม่ได้จำแนกตามประเภทหรือกลุ่มวัยของผู้รับบริการ ซึ่งอาจมีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์การปกครองส่วนจังหวัดและผู้บริหารของ รพ.สต. ควรให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งคุณภาพการบริการของบุคลากร ในด้านความเห็นอกเห็นใจ การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเป็นรูปธรรมของการบริการ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบการพัฒนาเพื่อการบริการที่เป็นเลิศ (excellent service behavior: ESB)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปรียบเทียบตามกลุ่มวัย ตามขนาดของโรงพยาบาล หรือตามรูปแบบการให้บริการ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก

รายการอ้างอิง

- Best, J. W. (1981). *Research in education*. Prentice-Hall.
- Chandanasotthi, P., Waelveerakup, W., Chowsilpa, N., Pasuwan, D., Jantacumma, N., Namarak, R., Tepsuwan, J., & Jongchaipuk, K. (2023). Predicting factors of health literacy among persons with diabetes in Nakhon Pathom province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 6(3), 18–31. (in Thai)
- Gronroos, C. (2001). *Service management and marketing: A customer relationship management approach*. Willey.
- Health Education Department, Ministry of Public Health. (2022). *Implementation manual for health education standards at Tambon Health Promotion Hospital*. Health Education Department, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Irurita, V. (1999). Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 5(2), 86-94. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00156.x>

- Itsarangkul Na Ayutthaya, P., Naipinit, T., Mungmee, N., Chaisri, P., & Khoonyoo, B. (2023). The factors of service quality affecting the decision making to choose the service of Srisuksamran Subdistrict Health Promoting Hospital in Ubolratana District, Khon Kaen Province. *College of Asian Scholars Journal*, 2(2), 132-144. (in Thai)
- Kotler, P. & Keller, K. L. (2006). *Marketing management* (12th ed.). Pearson.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Official statistics registration systems. (2023, November 20). *Registration statistics system*. <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
- Panngam, C., Namkhot, T., & Rachabuanoi, S. (2018). Satisfaction of service recipient's health at Health Promotion Hospital Hua Thale Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province. *Chalermkanchana Academic Journal*, 5(1), 69-79. (in Thai)
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(1), 44-59. <https://doi.org/10.2307/1251430>
- Phonsamrong, W., Khammun, P., & Kabbourloy, C. (2018). *People's satisfaction to the service of health provision hospital Nongmek Subdistrict, Nongsonghong District, Khon Kaen Province* [Unpublished master's thesis]. Mahamakut Buddhist University. (in Thai)
- Sangthong, K., & Chotchara, P. (2020). Factors of service quality affecting the decision making to use service of Nabon Hospital in Nakhon Si Thammarat. *Local Administration Journal*, 13(2), 171-184. (in Thai)
- Sripirom, R., Rattanachodpanich, T., Phumas, P., Sakolchai, S., Chantapasa, K., Limwattananon. S., Tisayaticom, K., Patcharanarumol, W. & Tangcharoensathien, V. (2017). Self medication among Thai people by buying medicines from community pharmacy. *Journal of Health Systems Research*, 11(3), 369-377. (in Thai)
- Srisompoch, W. (2014). Factors related to health service quality satisfaction of chronic patients attending Tambon Health Promoting Hospital, Bangkheaw District, Phattalung Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 14(1), 1-14. (in Thai)
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. (5th ed.). Allyn and Bacon.

- Thongkam, P. (2024). Development of the primary health care system after the transferring of the sub-district health promoting hospital to the provincial administrative organization: A case study of the sub-district health promoting hospital in Nakhon Ratchasima. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 10(1), 176-198. (in Thai)
- Tupho, P. (2014). Factors affecting the participation of personnel in improving the quality of sub-district health promoting hospital, Nakhon Pathom province. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 7(2), 475-491. (in Thai)
- Widayati, M. Y., Tamtomo, D., & Adriani, R. B. (2017). Factors affecting quality of health service and patient satisfaction in community health centers in North Lampung, Sumatera. *Journal of Health Policy and Management*, 2(2), 165-175. (in Thai)
- World Health Organization. (1978). *Report of the international conference on primary health care, Alma Ata, 6-12 September 1978*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1>



บทความวิจัย (Research article)

ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในการพัฒนาศักยภาพเด็ก

และการเตรียมความพร้อมเข้าโรงเรียน

The Experiences of Autistic Parents

in Childhood Development and Preschool Readiness

วิลาวัณย์ กล้าแรง¹, ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง^{1*}, กัลยรัตน์ ศรีกล้า¹,

พยอม ตันทจรรยา², รุจิสร สุระถาวร¹

Wilawan Klaraeng¹, Chaiwat Onthaisong^{1*}, Kanyarat Sornkla¹,

Payom Tantajanya², Rujisan Surataworn¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chaiwat@bcnsurin.ac.th)

(Received: July 4, 2024; Revised: December 6, 2024; Accepted: December 8, 2024)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิทยาการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและเรื่องเล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในการพัฒนาศักยภาพเด็กและการเตรียมความพร้อมเข้าโรงเรียน ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำนวน 15 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อพรรณนาผลการศึกษา ด้วยประสบการณ์ชีวิต และเรื่องเล่า

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ปกครองทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กออทิสติก เสมือนเป็นทั้งพ่อแม่ ครู และหมอ 2) พ่อแม่ ทีมรักษา ครู ต่างฝ่ายต่างร่วมกันเป็นครูฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ฝึกความพร้อมไปโรงเรียน พ่อแม่เรียนรู้เข้าใจเอาใจใส่ฝึกกระตุ้นพัฒนาการลูก แพทย์และทีมรักษาฝึกพัฒนาการเด็กและฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กให้กับผู้ปกครอง ครูทำหน้าที่ทั้งสอนและฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กต่อเหมือนเด็กเป็นลูกตัวเอง 3) ความสำเร็จคือครอบครัวมีความรู้คู่ความรัก ลูกได้รับการรักษาเข้าสู่ระบบโรงเรียนอย่างมีคุณภาพ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีอาชีพเลี้ยงตัว 4) อุปสรรคด้านผู้ปกครอง เด็ก โรงเรียน และสังคม 5) ความต้องการของผู้ปกครองเด็กออทิสติกต่อบุคคลและสถาบันที่เกี่ยวข้อง และการให้ความช่วยเหลือจำเป็นแก่เด็กและครอบครัว

ทีมผู้บริหารการศึกษาควรจัดเตรียมระบบการส่งเสริมสนับสนุนผู้ปกครองเด็กอย่างเป็นรูปธรรม จัดเตรียมระบบการศึกษาที่มีคุณภาพแก่เด็กออทิสติก ทีมแพทย์และครูผู้สอนควรให้การรับฟัง เข้าใจ เห็นใจ

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์
Registered Nurse (Professional Level), Surin Hospital

และตระหนักในประสบการณ์ชีวิตของผู้ปกครองเด็กออทิสติก และพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต, ผู้ปกครอง, ออทิสติก

Abstract

This qualitative research, life experiences and narrative approach aims to explore the lived experiences of parents of children with autism in enhancing their children's developmental potential and preparing them for school. The participants comprised 15 purposively selected parents of children with autism, meeting specific inclusion criteria. Data collection involved in-depth interviews and behavioral observations, with thematic content analysis conducted using a phenomenological framework to narrate findings through lived experiences and storytelling.

The results reveal five main findings: 1) Parents assume multifaceted roles as caregivers, teachers, and healthcare providers for their autistic children. 2) Collaboration among parents, healthcare teams, and teachers is essential in fostering developmental stimulation and school readiness. Parents gain understanding and skills to support their children, while healthcare providers train both children and parents, and teachers continue developmental efforts as though the children were their own. 3) Successful outcomes include families combining knowledge with love, children receiving appropriate interventions, integration into quality educational systems, social adaptation, and eventual self-sufficiency. 4) Challenges arise from parental, child, institutional, and societal barriers. 5) Parents express specific needs for support from individuals and institutions to address the challenges faced by their children and families.

Educational administrators should establish structured systems to support parents and ensure quality education for children with autism. Healthcare providers and educators are encouraged to listen empathetically, recognize the lived experiences of these parents, and develop skill-building programs tailored to their needs in caring for children with autism.

Keywords: Lived experiences, Parents, Autism

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ออทิสติก คือ ความบกพร่องในทักษะทางสังคมและการสื่อสารร่วมกับอาการหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างมากเกินไปหรือพูดซ้ำ ๆ ขาดความยืดหยุ่น ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555 และพระราชบัญญัติส่งเสริม

และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 กำหนดให้เป็นผู้พิการประเภท 7 หรือความพิการทางออทิสติก (Sirirutraykha, 2018) และในทางการแพทย์ ตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กเรียกว่า “Autism Spectrum Disorder - ASD” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F84) มีลักษณะหลัก คือ 1) มีความบกพร่องในการพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย (social communication and social interaction) และ 2) มีพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น (restricted, repetitive patterns of behavior, interest or activities) (World Health Organization, 1993) ซึ่งอาการดังกล่าวแสดงออกตั้งแต่เล็ก ส่งผลต่อความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพ หรือหน้าที่การทำงานอื่นที่สำคัญ มีการประมาณการว่าเด็กทั่วโลกประมาณ 1 ใน 100 คนเป็นออทิสติก (World Health Organization, 2023) จากรายงานสถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทย ปี พ.ศ. 2565-2566 พบอัตราป่วยรายใหม่ มีอายุ 2-5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 112.87 คนต่อ 100,000 ประชากร (Chutha et al., 2023)

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยออทิสติก จำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายวิชาชีพในการวางแผนการดูแลตามสภาพปัญหาของเด็กแต่ละคน เพื่อให้มีประสิทธิผลสูงสุด รวมทั้ง การดูแลของผู้ปกครอง การดูแลด้วยความรัก ค่อย ๆ พัฒนาด้วยความเข้าใจ สามารถช่วยเหลือให้ลูกมีพัฒนาการดีขึ้นได้เต็มตามศักยภาพ สามารถเรียนรู้ และใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข เด็กออทิสติกที่มีศักยภาพสูงและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถเรียนรู้ในระบบโรงเรียน จบการศึกษาไปทำงานได้หลากหลายอาชีพตามความสนใจ และตามความสามารถของแต่ละคน เช่น แพทย์ วิศวกร นักวิจัย นักธุรกิจ นักออกแบบ นักดนตรี พนักงานบริการ งานช่าง ประกอบกิจการส่วนตัว ฯลฯ อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบมักไม่ใช่เรื่องของความสามารถในงานที่ทำ แต่เป็นทักษะทางสังคม และการยอมรับจากคนรอบข้าง (Sirirutraykha, 2022) เด็กออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาปกติ สามารถสื่อสารได้และพูดได้ตามวัย แต่ในรายที่มีสติปัญญาบกพร่องจะมีพัฒนาการบกพร่องหลายด้าน และมีพูดช้าร่วมด้วย (Sinrachatanant, 2024) ส่งผลให้ผู้ปกครองประสบกับปัญหาหลายประการ จึงต้องการกำลังใจจากครอบครัวและการช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งช่วยให้มีพลังกายและพลังใจในการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น (Chansuwan et al., 2016) จึงควรมีแนวทางการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การดูแลแบบบูรณาการจากทีมสหวิชาชีพและบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Wonkittirungrueang, 2019)

จากการสำรวจของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสุรินทร์ มีเด็กออทิสติก จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 0.22 จากจำนวนผู้พิการทั้งหมด 77,639 คน (Surin Provincial Social Development and Human Security Office, 2022) จังหวัดสุรินทร์มีทั้งศูนย์บริการออทิสติก ซึ่งเกิดจากการผลักดันของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์ มีชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสติก ที่ก่อตั้งขึ้นจาก ความร่วมมือของผู้ปกครองเด็กออทิสติก และได้รับการสนับสนุนให้เป็นเครือข่ายการขับเคลื่อนการยกระดับการทำงานอย่างมีมาตรฐานจากสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก (ไทย) รวมทั้ง มีศูนย์การศึกษาพิเศษที่เปิดรับนักเรียนทุกประเภทความพิการ และมีโรงเรียนซึ่งมีห้องเรียนคู่ขนาน อย่างไรก็ตามครอบครัวของเด็กอาศัยอยู่กระจายหลายอำเภอ ซึ่งห่างไกลโรงเรียนและแหล่งบริการ คลินิกจิตเวช

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งให้บริการตรวจรักษาทุกช่วงเช้าของวันอังคารและวันพฤหัสบดี และมีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จึงเป็นโอกาสของเด็กออทิสติกที่จะได้รับการดูแลพัฒนาศักยภาพอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การดูแลแบบบูรณาการจากทีมสหวิชาชีพและบุคคลที่เกี่ยวข้อง จำเป็นที่จะต้องทราบประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในการพัฒนาศักยภาพเด็กและการเตรียมความพร้อมเข้าโรงเรียน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษานี้มาก่อน การศึกษานี้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาการดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ความสำเร็จ อุปสรรค และความต้องการของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในการพัฒนาศักยภาพเด็ก และการเตรียมความพร้อมเข้าโรงเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยวิธีวิทยาการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและเรื่องเล่า (life experiences and narrative approach) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Informants) คือ บิดาหรือมารดาเด็กออทิสติก ที่เคยเรียนในศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดสุรินทร์ หรือโรงเรียนที่มีห้องเรียนคู่ขนาน และเคยมารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็ก 2) อายุ 30 ปีขึ้นไป ซึ่งมีวุฒิภาวะมากพอในการเลี้ยงดูเด็ก 3) ให้การดูแลต่อเนื่องมากกว่า 7 ปี และ 4) เคยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลเด็กเพื่อเข้าเรียน โดยศูนย์การศึกษาพิเศษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยมีคำถามหลัก ได้แก่ 1) ความหมายของออทิสติกในความคิดเห็นของท่านคืออะไร 2) เล่าชีวิตของตนเองที่เป็นผู้ปกครองเด็กพิเศษว่าในแต่ละวันเป็นอย่างไรบ้าง 3) ประสบการณ์ในการดูแลเด็กออทิสติกเป็นอย่างไรบ้าง 4) ท่านได้พัฒนาศักยภาพเด็กอย่างไร หรือ มีการเตรียมเข้าสู่โรงเรียนอย่างไรบ้าง และคำถามรอง ได้แก่ 1) การเตรียมตัวเอง หรือการปรับวิธีการเลี้ยงดู 2) การประเมินพัฒนาการเด็ก 3) การแก้ปัญหาเมื่อมีอุปสรรค 4) อยากจะบอกอะไรกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (คนในครอบครัวผู้ปกครอง ครู การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ) เป็นต้น

2. แบบสังเกตพฤติกรรมการให้ข้อมูล การใช้คำพูด สีหน้าท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครอง และเด็ก เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสังเกตพฤติกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวิจัยคุณภาพ และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 คำนึงถึงหลักจริยธรรม จะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนดำเนินการการสัมภาษณ์เชิงลึกควบคู่กับการสังเกต และก่อนการบันทึกเสียง ใช้การบันทึกภาคสนาม (field note) บันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยพบระหว่างการศึกษ เพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของบริบทในพื้นที่ แต่ละรายจะสัมภาษณ์ครั้งเดียวโดยจะเก็บข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (saturation) โดยใช้เวลา 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) (Phothisita, 2019) ดังนี้ 1) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ทั้งที่เป็นคำพูด อากัปกริยาและท่าทีของผู้ให้สัมภาษณ์ มาจัดระบบด้วยการแจกแจงด้วยการตีความและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล 2) สังเคราะห์และจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ นำข้อความของผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนมาบูรณาการและจัดเรียงให้เข้ากลุ่ม เพื่อนำไปกำหนดเป็นปัจจัยในด้านต่าง ๆ ตามหลักการและทฤษฎีที่เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย 3) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลได้สมเหตุสมผลและถูกต้อง ลดอคติ เขียนรายงานผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยใส่รหัสผู้ให้สัมภาษณ์กำกับไว้ และ 4) เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้ มาสร้างข้อสรุปจากข้อมูลชุดต่าง ๆ โดยการวิเคราะห์เพื่อสร้างเรื่องเล่า (narrative analysis) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แยกแยะเป็นหมวดหมู่ ตีความและนำเสนอด้วยการบรรยายแบบเล่าเรื่อง

สร้างความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยเปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เพื่อยืนยันตรวจสอบกันและเพิ่มเติมความสมบูรณ์ครบถ้วน ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 03-07-66 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรม รวมทั้ง การรักษาความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปยังอาสาสมัครการวิจัยได้ และทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ ภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นบิดา หรือมารดาของเด็กออทิสติก จำนวน 15 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 12 คน มีความสัมพันธ์กับเด็ก ส่วนใหญ่เป็นมารดา 11 ราย อายุระหว่าง 35-64 ปี เป็นผู้สูงอายุ 2 คน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี 9 คน อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ 6 คน ที่เหลือเป็นแม่บ้าน และธุรกิจส่วนตัว มีรายได้อยู่ในช่วง 9,000-60,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่รายได้มากกว่า 20,000 บาท และภูมิลำเนาส่วนใหญ่อำเภอเมืองสุรินทร์ จำนวน 7 คน มีระยะเวลาในการดูแลเด็ก 9-17 ปี บางครอบครัวมี

ทั้งปู่ย่าตายาย น้ำ อา พี่สาว และพี่ชาย ครอบครัวที่มีพี่เลี้ยงเด็ก จำนวน 1 ราย การเรียนรู้การเลี้ยงดูเด็ก ได้รับความรู้จากศูนย์การศึกษาพิเศษ และจากแพทย์ผู้รักษาของโรงพยาบาลจังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

เด็กออทิสติกมีอายุในช่วง 8-29 ปี ส่วนใหญ่สังเกตเห็นอาการเมื่ออายุ 2 ปี จำนวน 5 ราย นอกนั้นอายุ 1-4 ปี อายุเด็กขณะได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กฯ ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 2-4 ปี

2. ประสบการณ์ความสำเร็จ อุปสรรค และความต้องการของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในการ พัฒนาศักยภาพเด็ก และการเตรียมความพร้อมเข้าโรงเรียน สามารถจำแนกเป็นประเด็น ดังนี้

2.1 การแสดงบทบาทที่หลากหลายของผู้ปกครอง ผู้ปกครองทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กออทิสติก เสมือนเป็นทั้งพ่อแม่ เป็นครูและเป็นหมอดูด้วย โดยพ่อแม่ทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกออทิสติกด้วยความเหนื่อยยาก มากกว่าเด็กปกติทั่วไปอย่างมาก พยายามแสวงหาแหล่งบริการที่ดีที่สุดให้ลูก และยังทำหน้าที่เสมือนเป็น หมอ เช่น คอยกระตุ้นพัฒนาการ พยายามฝึกลูกซ้ำ ๆ ตามแพทย์แนะนำ ทำหน้าที่เสมือนเป็นครูคอยสอน และฝึกเด็กซึ่งยากมาก เช่น การจัดตารางกิจวัตรให้เด็กเรียนรู้ทำกิจกรรมเป็นเวลา เป็นต้น พ่อแม่จึงมีความเครียดวิตกกังวลใจอย่างมาก กังวลไปถึงว่าเวลาพ่อแม่จากไปแล้วลูกจะอยู่อย่างไร ทุกครอบครัวต้อง ปรับตัวปรับใจ ปรับวิธีการเลี้ยงดูเด็ก บางครอบครัวมีลูกเป็นออทิสติกถึง 2 คน ซึ่งยากมากเหนื่อยมาก บาง ครอบครัวต่อสู้มายาวนานจนกระทั่งเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้ผู้ปกครองเกิดทักษะ ความเชี่ยวชาญมากขึ้น ผู้ปกครองกระทำทุกสิ่งเพื่อให้แน่ใจว่าเมื่อไม่มีพ่อแม่แล้วลูกจะสามารถดูแลตัวเองได้ เด็กเรียนรู้เองไม่ได้ผู้ปกครองต้องฝึกเด็กทุกอย่างด้วยความเข้มแข็งและอดทน โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล และ ครูอยู่เบื้องหลัง ตัวอย่างเช่น

“ตอนรู้ว่าลูกเป็นออทิสติกก็ตกใจมาก ตอนลูกเล็ก ๆ แม่เหนื่อยมาก เพราะลูกไม่อยู่นิ่ง แล้วก็กังวลมากกว่า จะช่วยเหลือตัวเองได้ไหม เวลาแม่จากไปแล้ว ลูกจะอยู่ยังไง.. ก็พยายามกระตุ้นพัฒนาการฝึกลูกซ้ำ ๆ ตามหมอแนะนำ เช่น อ่านหนังสือนิทานให้ฟัง พาไปเดินเล่น พาไปว่ายน้ำ” (parent 8)

“พอสังเกตเห็นความผิดปกติของลูกก็พาไปหาหมอที่กรุงเทพฯ (โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง) รู้สึกว่าไม่ค่อยมีความก้าวหน้า พอมีคนแนะนำให้ไปที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ก็พาลูกไปเลย.. รู้สึกว่าดีจริงก็รักษาที่นั่นมา ตลอด..ก็เหนื่อยมากแหละ ต้องคอยสังเกตคอยฝึกลูกซ้ำ ๆ ทุกอย่าง ไม่ทำ ไม่ได้เลย..แต่ต้องทำ” (parent 15)

“มีลูกเป็นออทิสติกสองคนก็เหนื่อยเพิ่มขึ้นนะ แต่การดูแลง่ายขึ้น เพราะลูกชายคนโตที่เป็น ออทิสติก (ด้านสติปัญญา) ตอนนี้อายุ 21 ปีแล้ว พอน้องเข้าเรียนเตรียมอนุบาลได้ แต่ยังพูดสื่อสารไม่ได้ แม่ได้อธิบายคุณครู และผู้ปกครองเด็กในชั้นให้เข้าใจ มีการจัดทำตารางให้น้องเรียนรู้ทำกิจกรรมเป็นเวลา เราก้าวข้ามผ่านพ้นจากพีคไต่” (parent 12)

2.2 การร่วมกันกระตุ้นพัฒนาการเด็ก พ่อแม่ ทีมรักษา ครู ต่างฝ่ายต่างร่วมกันเป็นครูฝึก กระตุ้นพัฒนาการเด็ก ฝึกความพร้อมไปโรงเรียน พ่อแม่ทำหน้าที่เป็นครูฝึกกระตุ้นพัฒนาการลูก ฝึกลูก ตามแผนการรักษาของแพทย์และทีมรักษา โดยฝึกพฤติกรรมดี ปกติ จัดการแก้ไขกับพฤติกรรมที่ไม่ปกติ หรือที่ไม่ดีอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาจนมีพฤติกรรมพื้นฐานตามวัย ถ้าลูกมีพัฒนาการไม่สมวัย ก็จะปรึกษา แพทย์เฉพาะทางหรือที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งโดยปกติแพทย์และทีมรักษาจะกำหนดไปฝึกการกระตุ้น พัฒนาการเด็กเป็นระยะ ๆ และยังฝึกทักษะของผู้ปกครองในการกระตุ้นเด็กที่บ้าน ผู้ปกครองต้อง

กระตุ้นเด็กและดูแลให้เด็กกินยาตามอาการ ฝึกให้เด็กช่วยเหลือตัวเอง ใส่เสื้อผ้าเอง เข้าห้องน้ำเอง ทำงานที่ได้รับมอบหมาย ฝึกการเข้ากับเพื่อน บางครอบครัวดูแลอาบน้ำให้ลูก กินข้าว พุดคุย หยอกล้อเล่นกัน ดูโทรทัศน์บ้าง พาเก็บผ้า ยกตะกร้าผ้า เก็บผ้าเข้าตู้ พารดน้ำต้นไม้ เดินออกกำลังกายบ้าง สอนลูกเรื่องการอยู่ร่วมกับสังคม เวลาลูกทำผิดจะไม่ดุ หรือลงโทษ จะหาตัวอย่างมาอธิบายให้ฟัง วิธีการฝึกพื้นฐานสำคัญและเตรียมเด็กให้มีความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน เช่น 1) ฝึกให้เข้าใจคำสั่งง่าย ๆ ฝึกการสื่อสารความต้องการของตนเองได้บ้าง นำทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้พอประมาณ ฝึกการช่วยเหลือตนเองได้ 2) ฝึกให้นั่งนิ่ง ๆ ได้ 10 นาที 3) ฝึกการพุดคุยกับคนอื่นได้ 4) ฝึกให้รู้จักการรอคอย และการมีมารยาทพื้นฐาน 5) ฝึกการแสดงอารมณ์ไม่ให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น ผู้ปกครองกลุ่มที่มีรายได้มาก และกลุ่มที่มีรายได้น้อย มีการดูแลต่างกันบ้าง เช่น การดูแลของครอบครัวที่มีรายได้มากจะมีเงินจ้างพี่เลี้ยงมาช่วยดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด

เมื่อเด็กถึงวัยเข้าโรงเรียน บางครอบครัวก็พาเด็กไปดูโรงเรียน ดูห้องเรียน อ่านนิทานเกี่ยวกับโรงเรียน หาวิดีโอที่เกี่ยวกับการไปโรงเรียนให้เด็กดู ฝึกเด็กให้มีความพร้อมตามเกณฑ์เข้าเรียน จนเด็กสามารถเข้าโรงเรียนได้ เช่น ศูนย์การศึกษาพิเศษ ห้องเรียนเด็กพิเศษโรงเรียนเรียนรวม ที่โรงเรียนครูจะทำหน้าที่ทั้งสอนและกระตุ้นพัฒนาการเด็กต่อ ครูดูแลเด็กเหมือนลูกตัวเอง และครูจะกระตุ้นผู้ปกครองให้ไปกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้านด้วย โดยจัดประชุมชี้แจง ทำหน้าที่ลักษณะร่วมมือกัน เด็กมีปัญหาพฤติกรรมเอาแต่ใจ ขอบติเพื่อน ก็ช่วยกันปรับพฤติกรรมร่วมกันกับครู ค้นคว้าหาความรู้หาวิธีช่วยเด็กจนมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ทั้งผู้ปกครองและครูต่างเรียนรู้การฝึกเด็กไปด้วยกัน ดังตัวอย่าง เช่น

“ฝึกการเข้าห้องน้ำ รับประทานอาหารเป็นเวลา กระตุ้นการอ่าน ฝึกบริหารปาก หาข้อมูลโรงเรียน เข้าไปคุยกับคุณครู เพื่อศึกษาร่วมกันและเตรียมลูกให้พร้อมเข้าโรงเรียนได้ เช่น ฝึกให้ลูกช่วยเหลือตนเอง นั่งนิ่ง ๆ ได้นานขึ้น และพุดคุยกับคนอื่นได้..” (parent 12)

“พาเขาไปโรงเรียนกับแม่เพื่อฝึกให้เข้าสังคมตั้งแต่เด็ก” (parent 3)

“น้องชอบมาโรงเรียนมากค่ะ ครูดูแลลูกเรายังจะเป็นลูกตัวเอง ครูยังสอนเทคนิคการกระตุ้นเด็กให้แม่ด้วย” (parent 11)

“หากยังสื่อสารไม่ได้ ก็จะนำเด็กเข้าสู่ระบบห้องเรียนเด็กพิเศษให้เขาพร้อมก่อน” (parent 14)

“ลูกเป็นออติสติกไฮฟังก์ชั่น. สังเกตลูกไม่สบตาเลย มีคนแนะนำให้ไปหาหมอจิตเวชเด็ก รพ.ศรีนครินทร์ (มข.) และศูนย์สุขภาพจิต (ขณะนั้น) หมอก็กกระตุ้นทั้งแม่และเด็กเลย ฝึกการกระตุ้นพัฒนาการให้แม่กลับไปทำที่บ้าน ได้รับความรู้ฝึกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย ตั้งแต่นั้นมาครอบครัวยอมรับ เข้าใจ และช่วยกันในการฝึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมให้เรียนพิเศษเสริมการเรียนรู้ก็ดีมาก เกรต 4.00 จนถึง ๒.4 จากนั้น เริ่มเล่น เกรตตกเป็น 3.7 จนถึงจบมัธยม คอยเสริมพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันให้ปกติ ได้ตอบปกติได้ แม้คิดว่าทำยากก็ทำได้..เมื่อไม่มีแม่แล้วเขาจะดูแลตัวเองได้ เราต้องฝึกลูกเองทุกอย่าง ให้เขาเรียนรู้เองไม่ได้เลย แม่ต้องฝึกลูกทุกอย่างพัฒนาเขาเองทั้งหมด มันต้องทำ ไม่ทำไม่ได้เลย..” (parent 15)

2.3 ความสำเร็จคือ ครอบครัวมีความรู้คู่ความรัก ลูกได้รับการรักษา เข้าสู่ระบบโรงเรียนอย่างมีคุณภาพ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีอาชีพเลี้ยงตัว ความสำเร็จในการดูแลเด็กออทิสติกเริ่มต้นจากพ่อแม่เลี้ยงดูลูกด้วยความรักความเข้าใจเอาใจใส่ ลูกได้รับการรักษาจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พ่อแม่ได้รับการฝึกการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกจนมีแนวทางในการปรับพฤติกรรมเด็กได้อย่างเหมาะสม เด็ก

สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ เด็กได้รับการเตรียมให้มีความพร้อมในการไปโรงเรียน จนกระทั่งได้เรียนในโรงเรียนของเด็กพิเศษที่มีคุณภาพ และสามารถประกอบอาชีพได้ อย่างไรก็ตามระดับความสำเร็จแต่ละครอบครัวแตกต่างกันไปตามเหตุปัจจัย เช่น อาการของเด็กและการเลี้ยงดู บางครอบครัวแค่เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ก็สำเร็จแล้ว บางครอบครัวเด็กต้องมีงานอาชีพทำด้วย ดังตัวอย่าง เช่น

“ความสำเร็จคือ ลูกได้รับการรักษามีพัฒนาการดีขึ้น ได้เข้าโรงเรียนที่มีคุณภาพ อ่านออกเขียนได้ อยู่กับคนอื่นได้” (parent 10)

“ภูมิใจที่ลูกมีพัฒนาการด้านดีขึ้นเรื่อย ๆ ขอขอบคุณ ผอ. รองผอ. และครู...(เอ่ยชื่อครู)” (parent 7)

“ลูกคนโต พอจบ ม.1- ม.6 ไปเรียนต่อ ปวช. (สารพัดช่าง คอมพิวเตอร์) ได้ทำงานเป็นช่าง” (parent 12)

“ครั้งหนึ่ง.. ลูกเขาจะให้เพื่อนดูคลิป (เรื่องหนึ่งที่กำลังดังมากในเวลานั้น)... แต่พอดีเป็นช่วงเที่ยงเพื่อน ๆ หิวข้าวไม่อยากดูคลิป แต่เขาไม่หยุดพยายามจะให้เพื่อนดูคลิปให้ได้.. ก็เกิดการทะเลาะบ่นกันสิ.. วันนั้นลูกกลับบ้านมาด้วยแผลรอยฟกช้ำเต็มตัว...ตั้งแต่วันนั้นลูกไม่ยอมไปเรียนอีกเลย แต่สุดท้ายลูกสามารถเปิดร้านรับส่งพัสดุจนปัจจุบันก็เจริญก้าวหน้าดี” (parent 15)

“กำหนดเป้าหมายในการดูแลลูก ให้สามารถช่วยเหลือตัวเอง และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ ทางบ้านจึงตัดสินใจให้ลูกเข้าเรียนที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดสุรินทร์ น้องได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ทำให้น้องมีพัฒนาการที่ดีขึ้น สามารถสื่อสารได้มากขึ้น” (parent 13)

“ครอบครัวเรายอมรับ และช่วยกันสร้างพฤติกรรมดีตลอดเวลา จะ “กอด” ลูกบ่อย ๆ จากมีการด่าจนลูกยอมรับและให้กอดอย่างมีความสุข โดยเฉพาะเมื่อจะสอนอะไรใหม่ ๆ ต้อง “กอด” กันก่อน มีการให้รางวัลเมื่อมีพฤติกรรมดีเกิดขึ้น เช่น กอด ชมเชย มีขนมบ้างบางครั้ง ลูกมีความสุข วางใจ คนในครอบครัว เมื่อมีความไม่เข้าใจ จะถามความเห็นของพ่อแม่เสมอ พ่อแม่จะอธิบายให้เข้าใจทุกครั้ง..” (parent 15)

2.4 อุปสรรคด้านผู้ปกครอง เด็ก โรงเรียน และสังคม พ่อแม่ผู้ปกครองบางท่านมีทักษะไม่เพียงพอ บางครอบครัวพ่อแม่ต้องทำงานต้องหางานทำเพิ่ม ไม่มีเวลาใกล้ชิดลูก บางครอบครัวมีฐานะดีหน่อยจะจ้างพี่เลี้ยงเด็กมาช่วยดูแลทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนอย่างใกล้ชิดด้วย ซึ่งพี่เลี้ยงก็ได้รับการฝึกกระตุ้นเด็กเช่นกัน บางครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของเด็กไม่ได้ โดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ เมื่อรับรู้ว่าเป็นออทิสติก จะรู้สึกเครียด สับสน ต่อมาค่อย ๆ เกิดการเรียนรู้ปรับความคิดใหม่ “คิดบวก” สร้างกำลังใจในการดูแลเด็ก เช่น คิดว่าเป็นบุญ เป็นการท้าทาย และเริ่มเปลี่ยนมาให้กำลังใจกัน ครอบครัวจึงผ่านช่วงเวลาที่ยุ่งยากมาได้ อุปสรรคด้านเด็ก คือ เด็กจะต่อต้านไม่ร่วมมือ ไม่อยู่นิ่ง ยังไม่รู้เรื่อง ยังพูดเป็นคำไม่ได้ ยากมากในการฝึกเด็กในช่วงแรก ๆ อุปสรรคด้านโรงเรียน เช่น โรงเรียนอยู่ไกล หรือบางโรงเรียนมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ความเข้าใจและการยอมรับเด็กพิเศษ ทักษะและประสบการณ์การดูแลพิเศษไม่เพียงพอ บางโรงเรียนเปลี่ยนครูบ่อยทำให้เรียนไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น ส่วนอุปสรรคด้านสังคมคนรอบข้าง บางคนไม่เข้าใจเด็ก มองเด็กกลุ่มนี้แปลก พิจารณาปัญญอ่อน บางคนแสดงอาการไม่ให้ลูกมาใกล้เด็ก ดังตัวอย่าง เช่น

“อุปสรรคที่สำคัญในการฝึกฝนเด็กช่วงแรก คือ เด็กต่อต้านไม่ร่วมมือ ไม่อยู่นิ่ง ไม่รู้เรื่อง พูดเป็นคำไม่ได้ ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง ทำให้พ่อแม่หมดกำลังใจ พาไปฝึกพูดที่โคราชด้วย.. แต่ก็ผ่านช่วงเวลานี้มาได้ เพราะคนในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจกัน” (parent 3)

“สังคมบางส่วนไม่เข้าใจ และมองเด็กกลุ่มนี้แปลก พิจารณาปัญหาล้วน บางครั้งบางคนยังแสดงอาการไม่ให้ลูกมาใกล้เด็ก เลี่ยงหนี ลูกเขารับรู้ได้ เขาเลยไม่อยากเล่นกับใคร ครอบครัวจะคิดบวกให้กำลังใจกัน ช่วยเหลือกัน ก็จะผ่านพ้นปัญหานี้ไปได้” (parent 4)

“โรงเรียนบางแห่ง บุคลากรไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลเด็กกลุ่มนี้อย่างเดียว จะต้องทำงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ทำให้เด็กไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ผู้บริหารสถานศึกษาควรให้ครูดูแลเด็กกลุ่มนี้อย่างเดียว” (parent 13)

“จัดพี่เลี้ยงเด็กไปช่วยดูแลลูกที่โรงเรียนด้วย พี่เลี้ยงได้รับการฝึกตั้งแต่ลูกอายุ 1 ขวบ จนเข้าเรียนก่อนปฐมวัย จะต้องมีการพี่เลี้ยงที่เข้าใจเด็กไปช่วยครูดูแลนอกห้องเรียน ต้องตกลงกับครูทุกคนจนถึงอนุบาล เมื่อเข้าประถม 1 ก็ไม่ต้องตามแล้ว.. แต่ต้องคุยกับคุณครูให้เข้าใจ ลูกไม่มีสมาธิสั้นเลย ปัญหาจึงน้อยมาก ลูกเรียนเป็นปกติจนกระทั่งถึงระดับอุดมศึกษา.. ก็เริ่มมีปัญหารุนแรงกับเพื่อนที่เรียนจนลูกไม่ยอมไปเรียนอีก..” (parent 15)

2.5 ความต้องการของผู้ปกครองเด็กออทิสติกต่อบุคคลและสถาบันที่เกี่ยวข้อง

1) การให้กำลังใจแก่ทุกคนในครอบครัวเด็กออทิสติก ดังตัวอย่าง เช่น

“ประสบการณ์ที่เรามีลูกออทิสติก 2 คน อยากให้กำลังใจบ้านอื่น ๆ อย่างที่ลูกเราไม่เหมือนคนอื่น เพราะเขาเป็นคนพิเศษสำหรับเรา ส่งกำลังใจให้ ทุกคนผ่านการร้องไห้ น้อยใจ มาแล้ว เราผ่านไปได้เพื่อลูก ๆ เรามีเราเป็นที่พึ่ง ขอให้มีกำลังใจ .ต้อง “ฝึก” พฤติกรรมไปพร้อมกับ “กอด” เด็กสำคัญมาก” (parent 12)

2) การมีโรงเรียนใกล้บ้าน มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการพัฒนาเด็กอย่างเพียงพอเหมาะสม ครูและครอบครัวต้องร่วมกันดูแลและฝึกเด็ก ดังตัวอย่าง เช่น

“สุรินทร์เราน่าจะมีสถานที่รองรับการฝึกพูด เพราะการสื่อสารได้เป็นการปลดล็อก และรักษาด้านพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้ .ต้องการให้มีกิจกรรมที่ผู้ปกครองเข้าร่วมด้วยค่ะ” (parent 7)

“ฝึกทักษะเชิงวิชาการ ภาษาไทย และคณิตศาสตร์ เพื่อเด็กกลุ่มนี้จะได้นำไปใช้ในอนาคต เพราะพื้นฐานการดำเนินชีวิตต้องอาศัยวิชา” (parent 5)

“เริ่มฝึกจากสิ่งที่ยากที่สุดที่ใกล้ตัว เช่น แบ่งกิจกรรมออกเป็นเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน ใช้คำพูดสั้น ๆ ให้รางวัลหรือแรงเสริมเมื่อเด็กสามารถทำตามที่ต้องการได้” (parent 9)

3) ผู้บริหารโรงเรียนเห็นความสำคัญของครูที่ดูแลเด็ก ให้ครูได้ดูแลเด็กโดยไม่ต้องปฏิบัติหน้าที่อื่นอีก เพราะภารกิจมากแล้ว และต้องการให้มีกิจกรรมนอกสถานที่

“ต้องการให้เข้าใจและรับฟังเด็ก ๆ ครูเสียสละมาทำหน้าที่แม่ก็เข้าใจว่าหนักมาก แต่ถ้าบุคลากรไม่เข้าใจ ผลกระทบจะเกิดต่อเด็ก จึงจำเป็นต้องประเมินบุคลากรด้านนี้ให้ได้ครูที่เข้าใจและมีทักษะ จัดหานักจิตวิทยาในด้านการฝึกพูด มาอบรมให้เด็ก ๆ ได้ฝึกพูด ทำห้องหรือสถานที่รองรับ” (parent 12)

“ศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นสถานศึกษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับเด็กกลุ่มออทิสติก เป็นที่ปลอดภัย และมีแนวทางการพัฒนาเด็กที่ตรงจุดกับการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ควรจัดกิจกรรมทัศนศึกษาบ้าง” (parent 14)

“ขอบคุณผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของศูนย์การศึกษาพิเศษ ที่ให้ความพร้อม ใส่ใจที่จะพัฒนาเด็กจนเรียนจบ สามารถช่วยเหลือตนเอง สื่อสารกับคนอื่นได้ ใช้ชีวิตในสังคมได้ ขอคุณที่ให้โอกาสเด็ก ๆ และครอบครัวของเด็ก ๆ เรียนรู้แนวทางการพัฒนาเด็กออทิสติก” (parent 2)

4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดูแลด้านการเลือกอาชีพที่เขาสามารถทำได้ เลี้ยงตัวได้ ชนม์ผู้ปกครองเด็กออทิสติกดูแลในเรื่องค่าใช้จ่ายหรือค่าเล่าเรียน ผู้ปกครองบางท่านเคยขอทุนแต่ยังไม่เคยได้รับทุน ต้องการให้ช่วยเหลือให้ทั่วถึง และต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กและการฝึกพูด ดังตัวอย่าง เช่น

“ต้องการให้มีหน่วยงานภาครัฐช่วยดูแลเด็กเมื่ออายุเกิน 18 ปี เพื่อการประกอบอาชีพหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง....อยากให้มีบ้านพักของเด็กออทิสติก หลังจากแม่หรือผู้ปกครองเสียชีวิตแล้ว ให้มีคนดูแลต่อมีอาชีพที่เขาพอทำได้” (parent 5)

“แม่เคยขอทุนแต่ไม่เคยได้” (parent 3)

“อยากให้มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญ หรือมีความรู้เฉพาะทางในการฝึกพูด ประจำที่ศูนย์ศึกษาพิเศษ และโรงพยาบาลของรัฐ อย่างเพียงพอ ปัจจุบันขาดแคลนบุคลากรด้านนี้มาก ครอบครัวต้องเดินทางไกลไปหาหมอต่างจังหวัด เสียค่าใช้จ่ายมาก และใช้เวลามาก เหนื่อยมากทั้งชีวิตพ่อแม่และลูก” (parent 13)

“อยากให้จิตแพทย์เด็กและทีมงานช่วยสื่อสารต่อสังคมให้มีความเข้าใจเด็ก เช่น ออทิสติกคืออะไร สามารถช่วยเหลือเด็กได้อย่างไรบ้าง โดยเฉพาะเรื่องการศึกษา และเรื่องการอยู่ในสังคมที่ปลอดภัย” (parent 9)

5) อยากให้ทุกคนในสังคมเข้าใจ ให้โอกาสเด็ก ๆ ไม่แสดงท่ารังเกียจหรือแบ่งแยก เข้าใจและยอมรับในความแตกต่าง “อย่าล้อเด็กเล่น” อย่าเห็นเขาเป็นตัวตลก สนับสนุนในสิ่งที่เขาสนใจ เข้าใจพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก ควรจะสนับสนุนให้เด็กมีกำลังใจที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ช่วยบอกเด็กปกติได้เข้าใจว่าที่เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นอาการของโรค ไม่ใช่เป็นคนไม่ดี ไม่อยากให้ปลุกฝังลูกว่าอย่ายุ่งหรือแสดงรังเกียจเด็กออทิสติก ดังตัวอย่าง เช่น

“การดูแลเด็กกลุ่มนี้ ต้องอาศัยความรัก ความเข้าใจ เป็นอย่างมาก การสื่อสารกับเค้าเมื่อเทียบกับเด็กปกติแล้วเด็กกลุ่มนี้ จะต้องใช้ความเข้าใจ ความพยายามมากกว่าหลายเท่า อาจเป็น 100 ครั้ง .. 1,000 ครั้ง. ต้องการให้สังคมเข้าใจเด็ก ๆ เหล่านี้เขาเลือกเกิดไม่ได้ เขามีชีวิตจิตใจช่วยเหลือให้เขาได้อยู่ในสังคมได้” (parent 2)

“ให้โอกาสเขา ไม่แสดงท่ารังเกียจหรือแบ่งแยก ควรเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างอย่าล้อเด็กเล่น อย่าเห็นเขาเป็นตัวตลก” (parent 3)

“ช่วยบอกเด็กปกติได้เข้าใจว่าที่เขามีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นอาการของโรค ไม่อยากให้ปลุกฝังลูกว่าอย่ายุ่งหรือรังเกียจ” (parent 6)

“อยากให้สังคมเปิดใจมอง ยอมรับ ให้เด็กได้มีโอกาสทางการศึกษา ให้มีสถานศึกษา หรือ บุคลากรที่เหมาะสมอย่างเพียงพอและเหมาะสม ช่วยให้เขามีรายได้เลี้ยงตนเอง..” (parent 14)

“ตอนนี้ไม่มีความต้องการการช่วยเหลือใด ๆ แต่อยากให้สังคม เช่น โรงเรียนทุกระดับชั้นได้มีช่องทางช่วยเด็กพิเศษเหล่านี้ ในรายที่พัฒนาการดีให้เข้าสู่สังคมเป็นคนในสังคมที่ดีต่อไป” (parent 15)

การอภิปรายผล

1. ผู้ปกครองต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กออทิสติก เสมือนเป็นทั้งพ่อแม่ เป็นครูและเป็นหมอด้วยคอยกระตุ้นพัฒนาการและสอนลูกฝึกลูกในเรื่องที่ยาก มีความเครียดวิตกกังวลใจมาก กังวลไปถึงว่าเวลาพ่อแม่จากไปแล้วลูกจะอยู่อย่างไร ทุกคนต้องปรับตัวปรับใจ ปรับวิธีการดูแลเลี้ยงดูลูกอย่างมาก บางครอบครัวต่อสู้อยาวนานจนกระทั่งเป็นผู้สูงอายุ บางครอบครัวจัดการได้ดี บางครอบครัวล้มลุกคลุกคลานกว่าจะตั้งหลัก ตั้งสติได้ ก็พาลูกเข้าสู่กระบวนการรักษาจากจิตแพทย์เด็กและเข้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

เด็กแล้ว รักษาไปด้วยปรับการดูแลตามคำแนะนำของแพทย์ไปด้วย ลองผิดลองถูก ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง นอกจากนี้ผู้ปกครองเป็นผู้ที่ถูกเลือกให้อุ้มชูดูแลเด็กพิเศษจากสวรรค์ ท่านจึงมีคุณลักษณะพิเศษที่มีความเข้มแข็งและอดทนต่อความเหนื่อยยากทั้งปวง คอยกระตุ้นพัฒนาการและสอนลูกที่ยากพิเศษ เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กออทิสติกมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Uanlum and Phaengphomma (2020) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งต้องนำเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้มีความรู้และความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง และเกิดความปลอดภัยต่อเด็กออทิสติก การปรับตัวของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกขึ้นกับสถานการณ์ที่ผู้ปกครองพบเจอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chansaengsee (2022) พบว่าปัจจัยที่มีส่วนร่วมต่อการดูแลเด็กออทิสติกประกอบไปด้วย สถานการณ์ สภาพแวดล้อม และทัศนคติ และการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะออทิสซึมของ Sri-Amnuay (2018) พบว่า การยอมรับและเข้าใจภาวะออทิสติกของลูกเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ ช่วยให้สามารถเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการของลูกได้อย่างเหมาะสม

2. พ่อแม่ ทีมรักษา ครู ต่างฝ่ายต่างร่วมกันเป็นครูฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ฝึกความพร้อมไปโรงเรียน พ่อแม่ทำหน้าที่ฝึกกระตุ้นพัฒนาการลูกด้วยความรักเอาใจใส่ ฝึกลูกตามแผนการรักษาของแพทย์ และทีมรักษา โดยฝึกพฤติกรรมดี ปกติ จัดการแก้ไขกับพฤติกรรมที่ไม่ปกติหรือที่ไม่ดีอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาจนมีพฤติกรรมพื้นฐานตามวัย จนสามารถเข้าเรียนในโรงเรียนได้ ครูก็ทำหน้าที่ทั้งสอนและฝึกเด็กต่อเหมือนลูกตัวเอง ถ้าเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย ก็จะปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งโดยปกติแพทย์และทีมรักษาจะกำหนดให้นำเด็กไปกระตุ้นพัฒนาการเป็นระยะ ๆ และฝึกทักษะผู้ปกครองให้ไปกระตุ้นเด็กต่อที่บ้าน ผู้ปกครองจะคอยกระตุ้นเด็กและดูแลให้เด็กกินยาตามอาการ ฝึกให้เด็กช่วยเหลือตัวเอง ใส่เสื้อผ้าเอง เข้าห้องน้ำเอง ทำงานที่ได้รับมอบหมาย ฝึกการเข้ากับเพื่อน และการฝึกเด็กในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และการศึกษามีความเห็นว่าเป็นเด็กออทิสติกที่สามารถไปโรงเรียนได้ต้องมีความพร้อมหรือศักยภาพพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ 1) มีสมาธิ นั่งนิ่งและอยู่ในกลุ่มได้น้อย 10 นาที 2) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) ไม่มีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรง 4) มีทักษะทางสังคม รู้จักการรอคอย และมีมารยาทพื้นฐาน 5) มีปฏิสัมพันธ์ และสามารถสื่อสารภาษาด้วยท่าทาง หรือคำพูดกับคนอื่นได้ และ 6) ไม่มีปัญหากล้ามเนื้อมือ สามารถใช้มือทั้งสองข้างในการทำกิจกรรมได้ (Rajanukul Institute Department of Mental Health, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Suntonpong (2019) พบว่าบทบาทของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับตัวหรือการแก้ปัญหาด้านการสื่อความหมาย ด้านการควบคุมตนเอง ด้านการดำรงชีวิต และด้านการสร้างสัมพันธภาพ ดังนั้น การฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อให้มีทักษะที่ถูกต้องเป็นเรื่องสำคัญมาก

3. ความสำเร็จคือ ครอบครัวมีความรู้คู่ความรัก ลูกได้รับการรักษา เข้าสู่ระบบโรงเรียนอย่างมีคุณภาพ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และมีอาชีพเลี้ยงตัว ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จในการดูแลเด็กออทิสติกเริ่มต้นจากความรักของครอบครัวโดยเฉพาะพ่อแม่ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการดูแลลูกให้สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ มีการนำลูกไปพบกับผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ จิตแพทย์ เพื่อขอคำปรึกษาและหาแนวทางในการปรับพฤติกรรมบุตรอย่างเหมาะสม ตลอดจนเตรียมความพร้อมบุตรให้เข้ารับการพัฒนา

อย่างต่อเนื่อง โดยส่งเข้าศึกษาในโรงเรียนที่มีการดูแลเด็กพิเศษ เพื่อให้เด็กได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพ ครอบครัวมีการแสดงความรักให้กำลังใจกันและกัน ปรับความคิดเป็นบวก มุ่งมั่นตั้งใจร่วมกันว่าต้องผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pradujphongpetch and Amdonklo (2018) พบว่าการจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติก สามารถสร้างความพึงพอใจของผู้ปกครองและจัดการศึกษาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนได้ และการศึกษาของ Thonghem and Piemkum (2017) พบว่า เด็กออทิสติกหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยโปรแกรมการฝึกกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง มีพัฒนาการสูงขึ้นทั้งในด้านการปฐมนิเทศ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษาและการสื่อความหมาย และด้านสังคม

4. อุปสรรคด้านผู้ปกครอง เด็ก โรงเรียน และสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองบางท่านมีทักษะไม่เพียงพอ บางครอบครัวพ่อแม่ต้องทำงานไม่มีเวลาใกล้ชิดลูก บางครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของเด็กไม่ได้ แต่ก็พยายามเรียนรู้ปรับความคิดใหม่“คิดบวก” สร้างกำลังใจในการดูแลเด็กให้กัน แม้มีความยากในการฝึกเด็ก และสังคม บางชุมชนก็ไม่เข้าใจ มองเด็กกลุ่มนี้แปลก บางคนแสดงอาการไม่ให้ลูกมาใกล้เด็กที่สุดแล้วครอบครัวก็ผ่านช่วงเวลาที่ยุ่งยากไปได้ ส่วนอุปสรรคด้านโรงเรียน เช่น โรงเรียนอยู่ไกลจากบ้าน หรือบางโรงเรียนมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ความเข้าใจและการยอมรับเด็กพิเศษ ทักษะและประสบการณ์การดูแลพิเศษ บางโรงเรียนเปลี่ยนครูบ่อยทำให้เรียนไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้บริหารสถานศึกษาต้องเข้ามาดูแลบริหารจัดการ สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทสำคัญของผู้บริหารในการส่งเสริมการศึกษาแบบองค์รวมสำหรับเด็กออทิสติก พบว่า ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญส่งผลต่อ การพัฒนา การจัดการ และการสนับสนุนระบบการศึกษาแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมตอบสนองความต้องการของเด็กออทิสติกอย่างแท้จริง และมีข้อเสนอแนะแนวทางการทำงานของผู้บริหาร เช่น การสร้างวิสัยทัศน์ การสื่อสาร การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Luddeckens et al., 2021) ซึ่งในโรงเรียนบางแห่งยังไม่มีครูที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของเด็กพิเศษ อีกทั้ง สังคมบางส่วนไม่เข้าใจ และยังมีมองเด็กกลุ่มนี้แปลก พร่องทางสติปัญญา บางคนไม่เข้าใจ และไม่สนใจ

5. ความต้องการของผู้ปกครองเด็กออทิสติกต่อบุคคลและสถาบันที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองต้องการให้กำลังใจครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกเช่นกัน(อยากให้กำลังใจหัวอกเดียวกัน ไม่มีใครสามารถเข้าใจเราได้เท่ากับเราเข้าใจกันเอง) และขอให้ทุกครอบครัวมีกำลังใจที่ดี อย่าอายที่ลูกเราไม่เหมือนคนอื่น เพราะเขาเป็นเด็กพิเศษ เขามีครอบครัวเป็นที่พึ่ง ต่างก็ส่งกำลังใจให้กันให้สามารถผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chansuwan et al. (2016) พบว่า มารดาของเด็กออทิสติกมีความต้องการการช่วยเหลือจากสังคม และการได้รับกำลังใจจากครอบครัวเป็นสำคัญ ซึ่งความต้องการเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้มารดาของเด็กออทิสติกมีพลังกายและพลังใจในการดูแลเด็กออทิสติกให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้นต่อไป

ผู้ปกครองต้องการให้มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการพัฒนาเด็กอย่างเพียงพอ เหมาะสม มีโรงเรียนใกล้บ้าน มีโอกาสทางการศึกษาแก่เด็ก ต้องการให้หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จังหวัดดูแลด้านการเลือกอาชีพที่เด็กสามารถทำได้ เลี้ยงตัวได้ ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสติกดูแลในเรื่องค่าใช้จ่ายหรือค่าเล่าเรียน เพราะค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ผู้ปกครองบางท่านเคยขอทุนแต่ยังไม่เคยได้รับทุน ต้องการให้ช่วยเหลือให้ทั่วถึง และต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเพียงพอในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กและการฝึกพูด สอดคล้องกับการศึกษาของ Wonkittirungrueang (2019) กล่าวว่าควรมีแนวทางการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่มแก่เด็ก ออทิสติกอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบตามหลักการดูแลแบบบูรณาการจากทีมสหวิทยาการและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ ยังต้องการให้ทุกคนในสังคมเข้าใจเด็ก ๆ เพราะเด็กเลือกเกิดไม่ได้ เด็กออทิสติกก็เป็นบุคคลที่มีชีวิตจิตใจเหมือนกับทุกคน เป็นคนธรรมดาทั่วไปเช่นเดียวกัน ควรให้โอกาสเด็ก ไม่แสดงท่ารังเกียจหรือแบ่งแยก เข้าใจและยอมรับในความแตกต่าง “อย่าล้อเด็กเล่น” อย่าเห็นเขาเป็นตัวตลก สนับสนุนในสิ่งที่เขาสนใจ เข้าใจพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก ไม่ว่าจะเป็นท่าทาง การกิน หรือสิ่งที่สนใจ ควรจะสนับสนุนให้เด็กมีกำลังใจที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ช่วยบอกเด็กปกติได้เข้าใจว่าที่เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นอาการของโรค ไม่ใช่เป็นคนไม่ดี ไม่อยากให้ปลูกฝังลูกว่าอย่ายุ่งหรือแสดงท่าทางรังเกียจเด็ก ออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาของ Sittichan (2023) พบว่า สมรรถภาพทางสังคมจะส่งผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตของเด็ก หากเด็กมีสมรรถภาพทางสังคมที่ดีขึ้น ก็จะทำให้เด็กมีชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม และมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กพิเศษ ควรนำผลวิจัยไปกำหนดเป็นนโยบาย และจัดเตรียมระบบการส่งเสริมสนับสนุนผู้ปกครองเด็ก และระบบการศึกษาที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการ สร้างความเข้าใจ เข้าถึง และลงพื้นที่ปฏิบัติงานจริง มีการติดตามประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เกิดความยั่งยืน

2. ทีมแพทย์และครูผู้สอนเด็ก ควรให้การรับฟัง เข้าใจ เห็นใจ และตระหนักในประสบการณ์ชีวิตของผู้ปกครองเด็กออทิสติก รวมทั้ง ผู้ปกครองควรเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี และความเป็นอยู่ที่เป็นสุขในสังคม

เอกสารอ้างอิง

- Chansaengsee, S. (2022). The art of teaching to develop theory of mind of autistic children. *Journal of Research and Curriculum Development*, 12(2), 1-16. (in Thai)
- Chansuwan, S., Khachat, S., Phothong, P., & Saenchalad, S. (2016). The needs of autistics' mother for helping support of children with autism. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 16-25. (in Thai)
- Chutha, W., Jayana, R., Sriruengrat, D., & Makhlai, K. (2023). *Thai child Psychiatric situation 2022 - May 2023: Surveillance of psychiatric diseases and mental health problems from the Health Data Center (HDC)*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1480> (in Thai)
- Luddeckens, J., Anderson, L., & Ostlund, D. (2021). Principals' perspectives of inclusive education involving students with autism spectrum conditions–A Swedish case study. *Journal of Educational Administration*, 60(2), 207-221. <https://doi.org/10.1108/jea-02-2021-0022>
- Phothisita, C. (2019). *Science and art, qualitative research: Student and researcher guide to social sciences* (8th ed.). Amarin.
- Pradujphongetch, J., & Amdonklo, S. (2018). Participative education model for parents of children with autisms to enhance motor imitation skills. *Journal of Faculty of Education Pibulsongkram Rajabhat University*, 5(2), 187-205. (in Thai)
- Rajanukul Institute Department of Mental Health. (2011). When your autistic child goes to school: A guide for parents. Beyond Publishing Company Limited. (in Thai)
- Sinrachatanant, A. (2024, 2 September). *Autism*. Mental Health Knowledge Base. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1339> (in Thai)
- Sirirutraykha, T. (2018). *Children's mental health care manual for learning problems* (2nd ed.). Prosperous Plus. (in Thai)
- Sittichan, K. (2023). Social competence of upper primary school children with autism. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Pathom Rajabhat University*, 14(1), 125-134. (in Thai)
- Sri-Amnuay, R. (2018). The lived experiences of parents who raise children with autisms spectrum disorder: Implications for providing family-based early intervention. *Journal of Research and Development in Special Education*, 7(1), 82-103. (in Thai)
- Suntonpong, B. (2019). Family role on social skills development of autistic children in dome nursery school under the office of the basic education commission, Bangkok. *Journal of Arts Management*, 3(2), 69-82. (in Thai)

- Surin Provincial Social Development and Human Security Office. (2022). *Surin provincial social situation year report 2022*. https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_2022092_2105520.pdf (in Thai)
- Thonghem, A., & Piemkum, P. (2017). Parental engagement in promoting the development of the autistic children In Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute (CAMRI). *Journal of Research and Development in Special Education*, 6(2), 21-36. (in Thai)
- Uanlum, T., & Phaengphomma, N. (2020). Nursing care for autistic children with aggressive behavior. *Maharakham Hospital Journal*, 17(2), 68-76. (in Thai).
- Wonkittirungrueang, S. (2019). Family support for children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Education Khon Kaen University*, 42(2), 35-50. (in Thai)
- World Health Organization. (2023). *Autism*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/37108>



บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน
โรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่
Effectiveness of Using Triage Guideline with Outpatient in Sung Men
Hospital, Sung Men District, Phrae Province

ปรานอม กลไกร¹, กรรณิการ์ กาศสมบุญ^{2*}

Pranom Kolkrai¹, Kannika Katsomboon^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ajkannika.kat@gmail.com)

(Received: October 10, 2024; Revised: December 14, 2024; Accepted: December 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์ของการคัดกรองผู้ป่วยนอก 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 10 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 300 ราย จำแนกออกเป็นกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มละ 150 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบวิลคอกชัน ผลการวิจัย พบว่า

1. สภาพการณ์ของการคัดกรองผู้ป่วยนอก พบว่า บุคลากรขาดความรู้และทักษะการคัดกรองกระบวนการในการคัดกรองไม่ชัดเจน ไม่เป็นมาตรฐาน และช่องทางการส่งต่อผู้ป่วย จึงพบความผิดปกติของผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ

2. แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน 5 ระดับ จำแนกตามสี โดยใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์การคัดแยก และมีแนวทางการดูแลที่เจาะจงกับกลุ่ม/ระดับผู้ป่วย

2. พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังอบรมการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรอง สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 2.81, p = .005$) อัตราการคัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 96.67 และไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรอง และมีความพึงพอใจต่อการใช้นี้แนวปฏิบัติการคัดกรองอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.54, 4.71; SD = .52, .44$ ตามลำดับ)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

Registered Nurse (Professional level), Sung Men Hospital, Phrae Province

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public health

แนวปฏิบัติการคัดกรองตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้จริง ลดอัตราการทรุดลงเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยนอก, แนวปฏิบัติการคัดกรอง, ระดับความฉุกเฉิน, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This research and development study was conducted in three phases: 1) analyzing the current situation of outpatient screening, 2) developing a clinical practice guidelines (CPGs) for outpatient screening based on urgency levels, and 3) evaluating the effectiveness of the CPGs. The sample consisted of 10 professional nurses working in the outpatient department and 300 patient records, divided into pre- and post-implementation groups, with 150 records in each group. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test. The findings:

1. The initial situation analysis revealed a lack of knowledge and skills among staff, unclear and non-standardized screening processes, and insufficient patient referral pathways. This resulted in incidences of patients deteriorating while waiting for care.

2. The CPGs divided patients into five priority levels using a color-coded system based on symptoms and clinical signs, providing specific care guidelines for each level.

3. Nurses demonstrated significantly higher knowledge scores after training on the CPGs ($Z = 2.81, p = .005$). The accuracy rate of patient screening improved to 96.67%, and no cases of patient deterioration while waiting were reported. Nurses evaluated the feasibility and satisfaction with the CPGs as very high ($M = 4.54, 4.71; SD = .52, .44$, respectively).

The urgency-based outpatient screening CPGs proved to be practical, effectively reduced patient deterioration rates, ensured patient safety, and enhanced nurse satisfaction. These findings support the adoption of the CPGs in outpatient settings to improve care quality and safety.

Keywords: Outpatient, Triage guideline, Severity of illness, Registered nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนกผู้ป่วยนอก เป็นระบบบริการงานพยาบาล ซึ่งเป็นงานบริการด้านหน้าต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก พฤติกรรมการบริการจึงเป็นส่วนประกอบหลักและต้องการการพัฒนา เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความประทับใจ และพึงพอใจ ในปัจจุบัน แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก และมีข้อจำกัด ทั้งขั้นตอนการบริการ เวลา และบุคลากร รวมทั้ง การให้บริการที่หลากหลาย ได้แก่ การต้อนรับ การประชาสัมพันธ์ การคัดกรองผู้ป่วย การให้ความสะดวก การให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้น การช่วยแพทย์ในขณะตรวจรักษา

การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการกลับไปดูแลหรือพักฟื้นที่บ้าน ตลอดจนการนัดให้ผู้ป่วยมารับการรักษา ต่อเนื่องการไปรักษาต่อที่แผนกอื่นหรือไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอื่น เป็นต้น (Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) จึงไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการได้ทั้งหมด บางครั้งเกิดความไม่เข้าใจกัน กระทั่งกระทบกระทั่ง และมีข้อขัดแย้ง ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่และอาจมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ พฤติกรรมบริการเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (hospital accreditation: HA) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างหนึ่ง (Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2019) สำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีบริบทของการคัดกรองผู้ป่วย ร่วมกัน ระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กระบวนการคัดกรองโดยการซักประวัติและการตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม ใช้ประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่าการใช้แนวทางปฏิบัติ (Thesprasit, 2021) ในปัจจุบันมีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีการใช้ อย่างแพร่หลายในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง (emergency severity index: ESI) (Gilboy et al., 2023) เกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (National Institute of Emergency Medicine, 2013) และเกณฑ์ของสภาการพยาบาล (Aeimsomboon et al., 2022) ซึ่งได้แบ่ง ระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉิน ออกเป็น 5 ระดับ ตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเกณฑ์ ดังกล่าวไม่ครอบคลุมถึงการคัดกรองผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการไม่รุนแรง และมีความ แตกต่างจากผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีสถิติการรับบริการของผู้ป่วย ตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2566 พบว่า มีจำนวน 75,600, 80,920, 72,240 และ 76,720 ราย เฉลี่ย 270, 289, 258 และ 274 รายต่อวัน ตามลำดับ (Sung Men Hospital, 2023) นอกจากนี้ โรงพยาบาลสูงเม่นได้ ขยายบริการในรูปแบบการบริการร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัด เปิดบริการเพิ่มขึ้นในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ สาขา ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมพลาสติก และกุมารเวชกรรม โดยใช้ความร่วมมือ ในด้านเครื่องมือและบุคลากรร่วมกัน เพื่อขยายขอบเขตการบริการและเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้เข้าถึง บริการเฉพาะทางมากขึ้น ลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด ที่มีระยะเวลานาน ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็น ถึง ภาระงานจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแต่ละวันที่มีเป็นจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง ระบบการ คัดกรองผู้ป่วยนอก มีความไม่ชัดเจน เข้าใจไม่ตรงกัน และมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานที่จุดคัด กรอง ซึ่งอาจพร่องความรู้และทักษะในการให้บริการตามมาตรฐานบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงเป็นการ ใช้ประสบการณ์การทำงาน โดยไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรอง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ขณะรอตรวจ จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและการทบทวนบริการตามมาตรฐานบริการงานพยาบาล ผู้ป่วยนอกดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงปัญหาของบริการตามมาตรฐานบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะ มาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้เข้ารับการรักษาได้อย่างปลอดภัย

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน โดยการวิเคราะห์ สถานการณ์ให้ครอบคลุมในส่วนโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ตามแนวคิดของ Donabedian

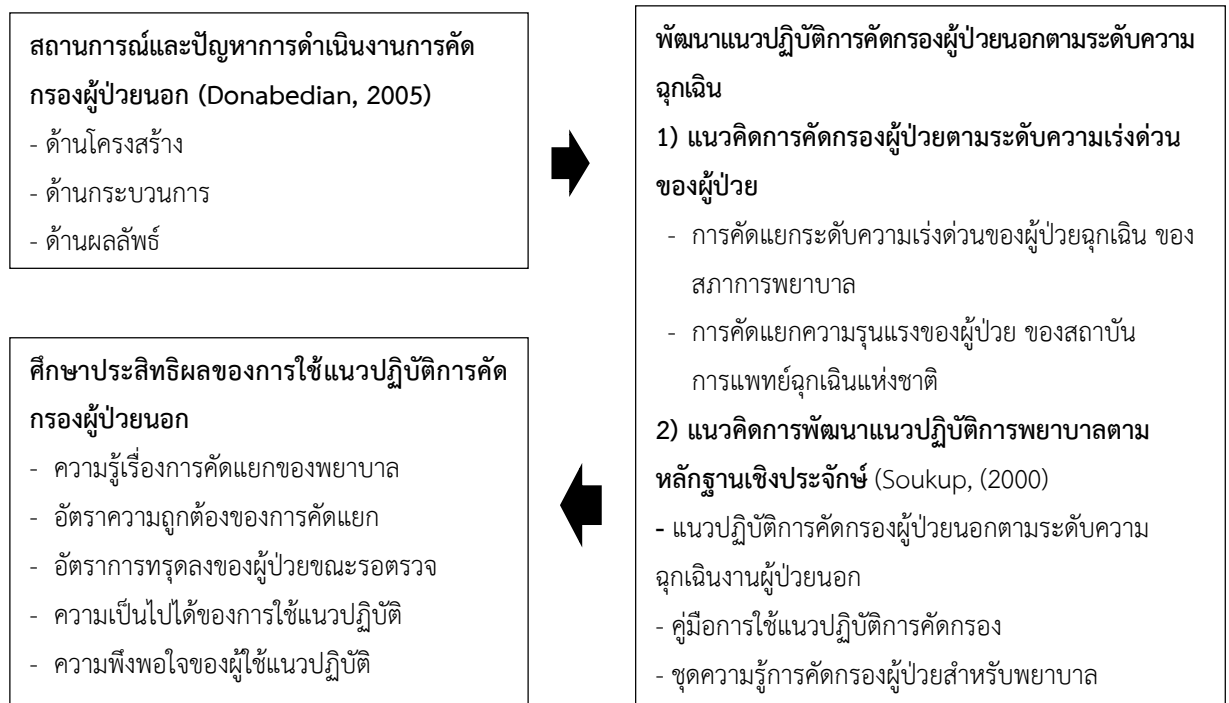
(2005) เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice model) (Soukup, 2000) เพื่อให้แนวปฏิบัติการคัดกรอง มีความทันสมัยและสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบัน ลดข้อผิดพลาดในการคัดกรอง เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และสร้างมาตรฐานที่ชัดเจนในการให้บริการ ลดอัตราการทรุดลงของผู้ป่วยขณะรอตรวจ เป็นการปรับปรุงคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับบริบทของแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาการดำเนินงานด้านการคัดกรองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น
2. พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น
3. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ 3 ด้าน คือ โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ และใช้แนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence - based practice model) ของ Soukup (2000) มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินโรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสองแคว จังหวัดแพร่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. การศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาในการดำเนินงานในการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินโรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2566 ดังนี้

1.1 โดยการทบทวนข้อมูลจากเอกสาร และรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ของสถานการณ์ ของการคัดกรองระดับความฉุกเฉินจากข้อมูลเวชระเบียน ย้อนหลัง 6 เดือน (มกราคม 2566 - มิถุนายน 2566)

1.2 สอนทนากลุ่ม (focus group) ในประเด็นของสถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีระบบ (Donabedian, 2005) แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วย จำนวน 9 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ ที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ท่าน หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลประจำจากแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน และพนักงานเปล 1 ท่าน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ เป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานที่มีความเกี่ยวข้องกับแผนกผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 2 ปี และ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structure interview) จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วย และเครื่องบันทึกเสียง แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาอายุรกรรม 1 ท่าน แพทย์ทั่วไป 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (content validity index: CVI) เท่ากับ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2566 โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จัดบันทึก 2 คน และขออนุญาตบันทึกบทสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่ม ประมาณ 3 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จในแต่ละประเด็น ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญ และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนโดยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทบทวน จัดหมวดหมู่ ลงรหัสข้อมูล นำรหัสของข้อมูลคล้ายคลึงกันมาจัด

อยู่ด้วยกัน นำมาวิเคราะห์และตีความและสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ และการตรวจสอบความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เขียนรายงานที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (descriptive explanation)

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินงานผู้ป่วยนอก

ดำเนินการวิจัยระหว่างธันวาคม 2566 -มกราคม 2567 โดยประยุกต์ใช้รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000) ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ค้นหาปัญหา (evidence-trigger phase) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม และการทบทวนเวชระเบียนมาใช้ในการพัฒนาเพื่อตอบโจทย์ปัญหาของหน่วยงาน

2.2 ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase) ผลการประเมินหลักฐานที่เกี่ยวข้องที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 10 เรื่อง

2.3 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (evidence-observed phase) นำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

2.4 นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase) เนื้อหาประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย แนวทางการตัดสินใจ การปฏิบัติการพยาบาลหลังการคัดกรอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และ ความตรงของเครื่องมือ ศึกษาหาความเป็นไปได้ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่รับบริการที่ผู้ป่วยนอก และปรับปรุงแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน

3. การนำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินงานผู้ป่วยนอกลงสู่การปฏิบัติ และติดตามประเมินผลลัพธ์

ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ – 31 กรกฎาคม 2567 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วย และผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพ ในตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ไม่อยู่ในระหว่าง การลาฝึกอบรม ลาศึกษาต่อ และลาคลอด และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลแผนกอื่น ที่มาช่วยงานแผนกผู้ป่วยนอกเป็นบางครั้ง และ 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

2) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสูงเม่น กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.2.9 สำหรับสถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ

(power of test) เท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 54 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มละ 30 คน ต่อ 1 ระดับของการแบ่งระดับผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่ได้สร้างขึ้น 5 ระดับ เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบในแต่ละระดับ และจำนวนที่เท่ากันทั้งสองกลุ่ม จึงแบ่งเป็นกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ จากเวชระเบียน 150 ราย (เดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567) หลังใช้แนวปฏิบัติ 150 ราย (เดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2567)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยนอก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000) เนื้อหาประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย แนวทางการตัดสินใจแบ่งระดับความฉุกเฉิน และการปฏิบัติการพยาบาลหลังการคัดกรอง

1.2 คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน ประกอบด้วย ขั้นตอนและผู้รับผิดชอบในการคัดกรองแต่ละขั้นตอน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน การติดสัญลักษณ์ตามระดับความฉุกเฉิน การประสานงาน การนำส่งตรวจในแต่ละแผนก และติดตามผลลัพธ์

1.3 ชุดความรู้การคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน สำหรับใช้ในการอบรมและให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติการ ประกอบด้วย แผนการสอน สื่อการสอน แบบฝึกหัดการคัดกรอง และสถานการณ์จำลองในการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามถูก ผิด ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน

2.2 แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย เวลาที่ได้รับการคัดแยก อาการและอาการแสดงที่นำมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ ปริมาณออกซิเจนในร่างกาย ผลการคัดกรองถูกต้อง/ ไม่ถูกต้อง และอาการทรุดลงขณะรอตรวจ

2.3 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้คัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถนำไปใช้ได้ 2 คะแนน หมายถึง นำไปใช้ได้บ้าง 3 คะแนน หมายถึง นำไปใช้ได้ปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง นำไปใช้ได้มาก และ 5 คะแนน หมายถึง นำไปใช้ได้มากที่สุด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ โดยมีเกณฑ์การให้

คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจ 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจเล็กน้อย 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก และ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอก และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายของพยาบาลวิชาชีพ คัดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0.50 - 1.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ระหว่าง 1.50 - 2.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 2.50 - 3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 3.50 - 4.49 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 4.50 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ฉุกเฉินรวมจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาอายุรกรรม 1 ท่าน แพทย์ทั่วไป 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน 1 ท่าน โดยแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินงานผู้ป่วยนอก แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 แบบทดสอบความรู้ของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เท่ากับ .89 แบบประเมินความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ .89 และ 1.00 ตามลำดับ

นำแบบทดสอบความรู้ของผู้ใช้แนวปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson20 (KR-20) เท่ากับ .81 แบบประเมินความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87 และ .76 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินก่อนการอบรม (pretest)

1.2 อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองตามระดับความฉุกเฉิน และการใช้แนวทางปฏิบัติการคัดแยก และการทำแบบฝึกหัด โดยใช้เวลาในการอบรม 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง

1.3 ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน หลังการอบรม (posttest) และเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม จำนวน 150 ราย

2. ระยะทดลอง

นำแนวปฏิบัติการคัดกรองฯ ลงสู่การปฏิบัติจริง และใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2567 และบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน

3. ระยะหลังการทดลอง

ให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบประเมินเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ รวมทั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง จำนวน 150 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อัตราความถูกต้อง อัตราการหลุดลงความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และค่ามัธยฐาน (median: Med)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองระดับความฉุกเฉินของพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติ โดยใช้สถิติการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Rank-Sum Test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (Shapiro-Wilk Test มีค่า $p < .05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ 055/2566 รับรอง ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในใบยินยอมร่วมวิจัย ข้อมูลการวิจัยเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาการดำเนินงานด้านการคัดกรองผู้ป่วยนอก จากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น จำนวน 10 คน มี ดังนี้

1.1 ด้านโครงสร้าง พบว่า มีสถานที่ชัดเจน พื้นที่บริการเหมาะสม แต่บุคลากรผู้ทำหน้าที่การคัดกรองยังขาดความรู้และทักษะในการการคัดกรองประเมินอาการและซักประวัติไม่ครอบคลุม มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานที่จุดการคัดกรอง มีภาระงานมากและจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน อุปกรณ์การทดสอบเพื่อให้การวินิจฉัย ณ จุดที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วย (point of care) ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ดังข้อมูลต่อไปนี้

“คนไม่พอ ภาระงานหนัก บางทีลาต้องให้พยาบาลในหอผู้ป่วยมาปฏิบัติหน้าที่แทน เลยทำให้การคัดกรองหลุด ทำให้เกิดการย้ายผู้ป่วยจาก OPD (หมายถึง แผนกผู้ป่วยนอก) ไป ER (หมายถึง ห้องฉุกเฉิน) ญาติไม่พึงพอใจ” (SR1)

“อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่ได้มีการเตรียมพร้อม ต้องวิ่งไปยืมที่ ER ทำให้การประเมินผู้ป่วยล่าช้า” (SD1)

1.2 ด้านกระบวนการ พบว่า กระบวนการในการคัดกรองไม่ชัดเจน ยังไม่ได้มีการจัดทำแนวทางที่เป็นมาตรฐาน ใช้ประสบการณ์ในการคัดกรอง เกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนมีความเข้าใจไม่ตรงกัน การเก็บข้อมูลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นระบบ เก็บไม่ครบและขาดความต่อเนื่อง ขาดคนรับผิดชอบในการเก็บข้อมูล ไม่มีการสะท้อนกลับของข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยระหว่างงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยถูกส่งกลับไปกลับมา ขาดกระบวนการทบทวนแนวทางคัดกรองและการทำความเข้าใจประเภทผู้ป่วยระหว่างแผนกร่วมกันระหว่างงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และไม่มีระบบช่องทางด่วนในแผนกผู้ป่วยนอก ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เราคัดกรองไป ER บางครั้ง ER ก็ส่งผู้ป่วยมา บอกว่าไม่ใช่ผู้ป่วยเร่งด่วน ให้รอตรวจที่ OPD พอพบแพทย์ ก็ให้ย้ายไป ER อีก ผู้ป่วยไม่ได้ตรวจสักที ญาติก็ไม่พอใจ” (SR2)

“มีแต่เกณฑ์ของ ER ไม่เห็นมีแนวปฏิบัติการคัดกรองที่ OPD เลยค่ะ เราช่วยกันสร้างใหม่ ทำข้อตกลงกับ ER จะได้ใช้มาตรฐานเดียวกัน” (SR3)

1.3 ด้านผลลัพธ์ จากการทบทวนเวชระเบียน พบความผิดพลาดจากการคัดกรองผู้ป่วยจำนวน 169 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.3 ผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่มพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจเพิ่มมากขึ้น และเกิดอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผลการหาแนวทางแก้ไขพบว่าควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ต่างกันทุกระดับมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน มีความทันสมัยสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ก็เคยเจอนะเคสที่อาการแย่ง ต้องใส่ ET tube (หมายถึง ท่อช่วยหายใจ) แล้วส่งต่อไป ER จังหวัด รู้สึกไม่สบายใจเลยเวลาเห็นผู้ป่วยมีอาการทรุดลงที่ OPD เหมือนพยาบาลทำงานไม่ได้เกณฑ์” (SR3)

2. แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น

แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 5 กลุ่มสีแยกตามระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และแนวทางในการดูแลและส่งตรวจ ดังนี้

ตาราง 1 การคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น

กลุ่ม/ระดับผู้ป่วย	สี	เกณฑ์/อาการและอาการแสดงผู้ป่วย	แนวทางการดูแล
วิกฤต	แดง	- หัวใจหยุดเต้น - ไม่รู้สึกตัว ชักเกร็ง - สัญญาณชีพอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะคุกคามชีวิต	- ส่งผู้ป่วยรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน - ติดสัญลักษณ์ “สีแดง” และ - ประสานงานไปยังห้องฉุกเฉิน
เร่งด่วน	ชมพู	- สัญญาณชีพอยู่ใน Denger zone - อุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมง - ได้รับสารพิษภายใน 24 ชั่วโมง - pain score >7 - กลุ่มพิเศษ ในระบบช่องทางด่วน ได้แก่ Stroke , STEMI, Sepsis	- ส่งผู้ป่วยรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน - ติดสัญลักษณ์ “สีชมพู” พร้อมกับ - ประสานงานไปยังห้องฉุกเฉิน
เฝ้าระวัง	เหลือง	- สัญญาณชีพปกติ - อาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย - ถ่ายเหลว, อาเจียน อ่อนเพลีย - เจ็บแน่นหน้าอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับ STEMI	- ส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยเข้าระบบช่องทางด่วน (fast track) ให้ตรวจก่อนไม่ต้องรอลำดับ - ติดสัญลักษณ์ “สีเหลือง” พร้อมกับ - ประสานงานไปยังพยาบาลหน้าห้องตรวจ
ป่วยเล็กน้อย	เขียว	- ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติเล็กน้อย แต่ไม่มีภาวะเร่งด่วน	- ส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกตามลำดับเวลามาตรวจ - ติดสัญลักษณ์ “สีเขียว”
เจ็บป่วยทั่วไป	ขาว	- ผู้ป่วยโรคทั่วไปที่อยู่ในภาวะปกติ และผู้ป่วยตามนัดที่มีอาการปกติ	- ส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกตามแพทย์ที่นัด ตามลำดับเวลา - ติดสัญลักษณ์ “สีขาว”

3. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54.60 ปี ($SD = 3.89$ ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 90.00 ระดับปริญญาโท ร้อยละ 10.00 ร้อยละ 100 เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 29.10 ปี ($SD = 6.54$) และ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 18.00 ปี ($SD = 6.82$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n = 10)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	100
ชาย	0	0.00
อายุ (ปี) (M = 54.60, SD = 3.89, Min = 48, Max = 59)		
40 – 50	1	10
51 – 55	4	40
56 – 60	5	50
การศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	9	90
สูงกว่าปริญญาตรี	1	10
ระยะเวลาปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอก (ปี) (M = 18.00, SD = 6.82, Min = 3, Max = 28)		
น้อยกว่า 5	1	10
5 – 10	0	0
มากกว่า 10	9	90

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($Z = -2.81, p = .005$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Med) และการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n = 10)

การทดสอบ	M (SD)	Med	Z	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	13.20 (.92)	13	-2.810**	.005
หลังใช้แนวปฏิบัติ	14.80 (.42)	15		

** $p < .01$

3.3 การเปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดกรองและอาการทรุดลงของผู้ป่วย จำนวน 300 ราย จำแนกเป็นก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติ มีผลการคัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 96.67 ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และไม่พบอาการทรุดลงขณะรอรับการตรวจจากแพทย์ เมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งพบจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละ ของจำนวนผู้ป่วยที่ทำการคัดกรองถูกต้อง/ ไม่ถูกต้อง และอาการทรุดลง
จำแนกระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

รายการ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 150)		หลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 150)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ถูกต้อง	130	86.67	145	96.67
ไม่ถูกต้อง	20	13.33	5	3.33
อาการทรุดลง	3	2.00	0	0

3.4 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.54$, $SD = .52$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสะดวกในการนำไปใช้ ($M = 4.60$, $SD = .52$) และต่ำสุด คือ ความประหยัดค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่าย ค่าตอบแทน ($M = 4.40$, $SD = .52$) มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.71$, $SD = .44$) มีคะแนนสูงสุดในด้านการประเมินและคัดกรองได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ($M = 4.90$, $SD = .32$) และต่ำสุดในด้านประโยชน์ต่อการวิเคราะห์อัตราค่าจ้างในหน่วยงาน ($M = 4.30$, $SD = .48$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ (n = 10)

รายการ	M	SD	ระดับ
ความเป็นไปได้ในการใช้	4.54	.52	มากที่สุด
ความเข้าใจได้ง่าย การนำไปใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.50	.53	มากที่สุด
มีความสะดวกในการนำไปใช้	4.60	.52	มากที่สุด
สามารถนำมาใช้ในทีมได้	4.50	.53	มากที่สุด
สามารถใช้ได้จริงในการคัดกรองผู้ป่วย	4.50	.53	มากที่สุด
มีผลทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่าย ค่าตอบแทน	4.40	.52	มากที่สุด
นำแนวปฏิบัติมาใช้ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง	4.90	.32	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	4.71	.44	มากที่สุด
จัดลำดับการดูแลรักษาเหมาะสมตามระดับความเร่งด่วนได้เป็นอย่างดี	4.70	.48	มากที่สุด
มีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานลดข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน	4.80	.42	มากที่สุด
ความสะดวกในการใช้คัดกรองผู้ป่วย	4.60	.52	มากที่สุด
เข้าใจง่าย และไม่ซับซ้อน	4.60	.52	มากที่สุด
มีประโยชน์ต่อการวิเคราะห์อัตราค่าจ้างในหน่วยงาน	4.30	.48	มาก
สามารถประเมินและคัดกรองผู้ป่วยได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น	4.90	.32	มากที่สุด
มีความเหมาะสมในการนำมาใช้งานผู้ป่วยนอก	4.80	.42	มากที่สุด
ลดความขัดแย้งในการตีความที่แตกต่างกันของพยาบาลในหน่วยงาน	4.70	.48	มากที่สุด
พัฒนาศักยภาพวิชาชีพพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานได้	4.80	.42	มากที่สุด

การอภิปรายผล

1. สภาพการณ์ และปัญหาการดำเนินงานด้านการคัดกรองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น ผลการวิจัยพบว่า มีปัจจัยสำคัญหลายด้านที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน และความถูกต้องของการคัดกรอง และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ในด้านโครงสร้าง พบว่าบุคลากรผู้ทำหน้าที่การคัดกรองยังขาดความรู้ และทักษะในการคัดกรอง การซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น บุคลากรไม่เพียงพอมีการหมุนเวียน เจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานที่จุดการคัดกรอง จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน อุปกรณ์ที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยมีไม่เพียงพอต่อการใช้งาน อภิปรายได้ว่าควรต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร และจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร พบว่า การซักประวัติ และตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม เนื่องจากพยาบาลผู้ป่วยนอกยังขาดทักษะในการซักประวัติในกลุ่มโรคเฉพาะ (Janruechai et al., 2021)

ด้านกระบวนการ พบว่า กระบวนการในการคัดกรองไม่ชัดเจน ยังไม่ได้มีการจัดทำแนวทางที่เป็นมาตรฐาน ใช้ประสบการณ์เดิมของพยาบาลในการคัดกรองมากกว่าการใช้แนวทางการคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของเทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์ พบว่า กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุม เจ้าหน้าที่ใช้ความรู้สึกและประสบการณ์การทำงานและบางครั้งไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง (Theprasit, 2021) นอกจากนี้ ไม่มีระบบช่องทางด่วนในแผนกผู้ป่วยนอก และเกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนมีความเข้าใจไม่ตรงกัน มีการส่งผู้ป่วยกลับไป-มาระหว่างแผนกผู้ป่วยนอก และอุบัติเหตุฉุกเฉิน เกิดความล่าช้าในการตรวจ และเป็นเหตุให้เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ สอดคล้องกับการศึกษาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ต่างกันทุกระดับมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน และทำให้การอัตราการคัดแยกผิดพลาดลดลง (Boonaran et al., 2024)

ด้านผลลัพธ์ พบว่า การเก็บข้อมูลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นระบบ ไม่ครบถ้วน และขาดความต่อเนื่อง ขาดผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล ไม่มีการสะท้อนกลับของข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยระหว่างงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่ตรงกัน ทำให้อัตราการคัดแยกไม่ถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ 3 ราย และ 1 ราย มีอาการทรุดลงจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยนอกไม่ได้รับการคัดแยกตามที่กำหนดมาตรฐานการคัดแยก ไม่พบการบันทึกการแยกประเภทตามความเร่งด่วน ไม่ได้ลงผลการประเมินการคัดแยก ทำให้การเก็บผลลัพธ์ไม่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจในระหว่างหน่วยงานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน พบอัตราการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ (Janruechai et al., 2021)

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน โรงพยาบาลสูงเม่น พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลมีความรู้สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การอบรมทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินอาการและอาการแสดงได้ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการพัฒนาระบบการคัดแยก

ประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้และทักษะด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น (Janruechai et al., 2021)

อัตราความถูกต้องของการคัดแยก พบว่า หลังการพัฒนาความถูกต้องของการคัดแยกมากกว่าก่อนการพัฒนา เนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พัฒนาโดยการวิเคราะห์บริบทของหน่วยงานตามทฤษฎีระบบของโดนาปีเดียน ทำให้ครอบคลุมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยประยุกต์ใช้รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000) ทำให้เนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความครอบคลุม และมีกระบวนการที่ชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภายหลังที่พยาบาลใช้แนวปฏิบัติการคัดกรอง มีอัตราการคัดกรองถูกต้องมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pimsung et al., 2018; Ritintarangoon et al., 2018) สรุปได้ว่าการมีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุม ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีกระบวนการชัดเจน ลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทรุดลงขณะรอตรวจ ทำให้ลดระยะเวลารอคอยการตรวจ และเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองได้เป็นอย่างดี

พยาบาลมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง เนื่องจากได้พัฒนาจากการวิเคราะห์สภาพการณ์การปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน และได้รับการเห็นชอบจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงทำให้สามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบท แต่อย่างไรก็ตามในการที่จะใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลผู้ใช้ ต้องได้รับการอบรมก่อนเพื่อทำความเข้าใจและเพิ่มความรู้และทักษะในการคัดกรอง ส่งผลให้การคัดกรองถูกต้อง และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉินอยู่ในระดับมากทุกด้าน สามารถประเมินและคัดกรองผู้ป่วยได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น เห็นว่าต้องใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองกับผู้ป่วยทุกราย และความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักรราช อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Manan-gan, 2020)

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากมีจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเพียง 10 คน ผลการวิจัยนี้ จึงมีความจำเพาะกับบริบทของหน่วยงาน การนำไปประยุกต์ใช้ ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ควรมีการอบรมบุคลากร เพื่อความเข้าใจเนื้อหาของแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอก ตามระดับความฉุกเฉิน และสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยนอกตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่น รวมทั้ง การศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือและความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน และขอขอบคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลสูงเม่น ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Aeimsomboon, T., Kawpangjun, W., & Sinthu, S., (2022). Triage in ER. In Sinthu, S (Eds.), *Principle and practice in emergency nursing* (pp. 101-168). Wathana. (in Thai)
- Boonaran, A., Tappo, S., & Tungnoparatkul, M. (2024). The development of outpatient guidelines according to nursing standards Chaturaphakphiman Hospital Roi Et Province. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 5(2), 447-456. (in Thai)
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Gilboy, N., Tanabe, T., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2023). *Emergency severity index (ESI): A triage tool for emergency department care, Version 5*. AHRQ Publication.
- Janruechai, D., Thao-udom, P., & Huntirach, P. (2021). *Development of a system for classification of patients in outpatient at Phra Achan Fun Acharo Hospital, Sakon Nakhon Province*. Open Access Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20220907100431_585175189.pdf (in Thai)
- Mana-ngan, M. (2020). Result of using triage guidelines for emergencies in the outpatient department, Chakkarat Hospital, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Public Health Nursing*, 34(3), 52-65. (in Thai)
- National Institute of Emergency Medicine. (2013). *Guidelines for following the criteria and procedures. Triage emergency patients and arrange care at the emergency room according to the criteria set by the emergency department* (3rd ed.). National Institute of Emergency Medicine. (in Thai)

- Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Assessment of nursing quality in ministry of public health hospital*. Suea Tawan. (in Thai)
- Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2022). *National Nursing Service Action Plan (Year 2022-2026)* (6th ed.). https://www.don.go.th/?page_id=917 (in Thai)
- Pimsung, S., Kummabutr, J., & Nirattharadorn, M. (2018). The effect of a clinical practice guideline on abdominal pain triage in an outpatient. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(suppl), 99-109. (in Thai)
- Ritintarangoon, O., Khowtong, W., Kongsomboon, P., & Kheaw-on, S. (2018). The development of triage system at emergency department in Sawanpracharak Hospital. *Journal of the Department of Medicine Services*, 43(2), 146-151. (in Thai)
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinic of North America*, 35(2), 301-309. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)02468-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02468-9)
- Sung Men Hospital. (2023). *Annual statistical report on the number of people receiving outpatient services at Sung Men Hospital year 2021-2023*. Sung Men Hospital. (in Thai)
- Thesprasit, T. (2021). Development of a system for classification of patients in outpatient and emergency departments at Chokchai Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(36), 160-178. (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

ผลลัพธ์ของการระบุตัวเชิงรุก และการช่วยชีวิตตั้งแต่แรกในผู้ป่วยที่มีโอกาสจะ
เข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างการระบาดโควิด 19

The Outcome of Active Identification and Early Resuscitation in
Prospective Possible Organ Donor During COVID-19 Pandemic,
Udon Thani Hospital

ศศิพินท์ มงคลไชย¹, อำนวยพร นามมัน¹, ภิญโญ ศุภรัตนชาติพันธ์²,
อัจฉรา สกุนตนิยม³, ทิวาวัน คำบรรลือ³, สุธิชา วิชัยกุล^{4*}

Sasipin Mongkolchai¹, Aumnouyporn Namun¹, Pinyo Suparatanachatphan²,
Achara Skuntaniyom³, Tivawan Kombunlue³, Susheewa Wichaikul^{4*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: susheewa@bcnnv.ac.th)

(Received: September 20, 2024; Revised: December 12, 2024; Accepted: December 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การระบุตัวเชิงรุก การ
ช่วยชีวิตตั้งแต่แรก และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริจาคอวัยวะ ของโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็น
ศูนย์กลางการรับบริจาคอวัยวะของเขตสุขภาพที่ 8 ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ระหว่าง 1 ตุลาคม
2563 - 31 มีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรง
จำนวน 172 ราย เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การ
วิจัย เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.41 อายุเฉลี่ย 47.59 ปี ($SD = 17.88$) สาเหตุหลักของ
การเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย คือ การบาดเจ็บทางสมอง ร้อยละ 76.74 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยความ
รุนแรง APACHE II score เท่ากับ 29.71 ($SD = 2.30$)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอุดรธานี

Register Nurses (Senior Professional Level), Udon Thani Hospital

² นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอุดรธานี

Medical Physician (Senior Professional Level), Udon Thani Hospital

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vijira Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vijira Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

2. การเปลี่ยนสถานะจากผู้ที่มีโอกาสบริจาคอวัยวะ เป็นผู้เสียชีวิตสมองตาย เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก คิดเป็นร้อยละ 93.02 ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการช่วยชีวิตตั้งแต่แรก ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 62.79 ภาวะเบาจืด ร้อยละ 41.86 ภาวะโซเดียมเกิน ร้อยละ 11.12 และภาวะช็อก ร้อยละ 1.16 มีผู้บริจาคอวัยวะและนำอวัยวะไปปลูกถ่ายได้ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.72 อวัยวะที่ได้รับการบริจาคมากที่สุด คือ ไต ส่วนใหญ่ไม่ระบุสาเหตุของการปฏิเสธการบริจาคอวัยวะ ร้อยละ 69.30 มีความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตาย ร้อยละ 8.72 และต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 22.09

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การระบุตัวผู้ที่มีโอกาสบริจาคอวัยวะเชิงรุกและการช่วยชีวิตตั้งแต่แรก ตลอดจนติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง สามารถเพิ่มโอกาสในการได้รับการบริจาคอวัยวะ และลดการสูญเสียผู้ป่วยสมองตาย ก่อนเข้าสู่กระบวนการบริจาคอวัยวะได้ โดยพิจารณาจากความเชื่อทางวัฒนธรรมและความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: ปลูกถ่ายอวัยวะ, ผู้เสียชีวิตสมองตาย, การบริจาคอวัยวะ, ระบุตัวเชิงรุก, การช่วยชีวิตตั้งแต่แรก

Abstract

This research is a retrospective study aimed at examining the outcomes of proactive identification, early life-saving efforts, and barriers to organ donation at Udon Thani Hospital, which serves as the central organ donation center for Health Region 8 during the COVID-19 pandemic. The population consisted of patients with brain injuries, and the sample group included 172 patients with severe brain pathology (GCS < 5), selected purposively according to inclusion and exclusion criteria, during the period from October 1, 2020, to March 31, 2022. Data were collected using a patient data recording form, which was quality-checked with an IOC value of 1.00. Descriptive statistics were used for data analysis.

1. The majority of patients (74.41%) were male, with an average age of 47.59 years ($SD = 17.88$). Brain injury was the primary cause (76.74%) of brain death. The average APACHE II score was 29.71 ($SD = 2.30$).

2. The transition from possible donor to potential donor occurred within the first 24 hours for 93.02% of cases. Early resuscitation was required for complications, including hypotension (62.79%), diabetes insipidus (41.86%), hypernatremia (11.12%), and prolonged shock in potential donors (1.16%). Actual and utilized donors accounted for 15 cases (8.72%), with the kidney being the most frequently donated organ. The main reasons for families refusing organ donation were unspecified (69.30), beliefs about the afterlife (8.72%) and a preference for palliative care (22.09%).

Research findings indicate that proactively identifying potential organ donors and initiating life-saving measures early, along with continuous monitoring and follow-up, can increase the likelihood of organ donation and reduce the loss of brain-dead patients before entering the organ donation process. These efforts should consider cultural beliefs and the need for palliative care.

Keywords: Transplantation, Deceased donor, Organ donation, Proactive identification, Early resuscitation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นกระบวนการที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีอวัยวะสำคัญล้มเหลวระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในกรณีของไต หัวใจ ตับ และปอด โดยช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Hakim, 2012; Lauri, 2013) อย่างไรก็ตาม กระบวนการปลูกถ่ายอวัยวะมีความซับซ้อนและต้องการการประสานงานที่ดี ตั้งแต่การสรรหาอวัยวะจากผู้บริจาคทั้งที่มีชีวิต (living donor) และเสียชีวิต (deceased donor) และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) การประเมินภาวะสมองตาย (brain death diagnosis) และการดูแลอวัยวะ (organ viability) การประสานงานและขอรับบริจาคอวัยวะ (family approach and judicial consent) การตรวจสอบความเข้ากันของอวัยวะ (tissue cross-matching) การผ่าตัดอวัยวะเพื่อนำไปผ่าตัดใส่ให้กับผู้รับบริจาค (retrieval) การขนส่งอวัยวะ (logistic) การผ่าตัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการปลูกถ่าย เช่น การปฏิเสธอวัยวะ และการติดเชื้อ เป็นต้น รวมทั้ง การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (Manyalich, 2013) ผู้บริจาคอวัยวะ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ผู้บริจาคอวัยวะมีชีวิต หมายถึงบุคคลที่บริจาคอวัยวะขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยมักเกิดขึ้นภายใต้กฎหมายที่ควบคุม เช่น การบริจาคในครอบครัวระหว่างพ่อแม่ ลูก สามี ภรรยา หรือพี่น้อง และผู้บริจาคอวัยวะเสียชีวิต ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็นผู้บริจาคอวัยวะหลังสมองตาย (donation after brain death: DBD) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเสียชีวิตทางสมองอย่างถาวร แต่หัวใจและอวัยวะอื่นยังคงทำงาน และผู้บริจาคอวัยวะหลังหัวใจหยุดเต้น (donation after circulatory death: DCD) หมายถึง ผู้ที่หัวใจและระบบทางเดินหายใจหยุดทำงานอย่างถาวร นอกจากนี้ ผู้บริจาคอวัยวะเสียชีวิต สามารถจัดกลุ่มตามขั้นตอนการประเมินได้ ดังนี้ คือ 1) ผู้ที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาค (possible donor) คือ ผู้ป่วยที่มีความเสียหายทางสมองอย่างรุนแรง 2) ผู้ที่กำลังได้รับการประเมิน (potential donor) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการประเมินศักยภาพการเสียชีวิตของสมอง 3) ผู้ที่มีสิทธิ์บริจาค (eligible donor) คือ ผู้ที่ได้รับการยืนยันว่าเสียชีวิตทางสมองและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ทางการแพทย์และกฎหมาย 4) ผู้ที่ได้รับการยินยอมบริจาค (actual donor) คือ ผู้ที่ได้รับการยินยอมให้บริจาคอวัยวะ และ 5) ผู้ที่อวัยวะถูกนำไปใช้ปลูกถ่าย (utilized donor) คือ ผู้ที่อวัยวะถูกนำไปใช้ในการปลูกถ่ายสำเร็จ การจำแนกประเภทเหล่านี้ ช่วยให้การจัดการและการประสานงานในกระบวนการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Talbot & D' Alessandro, 2009)

การขาดแคลนอวัยวะสำหรับการปลูกถ่าย (organ shortage) เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั่วโลก แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในด้านการแพทย์และเทคโนโลยี แต่จำนวนผู้บริจาคอวัยวะยังคงไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับสากล การบริจาคอวัยวะมีความหลากหลายในด้านอัตราการบริจาคและการปลูกถ่าย ประเทศสเปนมีอัตราการบริจาคจากผู้เสียชีวิตสูงสุด ในขณะที่ประเทศอื่นยังต้องพึ่งพาการบริจาคจากผู้มีชีวิต (Global Observatory on Donation and Transplantation, 2022) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของญาติในต่างประเทศพบหลายปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ทศนคติ และจริยธรรม (Santos et al, 2019; de Siqueira et al, 2021; Molina-Pérez et al, 2022) รวมถึงความเครียดของญาติ (Ahmadian et al., 2020) ปัจจัยเหล่านี้ มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ การบริจาคอวัยวะจากผู้มีชีวิตยังคงเป็นทางเลือกหลักในหลายประเทศ แต่ก็มีปัญหาด้านจริยธรรมและความเสี่ยงต่อผู้บริจาค ถึงแม้ว่าบางประเทศจะมีกฎหมายที่เอื้อต่อการใช้อวัยวะของผู้เสียชีวิต ดังหลายประเทศในยุโรป แต่ก็ต้องขอความยินยอมจากญาติผู้เสียชีวิต รวมทั้ง ปัจจัยด้านความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ มีผลต่อกระบวนการสรรหา การวินิจฉัยสมองตาย การดูแลอวัยวะ การขอรับบริจาคอวัยวะ การผ่าตัด และการจัดเก็บอวัยวะ เพื่อนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (da Costa et al., 2021)

ในประเทศไทย การบริจาคอวัยวะยังคงเผชิญกับปัญหาการขาดแคลน แม้จะมีการรณรงค์และการสนับสนุนจากภาครัฐ และองค์กรต่าง ๆ ระบบการบริจาคอวัยวะในประเทศไทยใช้รูปแบบการเลือกที่จะเข้าร่วม (opt-in) ซึ่งเป็นรูปแบบการต้องการความยินยอมจากผู้บริจาคหรือครอบครัวก่อนการบริจาค ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายมากที่สุดจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต สมองตายแล้ว จำนวน 712 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตทั้งหมด (Udomkarnjananun et al., 2020; Larpparisuth et al., 2021; Organ Donation Centre, 2022) โดยมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจของญาติในการบริจาคอวัยวะ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา เช่น ชีวิตหลังความตาย หรือการเกิดใหม่ในภพหน้า วัฒนธรรม กลัวการเจ็บปวด และไม่ยอมรับการตาย (Collins & Clayton, 2015; Sumethakul et al., 2017) อุปสรรคเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนอวัยวะสำหรับการปลูกถ่าย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รอรับอวัยวะที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานประจำปีของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ปี 2565 พบว่ามีผู้บริจาคอวัยวะสมองตายเพียง 303 คน ในขณะที่มีผู้รอรับอวัยวะมากถึง 6,279 คน (Organ Donation Centre, 2022) แสดงให้เห็นถึงช่องว่างที่เพิ่มขึ้นระหว่างจำนวนผู้บริจาคและผู้รอรับอวัยวะ ซึ่งส่งผลให้ผู้รอรับอวัยวะต้องใช้เวลารอคอยนาน และบางรายเสียชีวิตระหว่างการรอคอยผู้บริจาคอวัยวะ

การบริจาคอวัยวะเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีอวัยวะสำคัญล้มเหลว โดยกระบวนการตั้งแต่การสรรหา การประเมิน การดูแลอวัยวะ การจัดเก็บ และการขนส่งอวัยวะต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อลดความเสี่ยงต่อความล้มเหลวหลังการปลูกถ่าย (Organ Donation Centre, 2022) จากปัญหาการขาดแคลนผู้บริจาคอวัยวะที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รอรับบริจาค การระบุผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการบริจาคอวัยวะ จึงเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการปลูกถ่ายอวัยวะ ดังการศึกษาของ Sumethakul et al. (2017) พบว่า การระบุผู้ป่วยในประเทศไทยใช้วิธีการตั้งรับ (passive detection) โดยการ

รอกการรายงานผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สมองตายจากหอบผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการบริจาคอวัยวะ การระบุเชิงรุก (active detection) และการติดตามเฝ้าระวังรายวันจึงมีความสำคัญ โดยเริ่มจากการประเมินผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาคอวัยวะ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บทางสมองรุนแรงและมีคะแนนการประเมินทางระบบประสาทจากการวัดระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ผลการวิจัยพบว่า การระบุเชิงรุกและการติดตามเฝ้าระวังรายวันในห้องฉุกเฉินสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการบริจาคอวัยวะได้อย่างมีนัยสำคัญ (Hasanzade et al., 2024; Budoy et al., 2019)

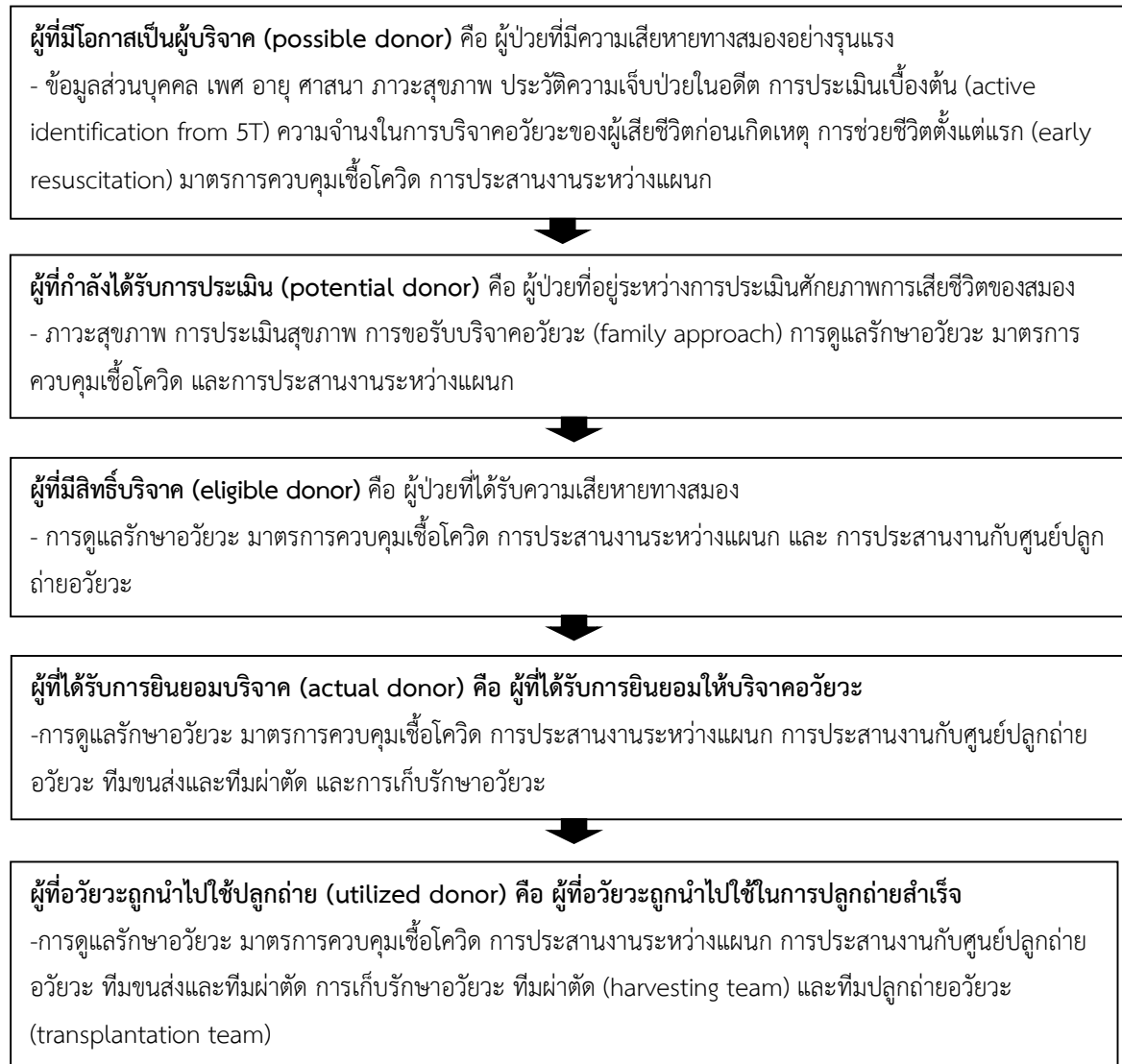
โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นศูนย์กลางด้านการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ในเขตสุขภาพที่ 8 โดยมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย แต่การค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะส่วนใหญ่ ยังคงใช้วิธีการตั้งรับโดยฟังผลการรายงานจากพยาบาลหรือแพทย์ประจำหอผู้ป่วย โดยซึ่งใช้เกณฑ์การประเมินทางระบบประสาทจากการวัดระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในขณะที่ผู้ป่วยใส่เครื่องหายใจ เท่ากับ 2 คะแนน (2T) ส่งผลให้การระบุผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายมีความล่าช้า และสูญเสียโอกาสในการบริจาคอวัยวะ จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินว่ามีภาวะสมองตาย ทั้งหมด 117 ราย แต่ได้รับการแจ้งเพียง 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 41 และค้นพบโดยพยาบาลผู้ประสานงาน จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 59 ทั้งนี้ ยังพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายที่เกิดภาวะช็อกยาวนานถึง 12 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10 และจากภาวะหัวใจหยุดเต้น 6 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5 ซึ่งในปีดังกล่าวเป็นช่วงของการเกิดการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้โรงพยาบาลต้องหยุดดำเนินการรับบริจาคอวัยวะชั่วคราว เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หลังจากที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ทีมวิจัยได้เริ่มนำการค้นหาผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะเชิงรุกมาใช้ โดยใช้เกณฑ์ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมองรุนแรงมีคะแนน GCS $\leq$ 5 หรือการประเมินความรุนแรงของอาการป่วยของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานอผู้ป่วยหนัก จากการประเมิน APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) $\geq$ 19 คะแนน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการระบุผู้บริจาคอวัยวะในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (Udon Thani Organ Donation Centre Report, 2020)

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลลัพธ์การระบุตัวเชิงรุกผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ ผลลัพธ์การช่วยชีวิตตั้งแต่แรกของผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบริจาคอวัยวะ ตลอดจนการดูแลอวัยวะให้มีประสิทธิภาพจนถึงขั้นในการผ่าตัดนำอวัยวะออกไปใช้ผ่าตัดเปลี่ยนให้กับผู้ที่รอคอยอวัยวะได้สำเร็จ อยู่ภายใต้ขั้นตอนการจำแนกประเภทของ Talbot and D' Alessandro (2009) และการพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลลัพธ์ของการระบุตัวเชิงรุก และการช่วยชีวิตตั้งแต่แรกในผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างการระบาดโควิด 19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective cohort study) มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลอุดรธานี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการประมาณสัดส่วน จากการศึกษาของ Budoy et al. (2019) พบอุบัติการณ์ของ potential donor ต่อ possible donor เท่ากับร้อยละ 46.4 ($P = .464$) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และ relative error (e) ไม่เกินร้อยละ 25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 96 ราย เนื่องจากช่วงการระบาดของโรคโควิด19 จะมีผลต่ออัตราการสูญเสียลดลงหนึ่งเท่าตัว ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 192 ราย คัดเลือกแบบจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมองรุนแรง 2) อายุ 6 ปี ขึ้นไป 3) มีคะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัวแรกกับ (Glasgow Coma Scale: GCS) ≤ 5 หรือ APACHE II score ≥ 19 4) ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 5) ผู้แทนตามกฎหมายของผู้ป่วยยินยอมและลงนามเข้าร่วมการรักษา และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ซึ่งในการวิจัยนี้ มีเวชระเบียนผู้ป่วยที่ครบถ้วน จำนวน 172 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมองรุนแรง ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำตอบ ได้แก่ รหัสผู้ป่วย เพศ อายุ สาเหตุที่ไม่รู้สึกตัว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ($GCS \leq 5$ หรือ $APACHE II \geq 19$) และหน่วยงานที่รับไว้รักษา

2. แบบบันทึกประสิทธิภาพการรับบริจาคอวัยวะ ที่แบ่งจำแนกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แต่ละระยะของการบริจาคอวัยวะ ตั้งแต่แรกกับ ประกอบด้วย potential donor, eligible donor, actual donor, utilized donor ระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงจากผู้ป่วยที่มีโอกาสบริจาคอวัยวะ จนเป็นผู้ป่วยสมองตาย ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการดูแลรักษาอวัยวะ สถานะตอนจำหน่าย อวัยวะที่ได้นำไปปลูกถ่าย และอุปสรรคต่อการบริจาคอวัยวะ ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ และเติมคำตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบบันทึกประสิทธิภาพการรับบริจาคอวัยวะ ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ทางด้านศัลยกรรมประสาท แพทย์ด้านศัลยกรรม และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 3 คน มีค่าความตรง (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันจำนวน 45 ราย และนำมาวิเคราะห์ค่าความสอดคล้อง (inter rater reliability) มีค่าเท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่รับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลอุดรธานี ที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2565 จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. คัดเลือกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเข้า นำมาลงบันทึกในแบบบันทึกการเก็บข้อมูลและแบบบันทึกประสิทธิภาพการรับบริจาคอวัยวะ โดยใช้รหัสเลขแทนชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ได้ครบตามจำนวน 172 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ COE เลขที่ 02/2567 วันที่ 5 สิงหาคม 2567 โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร โดยการใช้รหัสแทนการแสดงตัวตนของผู้ป่วย นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และการทำลายข้อมูลหลังจากผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้ว ภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.41 อายุต่ำสุดคือ 6 ปี อายุสูงสุดคือ 83 ปี และมีอายุเฉลี่ย 47.59 ปี ($SD = 17.88$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ($n = 172$)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	128	74.41
หญิง	44	25.58
ช่วงวัยและอายุ		
วัยเรียน (6-13 ปี)	1	0.58
วัยรุ่นตอนปลาย (14-18 ปี)	16	9.30
ผู้ใหญ่ตอนต้น (19-25 ปี)	11	6.39
วัยทำงาน (26-40 ปี)	25	14.53
ผู้ใหญ่ตอนปลาย (41-60 ปี)	75	43.60
ผู้สูงอายุ (> 61 ปี)	44	25.58

2. ผลลัพธ์การระบุตัวเชิงรุกผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ ผลลัพธ์การช่วยชีวิตตั้งแต่แรกของผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 172 ราย ที่รับไว้ในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (trauma ICU) ร้อยละ 40.11 พบค่าคะแนนการประเมินความรุนแรงการบาดเจ็บของสมอง APACHEII score ในช่วง 28-30 มากที่สุด ร้อยละ 63.95 ($M = 29.71$, $SD = 2.30$) ระยะเวลาผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาคจนผ่านเกณฑ์การประเมินภาวะสมองได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองตายแล้ว มากที่สุดใน 24 ชั่วโมงแรก และน้อยที่สุดในระยะเวลา 4 วัน ขณะที่ดูแลผู้ป่วยพบภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.79 ที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาค (possible donor) จำนวน 172 ราย มีอัตราส่วนเข้าเกณฑ์ potential donor 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.27 เข้าเกณฑ์ eligible donor 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.09 เข้าเกณฑ์ Actual donor และ utilized donor จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.72 อวัยวะที่นำไปปลูกถ่ายให้กับผู้รับบริจาคได้มากที่สุดคือ ไต รองลงมาคือ กระเจกตา และ ตับ ตามลำดับ สาเหตุของการปฏิเสธการบริจาคอวัยวะในผู้ที่กำลังได้รับการประเมิน (potential donor) ส่วนใหญ่คือ ไม่ระบุเหตุผล ร้อยละ 69.30 และต้องการการดูแลระยะสุดท้าย (palliative care) ร้อยละ 21.93 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยหนักที่รับไว้ในโรงพยาบาล จำแนกตามหอผู้ป่วย และผลลัพธ์ผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ ($n = 172$)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
หอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit: ICU) ที่รับไว้ในโรงพยาบาล		
Stroke Unit	66	38.39
Surgical ICU	15	8.72
Neurological ICU	22	12.79
Trauma ICU	69	40.11
การเข้าเกณฑ์เป็นผู้ที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาค (possible donor) (มีได้มากกว่า 1 รายการ)		
Head Trauma/ injury	132	76.74
Spontaneous subarachnoid hemorrhage	9	5.23
Spontaneous intracerebral hematoma	90	52.53
Ischemia/ anoxia encephalopathy	5	2.91
Post neurosurgery	2	1.16
CNS tumor	1	.58

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนการประเมินความรุนแรงของสมอง (APACHEII score) (M =29.70, SD = 2.30, Max = 34, Min = 19)		
19-21	2	1.16
22-24	4	2.33
25-27	15	8.72
28-30	110	63.95
31-33	35	20.35
>33	6	3.49
ระยะเวลาที่เปลี่ยนจากผู้ที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาคจนผ่านเกณฑ์การประเมินภาวะสมองตาย (วัน)		
0	160	93.02
1	7	4.07
2	3	1.75
3	-	-
4	2	1.16
อาการแทรกซ้อนของผู้ที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาคอวัยวะ ขณะที่ได้รับการช่วยเหลือดูแล (นับได้มากกว่า 1 รายการ)		
ความดันโลหิตต่ำ (hypotension)	108	62.79
ภาวะเบาจืด (diabetes insipidus)	72	41.86
ภาวะโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremia)	26	11.12
ภาวะช็อกเป็นเวลานาน (prolonged shock)	2	1.16
ประเภทผู้บริจาคอวัยวะจากผู้เสียชีวิต ผู้		
ผู้ที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาค (possible donor)	172	100
ผู้ที่กำลังได้รับการประเมิน (potential donor)	114	66.27
ผู้ที่มีสิทธิ์บริจาค (eligible donor)	81	47.09
ที่ได้รับการยินยอมบริจาค (actual donor)	15	8.72
อวัยวะที่นำไปปลูกถ่ายได้		
หัวใจ	4	-
ไต	22	-
ตับ	7	-
กระจกตา	18	-
ลิ้นหัวใจ	7	-
สาเหตุของการปฏิเสธการบริจาคอวัยวะในผู้ที่กำลังได้รับการประเมิน (potential donor) (n = 114)		
ความเชื่อเรื่องการมีชีวิตในชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ	10	8.77
ต้องการการดูแลระยะสุดท้าย (palliative care)	25	21.93
ไม่ระบุเหตุผล	79	69.30

การอภิปรายผล

การระบุตัวเชิงรุกและการช่วยชีวิตในผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะ (possible donor) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเข้าเกณฑ์บริจาคอวัยวะส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.52) การบาดเจ็บทางสมองจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสมองตาย ซึ่งพบมากที่สุดที่หอผู้ป่วย trauma ICU (ร้อยละ 40.11) ที่มีสาเหตุหลักจากอุบัติเหตุทางการจราจร ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ที่ระบุว่า ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจรสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-60 ปี รองลงมาคือ 26-40 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานและวัยรุ่นที่ใช้ยานพาหนะสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนน APACHE II ระหว่าง 28-30 คะแนน แสดงถึงการได้รับบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง (ร้อยละ 63.95) ซึ่งบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการและโอกาสเข้าสู่ระยะวิกฤติได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูง

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายอย่างเหมาะสมก่อนที่อวัยวะสำคัญจะล้มเหลว (early resuscitation) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการบริจาคอวัยวะ โดยมีการประสานงานกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะเพื่อจัดสรรอวัยวะให้กับผู้ป่วยที่รอรับบริจาค จากการศึกษาพบว่า การจัดการเชิงรุก และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายอย่างเหมาะสมก่อนที่อวัยวะสำคัญจะล้มเหลว สามารถนำอวัยวะไปใช้ปลูกถ่ายได้ถึงร้อยละ 8.72 โดยอวัยวะที่นำไปใช้มากที่สุด ได้แก่ ไต ตับ และหัวใจ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในช่วงระบาดของโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Budoy et al. (2019) และ Hasanzade, A. et al. (2024) ที่พบว่าการจัดการเชิงรุกในผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาคอวัยวะเร็วตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน จะสามารถเพิ่มโอกาสในการเป็นได้อวัยวะไปใช้ในการปลูกถ่ายได้มากขึ้น ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบริจาคอวัยวะในการศึกษานี้ แม้ว่าส่วนใหญ่จะไม่ระบุสาเหตุและต้องการดูแลแบบระยะสุดท้าย แต่มีรายงานว่า มีความเชื่อเรื่องการมีชีวิตในชาติกับการมีหน้าอวัยวะไม่ครบ ร้อยละ 8.77 ซึ่งสนับสนุนว่า ปัจจัยด้านความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อส่วนบุคคลของครอบครัว มีผลต่อการปฏิเสธการบริจาคอวัยวะจากครอบครัวผู้เสียชีวิต (Collins & Clayton, 2015; Sumethakul et al., 2017; de Siqueira et al, 2021) การปรับปรุงกระบวนการระบุตัวเชิงรุก กระบวนการขอรับบริจาคอวัยวะ (family approach) และการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ และลดการสูญเสียผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการบริจาคอวัยวะ

ข้อจำกัดในการวิจัย

แม้ว่าในช่วงที่ทำการศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาได้รับบาดเจ็บทางสมองค่อนข้างมาก แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล ทำให้ขาดความสมบูรณ์และต้องตัดออกจากการศึกษา อาจทำให้ขาดประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสาเหตุของการปฏิเสธการบริจาคอวัยวะในผู้ที่กำลังได้รับการประเมิน (potential donor)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การระบุตัวผู้บริจาคอวัยวะเชิงรุก สามารถนำไปปรับใช้ในการเริ่มคัดกรองเมื่อมีภาวะการทำงานของสมองลดลง มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน และการติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง ให้การช่วยชีวิตตั้งแต่แรก จะสามารถช่วยให้ได้อวัยวะเพื่อนำไปปลูกถ่ายได้มากขึ้น และแก้ปัญหาการได้ผู้บริจาคล่าช้า และลดการสูญเสียผู้ที่กำลังได้รับการประเมิน (potential donor) ก่อนเข้าสู่กระบวนการบริจาคอวัยวะได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการสร้างแนวปฏิบัติทั้งกระบวนการรับบริจาคอวัยวะ และนำไปทดลองในโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองสูง เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดี และสามารถนำมาใช้ในการรับบริจาคอวัยวะที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Ahmadian, S., Khaghanizadeh, M., Khaleghi, E., Zarghami, M. H., & Ebadi, A. (2020). Stressors experienced by the family members of brain-dead people during the process of organ donation: A qualitative study. *Death Studies*, 14(12), 759–770. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1609137>
- Budoy, D., Rodriguez-Villar, C., Peña, D., Vizcaino, F., Saavedra, S., Bohils, M., Quijada, M., de la Cruz, J. M., Paredes-Zapata, D., Ruiz, A., Roque, R., Garcia, X. & Bartolome, R. A. (2019). Effect of active and early possible organ and tissue donor detection in the emergency room in a university hospital. *Transplantation Proceedings*, 51(9), 3027-3029. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.08.022>
- Collins, M. G., & Clayton, P. A. (2015). Thai transplant registry: An important resource for the Asia Pacific region. *Nephrology*, 20(4), 227-228. <https://doi.org/10.1111/nep.12390>
- da Costa, V. C., de Lima Nascimento, M. M., da Silva, J. E. L., da Silva, B. C. V., de Melo, N. R. M., & Guimarães, T. M. R. (2021). Knowledge of the health team about brain death protocol and maintenance of potential donor. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1499-1505. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10229>
- de Siqueira, A. C., Burn, L. S. O., Uzeda, A. L., Goulart, M. C. L., Góes, F. G. B., & Ávila, F. M. V., P. (2021). Family attitude in the organ donation and transplantation process: An integrative review. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33), Article e-021014. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.958>

- Global Observatory on Donation and Transplantation. (2022). *International report on organ donation and transplantation activities 2022*. https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2023/11/2022-data-global-report_VF_2.pdf
- Hakim, N. S. (2012). *Introduction to organ transplantation* (2nd ed.). Imperial College Press.
- Hasanzade, A., Nejatollahi, S. M. R., Mokhber Dezfouli, M., Hazrati, M., Sheikholeslami, S., Imani, M., Mohseni, B., & Ghorbani, F. (2024). The impact of early brain-dead donor detection in the emergency department on the organ donation process in Iran. *Transplant International*, 37, Article 11903. <https://doi.org/10.3389/ti.2024.11903>
- Larpparisuth, N., Cheungpasitporn, W., & Lumpaopong, A. (2021). Global perspective on kidney transplantation: Thailand. *Kidney* 360, 2(7), 1163-1165. <https://doi.org/10.34067/KID.0002102021>
- Lauri, M. A. (2013). *Organ donation and transplantation: An interdisciplinary approach*. Nova Science.
- Manyalich, M. (2013). Transplant procurement management-donation and transplantation institute (TPM-DTI): A new formula to success in organ donation. *Transplant Journal of Australasia*, 22(1), 13-18. <https://doi.org/10.1097/00007890-201007272-01068>
- Molina-Pérez, A., Werner-Felmayer, G., Van Assche, K., Jensen, A. M., Delgado, J., Flatscher-Thöni, M., Hannikainen, R., Rodriguez-Arias, D., Schick Tanz, S., & Wöhlke, S. (2022). Attitudes of European students towards family decision-making and the harmonisation of consent systems in deceased organ donation: A cross-national survey. *BMC Public Health*, 22(1), Article 2080. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14476-z>
- Organ Donation Center. (2022). *Annual report of organ donation center, Thai Red Cross Society*. <https://www.organdonate.in.th/assets/files/odc2562.pdf> (in Thai)
- Santos, J. I. R. D., Santos, A. D. B. D., Lira, G. G., & de Moura, L. T. R. (2019). Perception of family members on the donation of organ and tissue. *Journal of Nursing UFPE*, 13(3), 578-586. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236473p578-586-2019>
- Sumethakul, W., Pantisawat, N., Tantiwongse, K., Chittawatanarat, K., Thiamsr, N., & Sukmongkol, C. (2017). *Determination of barriers to organ donation and transplantation in Thailand*. Wetchasarn. (in Thai)
- Talbot, D., & D'Alessandro, A. M. (2009). *Organ donation and transplantation after cardiac death*. Oxford University Press.

- Udomkarnjananun, S., Townamchai, N., Kerr, S. J., Tasanarong, A., Noppakun, K., Lumpaopong, A., Prommool, S., Supaporn, T., Avihingsanon, Y., Praditpornsilpa, K., & Eiam-Ong, S. (2020). The first Asian kidney transplantation prediction models for long-term patient and allograft survival. *Transplantation*, 104(5), 1048-1057. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000002918>
- Udon Thani Hospital. (2020). *Udon Thani organ donation centre report*. Udon Thani Hospital. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). *Global status on road safety 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>



บทความวิจัย (Research article)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดสื่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้าของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

The Relationships between Personal Factors, Social Media Addiction,
and Depression among High Achool Students
in Phutthamonthon District, Nakorn Pathom Province

พรรณภา เรืองกิจ¹, วาสนา ดำดี^{1*}, จีรวรรณ วรยศ²

Phannapa Ruangkit¹, Wassana Damdee^{1*}, Jirawan Worrayot²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wssndmd@gmail.com)

(Received: October 12, 2024; Revised: December 12, 2024; Accepted: December 23, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดสื่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 317 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบง่าย ผลการศึกษาพบว่า

1. นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยการติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง ($M = 23.37$, $SD = 9.14$) และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ($M = 8.51$, $SD = 6.29$)
2. ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน การใช้สื่อเพื่อความบันเทิง และการติดสื่อสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .162, .233, .431$ ตามลำดับ) ในขณะที่เพศชาย อายุ การศึกษาในระดับมัธยมปลาย ผลการเรียนรู้ในระดับดี และมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในระดับมาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -.165, -.205, -.169, -.138, -.134$ ตามลำดับ)
3. การติดสื่อสังคมออนไลน์ อายุ การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง และเพศชาย ($Beta = .371, -.213, 181, -.172$ ตามลำดับ) สามารถร่วมอธิบายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาได้ ร้อยละ 28.10 ($R^2_{adj} = .281$, $p < .001$)

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromaraajonani Collage of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² อาจารย์ โรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชบวรนิเวศศาลายา ในพระสังฆราชูปถัมภ์
Instructor, Rattanakosinsomphotbowonniwet salaya School Under the Patronage of Supreme Patriarch

พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สามารถนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาแนวทางลดพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ และส่งเสริมการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างสมดุล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว

คำสำคัญ: การติดสื่อสังคมออนไลน์, ภาวะซึมเศร้า, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive analysis designed to investigate the relationship between personal factors, social media addiction, and depression among high school students in the Phutthamonthon District, Nakhon Pathom Province. A sample of 317 students was selected through stratified random sampling, and data were collected from February to March 2024. The assessment tools included the Social Media Addiction Screening Scale (S-MASS) and the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A). Data analysis incorporated descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and enter multiple regression analysis. The findings revealed that;

1. The high school students displayed a moderate level of social media addiction ($M = 23.37$, $SD = 9.14$) and a mild level of depression ($M = 8.51$, $SD = 6.29$).

2. Spending more than 4 hours per day on social media, using social media for entertainment, and social media addiction are positively correlated with depression ($r = .162$, $.233$, $.431$, respectively). In contrast, being male, older age, having a senior high school education, achieving good academic performance, and having higher monthly expenses are negatively correlated with depression, with statistical significance at the .05 level ($r = -.165$, $-.205$, $-.169$, $-.138$, $-.134$, respectively).

3. Social media addiction, age, using social media for entertainment, and being male ($Beta = .371$, $-.213$, $.181$, $-.172$, respectively) collectively explain 28.10% of the variance in depression among high school students ($R^2_{adj} = .281$, $p < .001$).

These findings have important implications for nurses and school teachers, as they can help in developing strategies to reduce social media addiction behaviors and promote balanced social media use for ultimately preventing long-term depression.

Keywords: Social media addiction, Depression, High school students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ (social media) มีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน และมีอิทธิพลต่อประชากรทุกวัย เนื่องจากเป็นเครื่องมือการติดต่อสื่อสารและกิจกรรมสันทนาการที่ได้รับความนิยมสูง เช่น ไลน์ (LINE) ดิกต็อก (TikTok) ยูทูบ (YouTube) จากรายงานข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ระบุว่าจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 85.3 ในปี 2564 (Office of the National Broadcasting and Telecommunications Commission: NBTC, 2022) โดยวัยรุ่นใช้เวลาถึง 8 ชั่วโมงต่อวันกับสื่อเหล่านี้ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เพื่อการสื่อสารและกิจกรรมบันเทิง (Ministry of Digital Economy and Society Thailand, 2022) พฤติกรรมการใช้สื่อมากเกินไป อาจส่งผลให้เกิดการติดสื่อสังคมออนไลน์ (social media addiction) ซึ่งมีลักษณะคล้ายการเสพติดสารเสพติด ทำให้สมองถูกกระตุ้น และสร้างวงจรการใช้สื่ออย่างต่อเนื่อง (Keles et al., 2020) พฤติกรรมนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การนอนหลับไม่เพียงพอ (Sümen & Evgin, 2021) อารมณ์แปรปรวน สมาธิสั้น (Kanya & Benjaporn, 2016) ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Acar et al., 2022) และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และการฆ่าตัวตาย (Ivie et al., 2020) การสำรวจจากกรมสุขภาพจิตพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น โดยจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึง 439 คน (Suicide Prevention Center of Thailand, 2023) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสามของวัยรุ่นไทย ข้อมูลสำคัญยังพบว่าวัยรุ่นไทยอายุ 13-17 ปี มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 17.60 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) วัยรุ่นกลุ่มนักเรียนจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องเฝ้าระวังหากมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไป

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนักเรียนจึงเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่องและมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต ดังแนวคิดของทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ (Uses and Gratifications Theory) ของ Katz et al. (1974) ได้อธิบายความแตกต่างทางจิตวิทยาส่วนบุคคล โดยชี้ให้เห็นว่า บุคคลมีปัจจัยและแรงจูงใจที่แตกต่างกันในการใช้สื่อเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่น การแสวงหาความบันเทิงหรือสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม อย่างไรก็ตามการใช้สื่อที่มากเกินไป สามารถนำไปสู่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น โดยปัจจัยที่สำคัญได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา รายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว และสถานภาพสมรสของบิดามารดา ล้วนมีผลต่อแนวโน้มในการเสพติดสื่อและเกิดภาวะซึมเศร้าได้แตกต่างกัน เพศชายที่มีแนวโน้มจะเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มากกว่าเพศหญิง เนื่องจากพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเพศชาย มักมุ่งเน้นไปที่กิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ เช่น การเล่นเกม ขณะที่เพศหญิงมักใช้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (Kuss & Griffiths, 2011) รวมทั้ง ระดับชั้นการศึกษา โดยวัยรุ่นในชั้นปีที่

สูงขึ้น มักมีการเข้าถึงเทคโนโลยีและสื่อออนไลน์มากขึ้น และอาจใช้สื่อเหล่านี้เพื่อเป็นเครื่องมือในการรับข้อมูล การสื่อสาร หรือเพื่อหลีกเลี่ยงจากความเครียดและปัญหาทางการศึกษา (Kuss & Griffiths, 2017) รายได้ของครอบครัวและรายได้ส่วนตัวของวัยรุ่น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงเทคโนโลยีและการใช้งานสื่อออนไลน์ วัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้สูงมักจะมีความพร้อมในการเข้าถึงอุปกรณ์ดิจิทัล และการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่มีคุณภาพสูง ซึ่งเอื้อต่อการใช้งานสื่อออนไลน์ได้มากกว่า ในทางตรงกันข้าม วัยรุ่นจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำอาจเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ต ส่งผลให้การใช้งานสื่อออนไลน์มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มรายได้ (Bai et al., 2020). และในด้านสถานภาพสมรสของบิดา-มารดาพบว่า วัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกทางกัน มักเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และความรู้สึกโดดเดี่ยว (Amato, 2000)

ปัจจัยในด้านรูปแบบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ระยะเวลาและชนิดของสื่อที่ใช้ ส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อสุขภาพจิต โดยวัยรุ่นที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์นานเกินไป จะมีระดับความเครียดสูงและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Lin et al., 2016) เนื่องจาก วัยรุ่นมักเปรียบเทียบตนเองกับภาพลักษณ์และชีวิตของผู้อื่น (Keles et al., 2020) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นที่ติดและไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์พบว่า กลุ่มที่ติดสื่อสังคมออนไลน์มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาภาวะซึมเศร้ามากกว่า เนื่องจากต้องเผชิญกับแรงกดดันจากการสร้างภาพลักษณ์ และการรักษาความสัมพันธ์ในโลกออนไลน์อย่างต่อเนื่อง (Primack et al., 2017) ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น โดยพิจารณาคูณลักษณะส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อที่แตกต่างกันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำผลการศึกษามาวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

อำเภอยุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง ภายใต้สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน นักเรียนส่วนใหญ่เป็นนักเรียนในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับการติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาในพื้นที่นี้ และจากการสัมภาษณ์ครูและผู้บริหารโรงเรียน พบว่า นักเรียนจำนวนมากใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อการเรียนและสุขภาพจิต ทางโรงเรียนต้องออกมาตรการควบคุมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจาก นักเรียนที่มีปัญหาการเรียนมักใช้เวลากับโทรศัพท์มือถือถึงขั้นที่หลังตื่นนอน หากถูกตำหนิจากครูหรือผู้ปกครองก็เกิดความขัดแย้งในใจและหันไปใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง บางรายไม่สนใจกับคำตักเตือน กลับใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อประชดประชันเพิ่มขึ้น และเมื่อถูกตำหนิรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า และอาจมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับตามมา ส่งผลให้บางคนต้องหยุดหรือพักการเรียน และนำไปสู่การลาออกจากโรงเรียน (Rattanakosinsomphotbowonniwetsalaya School, 2022)

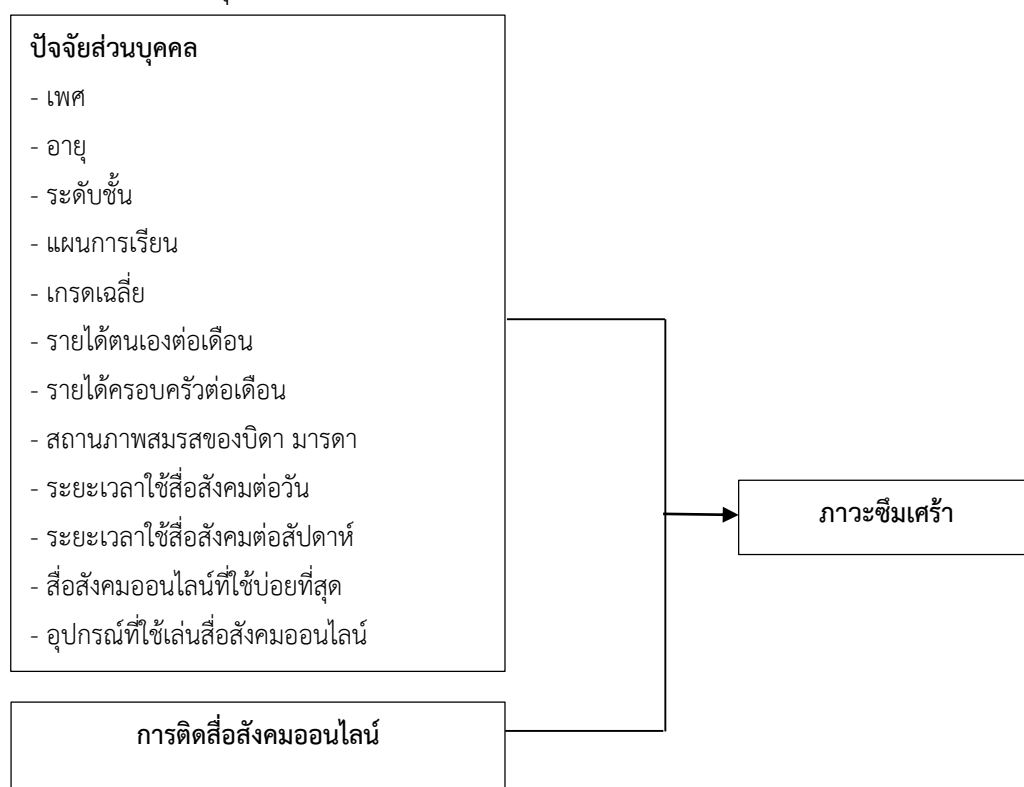
ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดสื่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดูแล ส่งเสริม ป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่เริ่มต้น และสามารถพัฒนาการให้คำปรึกษา แนะนำแก่นักเรียนกลุ่มเสี่ยง ให้สามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองท่ามกลางสภาพสังคมที่มีปัญหาซับซ้อนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การติดต่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการติดต่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยนี้ คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดต่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้า โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการติดต่อสังคมออนไลน์ กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2567 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จากในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอฟุทธรณชล จังหวัดนครปฐม ปีการศึกษา 2566 จำนวน 1,836 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอฟุทธรณชล จังหวัดนครปฐม ปีการศึกษา 2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 สำหรับสถิติ Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .15 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 กำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 จำนวนตัวแปรทำนาย 48 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 317 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยกำหนดชั้นปีเป็นชั้นภูมิ (strata) และคำนวณสัดส่วนการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นปี โดยใช้สูตร $n/N = 311/1836$ เท่ากับร้อยละ 17.00 จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) จากเลขรหัสประจำตัวนักเรียน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ จำนวน 317 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 55, 40, 44, 69, 61 และ 48 คน ตามลำดับ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีผลการเรียนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ 2.00 2) เป็นนักเรียนที่ไม่เรียนซ้ำชั้นเดิมมากกว่า 1 ปี 3) นักเรียน และ ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้ข้อมูล และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ลาป่วย/ ลาจกในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ให้ข้อมูลการวิจัยไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสำรวจรายการ และเติมข้อความจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น แผนการเรียน เกรดเฉลี่ย รายได้ตนเอง รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระยะเวลาในการใช้ต่อวัน ใช้ต่อสัปดาห์ ชนิดของสื่อสังคมออนไลน์ อุปกรณ์ที่ใช้ และวัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ (social media addiction screening scale: S-MASS) เป็นแบบทดสอบที่สร้างขึ้นโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ใช่เลย (0 คะแนน) ไม่น่าใช่ (1 คะแนน) น่าจะใช้ (2 คะแนน) และใช่เลย (3 คะแนน) มี คัดคะแนนรวม โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Pornnoppadol et al., 2022)

ระหว่าง 0-15 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนน 16-30 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 31-48 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai Version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbrach's alpha coefficient) เท่ากับ .88 เป็นแบบรายงานตนเอง ประกอบด้วยข้อความ 9 ข้อ เพื่อระบุความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีแทบทุกวัน คิดคะแนนรวม 0 – 27 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ (Panyawong et al., 2018)

ระหว่าง 0-4 คะแนน	หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย
ระหว่าง 5-9 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
ระหว่าง 10-14 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
ระหว่าง 15-19 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก
ระหว่าง 20-27 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) แบบทดสอบการติดต่อสังคมออนไลน์ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีค่าเท่ากับ .89 และ .97 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล ประสานงานกับอาจารย์แนะแนวเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. พบครูประจำชั้น เพื่อบอกเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และหนังสือขออนุญาตผู้ปกครองเพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำไปให้ผู้ปกครองลงนาม หลังจากได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครองแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายกับครูประจำชั้น เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างต่อไป
3. พบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้น สร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยตามเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน หากไม่สมบูรณ์จะให้ตอบเพิ่มเติมตามความสนใจ และบรรจุแบบสอบถามในซองปิดมิดชิดเพื่อรักษาความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนจากแบบสอบถามการติดต่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการติดต่อสังคมออนไลน์กับภาวะซึมเศร้า โดยปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน คือ อายุ (ปี) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ ได้แก่ เพศ ระดับชั้น แผนการเรียน เกรดเฉลี่ย รายได้ที่ได้รับ รายได้

ของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระยะเวลาในการใช้ต่อวัน จำนวนวันที่ใช้ต่อสัปดาห์ ชนิดของสื่อสังคมออนไลน์ และวัตถุประสงค์ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้ทำการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) รวม 48 ตัวแปร ก่อนนำมาวิเคราะห์ค่าสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยเกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (Hinkle et al., 1998)

$r = .81 - 1.00$ หมายถึง ระดับสูงมาก

$r = .61 - .80$ หมายถึง ระดับสูง

$r = .41 - .60$ หมายถึง ระดับปานกลาง

$r = .21 - .40$ หมายถึง ระดับต่ำ

$r = .00 - .20$ หมายถึง ระดับต่ำมาก

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) แบบง่าย (enter) โดยคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) ตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ 2) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ค่า Tolerance ของ ตัวแปรอิสระทุกตัว ไม่มีค่าเข้าใกล้ 0 (อยู่ระหว่าง .08 - .84) แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) และการทดสอบความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน (autocorrelation) ได้ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.819 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพิชัย เลขที่ ERB13/2566 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า นักเรียนจำนวน 317 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.25 มีอายุเฉลี่ย 15.31 ปี ($M = 15.31, SD = 1.67$) มีเกรดเฉลี่ยมากกว่า 3.50 ร้อยละ 42.27 มีรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนระหว่าง 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 35.02 และรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 31.23 บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.83 ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 78.23 และใช้มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 88.01 โดยแอปพลิเคชันที่ถูกใช้งานบ่อยที่สุด คือ ไลน์ (LINE) ร้อยละ 28.39 ใช้ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 91.80 วัตถุประสงค์หลักในการใช้งาน คือ เพื่อการสื่อสาร ร้อยละ 54.57 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคลและรูปแบบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม (n = 317)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา		
หญิง	191	60.25	คู่	196	61.83
ชาย	126	39.74	แยกกันอยู่	53	16.72
อายุ ($M = 15.31, SD = 1.67$)			หย่า	50	15.77
13-15 ปี	156	49.21	บิดาเสียชีวิต	14	4.42
16-18 ปี	161	50.79	มารดาเสียชีวิต	2	0.63
ระดับชั้น			บิดาและมารดาเสียชีวิต	2	0.63
มัธยม 1	55	17.35	ระยะเวลาใช้สื่อสังคมต่อวัน (ชั่วโมง)		
มัธยม 2	40	12.62	< 2	5	1.58
มัธยม 3	36	11.36	2-4	64	20.19
มัธยม 4	72	22.71	> 4	248	78.23
มัธยม 5	64	20.19	ระยะเวลาใช้สื่อสังคมต่อสัปดาห์ (วัน)		
มัธยม 6	50	15.77	4-5	38	11.99
เกรดเฉลี่ย			>5	279	88.01
2.01-2.50	10	3.15	สื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้บ่อยที่สุด		
2.51-3.00	56	17.67	Line	90	28.39
3.01-3.50	117	36.91	Google	78	24.61
> 3.50	134	42.27	Twitter	70	22.08
รายได้ต่อเดือนของนักเรียน (บาท)			Facebook	61	19.24
< 1,000	62	19.56	Instagram	32	10.09
1,001-2,000	111	35.02	Tiktok	17	5.36
2,001-4,000	107	33.75	อุปกรณ์ที่ใช้เล่นสื่อสังคมออนไลน์		
> 4,000	37	11.67	โทรศัพท์มือถือ	291	91.80
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)			แท็บเล็ต/ไอแพด	18	5.68
< 10,000	27	8.52	คอมพิวเตอร์/โน้ตบุ๊ก	8	2.52
10,001-20,000	98	30.91	วัตถุประสงค์ในการใช้		
20,001-30,000	99	31.23	สนทนาติดต่อสื่อสาร	173	54.57
30,001-50,000	64	20.19	ส่งข้อความเพื่อแก้แค้น	73	23.03
> 50,000	29	9.15	ลิ้มลองทุกซ์	47	14.83
			แบ่งปันข้อความ/รูปภาพ	18	5.68
			หาเพื่อนใหม่	6	1.89

นักเรียนมีค่าเฉลี่ยการติดสื่อสังคมออนไลน์โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 24.37, SD = 9.14$) และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวม อยู่ในระดับเล็กน้อย ($M = 8.51, SD = 6.29$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดต่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวน 8 ตัวแปร โดยระยะเวลาการใช้สื่อมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน (X6) การใช้สื่อเพื่อความบันเทิง (X7) และการติดต่อสังคมออนไลน์ (X8) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .162, .233, .431, p < .01$ ตามลำดับ) ในขณะที่เพศชาย (X1) อายุ (X2) การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (X3) ผลการเรียนในระดับดี (X4) และมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในระดับมาก (X5) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.165, -.205, -.169, -.138, -.134$ ตามลำดับ) รายละเอียดดัง ตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่างภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา และตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ($n = 317$)

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	Y
เพศชาย (X1)	1								
อายุ (X2)	-.148**	1							
มัธยมศึกษาตอนปลาย (X3)	-.169**	.841**	1						
ผลการเรียนดี (X4)	-.139*	-	-	1					
ค่าใช้จ่ายต่อเดือนระดับมาก (X5)	-	.141*	.161**	-	1				
ใช้สื่อ > 4 ชม./วัน (X6)	-	.135*	.132*	-	-	1			
ใช้เพื่อความบันเทิง (X7)	-	-.200**	-.191**	-	-.137*	-	1		
การติดต่อสังคมออนไลน์ (X8)	-.111*	-	-	-.116*	-	.303**	-	1	
ภาวะซึมเศร้า (Y)	-.165**	-.205**	-.169**	-.138*	-.134*	.162**	.233**	.431**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบง่าย พบว่ามี 4 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ได้แก่ การติดต่อสังคมออนไลน์ ($Beta = .371, p < .001$) อายุ ($Beta = -.213, p = .017$) การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง ($Beta = .181, p < .001$) และเพศชาย ($Beta = -.172, p = .001$) ตามลำดับ โดยสามารถรวมอธิบายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาได้ ร้อยละ 28.10 ($R^2_{adj} = .281, p < .001$) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบง่ายระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (n = 317)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
เพศชาย (X1)	-2.209	.636	-.172	-3.475**	.001
อายุ (X2)	-.803	.333	-.213	-2.409*	.017
มัธยมศึกษาตอนปลาย (X3)	.567	1.136	.044	.500	.618
ผลการเรียนดี (X4)	-1.351	.759	-.087	-1.780	.076
ค่าใช้จ่ายต่อเดือนระดับมาก (X5)	-.997	.618	-.079	-1.614	.108
ใช้สื่อ > 4 ชม./วัน (X6)	.951	.774	.062	1.229	.220
ใช้เพื่อความบันเทิง (X7)	3.049	.830	.181	3.675**	<.001
การติดสื่อสังคมออนไลน์ (X8)	.256	.035	.371	7.264**	<.001

Constant = 15.389, $R^2 = .299$, $R^2_{adj} = .281$, SE = 5.336, $F_{(8,309)} = 16.453$, $p < .001$

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การติดสื่อสังคมออนไลน์ และภาวะซึมเศร้า พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 78.23) และใช้มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 88.01) โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการใช้เพื่อการสื่อสาร (ร้อยละ 54.57) แอปพลิเคชันที่ใช้บ่อยที่สุดคือ ไลน์ (LINE) (ร้อยละ 28.39) และผ่านโทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 91.80) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Kuss & Griffiths, 2017) สะท้อนถึงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มักใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ โดยนิยมใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแชร์ประสบการณ์ผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ

นักเรียนมีระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 24.37$, $SD = 9.13$) แสดงให้เห็นถึงการที่สื่อสังคมออนไลน์กลายเป็นส่วนสำคัญในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ พบว่าวัยรุ่นพึ่งพาสื่อสังคมออนไลน์เพื่อการสื่อสาร การสร้างความสัมพันธ์ และการเรียนรู้ (Patanakunchai et al., 2018) อย่างไรก็ตาม การใช้งานที่มากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความเหงา ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Boer et al., 2020) ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตจริงและส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการบริหารเวลา จึงควรมีการส่งเสริมการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาการติดสื่อสังคมออนไลน์ในระยะยาว นอกจากนี้ พบว่านักเรียนมีระดับภาวะซึมเศร้าโดยรวมในระดับเล็กน้อย ($M = 8.51$, $SD = 6.29$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า วัยรุ่นต้องเผชิญกับแรงกดดันจากการเรียน การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และปัญหาความสัมพันธ์ (Hankin et al., 2018) นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง มักจะมีผลการเรียนต่ำและประสบปัญหาทางสังคม ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อน เช่น การพึ่งพายาเสพติด และการทำร้ายตัวเอง (Marino et al., 2024)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า เพศชาย (X1) อายุ (X2) การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (X3) ผลการเรียนในระดับดี (X4) และมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนในระดับมาก (X5) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.165, -.205, -.169, p < .01; r = -.138, -.134, p < .05$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าการที่นักเรียนอายุมากขึ้นและอยู่ในระดับชั้นที่สูงขึ้น มักมีทักษะในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่ดีกว่า ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนที่อายุน้อยหรืออยู่ในระดับชั้นที่ต่ำกว่า นักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยสูงมักมีทักษะในการจัดการเวลาและความเครียดที่ดี ทำให้มีภาวะซึมเศร้ามั้่นกว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยต่ำ (Wang et al., 2020) ค่าใช้จ่ายรายเดือนที่สูงขึ้นช่วยลดความเครียดทางการเงิน และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ทำให้มีภาวะซึมเศร้ามั้่นกว่า (Liu et al., 2020) ส่วนเพศอาจสะท้อนถึงบทบาททางสังคมและวิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในแต่ละบุคคล (Tantillo et al., 2021)

ระยะเวลาการใช้สื่อมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน (X6) และการใช้สื่อเพื่อความบันเทิง (X7) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .162, .233, p < .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระยะเวลาาน อาจทำให้พบกับกับเนื้อหาหรือกิจกรรมที่สร้างความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่การรู้สึกโดดเดี่ยว และแยกตัวออกจากสังคมจริง (Kuss & Griffiths, 2017) การใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสมและการสนับสนุนจากครอบครัว จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่อาจช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา นอกจากนี้ การติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .431, p < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Laksaneeyanawin and Wattanaburanon (2022) พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และผลศึกษาที่พบว่า นักเรียนที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นมีแนวโน้มที่จะรู้สึกด้อยค่า และมีความสุขน้อยลง (Vannucci et al., 2017) จึงควรมีการสนับสนุนให้มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสมจากทั้งผู้ปกครองและโรงเรียน เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ที่เกิดจากการติดสื่อสังคมออนไลน์

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่า การติดสื่อสังคมออนไลน์ ($Beta = .371, p < .001$) มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะนักเรียนที่มีการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chuemongkon et al. (2021) ที่พบว่าการติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในนักเรียน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางชิ้นระบุว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในลักษณะที่สร้างสรรค์สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Frison & Eggermont, 2015) นักเรียนชาย ($Beta = -.172, p = .001$) มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในรูปแบบที่แตกต่างจากนักเรียนหญิง เช่น การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือการใช้สารเสพติด (Ding & Li, 2023) การที่เพศชายไม่แสดงอารมณ์และความเครียด อาจนำไปสู่

การเกิดภาวะซึมเศร้าภายใน (Zhu, 2023) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Chuemongkon et al. (2021) พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่า เนื่องจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อความบันเทิง ($Beta = .181, p < .001$) อาจเป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้นักเรียนไม่จัดการกับความรู้สึกเชิงลบได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Keles et al. (2020) พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในลักษณะนี้ สามารถเพิ่มความรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้าได้ แสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในวัยรุ่น

ผลการศึกษานี้ สะท้อนถึงพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่น ที่มีการใช้สื่อออนไลน์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลกระทบในระยะยาว อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่น โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา จึงจำเป็นต้องมีการดูแลและให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ รวมถึงสร้างความตระหนักรู้ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างมีสติ เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดสื่อสังคมออนไลน์ และปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง ควรนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างมีความรับผิดชอบ เพื่อให้ นักเรียนสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นลดพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มนักเรียน เพื่อป้องกันผลกระทบทางจิตใจในระยะยาว รวมถึงการจัดทำโปรแกรมให้คำปรึกษาสำหรับนักเรียนที่มีแนวโน้มติดสื่อออนไลน์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- Acar, I. H., Avcilar, G., Yazıcı, G., & Bostancı, S. (2022). The roles of adolescents' emotional problems and social media addiction on their self-esteem. *Current Psychology*, 41(10), 6838-6847. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01174-5>
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1269-1287.
- Bai, C., Chen, X., & Han, K. (2020). Family income and adolescent online behavior: A comparative study. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(5), 883-897. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01221-1>

- Boer, M., van den Eijnden, R. J. J. M., Boniel-Nissim, M., Wong, S. L., Inchley, J. C., Badura, P., Craig, W. M., Gobina, I., Kleszczewska, D., Klanšček, H. J., & Stevens, G. W. J. M. (2020). Adolescents' intense and problematic social media use and their well-being in 29 countries. *Journal of Adolescent Health, 66*(6), 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.014>
- Chuamongkon, W., Boonnaruetee, N., & Mothaniyachat, T. (2021). Effects of smartphone addiction on health and academic performance of high school students in Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. *Srinagarind Medical Journal, 36*(4), 474-481. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). *2021 Global school-based student health survey: GSHS*. <https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/download/?did=212642&id=102358&reload=> (in Thai)
- Ding, K., & Li, H. (2023). Digital addiction intervention for children and adolescents: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(6), Article 4777. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064777>
- Frison, E., & Eggermont, S. (2015). Toward an integrated and differential approach to the relationships between loneliness, different types of Facebook use, and adolescents' depressed mood. *Communication Research, 47*(5), 701-728. <https://doi.org/10.1177/0093650215617506>
- Hankin, B. L., Young, J. F., Gallop, R., & Garber, J. (2018). Cognitive and interpersonal vulnerabilities to adolescent depression: Classification of risk profiles for a personalized prevention approach. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*(7), 1521-1533. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0401-2>
- Hinkle, D. E., William, W., & Stephen G. J. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences* (4th ed.). Houghton Mifflin.
- Ivie, E. J., Pettitt, A., Moses, L. J., & Allen, N. B. (2020). A meta-analysis of the association between adolescent social media use and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 275*, 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.014>
- Kanya, T., & Benjaporn, R. (2016). Social media use and attention deficit behavior among Thai adolescents. *Journal of Educational Psychology, 89*(3), 245-258. (in Thai)
- Katz, E., Blumler, J. G., & Gurevitch, M. (1974). Utilization of mass communication by the individual. In J. G. Blumler, & E. Katz (Eds.), *The uses of mass communications: Current perspectives on gratifications research* (pp. 19-31). Sage.

- Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79-93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction-A review the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(9), 3528-3552. <https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), Article 311. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>
- Laksaneeyanawin, T. & Wattanaburanon, A. (2022). Factors affecting depression of upper secondary school students in Mueng Chonburi district, Chonburi province. *Research and Development Health System Journal*, 34(2), 133-145. (in Thai)
- Lin, L. Y., Sidani, J. E., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J. B., Hoffman, B. L., Giles, L. M., & Primack, B. A. (2016). Association between social media use and depression among U.S. young adults. *Depression and Anxiety*, 33(4), 323-331. <https://doi.org/10.1002/da.22466>
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 347-349. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
- Marino, E. N., Jha, M. K., Minhajuddin, A., Ayvaci, E. R., Levinson, S., Pipes, R., Emslie, J. G. & Trivedi, M. H. (2024). Problematic substance use in depressed adolescents: Prevalence and clinical correlates. *Addictive Behaviors Reports*, 19, Article 100539. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2024.100539>
- Ministry of Digital Economy and Society Thailand. (2022). *Internet user behavior 2022*. <https://www.etda.or.th/getattachment/78750426-4a58-4c36-85d3-d1c11c3db1f3/IUB-65-Final.pdf.aspx> (in Thai)
- Office of the National Broadcasting and Telecommunications Commission: NBTC. (2022). *Report on the results of a survey of internet data in Thailand*. <https://www.nbt.go.th/Business/commu/telecom/informatiton/research> (in Thai)
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadukul, R. (2018). *Development of the Thai Version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents; PHQ-A*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/395> (in Thai)

- Patanakunchai, N., Maneewong, S., & Julsukon, A. (2018). Social media and child's brain. *EAU Heritage Journal Science and Technology (Online)*, 12(3), 118–123. (in Thai)
- Pornnoppadol, C., Chanpen, S., Vasupanrajit, A., & Na Ayudhya, D.Q. (2022). An assessment of the validity and reliability of the social-media addiction screening scale (S-MASS). *Siriraj Medical Journal*, 75(3), 167-180. (in Thai)
- Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Whaite, E. O., Lin, L. Y., Rosen, D., Colditz, J. B., Radovic, A., & Miller, E. (2017). Social media use and perceived social isolation among young adults in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.010>
- Rattanakosinsomphotbowonniwetsalaya School under the Patronage of Supreme Patriarch. (2022). *Guidelines for mental health operations in schools*. Rattanakosinsomphotbowonniwetsalaya School (in Thai)
- Suicide Prevention Center of Thailand. (2023). *Suicide rate report*. <https://suicide.dmh.go.th/> (in Thai)
- Sümen, A., & Evgin, D. (2021). Social media addiction in high school students: a cross-sectional study examining its relationship with sleep quality and psychological problems. *Child Indicators Research*, 14(6), 2265-2283. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09838-9>
- Tantillo, L.D., & Christopher, R. (2021). Implementing the national incident management system at schools of nursing in response to COVID-19. *Journal of Professional Nursing*, 37(2), 255-260. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.12.013>
- Vannucci, A., Flannery, K. M., & Ohannessian, C. M. (2017). Social media use and anxiety in emerging adults. *Journal of Affective Disorders*, 207, 163-166. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.040>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Zhu, Q. (2023). Major depressive disorder and gender differences. In *2022 4th International Conference on Literature, Art and Human Development (ICLAHD 2022)* (pp. 1551-1559). Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/978-2-494069-97-8_199



คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสาร และขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โปรแกรม Microsoft Office Word for Windows 2013 หรือสูงกว่า ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK พิมพ์ในกระดาษขนาด A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 3.17 เซนติเมตร และด้านขวา 2.54 เซนติเมตร จำนวน 10-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น เอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีต้นฉบับ (original paper) จำนวนไม่เกิน 20 รายการ การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ
2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 18 หนา ใ้หน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ
3. ชื่อ-สกุลผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 14 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ และระบุลำดับผู้เขียนเป็นตัวเลขยก ท้ายชื่อ-สกุล
4. สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 12 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ
5. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำตอบคัดย่อ
6. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
7. การเรียงหัวข้อในเนื้อหา หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยย่อหน้าจากหัวข้อใหญ่ และห่างจากหัวข้อถัด ๆ ไป 3 – 5 ตัวอักษร (เคาะ 1 tab) ขนาดตัวอักษรปกติ
8. ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก)
9. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - 9.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 9.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - 9.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 9.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
 - 9.6 กรอบแนวคิดการวิจัย



9.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (รวมการตรวจสอบคุณภาพ) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

9.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

9.9 ผลการวิจัย

9.10 การอภิปรายผล

9.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

9.12 ข้อจำกัดของการวิจัย

9.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

9.14 เอกสารอ้างอิง

10. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

10.1 บทคัดย่อภาษาไทย

10.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

10.3 เนื้อหา

- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป

10.4 เอกสารอ้างอิง

11. ถ้ามีตารางหรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหา หัวตาราง ใช้คำว่า “ตาราง/ ภาพ” ตามด้วยหมายเลขตารางหรือภาพ ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุชื่อตารางหรือภาพ

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association) ในรูปแบบที่วารสารกำหนด ดังนี้

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ระบบนาม-ปี

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
ผู้แต่ง 1 คน	Surname (year) Sriyasak (2015)	(Surname, year) (Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 2 คน	Surname ¹ and Surname ² (year) Duangchan and Sriyasak (2015)	(Surname ¹ & Surname ² , year) (Duangchan & Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 3 คน ขึ้นไป	Surname ¹ et al. (year) Sriyasak et al. (2015)	(Surname ¹ et al., year) (Sriyasak et al. (2015)



รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
อ้างอิง	Surname (year) and Surname (year)	(Surname, year; Surname, year)
มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล	Sriyasak (2015) and Duangchan (2016)	(Sriyasak, 2015; Duangchan, 2016)
อ้างอิง	Surname ¹ (year as cited in Surname ² , year)	(Surname ¹ , year as cited in Surname ² , year)
แหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ	Sriyasak (2015 as cited in Duangchan, 2016)	(Sriyasak, 2015 as cited in Duangchan, 2016)

2. การเขียนรายการอ้างอิง (Reference)

ใช้อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai) การใส่ผู้ซื้อข้อมูลผู้แต่ง กรณีมีจำนวน 1-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อสกุล ลำดับที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... & ตามด้วยชื่อสกุลลำดับสุดท้าย

Evans, L. M., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G.,... & Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1063-1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือทั่วไป	Surname, A. A. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher. Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4th ed.). SAGE. Bellanca, J., & Brendt, R. (2010). <i>21st century skills: Rethinking how students learn</i>. Solution Tree Press. กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). <i>Maternal-child nursing</i> (5th ed.). Elsevier. บทในหนังสือ Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, & K. G. Susan (Eds.), <i>Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence</i> (9th ed., pp. 1-18). Elsevier. หมายเหตุ *ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.
บทความ ในวารสาร	แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. <i>Journal of Nursing Science</i>, 30(1), 70-80. (in Thai)



แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. https://doi.org/เลข doi Sankaran, D., Nakra, N., Cheema, R., Blumberg, D., & Lakshminrusimha, S. (2021). Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: A 2021 update. <i>NeoReviews</i>, 22(5), 284-295. https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001 วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (eLocators) ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขที่บทความ. URL Chaipatchareewan, T. & Jaruchainiwat, P. (2021). Parents' strategies to establish healthy eating habits for preschoolers in Mahaweeranuwat School. <i>An Online Journal of Education</i>, 16(2), Article OJED-16-02-012. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548 (in Thai) Pozzobon, D., Ferreira, P. H., Dario, A. B., Almeida, L., Vesentini, G., Harmer, A. R., & Ferreira, M. L. (2019). Is there an association between diabetes and neck and back pain? A systematic review with meta-analyses. <i>PLOS ONE</i>, 14(2), Article e0212030. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030
วิทยานิพนธ์ คุณัณิพนธ์	ไม่ได้ตีพิมพ์ ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย. Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University. จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ Nunthawong, J. (2017). <i>A development of Thai moral integrity scale for professional nurses</i> [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428 (in Thai) จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No.1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.
รายงาน	จัดทำโดยบุคคลสังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี) Chitnomrath, T. (2011). <i>A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand</i>. Dhurakij Pundit University. (in Thai)



แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf
รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding	ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. In ชื่อ สกุลบรรณาธิการ (Ed. หรือ Eds.), <i>ชื่อหัวข้อการประชุม</i> (p. หรือ pp. เลขหน้า). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี) Pang, W. I. (2017). Promoting integrity of shift report by applying ISBAR principle among nursing students in clinical placement. In E. Masal, I. Önder, S. Beşoluk, H. Çalışkan, & E. Demirhan (Eds.), <i>ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)</i>. SHS Web of Conferences. https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019
	ในรูปแบบวารสาร Prasasti, A. K., & Widyatuti, W. (2021). The role of community nurses to prevent domestic violence during the Covid-19 pandemic. <i>Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences</i>, 2(1), 9-18. http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431
เว็บไซต์	ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). <i>ชื่อบทความ</i>. ชื่อเว็บไซต์. URL World Health Organization. (2020, January 31). <i>Adolescent pregnancy</i>. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy * กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่เฉพาะ ปี ค.ศ. ** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกันให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

การส่งบทความ

ส่งทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/about/submissions> หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ journal@pckpb.ac.th โทรศัพท์ 0-32427049 ต่อ 115 มือถือ 097-2691246



ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – นามสกุล.....
☐ หน่วยงาน ชื่อ

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

- ☐ บทความวิชาการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)
☐ บทความวิจัย Reviewer 3 ท่าน เป็นเงิน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

โดยได้ชำระเป็น

- ☐ เงินสด
☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี
ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”
เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน)

.....
.....

ลงนาม

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ ชำระค่าธรรมเนียมก็ต่อเมื่อบทความได้ผ่านการประเมินเบื้องต้น (pre-review) แล้ว ในขั้นตอนการประเมินบทความ กรณี reviewer ปฏิเสธการรับบทความ (2 ใน 3 ท่าน) ทางวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี

กรุณาส่งใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม และแบบฟอร์มนำส่งบทความ เพื่อลงตีพิมพ์มายัง

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th

***กรณีโอนเงิน/ โอนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้ส่งหลักฐานทุกรายการ

ทางแอปพลิเคชันไลน์ “วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”

ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอนเท่านั้น***

ติดต่อสอบถาม โทร 097-2691246 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>





แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....
.....
ภาษาอังกฤษ.....
.....
ประเภทบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ
2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ข้อมูลผู้พิมพ์หลัก
ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....อีเมล:
(กรณีที่~~เป็น~~วิทยานิพนธ์) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....
คณะ.....มหาวิทยาลัย.....
4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้
☐ ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>
☐ แนบเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)
เลขที่เอกสาร.....ลงวันที่.....หน่วยงานที่รับรอง.....
☐ รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
☐ บทความย่อภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา
5. ชื่อผู้พิมพ์ร่วม
1. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อีเมล:
2. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อีเมล:
3. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อีเมล:
4. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อีเมล:
6. ให้จัดสรรผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัย (reviewer) จากภายนอกสถาบันของผู้พิมพ์หลัก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ระหว่างกระบวนการของวารสารใด ๆ มาก่อน
ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้พิมพ์หลัก/ ผู้นำส่ง
ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมา
ตีพิมพ์ในวารสาร (กรณีที่~~เป็น~~วิทยานิพนธ์)
ลงชื่อ.....
(.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
โทรศัพท์ 0 3242 7049 โทรสาร 0 3240 0573
อีเมลล์ journal@pckpb.ac.th
เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck>