



วารสาร สุขภาพ และ การศึกษาพยาบาล

Journal of Health and Nursing Education



ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) 2566



วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ. 2565-2567)
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm>

E-ISSN-2730-2598



วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

Journal of Health and Nursing Education

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพทางด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

177 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวอุดมลักษณ์ กาญจนรังษิษย์
2. นายอรรถสิทธิ์ สิกธิปฎุ
3. นายปิยะพุกฤษ์ พุกษชาติ
4. นางสาวบุญญาพร แสนยาใจ

กำหนดออกวารสาร ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – ธันวาคม



กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ประจำปี พ.ศ. 2565-2568

ที่ปรึกษาภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. ศ. ร.อ. พญ. วณิษา ชื่นกองแก้ว รองอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. ผศ. ดร. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข
3. ผศ. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์ รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข
4. อ. จงกมลณี ต้อยเจริญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
5. อ. ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

- อ. พรรณทิพย์ ไชมขุนทด เศรษฐฐานโกคิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- อ. ดร. สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการบุคคลภายใน

1. อ. ดร. อติพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. อ. ดร. จีรนุช สมโชค ไวท์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

3. อ. ดร. วิจารณ์ สุวรรณไพบุฒินะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
4. อ. ดร. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
5. อ. มโนไท วงษาหล้า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
6. อ. ดร. สุภาพร วรรณสันทัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอก

1. รศ. ดร. รัชณี สุจิจันทร์รัตน์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
2. รศ. ดร. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
3. รศ. ดร. จันทร์ทิรา เจียรณชัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผศ. ดร. จิตภา ผูกพันธ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
5. ผศ. ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
6. ผศ. ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
7. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
8. ผศ. ดร. สุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผศ. จริยาพร ศรีสว่าง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. ผศ. ธนวัฒน์ ชิตินานันท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
11. ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
12. ผศ. ดร. สุดาพร สถิตยอุทการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
13. อ. ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
14. อ. ดร. ปณิดา ครอบงูท วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี
15. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเคชะ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
16. อ. ดร. วิไลวรรณ ปะชิกะ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์)

17. อ. ดร. สรินทิพย์ ทวีเดช

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

18. พว. ดร. เกษราภรณ์ เคนบุปผา

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

19. พว. ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

20. พว. ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

21. Mr. Kent Hamilton

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาลปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) 2566 ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน ดังนี้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

- | | | |
|----------------------------|------------------|---|
| 1. ผศ.ดร. เกิดศิริ | หงษ์ไทย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 2. ผศ.ดร. จิตาภา | ผูกพัน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 3. อ.จิรัญญา | บุรีมาศ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 4. ผศ.ดร. ธนกมณ | ลีศรี | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 5. อ. ชีรนุช | ยินดีสุข | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี |
| 6. รศ.ดร. นัทธมน | วุทธานนท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 7. รศ.ดร. ประไพศรี | ศิริจักรวาล | สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. อ.ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ | เอลเทอร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี |
| 9. พว.ดร. เพ็ญศรี | รักษ่วงค์ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 10. ผศ.ดร. ศศิธารา | น่วมภา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 11. พว.ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ | อุ้นพรหมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 12. พว.ดร. สุเพียร | โภคทิพย์ | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 13. ผศ.ดร. อรเพ็ญ | สุขะวัลลิ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 14. พว. อังสนา | ศิริวัฒนเมธานนท์ | โรงพยาบาลบุรีรัมย์ |
| 15. รศ. ดร. แอนน์ | จิระพงษ์สุวรรณ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในสถาบันพระบรมราชชนก

- | | | |
|-----------------------|-------------------|---|
| 1. อ.ดร. จริญญาศรี | มีหนองหว่า | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ |
| 2. อ.ดร. จีรนุช สมโชค | ไวก์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 3. ทพญ. จูติมา | เดี้ยววัฒนวิวัฒน์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี |
| 4. ผศ.ดร. พรฤดี | นิริรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 5. อ. วรางคณา | อุดมทรัพย์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ |
| 6. อ.ดร. สมจิตร | เวียงเพิ่ม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 7. อ.ดร.อดิพร | สำราญบัว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 8. อ.ดร. เอมอร | บุตรอุดม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกอนแก่น |

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรม
โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง
ภาณุศักดิ์ อินทสระโร e259567

ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้
ชุตินา คำศิริ, ปราโมทย์ ทองสุข, ประภาพร ชูกำเหน็ด e260189

รูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในหอผู้ป่วยหลังคลอด
(สูติกรรม 2) โรงพยาบาลปัตตานี
ชไมพร สิ้นธุอทัย, ทิพสุดา นุ้ยแม่นัน, กัญญารัตน์ ไสค์คำภา, ชูปรัดน์ รัศมีภาณุสิทธิ e260259

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุ
จากการทำงานในผู้ประกอบอาชีพที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดสมุทรปราการ
วิริทธิ์พล เกษมสุข, อนามัย เทศกะทีก, ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข e260262

การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัด
ด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง
*สุมาลี ธรรมะ, อัจฉราวรรณ ทิพย์รักษ์, ศิรินาถ ศรีวัฒนพงศ์,
จันทร์ทิรา เขียวรัมย์, ศรีัญญา จุฬารี* e260397

ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียม
ต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
*สิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์, กัลยา เป๊ะหมื่นไวย,
จุฑารัตน์ กาฬสินธุ์, ชนิดา เป๊ะสกุล, พรรณทิพา ขำโพธิ์* e260594

เรื่อง

หน้า

ระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษา
โรงพยาบาลสนามเซราะกราว

สมจิตร จำปาแดง, อังสนา ศิริวัฒนเมฆานนท์, โสภา บุตรดา
ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

e260882

บทความวิชาการ

รับมืออย่างไรกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน: เจเนอเรชันใหม่ในยุคดิจิทัล
วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, ชไมพร ประค้ำนอก, วิรุฬจิตรา อุ่นจางวาง

e260154

การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาลวิกฤต

ศรัญญา จุฬาริ, จันทร์ทิรา เจียรณัย, ศิริพร เพ็ชรโรจน์, ดวงเนตร ชาติพิมาย

e260853

บทบรรณาธิการ

เรียน สมาชิกวารสาร และผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre [TCI]) ให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565–31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำหรับการดำเนินงานของวารสารในปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (มกราคม–เมษายน) ปี 2566 นี้ ดิฉันขอแจ้งให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงว่า วารสารได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบหน้าปกวารสารใหม่ มีกำหนดออกวารสารจากเดิมทุก 6 เดือน เป็นทุก 4 เดือน (หรือปีละ 3 ฉบับ) แต่ละฉบับจะเผยแพร่ผลงานงานวิจัยและวิชาการประมาณ 10 เรื่อง

เนื้อหาในฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความที่ครอบคลุมขอบเขตด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล เช่นเคย โดยในด้านสุขภาพนั้น มีผลงานที่เผยแพร่สำหรับการดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไปในช่วงวัยต่างๆ หรือ การดูแลสุขภาพผู้รับบริการในโรงพยาบาล เช่น บทความวิชาการ เรื่อง *รับมืออย่างไรกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน: เจเนอเรชันใหม่ในยุคดิจิทัล และ การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาลวิกฤต* ส่วนด้านการศึกษาพยาบาล มีบทความเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น เรื่อง *การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง* และเรื่อง *ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้* เป็นต้น นอกจากนี้จากสาขาพยาบาลศาสตร์แล้ว กองบรรณาธิการได้เลือกบทความวิจัยที่เกี่ยวกับวิชาชีพด้านสุขภาพในสาขาอื่นด้วย ได้แก่ สาขาทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งศึกษา *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม* และสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งศึกษา *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพงานวิจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้ หรือวางแผนในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น*

ในโอกาสนี้ ดิฉัน พรรณทิพย์ โชมขุนทด เศรษฐาชนโกสิน ได้รับหน้าที่เป็นบรรณาธิการของฉบับนี้เป็นครั้งแรก โดยได้เรียนรู้การทำงานด้านวารสารเป็นอย่างดีจากบรรณาธิการท่านเดิม คือ อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ ดิฉันขอขอบพระคุณผู้แต่งทุกท่านที่ได้ส่งผลงานที่มีคุณค่ามาเผยแพร่กับวารสาร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ กองบรรณาธิการ ฝ่ายจัดการ และที่ปรึกษาของวารสาร ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาบทความเพื่อคงคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานในระดับชาติอย่างต่อเนื่อง แล้วพบกันใหม่ในฉบับต่อไป

พรรณทิพย์ โชมขุนทด เศรษฐาชนโกสิน
บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

ภาณุศักดิ์ อินทสระโร, สม.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 2 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 3 มกราคม 2566; วันที่ตอบรับ: 19 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

ผู้มารับบริการทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง มีแนวโน้มลดลง การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้มารับบริการ การตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มารับบริการจากคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง ในเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565 จำนวน 367 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .6-1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย การทดสอบไคสแควร์ และ Fisher's exact test ผลการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีการเลือกรับบริการแบบบำบัดรักษา (ร้อยละ 91.8) มารับบริการตรวจ/รับการรักษาทางทันตกรรมทั่วไป (ร้อยละ 52.5) ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการเป็นตนเอง (ร้อยละ 48.8) และชำระค่ารักษาโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 64.9) ด้านบุคลากรมีผลให้ ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกรับบริการมากที่สุด ($M=4.66, SD=0.35$) ส่วนด้านสถานที่ ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกรับบริการในระดับมาก ($M=3.99, SD=0.46$) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการ ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ ($\chi^2(4, n=367) = 8.90, p = .033$) และวิธีชำระค่ารักษา ($\chi^2(6, n=367) = 12.24, p = .048$) หน่วยบริการทางทันตกรรมจึงควรวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ส่งผลให้มีการตัดสินใจเลือกรับบริการมากขึ้น

คำสำคัญ: การตัดสินใจ, บริการทางทันตกรรม, โรงพยาบาลระนอง

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลระนอง

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ภาณุศักดิ์ อินทสระโร, อีเมล: P.panusak1403@gmail.com

Factors Related to Decision Making about Getting Dental Treatments in the Dental Clinic of Ranong Hospital, Ranong Province

Panusak Intasaro, M.P.H.^{1*}

(Received: November 2nd, 2022; Revised: January 3rd, 2022; Accepted: January 19th, 2022)

Abstract

The number of clients receiving dental services at Ranong Hospital in Ranong Province, Thailand is tending to decrease. The purpose of this cross-sectional analytical study is to study the behaviors of the clients seeking dental services, their decision making about getting dental treatment, and the factors related to their decision making about getting dental treatments. The participants were 367 individuals aged 15 years old and up who had received treatment at Ranong Hospital's dental clinic between July and September 2022. Data was collected using a questionnaire about the factors related to their decision making about getting dental treatment. The instrument had an index of item-objective congruence (IOC) between .6-1.0 and a Cronbach's alpha coefficient of .76. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests and Fisher's exact tests. The results of the study revealed that most clients chose to receive dental treatment services (91.8%), received general dental examination/ treatment services (52.5%), choose to receive services independently (48.8%), and paid for their treatment using universal coverage (64.9%). Researchers found that the clinic's personnel had the most effect on the participants' decision making related to getting dental treatment ($M = 4.66$, $SD = 0.35$) followed by location which ranked at a high level ($M = 3.99$, $SD = 0.46$). Additional factors that were found to be related to the decision making about getting dental treatments were: clients decision making for choosing services ($\chi^2 (4, n = 367) = 8.90$, $p = .033$) and treatment payment method ($\chi^2 (6, n = 367) = 12.24$, $p = .048$). The conclusion is that the dental service unit should continually analyze the service environment to develop an efficient service system and to meet the needs of the clients receiving recipients to encourage / persuade more potential clients to decide to use their services.

Keywords: decision making, dental services, Ranong Hospital

¹ Dentist, Senior Professional Level, Ranong Hospital

* Corresponding author: Panusak Intasaro, E-mail: P.panusak1403@gmail.com

บทนำ

ฟันและอวัยวะในช่องปากเป็นส่วนประกอบที่สำคัญส่วนหนึ่งของร่างกายทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร ช่วยในการพูดออกเสียง และส่งเสริมความสวยงามบนใบหน้า เมื่อมีความผิดปกติของฟัน และอวัยวะในช่องปากเกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของใบหน้า อันนำไปสู่ความผิดปกติของระบบบดเคี้ยวและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามไปด้วย ขณะเดียวกันปัญหาในช่องปากอาจเป็นเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องไปถึงวัยสูงอายุ การปล่อยให้เป็นโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ นอกจากทำให้ต้องเจ็บปวดแล้ว ยังทำให้ช่องปากเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่อวัยวะต่างๆ เกิดการติดเชื้อ ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารสื่ออักเสบมากขึ้น นอกจากนี้แล้วทั้ง 2 โรคดังกล่าวข้างต้น อาจทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ยาก เกิดโรคเบาหวาน และเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อระบบหลอดเลือด ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งก็คือโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (ศรีธัญญา ฌัษฐเศรษฐสุกุล และคณะ, 2561) ประชาชนจึงควรใส่ใจสุขภาพช่องปาก

สุขภาพของช่องปากในคนไทย โดยการสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2561) พบว่ามากกว่าครึ่งของประชากร ได้แก่ เด็กอายุ 3-12 ปี มีปัญหาฟันน้ำนมและฟันแท้ผุ ส่วนผู้ใหญ่ อายุ 35 - 44 ปี มีปัญหาการอักเสบของเหงือก และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ส่วนข้อมูลจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน (คลังข้อมูลสุขภาพ [Health Data Center; HDC], 2564) สถานการณ์ของจังหวัดระนอง พบว่าเด็กอายุ 3-12 ปี มีปัญหาฟันผุประมาณร้อยละ 30 และมากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุพบปัญหาเช่นเดียวกับผลสำรวจของประเทศ คือ มีจำนวนฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ถึงแม้จะพบปัญหาสุขภาพช่องปากมาก แต่ปัจจุบันอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมของคนไทยยังต่ำกว่าร้อยละ 10 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ซึ่งการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพช่องปากที่ดี

โรงพยาบาล (รพ.) ระนอง มีผู้มารับบริการทั้งหมดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 15,031 คน 13,318 คน และ 7,580 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้รับบริการที่คลินิกทันตกรรมมากกว่า ร้อยละ 60 รับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมทั่วไป แม้ รพ. จะมีทันตแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น ทันตกรรมรากเทียม รักษาโรคฟัน รักษาโรคเหงือก (กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง, 2565) การให้บริการจึงยังไม่เต็มศักยภาพ เนื่องจากระบบการเข้าถึงบริการมีความยุ่งยาก ไม่สะดวก มีการประชาสัมพันธ์น้อย และมีคลินิกทันตกรรมเอกชนจำนวนมาก ซึ่งพยายามเสนอบริการ มีการตกแต่งภายใน ให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลที่เกิดจากความเจ็บปวด มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีการให้บริการผู้รับบริการสิทธิประกันสังคม ทำให้ผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น รพ. ระนอง จึงควรพัฒนาระบบบริการ แม้ภารกิจหลักเป็นการดูแลรักษาแบบไม่มุ่งหากำไร และงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ มีจำกัด แต่จำเป็นต้องพัฒนาการบริการ เพื่อให้กลุ่มผู้รับบริการที่มีอำนาจในการเลือกใช้บริการ เช่น กลุ่มที่ไม่มีสิทธิใดๆ หรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลแต่ไม่ประสงค์ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม ให้มาเลือกใช้บริการมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้มารับบริการทางทันตกรรม ได้แก่ ความไว้วางใจของผู้รับบริการ การให้บริการ บุคลากร กระบวนการ และสถานที่ของสถานบริการ (ศรีธญา ฉัฐเศรษฐสกุล และคณะ, 2561) ส่วนข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน และพฤติกรรมของผู้มารับบริการ ประกอบด้วย พฤติกรรมการเลือกรับบริการ ลักษณะการมารับบริการ บริการผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ และวิธีการชำระค่ารักษาของผู้มารับบริการทางทันตกรรม (นิลกุล ศีพลกรัง, 2563; สุนิสา หนูพูน, 2562; และอุดมพร ทรัพย์บวร, 2561) พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมเช่นกัน หากสถานบริการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ อาจทำให้ได้แนวทางพัฒนาการให้บริการ

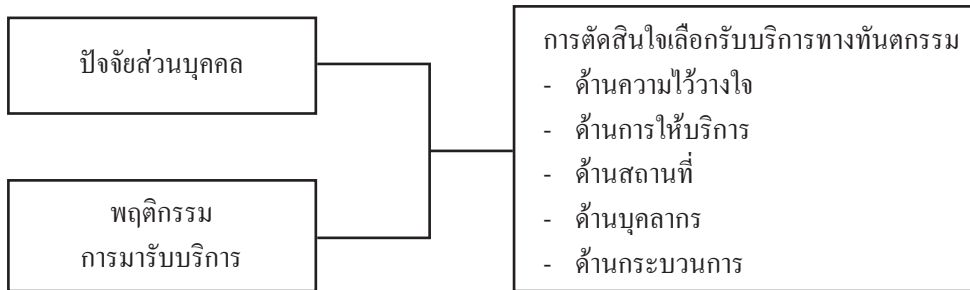
ในช่วงก่อนปี 2562 ที่ผ่านมารพ.ระนอง มีปัญหาการจัดบริการทันตกรรมที่ยุ่ยากซับซ้อน เช่น ทันตกรรมรากเทียมและรักษารากฟันเนื่องจากขาดทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง, 2562) โรงพยาบาลจึงได้ปรับระบบการจัดบริการ โดยส่งทันตแพทย์ศึกษาต่อในสาขาที่ขาดแคลน มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการให้บริการทันตกรรมที่สลับซับซ้อนมากขึ้น นำเทคโนโลยีมาใช้ รวมถึงการปรับพฤติกรรมและรูปแบบการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่ต้องการบริการที่ดี มีคุณภาพ และสะดวก แต่ผลการใช้บริการกลับมีแนวโน้มลดลง (กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง, 2565) การปรับปรุงบริการทันตกรรม ถือเป็นเรื่องที่ทำหายที่ผ่านมากลุ่มงานทันตกรรม รพ.ระนอง ยังไม่เคยศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม การจะพัฒนาบริการทันตกรรมได้ ถูกทิศทาง จำเป็นต้องทราบว่า มีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจของผู้รับบริการ เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางพัฒนาการบริการทางทันตกรรมให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้มารับบริการทางทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง
2. เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการ ทันตกรรม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน และพฤติกรรมการมารับบริการ ประกอบด้วย การเลือกรับบริการ ลักษณะการมารับบริการ ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ และวิธีการชำระค่าบำบัดรักษา ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจของ Arnold and Feldman (1986) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความไว้วางใจ การให้บริการ สถานที่ บุคลากร และกระบวนการ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง ในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2565 เมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชสถิติ รพ.ระนอง พบว่าในปี 2564 มีผู้มารับบริการทางทันตกรรม จำนวน 7,580 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากประชากรโดยใช้ตารางขนาดตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวน 367 คน เลือกโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จากผู้มารับบริการในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้รับบริการที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้รับบริการที่ย้ายภูมิลำเนา หรือต้องการออกจากการศึกษา ระหว่างการทำวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ 018/2565 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2565 ดังนั้นก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับบริการของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับบริการของผู้มารับบริการ มี 4 ข้อ ได้แก่
1) พฤติกรรมเลือกรับบริการ มี 2 ตัวเลือกตอบ 2) ลักษณะการมารับบริการ มี 3 ตัวเลือกตอบ 3) ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ มี 3 ตัวเลือกตอบ และ 4) วิธีการชำระค่ารักษา มีตัว 4 ตัวเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง พัฒนาขึ้นจากการปรับปรุงแบบวัดของศรีธเนศวร ญัฐเศรษฐสกุล และคณะ (2561) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความไว้วางใจ ด้านการให้บริการ ด้านสถานที่ ด้านบุคลากร และด้านกระบวนการ แต่ละด้านมีข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ รวมทั้งหมด 25 ข้อ ให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 (มีผลต่อการตัดสินใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (มีผลต่อการตัดสินใจมากที่สุด) การแปลผลปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคะแนนเฉลี่ย (Mean [M]) ตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2560) คือ มากที่สุด ($M = 4.50 - 5.00$) มาก ($M = 3.50 - 4.49$) ปานกลาง ($M = 2.50 - 3.49$) น้อย ($M = 1.50 - 2.49$) และน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.49$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง รวม 2 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข รพ.กระบี่ จังหวัดระนอง 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence [IOC]) อยู่ระหว่าง .6-1.0 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับผู้รับบริการทันตกรรม รพ.กะเปอร์ จังหวัดระนอง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .76

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือภายในถึงผู้อำนวยการ รพ.ระนอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้มาใช้บริการทันตกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญจากผู้มารับบริการ ณ คลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2565 ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 10.00-11.00 น. และเวลา 16.30-20.00 น.

2. เมื่อได้ผู้ยินยอมสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ให้ลงนามรับรองการยินยอมให้ข้อมูล และให้ตอบแบบสอบถามแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมของผู้มารับบริการ และข้อมูลการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม วิเคราะห์โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมมารับบริการของผู้รับบริการกับการตัดสินใจเลือกรับบริการจากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง ใช้สถิติการทดสอบความเป็นอิสระ (Test of independence) โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) แต่เนื่องจากทุกตัวแปรมีความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 จึงใช้สถิติ Fisher's exact test วิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ ผลการศึกษาพฤติกรรมของผู้มารับบริการทางทันตกรรม การตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง ดังนี้

พฤติกรรมของผู้มารับบริการทางทันตกรรม

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.4) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 49.0) อายุน้อยกว่า 45 ปี (ร้อยละ 67.8) อายุเฉลี่ย 33.99 ปี ($SD=13.06$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 62.9) ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 73.6) โดยมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 30.25) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 75.2) โดยมีรายได้เฉลี่ย 17,478.2 บาท ($SD=7,173.27$) ส่วนพฤติกรรมมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีการเลือกรับบริการบำบัดรักษาทางทันตกรรม (ร้อยละ 91.8) ลักษณะการมารับบริการเป็นการตรวจ/รักษาทางทันตกรรมทั่วไป (ร้อยละ 52.5) ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ คือ ตนเอง (ร้อยละ 48.8) และวิธีการชำระค่ารักษา โดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 64.9)

การตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม

ข้อมูลการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 คน พบว่า ร้อยละ 56.1 ให้คำตอบว่าคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง มีผลต่อการตัดสินใจมารับบริการระดับมากที่สุด ส่วนร้อยละ 43.6 ตอบมีผลต่อการตัดสินใจระดับมาก และร้อยละ 0.3 ตอบมีผลต่อการตัดสินใจระดับปานกลาง เมื่อแปลผลข้อมูลการตัดสินใจเลือกรับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.49, SD=0.26$) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านบุคลากร ($M=4.66, SD=0.35$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านสถานที่ ($M=3.99, SD=0.46$) และเมื่อพิจารณารายข้อในด้านสถานที่ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ยกเว้นข้อ 2. สถานที่จอดรถสะดวก อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.81, SD=1.02$) และรายชื่อของด้านกระบวนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นข้อ 4. การให้บริการ ณ จุดบริการเดียว อยู่ในระดับมาก ($M=4.36, SD=0.62$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตัดสินใจรับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

การตัดสินใจรับบริการทันตกรรม	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
ด้านความไว้วางใจ			
1. โรงพยาบาลระนอง มีภาพลักษณ์ที่ดี	4.62	0.55	มากที่สุด
2. คลินิกทันตกรรมให้บริการดี	4.58	0.52	มากที่สุด
3. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้ารับบริการ	4.56	0.52	มากที่สุด
4. มีการให้บริการครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล	4.65	0.50	มากที่สุด
5. มีการนำเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามาใช้ทำให้การรักษามีความสะดวก ปลอดภัย	4.64	0.52	มากที่สุด
โดยรวมรายด้านความไว้วางใจ	4.61	0.38	มากที่สุด
ด้านการให้บริการ			
1. สามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	4.56	0.52	มากที่สุด
2. เจ้าหน้าที่พูดจาสื่อสารเข้าใจง่าย	4.57	0.52	มากที่สุด
3. มีบริการหลายรูปแบบ	4.64	0.50	มากที่สุด
4. ให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน	4.69	0.48	มากที่สุด
5. มีการนัดหมายมารับบริการแต่ละครั้งชัดเจน	4.65	0.50	มากที่สุด
โดยรวมรายด้านการให้บริการ	4.62	0.37	มากที่สุด
ด้านสถานที่			
1. ทำเลที่ตั้งของคลินิกมองเห็นง่าย	3.88	0.70	มาก
2. สถานที่จอดรถสะดวก	2.81	1.02	ปานกลาง
3. ความปลอดภัยของผู้รับบริการและทรัพย์สิน	4.34	0.74	มาก
4. ความสะอาดของคลินิกบริการ	4.42	0.66	มาก
5. บรรยากาศ/การตกแต่งสถานที่ให้บริการ	4.49	0.69	มาก
โดยรวมรายด้านสถานที่	3.99	0.46	มาก
ด้านบุคลากร			
1. ทันตแพทย์มีความสามารถในการรักษา	4.63	0.50	มากที่สุด
2. เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นกันเอง ยินดีช่วยเหลือแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว	4.60	0.54	มากที่สุด
3. ได้รับการตรวจและให้คำแนะนำด้วยความเป็นมิตร	4.64	0.49	มากที่สุด
4. เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย	4.70	0.47	มากที่สุด
5. ผู้ช่วยทันตแพทย์ ภิริยามารยาทดี	4.72	0.50	มากที่สุด
โดยรวมรายด้านบุคลากร	4.66	0.35	มากที่สุด

การตัดสินใจรับบริการทันตกรรม	M	SD	แปลผล
ด้านกระบวนการ			
1. ได้รับบริการทันทีเมื่อถึงเวลาตรวจ/นัด	4.62	0.49	มากที่สุด
2. การบันทึกและจัดเก็บข้อมูลของผู้รับบริการ	4.65	0.48	มากที่สุด
3. จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเพียงพอ	4.66	0.50	มากที่สุด
4. การให้บริการ ณ จุดบริการเดียว	4.36	0.62	มาก
5. การตรวจรักษาของทันตแพทย์เหมาะสม ทันเวลา	4.64	0.52	มากที่สุด
โดยรวมรายด้านกระบวนการ	4.59	0.35	มากที่สุด
ภาพรวมการตัดสินใจรับบริการทันตกรรม	4.49	0.26	มาก

หมายเหตุ. $n = 367$

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่า พฤติกรรมการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การเลือกรับบริการ และวิธีการชำระค่ารักษามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการมารับบริการ ได้แก่ การเลือกรับบริการ และลักษณะการมารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ($p > .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน (ร้อยละ)	การตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม				χ^2	df	p-value
		มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ						1.398	2	.639
- ชาย	149 (40.6)	83 (55.7)	65 (43.6)	1 (0.7)				
- หญิง	218 (59.4)	123 (56.4)	95 (43.6)					
สถานภาพสมรส						4.742	2	.058
- โสด/หม้าย/หย่า/แยก	187 (51.0)	114 (61.0)	72 (38.5)	1 (0.5)				
- สมรส	180 (49.0)	92 (51.1)	88 (48.9)					
อายุ						4.346	2	.074
- น้อยกว่า 45 ปี	249 (67.8)	147 (59.0)	102 (41.0)					
- อายุ 45 ปีขึ้นไป	118 (32.2)	59 (50.0)	58 (49.2)	1 (0.8)				

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	การตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม				χ^2	df	p-value			
		มากที่สุด		ปานกลาง							
		จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)						
ระดับการศึกษา						2.887	2	.178			
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	136	(37.1)	81	(59.6)	54	(39.7)	1	(0.7)			
- ปริญญาตรีขึ้นไป	231	(62.9)	126	(54.5)	105	(45.5)					
อาชีพ						4.441	2	.091			
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	97	(26.4)	63	(64.9)	34	(35.1)					
- ประกอบอาชีพ	270	(73.6)	143	(53.0)	126	(46.7)	1	(0.4)			
รายได้						1.013	2	.537			
- ≤ 20,000 บาท	276	(75.2)	153	(55.4)	122	(44.2)	1	(0.4)			
- 20,000 บาทขึ้นไป	91	(24.8)	54	(59.3)	37	(40.7)					
การเลือกรับบริการ						10.070	2	.860			
- บริการบำบัดรักษา	337	(91.8)	190	(56.4)	146	(43.3)	1	(0.3)			
- การตรวจสุขภาพ	30	(8.2)	16	(53.3)	14	(46.7)					
ลักษณะการมารับบริการ						3.730	4	.461			
- ตรวจ/รักษาทั่วไป	193	(52.5)	111	(57.5)	81	(42.0)	1	(0.5)			
- ตรวจ/รักษาเฉพาะ	118	(32.2)	60	(50.8)	58	(49.2)					
- ตรวจสุขภาพประจำปี	56	(15.3)	35	(62.5)	21	(37.5)					
ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ						8.904	4	.033*			
- ตนเอง	179	(48.8)	111	(62.0)	68	(38.0)					
- ครอบครัว/ญาติ	124	(33.8)	66	(53.2)	58	(46.8)					
- เพื่อน	64	(17.4)	29	(45.3)	34	(53.1)	1	(1.6)			
วิธีการชำระค่ารักษา						12.241	6	.048*			
- ชำระเอง/เงินสด	27	(7.4)	15	(55.6)	12	(44.4)					
- สิทธิประกันสังคม	74	(20.2)	30	(40.5)	44	(59.5)					
- สิทธิข้าราชการ	28	(7.6)	18	(64.3)	10	(35.7)					
- สิทธิประกันสุขภาพ	238	(64.9)	143	(60.1)	94	(39.5)	1	(0.4)			

หมายเหตุ. $n = 367$, * $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้มารับบริการทางทันตกรรม รพ.ระนอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส อายุน้อยกว่า 45 ปี สอดคล้องกับภรณ์ กายา (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการกับการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ทันตกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนศรัณยา ฌัฐเศรษฐสกุล และคณะ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรม จากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และอายุช่วง 21-40 ปี มารับบริการมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคล จะมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการทางทันตกรรม โดยเฉพาะในเรื่องการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งบุคคลจะพยายามคัดเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด เพื่อจะนำไปสู่ความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นไปในทิศทางใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ

พฤติกรรมมารับบริการทางทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการบำบัดรักษาทางทันตกรรมมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้มารับบริการต้องการความสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ และต้องการรับการบำบัดรักษาจากทันตแพทย์ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายในการบริการไม่สูง และยังสามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการตรวจรักษาได้ ซึ่งผู้มารับบริการทางทันตกรรมส่วนใหญ่ จะรับการตรวจ/รักษาทางทันตกรรมทั่วไป ได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ซึ่งเป็นการบำบัดเบื้องต้น สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้มารับบริการ เป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกบริการด้วยตนเอง ซึ่งผู้มารับบริการ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพราะการใช้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถครอบคลุมการให้บริการที่หลากหลายมากขึ้น สอดคล้องกับศรัณยา ฌัฐเศรษฐสกุล และคณะ (2561) พบว่า ผู้มารับบริการทางทันตกรรม เลือกใช้บริการในระบบบริการ ส่วนใหญ่จะรับการตรวจ/รักษาทางทันตกรรมทั่วไป ได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน อีกทั้งยังเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกบริการด้วยตนเอง แต่จะชำระค่าบริการด้วยเงินสด เนื่องจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่ครอบคลุมถึงสถานบริการที่เป็นมหาวิทยาลัย

การตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรม รพ.ระนอง พบว่า สถานบริการนี้มีผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกบริการมากที่สุด โดยด้านบุคลากรมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมสูงที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรทางทันตกรรม มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา โดยเฉพาะทันตกรรมเฉพาะด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิคา มัชฌิม (2553) ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรหรือพนักงาน มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมของประชาชนจากคลินิกทันตกรรมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนในด้านกาให้บริการและด้านความไว้วางใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางทันตกรรมรองลงมาตามลำดับ เนื่องมาจาก รพ.ระนอง เป็น รพ.ประจำจังหวัด ที่เปิดให้บริการมาเป็นเวลานาน อีกทั้งมีการให้บริการที่ครบวงจรมีความหลากหลาย โดยเฉพาะทันตกรรมเพื่อความสวยงาม ทันตกรรมรากเทียม และทันตกรรมประดิษฐ์ สอดคล้องกับการศึกษาของศรัณยา ฌัฐเศรษฐสกุล และคณะ (2561) พบว่า ลักษณะ

การให้บริการ และความไว้วางใจต่อสถานบริการ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากการให้บริการทางทันตกรรมที่มีความหลากหลายและครบวงจรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้ การมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความทันสมัย อีกทั้งการได้รับบริการจากทันตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ มีคุณภาพและปลอดภัย จึงมีผลต่อการตัดสินใจมารับบริการ

การตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม ด้านสถานที่มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจรับบริการอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น เนื่องมาจาก ปัจจุบัน รพ.ระนอง มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก มีการให้บริการที่หลากหลาย มีอาคารบริการที่รองรับจำนวนผู้ป่วยและบริการเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สถานที่ภายใน รพ. ค่อนข้างแออัด ทำให้สถานที่จอดรถสำหรับผู้มารับบริการมีค่อนข้างจำกัด ซึ่งเป็นประเด็นที่ส่งผลให้สถานที่มีผลทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจรับบริการอยู่ในระดับมาก งานทันตกรรม รพ.ระนอง ควรจะจัดบริการนอกเวลาเพิ่มมากขึ้นในด้านทันตกรรมเฉพาะทาง เพื่อลดความแออัด สอดคล้องกับพิชญ์สินี ศรีสว่าง (2561) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้บริโภคในการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้รับบริการทางทันตกรรมในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสถานที่จอดรถ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง พบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม โดยตัวผู้รับบริการเองมีแนวโน้มจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เมื่อเกิดความผิดปกติ ความเจ็บป่วย ก็จะเข้ารับบริการ เช่น การรักษาทันตสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นและมีความเกี่ยวข้องกับทุกคน ถือว่าเป็นบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิต การมีสุขภาพฟันที่ดีเป็นการเสริมสร้างบุคลิกภาพและสร้างความมั่นใจให้แก่ตนเองและผู้พบเห็น เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของเทพฤทธิ์ ไตรพันธ์ (2564) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นของตนเองต่อการใส่ฟันเทียม

วิธีการชำระค่ารักษา มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม โดยผู้รับบริการที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวโน้มจะตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก ค่ารักษาเป็นเหตุผลหนึ่ง ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการ ซึ่งค่ารักษาพยาบาลต้องไม่มากจนเกินที่ผู้รับบริการจะพึงจ่ายได้ การมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง (2559) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรม โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า สิทธิการรักษา ประเภทสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน พฤติกรรมของผู้มารับบริการ ได้แก่ ระบบการให้บริการทางทันตกรรมที่เลือก และลักษณะการมารับบริการ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรม โดยปัจจัยด้านอายุที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์

อาจเนื่องมาจาก ประชาชนทุกช่วงวัย จำนวนมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาทางทันตกรรม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2561) ดังนั้นการแก้ปัญหา คือ การไปพบทันตแพทย์ ซึ่งเป็นภาวะปกติที่บุคคลมักจะปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เช่นเดียวกับการมีปัญหสุขภาพทางกายและจิตใจ

สรุปผลการวิจัย

พฤติกรรมของผู้มารับบริการทางทันตกรรม รพ.ระนอง จังหวัดระนอง เลือกรับบริการแบบบำบัดรักษาทางทันตกรรม ลักษณะการมารับบริการเป็นการตรวจรักษาทางทันตกรรมทั่วไป ตัดสินใจเลือกรับบริการด้วยตนเอง และชำระค่ารักษาโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางทันตกรรมมีผลให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกรับบริการมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการให้บริการ และด้านความไว้วางใจ ตามลำดับ ส่วนด้านสถานที่ ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกรับบริการในระดับมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ และวิธีการชำระค่ารักษา

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย

1. การศึกษานี้พบว่า การตัดสินใจรับบริการทันตกรรมด้านความไว้วางใจ ด้านการให้บริการ และด้านบุคลากร อยู่ในระดับมากที่สุด หน่วยงานควรรักษามาตรฐานการให้บริการทางทันตกรรม ตามแนวทางดังนี้

1.1 ด้านความไว้วางใจ ควรมุ่งเน้นการสร้าง ความไว้วางใจให้แก่ผู้มารับบริการจากคลินิกทันตกรรม รพ.ระนอง โดยพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางทันตกรรมเพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐานจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.)

1.2 ด้านการให้บริการ ควรเน้นการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น รวมถึงการให้ข้อมูลการบริการทางทันตกรรมในแต่ละประเภทแก่ผู้มารับบริการสำหรับเป็นทางเลือกในการรักษาให้ตรงกับความต้องการและตอบสนองต่อผู้มารับบริการได้อย่างเหมาะสม ประทับใจ แนะนำบอกต่อให้แก่ครอบครัวญาติและเพื่อนให้มาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

1.3 ด้านบุคลากร ควรเพิ่มการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ เทคนิค ทักษะและวิธีการต่างๆให้แก่บุคลากรในแต่ละกลุ่มเป้าหมายตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้มารับบริการ เกิดความประทับใจและเกิดความพึงพอใจเมื่อเข้ามารับการรักษาทางทันตกรรม

2. ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ และวิธีการชำระค่ารักษา มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม ดังนั้น รพ. ควรวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการให้บริการทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปพัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ด้านการปฏิบัติ

1. การเปิดให้บริการทางทันตกรรมนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะการให้บริการคลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง เช่น การรักษารากฟัน เป็นต้น เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการทางทันตกรรมอย่างเพียงพอเหมาะสม เพื่อให้มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ ลดความแออัดของการมารับบริการในเวลาราชการ

2. จัดให้มีทันตแพทย์อย่างเพียงพอต่อการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ รวมถึงสามารถให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการให้บริการ และขั้นตอนการรักษา เพื่อให้ผู้รับบริการทราบและเข้าใจการรักษาที่จะได้รับอย่างถูกต้อง

3. จัดกระบวนการให้บริการทางทันตกรรม ที่ชัดเจน สะดวก ง่าย ไม่ซับซ้อน มีการจัดคิวเรียกรับบริการอย่างเป็นระบบ และระยะเวลาในการรอเข้ารับบริการมีความเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1. ทำวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับปรุงระบบบริการที่หน่วยงานทันตกรรม รพ.ระนอง โดยนำปัจจัยสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการ และวิธีการชำระค่ารักษา มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบระบบบริการ

2. ศึกษาวิจัยเชิงลึก เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง. (2562). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์คลินิกทันตกรรม. โรงพยาบาลระนอง, (เอกสารอัดสำเนา).

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง. (2565). สถิติผู้มารับบริการทันตกรรม ประจำปี 2564. โรงพยาบาลระนอง, (เอกสารอัดสำเนา).

คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center [HDC]). (2564). กลุ่มรายงานมาตรฐาน: ทันตกรรม (บริการ). สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=fc73b811eb6d9206e7e5baf8ad20d7b9

เทพฤทธิ์ ไตรพิน. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

นภภรณ์ กำยา. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบริการกับการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ทันตกรรม (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, กรุงเทพมหานคร.

นันทิดา มัชฌิม. (2553). การตัดสินใจใช้บริการจัดฟันของประชาชนจากคลินิกทันตกรรมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีคลินิกทันตกรรม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์).

- มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี.
- นิลุบล ดีพลกรัง. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอ
เวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ปี 2563. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 3(1), 1-19.
- บุญเกียรติ วัฒนเรืองรอง. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรมโรงพยาบาลของรัฐใน
จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*,
12(28), 85-102
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พิชญ์สินี ศรีสว่าง. (2561). *ทัศนคติของผู้บริโภคในการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม ในจังหวัด
เชียงใหม่*. (สารนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศรัณยา ัญฐเศรษฐสกุล, วลัยพร ราชคมน์, และวรัญญา เขยคู่ย์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือก
รับบริการทันตกรรม จากคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสาร Mahidol R2R
e-Journal*, 5(1), 131-150.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย
พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก [https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/
n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf](https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf)
- สุนิสา หนูพูน. (2562). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการทางด้านทันตกรรมของคลินิกทันตกรรม
ทันตศิลป์ปี 2562*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, กรุงเทพมหานคร.
- อุดมพร ทรัพย์บัว. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบล
นครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(4), 306-317
- Arnold, H.T., & Feldman D.C. (1986). *Intergroups conflict in organization behavior*. New York:
McGraw-Hill.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational
and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

ชุตินา คำศิริ, พย.ม.^{1*}

ปราโมทย์ ทองสุข, กศ.ด.²

ประภาพร ชูกำเหน็ด, ประ.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 28 พฤศจิกายน 2565; วันที่แก้ไข: 9 มกราคม 2566; วันที่ตอบรับ: 13 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการทำงานด้านการบริหาร การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และ 2) ผลที่เกิดขึ้นและปัญหาของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ผู้ให้ข้อมูลเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 25 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ใช้ในการบริหารบุคลากร 2) ใช้ในการขับเคลื่อนคุณภาพการพยาบาลและ 3) ใช้สื่อสารในองค์กร ส่วนผลที่เกิดขึ้นและปัญหาของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า มี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การบริหารทางการพยาบาล คือ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางการพยาบาล และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการจัดการข้อมูลของหน่วยงาน 2) สมรรถนะและความวิตกกังวลต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในช่วงปรับตัว และ 3) ระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารไม่เพียงพอกับความต้องการใช้งาน ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการบริหารการพยาบาลในการวางแผนเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

คำสำคัญ: ประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย, เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, หัวหน้าหอผู้ป่วย, โรงพยาบาลตติยภูมิ

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ประพันธ์บทความ: ชุตินา คำศิริ, อีเมล: chudum2529@gmail.com

Head Nurses' Experiences with the Use of Information and Communication Technology in a Tertiary Hospital in Southern Thailand

Chutima Dumsiri, B.N.S.^{1}*

Pramot Thongsuk, Ed.D.²

Prapaporn Chukumnerd, Ph.D.²

(Received: November 28th, 2022; Revised: January 9th, 2023; Accepted: January 13rd, 2023)

Abstract

Information and communication technology has changed the way management works. This descriptive qualitative research aimed 1) to investigate the experiences of head nurses using Information and Communication Technologies (ICTs) and 2) to explore the problems they encountered with using ICTs. The informants were 25 head nurses of a tertiary hospital in Southern Thailand. There were purposively selected. Data were collected using in-depth interviews. The questions were examined for accuracy and suitability by three experts. The qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that: the participants' experiences with using ICTs had 3 themes: 1) personnel management, 2) driving quality of nursing, and 3) organizational communications. The issues and problems related to using ICTs for nursing administration, as perceived by head nurses in this study, also consisted of 3 themes: 1) nursing administration, such as enhancing the efficiency of nursing administration and increasing nurses' participation in managing nursing data, 2) performance and anxiety about the use of Information Technology (IT) during the transition and adjustment period, and 3) insufficiency of the IT support systems meet demands. The results of this study are useful in nursing administration to develop plans to ensure ICT system competency and to be used as a scaffold to develop transition plans for head nurses.

Keywords: experiences of head nurses, information and communication technology, head nurses, tertiary hospital

¹ A Master of Nursing Science Candidate in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

* Corresponding author: Chutima Dumsiri, E-mail: chudum2529@gmail.com

บทนำ

ยุคแห่งโลกดิจิทัลทำให้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามามีบทบาทอย่างมากในระบบสุขภาพโลก สำหรับประเทศไทยระบบสาธารณสุขได้เร่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้แข่งขันกับนานาชาติได้ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้วยการขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสุขภาพและระบบดูแลสุขภาพดิจิทัลเพื่ออนาคต กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตลอดจนพัฒนาบุคลากรทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยให้และมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด โรงพยาบาลตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายสารสนเทศทุกระดับเพื่อการบริหารจัดการที่ประสิทธิภาพสูงสุด

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนด้วยทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านครอบคลุมทุกสาขา รวมถึงมีศูนย์ความเป็นเลิศในการรักษาเฉพาะด้านที่ใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย มีการค้นคว้าวิจัยอย่างต่อเนื่อง เป็นโรงพยาบาลที่มีการใช้ระบบเครือข่ายซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลักทำงานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลทุติยภูมิและปฐมภูมิเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถดึงข้อมูลต่าง ๆ มาใช้เมื่อจำเป็นได้ทันที การนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้จะช่วยบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย (บุญยรัตน์ ศิลปวิฑาทร และบุญพิชชา จิตต์ภักดี, 2563) นอกจากนี้โรงพยาบาลตติยภูมิยังมีการเชื่อมต่อกับกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการส่งต่อข้อมูลของโรงพยาบาลทั้งด้านการบริการและด้านการบริหารการพยาบาล เพื่อใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ทำให้ระบบสารสนเทศสุขภาพของโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้บริหาร

หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นขององค์กรพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง องค์กรการพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของโรงพยาบาล ตลอดจนการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การตัดสินใจทางการบริหารเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการและบุคลากรของผู้ให้บริการทุกระดับต้องใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ และเป็นปัจจุบัน ผู้บริหารการพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2563) หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานเพื่อจัดเตรียมสารสนเทศที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็ว เช่น การวางแผนระบบงาน การวางแผนอัตรากำลัง การประเมินผลงาน เป็นต้น

ในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ ได้พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารให้ได้มาตรฐาน มีการจัดระบบข้อมูลสุขภาพที่เอื้อต่อการบริการแบบไร้รอยต่อ มีการเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลเข้าด้วยกัน รวมทั้งการจัดการข้อมูลที่เกิดขึ้นจากแต่ละหน่วยงาน และรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นทันทีมาใช้ประมวลผล ทำให้มีประสิทธิภาพในการบริการและการบริหารจัดการในโรงพยาบาล เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแทนตัวบุคคล ในขณะที่เดียวกันมีงานวิจัยที่บ่งชี้ว่าเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารถูกบีบบังคับให้ต้องทำงานมากขึ้นและเร็วขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีมีการเชื่อมต่ออยู่กับงานตลอดเวลา ทำงานแข่งกับเวลา จนทำให้เกิดการรุกร้าความเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาพักผ่อนทำให้เกิดความเครียด (Borle et al., 2021) หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิมีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ต่างกันผลที่เกิดขึ้นจะมีทั้งทางบวกและทางลบ ผลการศึกษาของประพันธ์โชค เสนาชู (2558) พบว่าหัวหน้าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ขาดทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการบริหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tacy (2016) พบว่าผู้บริหารด้านสุขภาพการยังขาดทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารร่วมกับมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้ผู้บริหารเกิดความเครียด จะเห็นได้ว่าจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วยย่อมส่งผลในแง่บวกและแง่ลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วย บางส่วนที่ไม่คุ้นเคยกับการใช้คอมพิวเตอร์ จะมีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร บริหารหอผู้ป่วยอย่างไรและรับรู้ผลที่เกิดขึ้นอย่างไร จากการทบทวนเอกสารวิชาการ หนังสือ บทความวิจัย ในฐานข้อมูลต่าง ๆ พบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดังกล่าว ตามการรับรู้และประสบการณ์ ตลอดจนผลที่เกิดขึ้นกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพิจารณาเพื่อพัฒนาผู้บริหาร และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของโรงพยาบาล ให้มีความเหมาะสมและทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้
2. เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นและปัญหาของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการบริหาร ทางการพยาบาล ตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เป็นอย่างไร
2. ผลที่เกิดขึ้นและปัญหาของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการบริหาร ทางการพยาบาลตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ จำนวน 34 คน กลุ่มตัวอย่าง ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากร ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยในอย่างน้อย 2 ปี เพื่อจะได้มีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในบริบทหอผู้ป่วยมากพอที่จะสะท้อนประสบการณ์ได้ลึกซึ้ง ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ประมวลผล นำไปใช้ และติดตามผลตลอดเวลา รวมทั้งการรายงานผลต่อผู้บังคับขามีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย สรุปได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัส PSU IRB 2022 – st – Nur 005 (Internal) วันที่ 17 มีนาคม 2565) และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา (รหัส REC 65 – 0014 วันที่ 6 พฤษภาคม 2565) ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีการชี้เฉพาะและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อผู้ให้ข้อมูลและองค์กร ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับและถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี จากนั้นจึงลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยหลักมีการเตรียมความพร้อม โดยเตรียมความรู้เชิงวิชาการจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของผู้บริหารการพยาบาล ศึกษาระเบียบวิธีการ แนวคิด ปรัชญาและหลักการจรรยาบรรณของนักวิจัย ศึกษาเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างละเอียด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยการฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย ส่วนผู้วิจัยรวมทั้ง 2 ท่านเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาบริหารทางการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งในการเก็บข้อมูลจริง ได้ประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล แนวทางการสังเกต การบันทึกข้อมูล รวมทั้งวิธีการถอดข้อมูลจากเทปเสียงสัมภาษณ์

2. แบบคำถามการสัมภาษณ์ สร้างโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการบริหารการพยาบาล มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การฝึกอบรม และส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก มี 8 ข้อ ประกอบด้วยแนวคำถามหลักคือ 1) มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการสารสนเทศและสื่อสารอะไร อย่างไรบ้าง 2) ท่านใช้คอมพิวเตอร์

เทคโนโลยี สื่อออนไลน์ (Online) จัดการสารสนเทศอะไร อย่างไรบ้าง ตัวอย่างคำถาม เช่น “ท่านช่วยเหลือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการจัดการสารสนเทศและสื่อสาร” และ “ท่านใช้คอมพิวเตอร์เทคโนโลยี สื่อออนไลน์ จัดการสารสนเทศอะไรบ้าง และอย่างไร” เป็นต้น 3) เปรียบเทียบระหว่างก่อนใช้คอมพิวเตอร์กับปัจจุบัน ที่มีการใช้คอมพิวเตอร์มาช่วยในการจัดการสารสนเทศแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร 4) ท่านรู้สึกเกี่ยวกับการ ใช้คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยี สื่อออนไลน์ ในการทำงานอย่างไร 5) ท่านประสบปัญหา/อุปสรรคหรือไม่ อย่างไร และแก้ปัญหาอย่างไร 6) การใช้คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยี ในการทำงานส่งผลให้ท่านเกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างไรบ้าง 7) ปัจจัยใดบ้างที่สนับสนุนให้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในองค์กรพยาบาล ประสบความสำเร็จ และ 8) ประสิทธิภาพที่สะท้อนความสำเร็จจากการใช้เทคโนโลยี

3. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field note) ใช้บันทึกสิ่งที่สังเกตเห็น เหตุการณ์ร่วมที่เกิดขึ้น สีหน้า ท่าทาง การแสดงออก ตลอดจนสิ่งแวดล้อมสัมผัสสัมผัส ซึ่งสามารถทำให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ ศึกษาและสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการบรรยายได้ชัดเจนมากขึ้น

4. เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อนำมาถอดเทปและนำไปวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบคำถามการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์แนวคำถามเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย และขอบเขตการวิจัย อยู่ภายใต้คำแนะนำของผู้วิจัยรวมทั้ง 2 ท่าน จากนั้นนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการสร้างและออกแบบเครื่องมือวิจัย 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ และ 3) พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญงาน วิจัยเชิงคุณภาพและเป็นคณะกรรมการงานเทคโนโลยีสารสนเทศทางพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขตาม คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบคำถามการสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขแบบสอบถามอีกครั้งก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

การวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพของงานวิจัยตามแนวคิดของ Guba and Lincoln (1989) ซึ่ง คำนึงถึงหลักความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Credibility) โดยการสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจให้กับ ประชากรเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลก่อนสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งทำการวิจัย อย่างเป็นระบบขั้นตอนตามหลักระเบียบวิธีวิจัย ถอดเทปคำต่อคำ มีการสรุปบทสัมภาษณ์เป็นระยะเพื่อ ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าตรงกับประสบการณ์หรือความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล (Member checking) และ ผู้วิจัยหลักวิเคราะห์ผลการวิจัยร่วมกับผู้วิจัยร่วม นอกจากนี้ ได้คำนึงถึงหลักการของการยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) โดยการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบผลการวิจัย และสามารถตรวจสอบความถูกต้องย้อนหลังได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นพื้นที่วิจัย และได้รับอนุญาตในการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่ ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ก่อนการสัมภาษณ์ และดำเนินการ (Elo et al., 2014) ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์ สิทธิผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมตามความสมัครใจ เลือกสถานที่ที่มีความเป็น ส่วนตัวไม่มีสิ่งรบกวน ทำการสัมภาษณ์รายบุคคลพร้อมกับใช้เครื่องบันทึกเสียง เริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ให้ข้อมูล และตามด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกตามแนวคำถาม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที มีการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ซ้ำในรายที่ข้อมูลยังไม่ชัดเจน การสัมภาษณ์จะเสร็จสิ้นเมื่อข้อมูลที่ได้มี ความอิ่มตัว ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ครอบคลุมวัตถุประสงค์

2. ผู้วิจัยทำบันทึกภาคสนาม (Field note) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ บันทึกถึงสถานการณ์ ขณะ สัมภาษณ์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์ เพื่อเพิ่มความชัดเจนครอบคลุมของข้อมูล

3. ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ถอดเทป แบบรายต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่า มัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range [IQR]) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis; เอื้อมพร หลินเจริญ, 2555) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลจากการถอดเทป หลาย ๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์ 2) นำประโยคที่สะท้อนประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาปายสี 3) ผู้วิจัยใช้วิธีการปายสีเดียวกันในข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน จัดให้อยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน และ 4) จัดหมวดหมู่ในแต่ละประเด็นและทำความเข้าใจกับประเด็นที่เกิดขึ้น แล้วตรวจสอบความถูกต้องและจัดทำเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นเหล่านี้มาวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัยร่วมกับผู้วิจัยอีก 2 ท่าน และนำผลการวิจัยไปเขียนบรรยาย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 25 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุมากที่สุด 58 ปี อายุน้อยที่สุด 38 ปี ค่ามัธยฐาน ของอายุ เท่ากับ 46 ปี ($IQR = 15$) มีสถานภาพสมรส 18 คน เป็นโสด 7 คน สำเร็จการศึกษาระดับสูงสุด ปริญญาตรี 14 คน ปริญญาโท 10 คน และปริญญาเอก 1 คน มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลามากที่สุด 36 ปี และน้อยที่สุด 14 ปี ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 21 ปี ($IQR = 14.5$) มีประสบการณ์ทำงาน ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยระยะเวลามากที่สุด 19 ปี และน้อยที่สุด 2 ปี ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 ปี ($IQR = 9$) ทุกคนมีประสบการณ์ในการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ในการบริหารงานหอผู้ป่วยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ สรุปร่วมกันสาระได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ใช้ในการบริหารงานบุคคล มี 3 ประเด็นย่อย คือ บริหารอัตรากำลัง จัดตารางเวรและบริหารค่าตอบแทน วางแผนและพัฒนากุศลกร และประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารอัตรากำลังให้มีผู้ปฏิบัติงานที่มีความสามารถมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงาน มีการใช้คอมพิวเตอร์คำนวณภาระงาน ใช้จัดตารางเวรและใช้ข้อมูลภาระงานเพื่อวางแผนอัตรากำลังในแต่ละวัน ดังคำกล่าวที่ว่า “...ที่ใช้คอมพิวเตอร์ ในการจัดตารางเวร จัดกับโปรแกรมเอ็กเซล (Excel)... สะดวกง่าย มีสูตรในการคำนวณภาระงาน... ใช้วางแผนอัตรากำลังในแต่ละวันให้มีผู้ปฏิบัติงานครบตามที่ได้รับมอบหมาย...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

ใช้ในการวางแผนและพัฒนากุศลกร โดยใช้เป็นช่องทางส่งเสริมและพัฒนากุศลกรในหน่วยงานให้มีความรู้ มีทักษะเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

ที่จะนิเทศหน้างานผ่านคิวอาร์โค้ด (QR code)... แนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลกำหนด... การเรียนรู้เครื่องมือใหม่... ฟังก์ชันส่งเข้าไลน์ (Line) กลุ่ม... เมื่อน้องต้องการดูหรือสงสัยก็จะเปิดดูได้เลย... นิเทศแบบนี้มันรวดเร็วดี น้องก็ชอบ บางคนอยู่บ้านก็เปิดดูได้ เหมือนได้เตรียมตัวก่อนใช้งานจริง (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

และใช้คอมพิวเตอร์จัดเก็บประวัติการศึกษาอบรมเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ดังคำกล่าวที่ว่า

เก็บข้อมูลบุคลากรไว้ในคอม สะดวกเวลาจำเป็นที่จะต้องใช้งาน... ฝ่ายการฯ ต้องการขอเลขใบประกอบวิชาชีพของน้อง... สามารถให้ได้เลย... ดึงข้อมูลมาจากโฟลเดอร์ (Folder) ที่ทำไว้... มีข้อมูลในส่วนของการพัฒนากุศลกร... ประวัติการอบรมเฉพาะทาง การประชุม... มีรายละเอียดอบรมเรื่องอะไร เมื่อไหร่ และเข้าแผนอบรมเฉพาะทางเมื่อไหร่ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ในการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้แพลตฟอร์ม (Platform) ออนไลน์รวบรวมข้อมูลจากผู้ประเมินรอบด้าน จัดเก็บในโปรแกรมสำเร็จรูป Excel คำนวณคะแนนประเมินผล นำไปสู่การวางแผนในการพัฒนากุศลกร ดังคำกล่าวที่ว่า “...ที่สร้างกูเกิลฟอร์ม (Google form) ให้น้องประเมินสมรรถนะตนเอง เพื่อนร่วมงาน... ที่เอาข้อมูลลงใน Excel คิดคะแนน... วางแผนในการพัฒนาน้อง... ช่วยให้ทำงานสะดวก ทำได้ตลอดเวลา ข้อมูลเป็นความลับ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)

2. ใช้ในการขับเคลื่อนคุณภาพพยาบาล มี 2 ประเด็นย่อย คือ การจัดการตัวชี้วัดทางการพยาบาล และการจัดการความเสี่ยง ใช้ในการจัดการข้อมูลตัวชี้วัดและรายงานตามกรอบเวลา มีการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ และรายงานผล มอบหมายความรับผิดชอบกระจายให้ผู้ปฏิบัติงาน โดยการบันทึกข้อมูลเป็นไฟล์ (File) งานในหน่วยงาน และการรายงานข้อมูลต่างๆ เข้าสู่ระบบกลางของโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

มีข้อมูลเกี่ยวกับยอดตัวชี้วัดต่างๆ...ยอดการเกิด VAP (Ventilator Associated Pneumonia หรือ ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ) Sepsis (ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด) Medication error (ความคลาดเคลื่อนทางยา) การวางแผนจำหน่าย...ที่มอบหมายให้น้องพยาบาลรับผิดชอบ น้องเค้าก็จะรวบรวมมาให้พี่เป็นไฟล์...บางรายการดึงข้อมูลจากโปรแกรมเฉพาะที่โรงพยาบาลสร้างขึ้น...ยอด VAP สามารถเข้าดูและดึงข้อมูลออนไลน์ได้ตลอดเวลา...ใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข... (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

รวมทั้งการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็นการรายงานเข้าสู่ระบบกลางของโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า น้องที่พบความเสี่ยงจะรายงานเข้าระบบออนไลน์ของโรงพยาบาล ทุกคนดูได้...มีการระบาดของเชื้อคือยาตัวเดียวกันในวอร์ด...ทีม IC (Infection Control หรือ ผู้ควบคุมการติดเชื้อ) และได้วางแผนป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อเพิ่ม มีการ Big cleaning (ทำความสะอาดครั้งใหญ่) ขึ้น (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

3. ใช้สื่อสารในองค์กร มี 3 ประเด็นย่อย คือ การประชุมออนไลน์ การแจ้งเรื่องรีบด่วน และทดแทนการสื่อสารด้วยกระดาษ หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้การสื่อสารผ่านไลน์ แจ้งเรื่องที่สำคัญ จำเป็น เร่งด่วน รวมถึงการรายงานผลการปฏิบัติงานต่อกลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานการพยาบาล โดยส่งงานเป็นไฟล์งานเข้าไปในไลน์กลุ่มและส่งทางอีเมลแทนการส่งกระดาษ ดังคำกล่าวที่ว่า

ตอนนี้ข้อมูลข่าวสาร รายงานการประชุมจากกลุ่มการ (กลุ่มการพยาบาล) แจ้งทางไลน์กลุ่ม ทุกคนก็จะรับรู้ข้อมูล...มีการสื่อสารกับกลุ่มการ และกลุ่มงานอื่นก็จะมีไลน์...ส่งงานเป็นไฟล์ ส่งทางไลน์...ที่วอร์ดเร็วดี ตอบกลับก็เร็ว ข้อมูลเป็นไฟล์ก็เปิดอ่านทางไลน์ ไม่เปลืองกระดาษ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

นอกจากนี้ยังมีการประชุมออนไลน์มากขึ้นตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ดังคำกล่าวที่ว่า “...วอร์ดจะใช้กูเกิลมีท (Google meet) ในการประชุม ช่วงที่มีเจ้าหน้าที่ติดโควิด พร้อมกัน 3 คน ก็จะประชุมด่วน ทุกคนเข้าประชุมใน Google meet เพื่อหาคนช่วยอยู่เวรในช่วงที่ขาด...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

ผลที่เกิดขึ้นและปัญหาของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการบริหารการพยาบาล ตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าส่งผลต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยตรงทั้งในแง่บวกและแง่ลบและส่งต่อระบบการทำงานของโรงพยาบาล สรุปได้ 3 ประเด็นหลักดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การบริหารทางการพยาบาล มี 2 ประเด็นย่อย คือ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางการพยาบาล และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการจัดการข้อมูลของหน่วยงาน

เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางการพยาบาล ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วรับทราบ และส่งต่อข้อมูลทันเวลาถูกต้อง ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือเป็นปัจจุบัน สามารถนำมาประกอบการตัดสินใจได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “...การรายงานความเสี่ยงเป็นระบบออนไลน์...ข้อมูลจะเป็นปัจจุบัน ดูออนไลน์ได้...รายงาน ติดตาม วิเคราะห์ความรุนแรง ได้ทันที ทราบแนวโน้มความรุนแรงและป้องกันความรุนแรงของปัญหา...ตัดสินใจแก้ปัญหาได้รวดเร็ว...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

ที่ 11) และกล่าวไว้ว่า “*ที่ใช้ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอม มาคำนวณด้วย Excel คำนวณค่าตอบแทนของงาน ภาระงาน คำนวณอัตราค่าจ้างในแต่ละวัน... นำมาวางแผนในการจัดตารางเวรเดือนต่อถัดไป...*” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 20) นอกจากนี้เทคโนโลยีทำให้มีการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็ว และน่าเชื่อถือ ดังกล่าวไว้ว่า

ปัจจุบัน วันลาต่าง ๆ ก็สามารถลาออนไลน์ได้เลย ข้อมูลก็จะส่งไปยังห้องพี่ทันที...สะดวก รวดเร็ว พี่ก็จะเอาข้อมูลการลามาลงในโปรแกรมของเวิร์ด...คำนวณภาระงาน...ใช้พยาบาลก็คน พี่และน้อง ในเวิร์ดดูข้อมูลได้เหมือนกัน เราก็จะช่วยกันหาคนมาช่วยงานวันนั้น (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 21)

เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการจัดการข้อมูลของหน่วยงาน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดการข้อมูลในหน่วยงาน ตั้งแต่การ รวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีการจัดการข้อมูลในรูปแบบกระดาษและใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลในหน่วยงานมีจำนวนมาก หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มอบหมายงานให้บุคลากรในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการจัดการข้อมูล รวบรวมข้อมูลเป็นไฟล์ส่งเข้าไลน์กลุ่ม และรายงานผลต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นรายเดือน และราย 6 เดือน ตามตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมาย ดังกล่าวไว้ว่า “...พี่มอบหมายให้น้อง พยาบาลรับผิดชอบตัวชี้วัดตามที่กลุ่มกำหนดและมอบหมายงานพิเศษของเวิร์ด...รวบรวมส่งพี่รายเดือน และราย 6 เดือนแล้วแต่ตัวชี้วัด...ส่งเป็นไฟล์...ส่งเข้าไลน์กลุ่ม...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

2. สมรรถนะและความวิตกกังวลต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในช่วงปรับตัว มี 2 ประเด็นย่อย คือ เพิ่มสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และทำให้เกิดความวิตกกังวลช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลง

เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นจะต้องพัฒนาตนเองให้ทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยนไป การพัฒนาตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีหลายวิธี เช่น การเรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกอบรม และการเรียนรู้จากผู้ที่มีความรู้ที่ประสบการณ จึงทำให้สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพิ่มขึ้น ดังกล่าวไว้ว่า “...อยู่บ้าน ลูกชายก็จะมาช่วยสอน... ตอนเป็นหัวหน้าใหม่ ได้เรียนรู้จากหัวหน้าคนเดิม...อยู่โรงพยาบาลก็ถามเจ้าหน้าที่ห้องคอม และถามน้อง ในเวิร์ด ตอนนี้นำได้หมดแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) และกล่าวไว้ว่า “...ตอนนั้นพี่ให้น้องพยาบาลที่ทำเป็น มาช่วยสอน ให้เจ้าหน้าที่ห้องคอมมาช่วยแก้ปัญหา บางทีก็ดูยูทูป (YouTube)...พอทำบ่อยก็ทำได้เองและ สามารถสอนน้องได้...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

ในขณะเดียวกันหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความวิตกกังวลช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลง จากเดิมที่เคยใช้กระดาษในการเขียนเปลี่ยนมาเป็นใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน ร่วมกับมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซึ่งต้องเรียนรู้และทำให้ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดตามมา ดังกล่าวไว้ว่า “...พี่ไม่เก่งคอม ทำเป็นแต่เวิร์ด (Microsoft word)...เป็นหัวหน้าใหม่ ๆ ต้องทำงานในคอม ส่งทาง เมล...กลับบ้านเกือบ 2 ทุ่ม เป็นแบบนี้เกือบเดือน พี่เครียดมาก ต้องทำให้เสร็จ ส่งให้ทัน...” (ผู้ให้ข้อมูลราย ที่ 23) และกล่าวไว้ว่า “...ช่วงแรกที่มีปัญหาการประชุมผ่าน Google meet เพราะเป็นโปรแกรมใหม่ที่พี่ ใช้ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด ตอนนั้นพี่รู้สึกกังวลมาก เพราะไม่เคยใช้ ไม่เคยเรียนรู้มาก่อน...” (ผู้ให้ ข้อมูลรายที่ 18)

3. ระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารไม่เพียงพอกับความต้องการใช้งานจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องมีการทำงานที่มากขึ้น ที่เพิ่มขึ้นแต่ในขณะเดียวกันอุปกรณ์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารรวมทั้งระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Internet) มีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอกับการใช้งาน ดังคำกล่าวที่ว่า “...ตั้งแต่เปลี่ยนมาใช้งานลงข้อมูลในระบบอินทราเน็ต (Intranet) ของโรงพยาบาล...ทุกอย่างอยู่ในคอมพิวเตอร์ แต่เครื่องคอมพิวเตอร์มีจำกัด ไม่พอกับการใช้งาน ทำให้เกิดความช้าในการทำงาน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) และคำกล่าวที่ว่า

การเปลี่ยนจากกระดาษมาเป็นโปรแกรมต่าง ๆ ในคอม...ใช้การลงข้อมูลในระบบอินเทอร์เน็ตของโรงพยาบาล มีปัญหาว่าคอมพิวเตอร์ไม่พร้อมใช้ ไม่เพียงพอ ระบบอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ไม่เอื้อต่อการทำงานเลย บางครั้งระบบล่ม 3-4 ชั่วโมง คนทำงานก็ไม่มีความสุขกับการทำงาน (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และผลที่เกิดขึ้นและปัญหาของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อการบริหารทางการแพทย์ตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ผลการวิจัย พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คือ 1) ใช้ในการบริหารบุคลากร 2) ใช้ในการขับเคลื่อนคุณภาพการพยาบาล และ 3) ใช้สื่อสารในองค์กร อภิปรายได้ ดังนี้

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในการบริหารองค์กรพยาบาล เป็นผู้บริหารระดับต้นของหน่วยงานและพยาบาลระดับปฏิบัติการและเป็นกำลังสำคัญของฝ่ายการพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบทั้งด้านการพยาบาล ด้านบริหารจัดการ ด้านวิชาการและงานด้านอื่น ๆ โดยตรง (นางนุช บุญยัง และคณะ, 2564) ด้วยทุกหน่วยงานมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงาน ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว แม่นยำ มีการบันทึกสารสนเทศที่เป็นปัจจุบัน นำมาประกอบการตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา เช่นเดียวกับโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายและมีความซับซ้อน การดูแลผู้รับบริการต้องปรับเปลี่ยนตามภาระงานที่เกิดขึ้นวันต่อวัน เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้รับบริการ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการใช้เทคโนโลยีวิเคราะห์ภาระงาน เพื่อการบริหารอัตรากำลัง จัดตารางเวร และบริหารค่าตอบแทน ภายใต้สารสนเทศที่ถูกต้อง รวดเร็ว ใช้ประกอบการตัดสินใจได้ทันที (ยูภา เทิดอุดมธรรม และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2560) อย่างไรก็ตามการบริหารอัตรากำลังต้องอยู่ภายใต้มาตรฐาน ตามขอบเขตอัตรากำลังที่มีและจัดสรรบุคลากรในหน่วยงานให้เหมาะสมกับภาระงานและตรงตามสมรรถนะ เพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการบริหารอัตรากำลังในหอผู้ป่วย ซึ่งจะต้องดำเนินการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการทางการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการบริหารหน่วยงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้กำหนดให้มีการประเมินข้าราชการปีละ 2 ครั้ง มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันนำมาวางแผนและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมงาน จากประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการบริหารงานยังพบว่าภาระงานเพิ่มมากขึ้นอัตรากำลัง ส่งผลให้บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้า คุณภาพการบริการพยาบาลลดลง มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงานและอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมในการลาออกจากงานได้มากขึ้น

หัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการขับเคลื่อนคุณภาพการพยาบาล เนื่องจากระบบบริการสุขภาพใช้แนวคิดการจัดการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพและปลอดภัย โรงพยาบาลจึงมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลายมิติ และมอบหมายความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ตามโครงสร้างองค์กร ข้อมูลการปฏิบัติงานระดับหอผู้ป่วยจึงต้องรายงานผู้บริหารในระดับที่สูงขึ้น เพื่อการติดตามผลและแก้ปัญหาอย่างทันที่ (กรกฎ เจริญสุข และคณะ, 2564) หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับมอบหมายในการจัดการตัวชี้วัดของโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล และกลุ่มงานการพยาบาล จึงมีการกระจายงานตัวชี้วัดและผลการปฏิบัติงานให้บุคลากรในหน่วยงานรับผิดชอบ มีการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และส่งต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้คอมพิวเตอร์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศไว้อย่างเป็นระบบ (สายวริน ลาภไพบุลย์พงษ์ และคณะ, 2563) ทำให้สืบค้นข้อมูลได้ง่าย ข้อมูลมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เก็บข้อมูลได้จำนวนมาก และยังสามารถปรับแก้ข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้โดยง่าย (กองการพยาบาล, 2561) รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการจัดการความเสี่ยง เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการใช้เทคโนโลยีในองค์กร โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสาร แจ้งเรื่องรีบด่วน เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เทคโนโลยีช่วยในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทุกระดับ สื่อสารเป้าหมาย นโยบายขององค์กรและกำกับดูแลผู้ได้บังคับบัญชา การสื่อสารที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้การบริหารองค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารช่วยให้การสื่อสารสะดวก รวดเร็ว เข้าใจง่าย (สมิท พิฑูรพงษ์, 2561) รวมทั้งการมอบหมายงาน การรายงานผลการปฏิบัติงาน ทำได้อย่างรวดเร็วในเวลาเร่งด่วน (สมพร พูลพงษ์, 2562) นอกจากนี้เทคโนโลยียังช่วยทดแทนการสื่อสารด้วยกระดาษ สื่อสารได้ตลอดเวลาทั้งภาพและเสียง และรองรับไฟล์ข้อมูลได้หลากหลาย มีข้อมูลที่ทันต่อความต้องการ มีระบบงานที่ชัดเจน และช่วยลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเอกสาร และการจ้างงาน (ศิริศักดิ์ อุณารมณเลิศ และคณะ, 2556) จะเห็นได้ว่าการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้การติดต่อเกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

การประชุมออนไลน์เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ในการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิมีการประชุมออนไลน์มากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อให้สามารถบริหารจัดการหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และด้วย

โรงพยาบาลตติยุมิ เป็นศูนย์การเรียนรู้ทั้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มการพยาบาลมีการใช้ห้องประชุมเพื่อประชุมวิชาการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริการพยาบาลของบุคลากร นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุมของฝ่ายการพยาบาลและกลุ่มงานการพยาบาลเพื่อส่งต่อข้อมูล ทำให้ห้องประชุมไม่เพียงพอต่อการใช้งาน จึงมีการจัดการประชุมออนไลน์ขึ้น ร่วมกับเป็นช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ต้องเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 จึงมีการประชุมออนไลน์มากยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ห้องประชุมไม่เพียงพอต่อการใช้งานและความก้าวหน้าของเทคโนโลยี จึงนำไปสู่ทางเลือกในการประชุมออนไลน์ ซึ่งเป็นการประชุมติดต่อสื่อสารถึงกันได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน การประชุมออนไลน์จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่อยู่ต่างสถานที่สามารถติดต่อสื่อสารกันด้วยแพลตฟอร์มที่แตกต่างกัน และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (พระครูวิโรศาสน์ ประดิษฐ์ และคณะ, 2565)

ผลที่เกิดขึ้นและปัญหาของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อการบริหารการพยาบาล ตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ผลการวิจัย พบว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารส่งผลต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยตรงทั้งในแง่บวกและแง่ลบ สรุปประเด็นหลักได้ 3 ประเด็น คือ 1) การบริหารทางการพยาบาล มี 2 ประเด็นย่อยคือ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทางการพยาบาลและเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการจัดการข้อมูลของหน่วยงาน 2) สมรรถนะและความวิตกกังวลต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในช่วงปรับตัว มี 2 ประเด็นย่อย คือ เพิ่มสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารและวิตกกังวลช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลง และ 3) ระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารไม่เพียงพอกับความต้องการใช้งาน อภิปรายได้ ดังนี้

หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารหอผู้ป่วย โดยการจัดการข้อมูลในหน่วยงานไว้ในรูปแบบไฟล์งาน และแฟ้มงาน มีการบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน จัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่หน่วยงานทำให้สามารถสืบค้นได้ง่าย สะดวกและรวดเร็วเมื่อต้องใช้งาน สอดคล้องกับ ไชยยศไพวิทยศิริธรรม (2562) ที่กล่าวว่า เทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้า เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลมีความสะดวก รวดเร็ว และนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย หัวหน้าหอผู้ป่วยยังบันทึกข้อมูลบางส่วนลงในระบบออนไลน์เป็นข้อมูลกลางของโรงพยาบาล ข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีความน่าเชื่อถือ ทำให้สามารถดึงข้อมูลที่จำเป็น เพื่อใช้ในการรายงานต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร พูลพงษ์ (2562) พบว่าการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการมอบหมายงาน ติดตามการปฏิบัติงานและการรายงานผลการปฏิบัติงานนั้น สามารถทำงานได้อย่างรวดเร็วในเวลาเร่งด่วน นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจได้ทันที เช่นเดียวกับ สมิต พิฑูรพงษ์ (2561) ที่กล่าวว่าเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจในการทำงานที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งการแก้ปัญหาทั้งด้านการบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่ความรับผิดชอบและเป็นผู้นำในการจัดการข้อมูลในหน่วยงาน ตั้งแต่การรวบรวม บันทึก วิเคราะห์ และนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีการจัดการข้อมูลในรูปแบบกระดาษและใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีความรับผิดชอบในระดับหน่วยงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล และมอบหมายงานให้บุคลากรในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการจัดการข้อมูล หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ ควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ (กองการพยาบาล, 2561) ตั้งแต่เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล และส่งต่อข้อมูลตามตัวชี้วัดที่ได้มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการหอผู้ป่วยให้เหมาะสมและปลอดภัย

เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารงาน ซึ่งสร้างความท้าทายแก่ผู้บริหารการพยาบาลเป็นอย่างมาก จากเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน เกิดผลกระทบต่อวัฒนธรรม ความคิดและรูปแบบการแก้ปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้ทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยนไป เพื่อใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้อย่างคุ้มค่า การพัฒนาตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วย เช่น การเรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกอบรม (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2563) ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการบริหารงานแบบก้าวกระโดด (Bohner, 2017) เพื่อให้ก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น

เทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีการเชื่อมต่ออยู่กับงานจนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ต้องทำงานแข่งขันกับเวลา ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น เวลาความเป็นส่วนตัวลดลง (Stadin et al., 2020) และในขณะเดียวกันช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานย่อมส่งผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และเครียด ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Borle et al., 2021) สอดคล้องกับ Tacy (2016) กล่าวว่าความเครียดจากการทำงานร่วมกับการใช้คอมพิวเตอร์มากขึ้นทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนของเทคโนโลยีร่วมกับความขาดทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้นำทางการพยาบาลโดยการจัดอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลให้สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามาบริหารงานซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการทำงาน ช่วยเพิ่มความสะดวกสบาย ความแม่นยำในการคำนวณ ช่วยในการตัดสินใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างไรก็ตาม จากการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทำให้มีการใช้งานมากขึ้นและถี่ขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแทนตัวบุคคล ความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น แต่อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ประกอบขึ้นเป็นเครื่องคอมพิวเตอร์

(Hardware) โปรแกรมที่ใช้สั่งงานให้คอมพิวเตอร์ทำงาน (Software) รวมทั้งระบบอินเทอร์เน็ตมีใช้อย่างจำกัด ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อกระบวนการทำงานทั้งในด้านการวางแผน การตัดสินใจ และการบริหารภายในองค์กร (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2563) เช่นเดียวกับ Lauesen and Emeritus (2020) กล่าวว่า การที่จะนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้งานในองค์กร หากขาดซึ่งความสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงแล้วถือว่าล้มเหลวตั้งแต่ยังไม่ได้เริ่มต้น การได้รับความมั่นใจจากผู้บริหารระดับสูงเป็นก้าวที่สำคัญและจำเป็นที่จะทำให้การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในองค์กรประสบความสำเร็จ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology [ICT]) ในการบริหารงานหอผู้ป่วยเพิ่มความสะดวก บริหารงานได้ทุกที่ ทุกเวลา มีสารสนเทศที่ถูกต้องแม่นยำ นำมาประกอบการตัดสินใจได้ทันเวลา และเป็นช่องทางในการเรียนรู้ทั้งผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน ในขณะเดียวกันผู้บริหารควรสนับสนุนระบบ Hardware และ Software รวมทั้งระบบอินเทอร์เน็ตให้เพียงพอกับการใช้งาน อย่างไรก็ตามหัวหน้าหอผู้ป่วยบางคนยังขาดทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทำให้เกิดความเครียดในช่วงแรกของการทำงาน การเตรียมความพร้อมด้านการใช้งานจะช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology [IT]) ได้อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ผู้บริหารควรกำหนดให้มีการจัดการอบรมหรือการศึกษาดูงานเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมผู้บริหารรุ่นใหม่ให้มีความพร้อมต่อการนำไปใช้ในการบริหารทางโรงพยาบาล รวมทั้งพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ทุ่มเทและให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560 – 2569)*. นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล. (2561). *บทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- กรกฎ เจริญสุข, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และพัชรภรณ์ อารีชัย. (2564). ประสพการณ์การกำหนดคุณลักษณะงานสำหรับการบริหารบุคลากรของ หัวหน้าหอผู้ป่วย ในองค์กรการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารโรงพยาบาลชล*, 46(3), 264-270.
- ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม. (2562). เทคโนโลยีสำหรับการวิจัยในยุคสารสนเทศ: เครื่องมือสำหรับงานวิจัย. *วารสารเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา*, 16(1), 23-34.
- ธีรศักดิ์ อุ่นอารมย์เลิศ, ผกามาศ พิธรากร, และทินกฤต รุ่งเมือง. (2556). การศึกษาแนวทางการพัฒนาสำนักงานประหยัดกระดาษของสำนักงานอธิการบดี วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 10(2), 176-187.
- นงนุช บุญยัง, ปราโมทย์ ทองสุข, และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา (บรรณาธิการ). (2564). *ตำราการบริหารการพยาบาล*. สงขลานครินทร์: สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- บุญยรัตน์ ศิลปะวิทยาทร, และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 6-14.
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ, ฤชตา โมเหล็ก, คารารัตน์ ชูวงศ์อินทร์, เพ็ญพัทธ์ กองเมือง, และมารีสา สมบัติบุรณ์. (2563). การพยาบาลในยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูล. *วารสารราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 3(1), 19-39.
- ประพันธ์โชค เสนาชู. (2558). การใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับบริหาร การบริการ และวิชาการของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ภาคใต้. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 28(2), 15-31.
- พระครูวิโรตศาสน์ ประดิษฐ์, พระมหาจักรพันธ์ นวะะแก้ว, และวีระ จุฑาคุป. (2565). การบริหารจัดการองค์กรในยุค New Normal. *วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์*, 7(1), 298-306.
- ยุภา เทิดอุดมธรรม, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2560). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 168-177.
- สายวริน ลาภไพบูลย์พงษ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และกรรณิการ์ นัตรดอกไม้ไพร. (2563). ประสพการณ์การจัดการสารสนเทศทางการพยาบาลในองค์กรพยาบาล ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(1), 114-127.
- สมิท พิฑูรพงษ์. (2561). *การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกระบวนการทำงาน: กรณีศึกษา บริษัท สหผลิตภัณฑ์พาณิชย์ จำกัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพมหานคร.

- สมพร พูลพงษ์. (2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมไลน์เพื่อการมอบหมายงานสำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 14(3), 138-146.
- เอี่ยมพร หลินเจริญ. (2555). เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 17(1), 17-29.
- Bohner, K. (2017). Theory description, critical reflection, and theory evaluation of the transitions theory of Meleis et al according to Chinn and Kramer (2011). *Advances in Nursing Science*, 40(3), E1-E19. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000152>
- Borle, P., Reichel, K., Niebuhr, F., & Mahlkecht, S, V. (2021). How are techno-stressors associated with mental health and work outcomes? A systematic review of occupational exposure to information and communication technologies within the technostress model. *International Journal of Environmental Research and Public-Health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph18168673>
- Elo, S., Kaariainen, M., Kanste, O., Polkki, T., Utriainen, K., & Kyngas, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus trustworthiness. *Sage Open*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lauesen, S., & Emeritus, P. (2020). IT Project Failures, Causes and Cures. *Institute of Electrical and Electronics Engineers access*, 8, 72059-72067. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.2986545>
- Stadin, M., Nordin, M., Fransson, E. L., & Brostrom, A. (2020). Healthcare managers' experiences of technostress and the actions they take to handle it - a critical incident analysis. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1), 244. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01261-4>
- Tacy, J. W. (2016). Technostress: A concept analysis. *On-Line Journal of Nursing Informatics*, 20(2), 1-9.

รูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในหอผู้ป่วยหลังคลอด (สูตรกรรม 2) โรงพยาบาลปัตตานี

ชไมพร สิ้นธุอุทัย, พย.ม.^{1*}; ทิพสุดา นุ้ยแม่นัน, พย.ม.¹;

กัญญารัตน์ ไสค์คำภา, พย.บ.¹; ฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ์, ปร.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 4 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 7 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่ตอบรับ: 8 กุมภาพันธ์ 2566)

บทคัดย่อ

นมแม่มีประโยชน์ต่อมารดาและทารกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาไทยยังต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศ การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด โรงพยาบาลปัตตานี (Breastfeeding promotion model at Pattani Hospital [BPM-PH]) และ 3) ประเมินผลการใช้ BPM-PH ศึกษาสถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหลังคลอด 10 คน และสัมภาษณ์รายบุคคลมารดาหลังคลอด 5 คน ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า พยาบาลขาดทักษะการจัดการนมแม่ขาดการประเมินและจำแนกประเภททารกและมารดา ทำให้วางแผนดูแลเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่เหมาะสม จึงพัฒนา BPM-PH ที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะ ขึ้นประเมินผล เลือกลูกตัวอย่างแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเดิม และมารดาและทารกแรกเกิด 90 คน รวบรวมข้อมูลด้วย 1) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาล 2) แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา ค่าความตรงในเนื้อหาเท่ากับ .89, .77, .85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78, .89, .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที หลังใช้ BPM-PH พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการจัดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($M = 4.01, SD = 0.36$) มากกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($M = 2.55, SD = 0.55$), $t(8) = -19.47, p < .001, d = 3.02$ มารดามีความรู้และการปฏิบัติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.33, SD = 0.37$) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.54, SD = 0.33$) ผลการศึกษามีคุณค่าในการนำไปปฏิบัติส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, สมรรถนะพยาบาลในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาหลังคลอด

¹ พยาบาลวิชาชีพ, กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปัตตานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

* ผู้ประพันธ์บทความ: ชไมพร สิ้นธุอุทัย, อีเมล: schamai@hotmail.com

The Model of System Development to Support Breast Feeding Newborn in Postpartum Ward (PP2) Pattani Hospital

Chamaiporn Sinthuthai, M.N.S.^{1}; Tipsuda Nuiman, M.N.S.¹;*

Kanyarat Sokumpa, B.N.S.¹; Thaparar Rakpanusit, Ph.D.²

(Received: December 4th, 2022; Revised: February 7th, 2022; Accepted: February 8th)

Abstract

Breast milk benefits maternal and infant health in both physical and psychological dimensions. However, the breastfeeding (BF) rates of Thai mothers are lower than the national target for every developmental stage. This research and development project aimed to 1) study the situation of BF promotion, 2) develop a breastfeeding promotion model at Pattani Hospital (BPM-PH), and 3) evaluate the use of the BPM-PH. In the study phase of the project, 10 professional nurses working in the postpartum ward participated in focus group discussions and 5 postpartum mothers participated in individual interviews. Content analysis revealed that the nurses lacked BF promotion skills, although they exclusively managed, evaluated, and classifies infants with regard to BF after birth. This discovery led to the development of the BPM-PH which emphasizes maternal knowledge and skills. In the evaluation phase, the participants were purposively selected from the same nurses and from a group of 90 postpartum mothers and their infants. Data were collected using 1) the nurse's competency evaluation form for BF management, 2) the questionnaire on mothers' postpartum knowledge and BF practices, and 3) the mothers' satisfaction survey. The content validity of the instruments were .89, .77, .85, and their Cronbach's alpha coefficients were .78, .89, and .76, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. It was found that the nurses' BF promotion competency ($M = 4.01$, $SD = 0.36$) was higher ($M = 2.55$, $SD = 0.55$), $t(8) = -19.47$, $p < .001$, $d = 3.02$) after participating in the BPM-PH. Additionally, mothers who received BF education using the BF promotion model reported gaining BF knowledge and skills the highest level ($M = 4.33$, $SD = 0.37$) and that their satisfaction with the BF services was the highest level ($M = 4.54$, $SD = 0.33$). The results of this study are valuable for promoting breastfeeding among Thai mothers and guiding further research.

Keywords: breastfeeding promotion model, breastfeeding nurse competency, postpartum mothers

¹ Register Nurse, Nursing Department, Pattani Hospital

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

* Corresponding Author: Chamaiporn Sinthuthai, email: schamai@hotmail.com

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน สร้างความแข็งแรง ความฉลาดทางสติปัญญา (Deoni et al., 2013) ความผูกพัน และความมั่นคงทางอารมณ์ (Haroon et al., 2013) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2019) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2020) แนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Exclusive breastfeeding) เป็นเวลา 6 เดือน และให้อาหารเสริมตามวัยควบคู่กับนมแม่ต่อไปจนอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบผลสำเร็จต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรผู้มีส่วนในการให้ความรู้ สอนทักษะ และสร้างเจตคติที่ดีให้มารดาที่มีความมั่นใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (นิสาชล เศรษฐกิจกุล และชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, 2562) จากการศึกษาของสุดากรณ์ พยัคฆเรือง และคณะ (2559) พบว่าปัญหาและอุปสรรคการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ พร่องความรู้ไม่ได้รับการสอน ไม่ได้เริ่มต้นดูแลอย่างต่อเนืองที่เหมาะสม และการศึกษาของพูนศรี ทองสุรเดช และคณะ (2561) พบว่าพยาบาลยังขาดทักษะและความรู้ในการจัดการด้านนมแม่

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายบันได 10 ขั้น (Ten steps to successful breastfeeding) เพื่อผลักดันให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผลสำเร็จ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และมีเป้าหมายให้เด็กแรกเกิดต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2568 และร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2573 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) แต่จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในเขตอำเภอเมืองปัตตานี ร้อยละ 30.6, 48 และ 48.3 ตามลำดับ ส่วนอัตราการให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของโรงพยาบาล (รพ.) ปัตตานี ในปี พ.ศ. 2560-2563 คือ ร้อยละ 52, 51.3, 51.6 และ 51.2 ตามลำดับ (ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลปัตตานี, 2563) ซึ่งเห็นได้ว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้

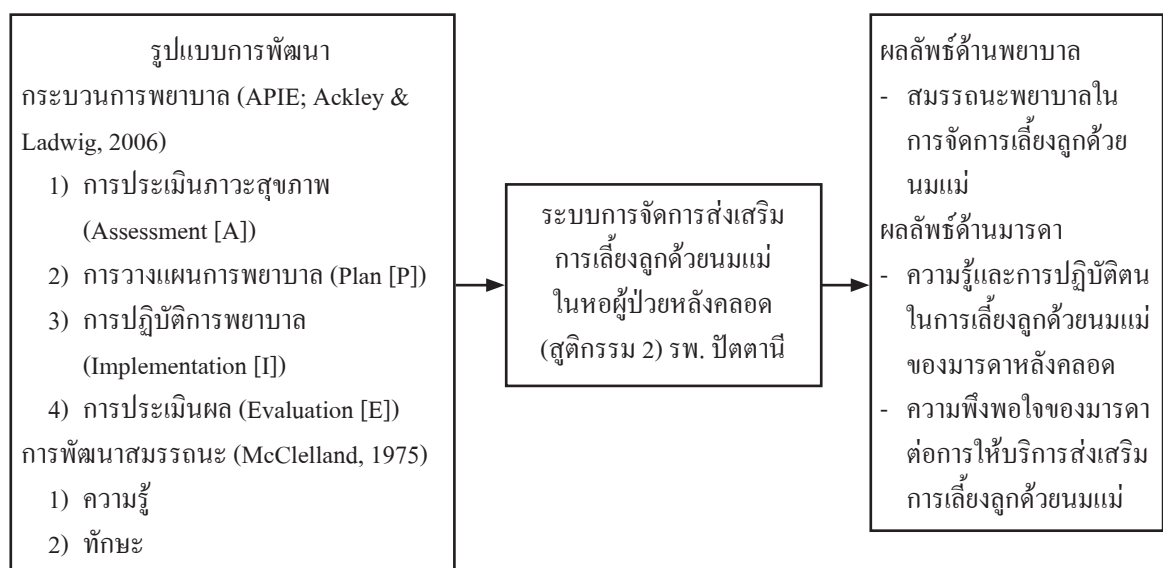
จากการวิเคราะห์และถอดบทเรียนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน รพ.ปัตตานี พบปัจจัยอุปสรรคได้แก่ บริบท รพ.ปัตตานี เป็นศูนย์กลางแห่งเดียวในจังหวัด ที่รับส่งต่อมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ร่วมกับการดำเนินการตามนโยบายการเฝ้าระวังการตายของมารดาในเขตบริการสุขภาพที่ 12 ส่งผลต่อการขับเคลื่อนแนวทางปฏิบัติด้านส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ชัดเจน รวมทั้งขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจำแนกประเภทของมารดาและทารก และการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละกลุ่ม อย่างเฉพาะเจาะจง ทำให้มารดาและทารกได้รับการดูแลที่ล่าช้า ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาหารายบุคคล การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดการดูแลของพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของมารดาและทารก จะส่งผลต่อความรวดเร็วในการเริ่มให้นมแม่ และความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจของมารดาและครอบครัว (อัญญา ปลอดเปลื้อง และคณะ, 2559) รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด ร่วมกับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากพยาบาล ในการส่งเสริมให้มีการดูแลเร็ว ดูแลบ่อย ดูแลถูกวิธี และมีประสิทธิภาพ (พรณิศา แสนบุญส่ง และวรรณดามลิวรรณ, 2559) จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการดูแลและสนับสนุนมารดาให้ประสบความสำเร็จ

สำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามแนวคิดของ McClelland (1965) คือ มีความรู้และทักษะ ในการแปลงข้อมูลหลักวิชาการด้านนมแม่ มาสื่อสารให้มารดา เข้าใจ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนของ Ackley and Ladwig (2006) ในการประเมินสภาพ และจำแนกมารดาตามปัญหา และนำสู่การจัดการด้านนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งที่ผ่านมาจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการจัดการด้านนมแม่อย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดดังกล่าว **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด (สูติกรรม 2) รพ. ปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด รพ. ปัตตานี (Breastfeeding promotion model at Pattani Hospital [BPM-PH])
3. เพื่อประเมินผลการใช้ BPM-PH

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ (Competency) ของ McClelland (1975) มีการพัฒนา 2 ด้าน คือ 1) ความรู้ (Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้เฉพาะในเรื่องที่ต้องรู้ที่เป็นสาระสำคัญ 2) ทักษะ (Skill) คือ สิ่งที่ต้องการให้ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งความรู้และทักษะเป็นส่วนที่สังเกตได้ง่าย ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (APIE) ของ Ackley & Ladwig (2006) มาบูรณาการรูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด (สูติกรรม 2) รพ. ปัตตานี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development [R&D]) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (วารุ เฟ็งส์วีสดี, 2551) ได้แก่ 1) ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค 2) ขั้นตอนพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) ขั้นตอนทดลองใช้รูปแบบและประเมินผล โดยทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา มี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหอผู้ป่วยหลังคลอด (สูติกรรม 2) รพ.ปัตตานี จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้ และ 2) มารดาและทารกแรกเกิดใน หอผู้ป่วยหลังคลอด (สูติกรรม 2) รพ. ปัตตานี แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในขั้นการศึกษาสถานการณ์ เลือก จากประชากรแบบเจาะจง คือ มารดาหลังคลอด จำนวน 5 คน ซึ่งสุ่มเลือกมารดาตั้งครรภ์แรกและครรภ์ หลัง ที่คลอดปกติทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และทารกที่แยกอยู่หน่วยอภิบาลทารกแรก เกิดภาวะวิกฤต (Neonatal intensive care unit [NICU]) ที่เข้ารับบริการในช่วงวันที่ 12-14 ตุลาคม 2565 ส่วนในขั้นประเมินผลเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร คือ มารดาหลังคลอดทุกรายที่มารับบริการระหว่าง วันที่ 22 ตุลาคม- 22 พฤศจิกายน 2565 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ มีสัญชาติไทย สามารถสื่อสารและเข้าใจ ภาษาไทย และให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ มารดามีประวัติอาการทางจิต ได้กลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 90 คน และให้กำเนิดทารกมีลักษณะที่จำแนก เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทารกปกติ 45 คน (ร้อยละ 50) 2) กลุ่มทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน 16 คน (ร้อยละ 17.80) 3) กลุ่มทารกที่แยกอยู่ NICU 27 คน (ร้อยละ 30) และ 4) กลุ่มทารกที่มารดาอยู่แผนกผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit [ICU]) 2 คน (ร้อยละ 2.20) โดยไม่มีกลุ่มทารกที่มารดาต้องงดการให้นมแม่

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.ปัตตานี เลขที่ PTN-011-2565 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามกระบวนการ โดยก่อนเริ่มการเก็บ ข้อมูลในแต่ละระยะ กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย และลงนามยินยอม ในเอกสารที่กำหนดไว้โดยคำนึงถึงการให้ข้อมูลที่เป็นจริง ครบถ้วน และเก็บข้อมูลอย่างเป็นความลับ การ ให้อิสระกับตัวอย่างในการตัดสินใจ เข้าร่วมวิจัย หรือการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอด เวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับการรักษาพยาบาลตามปกติ รวมถึงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษานี้ นำเสนอรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ตามขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากพยาบาลและมารดาหลังคลอด รวมทั้งการนิเทศทางการพยาบาลและอุบัติการณ์ที่พบ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม (กรรณิการ์ กันชะรักษา และคณะ, 2557; พุททชาติ เจริญศิริวิไล, 2564) และ

ความรู้ที่ผู้วิจัยหลักได้รับจากประสบการณ์อบรมด้านนมแม่และเป็นวิทยากร (ครู ก) ในการอบรมพยาบาล ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 4 ชุด ได้แก่

1.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล มี 6 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการทำงาน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูตรนมแม่ และประสบการณ์การอบรมเรื่องนมแม่

1.2. แนวการสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลในการค้นหาปัญหา ประกอบด้วยแนวคำถามหลัก ดังนี้ 1) เมื่อรับมารดา-ทารก เข้ามาในหอผู้ป่วย ท่านเริ่มต้นส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อไร และปฏิบัติอย่างไร 2) ท่านแนะนำหรือพูดคุย สอน สาคิตเสริมพลังมารดาในประเด็นใดบ้างในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอธิบายมารดาอย่างไร เพื่อให้มารดาให้ความร่วมมือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) ปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดมีอะไรบ้าง

1.3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด มี 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด และวิธีการคลอด

1.4. แนวคำถามการสัมภาษณ์มารดาพัฒนาโดยผู้วิจัย มีลักษณะปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ 1) พยาบาลแนะนำวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ท่าน อย่างไรบ้าง 2) ในระหว่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ท่านได้รับการช่วยเหลืออย่างไร และ 3) ในระหว่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ท่านมีปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกอย่างไรบ้าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการพัฒนาแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1 รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด รพ. ปัตตานี (BPM-PH) พัฒนาขึ้นหลังจากการศึกษาศถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค แล้วจัดทำรายละเอียดไว้ในคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และจัดทำเป็นคู่มือประกอบภาพสี สำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของมารดา การสอนและสาธิตตามคู่มือที่สร้าง และประเมินตามหลักกระบวนการพยาบาล หากมารดาปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องพยาบาล จะทำการสอนซ้ำ เนื้อหาประกอบด้วยสมรรถนะและแนวทางที่จำเป็นของพยาบาลในการจัดการนมแม่ (Ackley & Ladwig, 2006; McClelland, 1965) ประกอบด้วย 8 เรื่อง คือ 1) การประเมินและจำแนกทารก ร่วมกับมารดา 2) ประโยชน์ของนมแม่ต่อมารดาและทารก 3) การเสริมพลังทางบวกแก่มารดาที่มีปัญหาการให้นมบุตร 4) การสนับสนุน (Support) ด้านจิตใจมารดาและการดูแลเต้านมกรณีสูญเสียบุตร 5) การอธิบายกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม เชื่อมโยงควบคู่กับหลัก 3 จุด 6) การอธิบายหลักการ 3 จุด และสาธิต การประเมินหัวนม เต้านม และลานนม 7) การสอน สาธิต และประเมินท่าอุ้มที่ถูกต้องวิธี 4 ท่า และ 8) การสอน สาธิต และประเมินการบีบเก็บน้ำนม และการนำน้ำนมมาใช้

2.2 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (บุรณี เสวตสุทธิพันธ์, 2559; ปริศนา พานิชกุล, 2559; มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาตี แซ่เบ๊, 2561) เป็นข้อคำถามทางบวก 8 ข้อ ซึ่งตัวเลือกตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (อธิบาย หรือ ปฏิบัติตามสมรรถนะที่กำหนดได้น้อยที่สุด) ถึง 5 (อธิบาย หรือ ปฏิบัติตามสมรรถนะที่กำหนดได้มากที่สุด) ให้คะแนนตามหมายเลขระดับ การแปลผลสมรรถนะรายชื่อจากคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์ (2558) คือพยาบาลมีสมรรถนะในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับมากที่สุด ($M = 4.21-5.00$) ระดับมาก ($M = 3.41-4.20$) ระดับปานกลาง ($M = 2.61-3.40$) ระดับน้อย ($M = 1.81-2.60$) และระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00-1.80$)

3. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 3 ขั้นทดลองใช้รูปแบบ BPM-PH และประเมินผล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก เป็นแบบบันทึก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุ วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก จำนวนทารก ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ น้ำหนักและส่วนสูงมารดา น้ำหนักทารก รายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส บุคคลที่ดูแลผู้ป่วย สถานที่ฝากครรภ์ และ ได้รับการสอนคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของวรรณมา สิงห์เมือง (2564) เป็นแบบเลือกตอบ มาตรการส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และเชิงลบ 6 ข้อ การให้คะแนน คำถามเชิงบวก หากตอบมีความรู้และการปฏิบัติตนน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน จนถึงการตอบมีความรู้และการปฏิบัติตนมากที่สุด ได้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกัน การแปลผลรายชื่อใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ (ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์, 2558) คือ มีความรู้และการปฏิบัติตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับมากที่สุด ($M = 4.21-5.00$) ระดับมาก ($M = 3.41-4.20$) ระดับปานกลาง ($M = 2.61-3.40$) ระดับน้อย ($M = 1.81-2.60$) และระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00-1.80$)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อการให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากการปฏิบัติตามสมรรถนะของพยาบาล มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) การแปลผลรายชื่อใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ (ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์, 2558) คือ มีความพึงพอใจต่อการให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับมากที่สุด ($M = 4.21-5.00$) ระดับมาก ($M = 3.41-4.20$) ระดับปานกลาง ($M = 2.61-3.40$) ระดับน้อย ($M = 1.81-2.60$) และระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00-1.80$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของแนวคำถามการสนทนากลุ่มของพยาบาลเท่ากับ .89 แนวคำถามในการสัมภาษณ์มารดาเท่ากับ .85 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลเท่ากับ .89 แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ .77 และแบบประเมินความพึงพอใจของมารดาเท่ากับ .85 ซึ่งค่าใกล้เคียง .80 ขึ้นไปเป็นค่าที่

ยอมรับได้ (ทิพย์สิริ กาญจนวาสี และศิริชัย กาญจนวาสี, 2564) แบบประเมินทั้งหมดได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลไปทดลองใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษมารดาหลังคลอด และสูติกรรม 1 รพ.ปัตตานี จำนวน 10 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient [α]) เท่ากับ .78 ส่วนแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด นำไปทดลองใช้กับมารดาและทารกที่เข้ารับการรักษาใน รพ.ปัตตานีที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน ได้ค่า α เท่ากับ .89 และ .76 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า .70 เป็นค่าที่ยอมรับได้ (วัฒนา สุนทรชัย และวนิดา กุชัยสิทธิ์, 2558)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้นัดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดำเนินการดังนี้ 1) สันทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหอผู้ป่วยหลังคลอดจำนวน 10 คน แบ่งสันทนากลุ่มครั้งละ 5 คน ในห้องที่ปิดมิดชิดมีเฉพาะกลุ่มตัวอย่างและทีมวิจัย โดยผู้วิจัยหลัก ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้นำสนทนา เปิดประเด็นสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามประเด็นแนวคำถามหลักทั้ง 3 ข้อ ขณะสนทนากลุ่มมีการบันทึกเสียงและจดบันทึกโดยผู้ร่วมวิจัย ทำการสนทนาจนไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นใช้เวลาเฉลี่ย 90 นาทีในแต่ละกลุ่ม 2) ผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาหลังคลอดเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ราย แต่ละรายใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที โดยใช้แนวคำถามหลักทั้ง 3 ข้อ ในการสัมภาษณ์มารดา ใช้วิธีการจดบันทึกข้อมูลโดยทีมวิจัย ไม่มีการบันทึกเทป สัมภาษณ์โดยตามข้องานไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (เพชรน้อย สิ่งช่างชัย, 2552) ไม่ว่าจะถามใหม่โดยเปลี่ยนคำถาม ผู้วิจัยยืนยันข้อมูลที่ได้รับว่าตรงกันกับที่มารดาให้ก่อนจบการสัมภาษณ์ในแต่ละราย และ 3) ประเมินสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคจากกรณีศึกษาทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนา BPM-PH ผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัย นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาสรุป และวิเคราะห์ เพื่อจัดทำ BPM-PH ด้วยการจัดประชุมระดมสมองในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการ 2 ครั้งๆ ละ 5 คน ร่วมกันเสนอแนวทางในการจัดการนมแม่ โดย 1) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค 2) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันเสนอแนวทางแก้ไข และผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับพยาบาลตามสมรรถนะที่กำหนด 8 เรื่อง เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลจัดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยตรวจความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนไปทดลองใช้ และทำการประเมินสมรรถนะของพยาบาล โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนใช้ BPM-PH 3) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย 10 คน โดยให้ความรู้ผ่านการอบรม

เชิงปฏิบัติการ (โดยใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย สาธิต พร้อมฝึกปฏิบัติ ประกอบการใช้สื่อ Power point เต็มมเทียม หุ่นทารกเทียม) ตามสมรรถนะที่กำหนด 8 เรื่อง ระยะเวลา 1 วัน วิทยากรผู้ให้ความรู้ 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ และผู้วิจัยหลัก หลังการอบรม 3 วัน จึงประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังใช้ BPM-PH ก่อนนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย 4) สรุปประเด็นนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 5) นำ BPM-PH ที่ได้รับการพัฒนา ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและปรับคู่มือตามคำแนะนำแล้วเสนอต่อทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้านสูติกรรม (Patient care team) ให้ความเห็นชอบก่อนนำไปใช้ จากนั้นนำไปทดลองใช้และมีการปรับคู่มือตามข้อเสนอแนะของพยาบาลที่ได้ทดลองใช้อีกครั้ง และนำไปใช้จริงในการดูแลมารดาหลังคลอดที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยหลังคลอด (สูติกรรม 2) รพ. ปีตธานี

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้ BPM-PH ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยแจ้งให้มารดาหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แล้วประเมินความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดจำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 3 หลังคลอด และประเมินความพึงพอใจการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวันจำหน่ายมารดา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ ใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) ตามแนวทาง Lincoln and Guba (1985) ตลอดกระบวนการวิจัย ใช้วิธีหลากหลายในการเก็บข้อมูล ทั้งสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ และสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติ นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแล้ววิเคราะห์ใจความหลัก โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่ แล้วนำมาหาแก่นของสาระ และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ พร้อมยืนยันข้อมูลกับพยาบาลผู้ให้บริการและมารดาหลังคลอดว่าได้ข้อมูลตรงกันตามที่ให้จริง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการจัดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด และแบบประเมินความพึงพอใจของมารดา วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปลผลเทียบกับเกณฑ์

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนและหลังการใช้ BPM-PH โดยใช้สถิติโดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ภายหลังทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov ที่พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ($p = .20$)

ผลการวิจัย

นำเสนอตามขั้นตอนและวัตถุประสงค์ของการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การพัฒนา BPM-PH และ 3) การประเมินผลการใช้ BPM-PH ดังนี้

ผลการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด (สูติกรรม 2) รพ. ปัตตานี

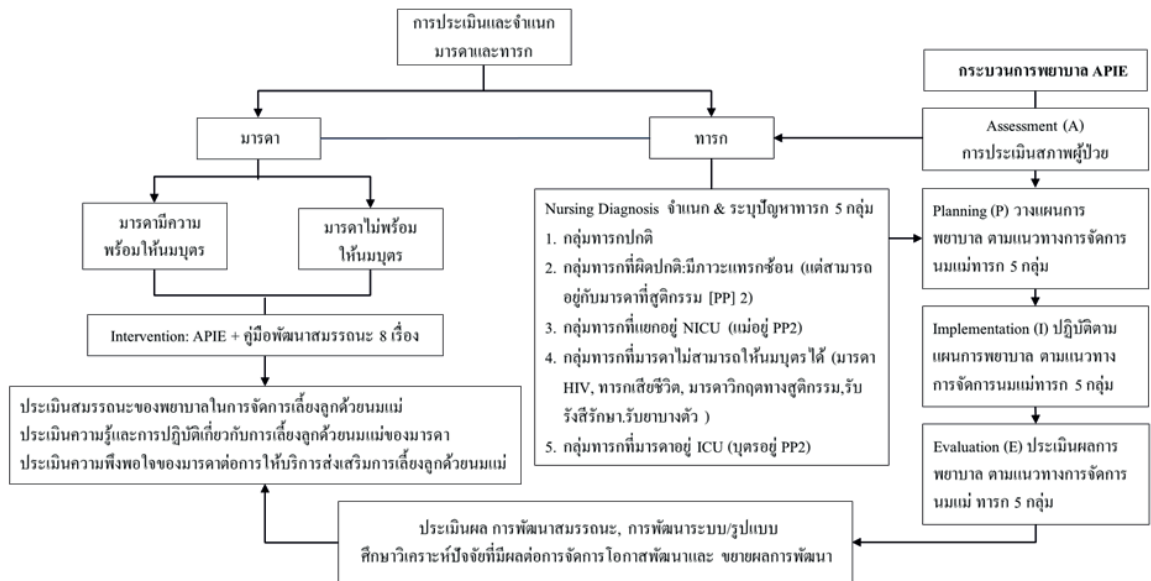
ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลจำนวน 10 ราย อายุเฉลี่ย 39.2 ปี ($SD=6.37$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อายุการทำงานเฉลี่ย 12.9 ปี ($SD = 6.00$) ประสบการณ์ทำงานด้านสูติกรรมเฉลี่ย 11.9 ปี ($SD = 6.82$) ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมนมแม่ (ร้อยละ 90) ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 5 ราย อายุเฉลี่ย 27 ปี ($SD=2.36$) ทั้งหมดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 80) และมีวิธีคลอดทางช่องคลอดปกติ (ร้อยละ 80) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มพยาบาล การสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด และสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคจากการนิเทศทางการพยาบาล ทำให้พบประเด็นเพื่อการพัฒนาด้านความรู้และทักษะ ดังนี้

ประเด็นเพื่อการพัฒนาด้านความรู้ในการส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า 1) พยาบาลขาดความรู้ในการประเมินและจำแนกทารกเพื่อวางแผนให้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังคำกล่าว “ลูกเข้ามาก็มีหลายแบบ มีความยากง่ายในการให้นมไม่เหมือนกัน ไม่ชัดเจน ไม่รู้ทำเหมือนกันไหม” (RN-2) 2) พยาบาลมีความรู้ด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่แตกต่างกัน ดังคำกล่าว “หนูพึ่งมาอยู่หลังคลอดได้ไม่นานไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องนมแม่เลย อ่านตำราบ้าง ที่ทำอยู่ก็ไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด” (RN- 5) และกล่าวว่า “กลไกสร้างและหลั่งน้ำนมเป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจ เหมือนยาขม ” (RN- 7) และ 3) พยาบาลขาดความรู้ในการจัดการนมแม่ในบุตรที่แยกรักษาใน NICU ดังคำกล่าว “นอนอยู่เป็นวันแล้วพยาบาลเพิ่งมาบอกให้บีบนมไปให้ลูกที่ห้องเด็กอ่อน เราทำไม่ได้ พยาบาลเลยสอนให้บีบนม” (มารดาคนที่ 3)

ส่วนประเด็นเพื่อการพัฒนาด้านทักษะในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า 1) พยาบาลใช้ภาษาสื่อสารที่ยากแก่การเข้าใจของมารดา ดังคำกล่าว “เราพยายามอธิบายนะ ตอนเรียนเข้าใจนะเอาเข้าจริงพอจะมาพูดกับแม่ยากที่จะพูดให้แม่เข้าใจ บางครั้งก็เผลอพูดคำแพทย์ตามที่เรียนมา แม่ก็งง เราก็งง” (RN- 3) ส่วนมารดาหลังคลอดให้ข้อมูลว่า “พยาบาลมาสอนให้อุ้มลูกคุณนม ลูกคุณแล้วจะเป็นยังไง น้ำนมจะไหลยังไง หนูก็พึ่งรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง บางคำมันเป็นภาษาหมอ” (มารดาคนที่ 2) 2) พยาบาลขาดทักษะการเสริมพลังทางบวกแก่มารดาที่มีปัญหานมแม่ ดังคำกล่าว “ไม่รู้จะพูดกับแม่อย่างไรให้ลูกขึ้นมาบีบนมในแม่ที่นอนร้องไห้จากลูกถูกแยกไปอยู่ตู้واب” และ 3) พยาบาลขาดทักษะในการจัดการนมแม่ในเวลาที่เหมาะสม ดังคำกล่าว “พยาบาลมาคุยวันที่สองแล้วว่าให้ลูกดูดบ่อยๆ นะเราให้ดูดเมื่อลูกร้องจะดูดนม” (มารดาคนที่ 4)

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่หลังคลอด รพ. ปัตตานี (BPM-PH)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ได้แนวทางเพื่อวางแผนดำเนินการพัฒนา BPM-PH ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด รพ. ปัตตานี (BPM-PH)

ส่วนเนื้อหาของคู่มือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด รพ. ปัตตานี เป็นคู่มือที่สร้างขึ้นจากการค้นหาค้นหาปัญหาการพยาบาลด้านนมแม่ในระยะหลังคลอด ประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้านนมแม่ ตามสมรรถนะจำเป็น 8 เรื่อง ที่ครอบคลุมองค์ความรู้ ทักษะการสื่อสาร ที่ประยุกต์เชิงวิชาการเป็นการสื่อสารอย่างง่ายแก่มารดาหลังคลอด และแนวทางการประเมิน การจำแนก และวางแผนดูแลด้านนมแม่แก่ทารก 5 กลุ่ม (ตามรายละเอียดที่กล่าวไว้ในเครื่องมือ 2.1)

การประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด รพ. ปัตตานี (BPM-PH)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอดกลุ่มเดียวกับขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ และมารดาหลังคลอด 90 คน ข้อมูลทั่วไปของมารดา พบว่ามีอายุเฉลี่ย 29.9 ปี ($SD=5.95$) ส่วนใหญ่ตั้งครรรค์ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 40) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 26.7) บุคคลที่ดูแลเมื่อคลอดทารกคือคู่สมรส (ร้อยละ 54.4) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 91.1) รายได้เฉลี่ย 8,004.2 บาท ($SD=4,725.4$) มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ร้อยละ 60) มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด (ร้อยละ 54.4) โดยส่วนใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนมีความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21.1) ได้รับการสอนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 94.4) มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 73.3) ระยะเวลาที่เคยให้นมแม่มากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 48.5) ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 60) สำหรับข้อมูลทารกพบว่าครึ่งหนึ่งเป็นทารกกลุ่มปกติ ผลการประเมินการใช้รูปแบบ ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาล พบว่า หลังการใช้ BPM-PH พยาบาลมีสมรรถนะในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($M = 4.01, SD = 0.36$) สูงกว่าก่อนการใช้ ($M = 2.55, SD = 0.55$), $t(8) = -19.47, p < .001, d = 3.02$ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดก่อนและหลังใช้ BPM-PH

สมรรถนะของพยาบาล	ก่อนการใช้			หลังการใช้			t	p	Cohen's d
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล			
1. การประเมินและจำแนกทารกร่วมกับมารดา	2.80	1.00	ปานกลาง	4.10	0.51	มาก	-6.09	.00*	1.50
2. ประโยชน์ของนมแม่ต่อมารดาและทารก	2.65	0.66	ปานกลาง	4.60	0.51	มากที่สุด	-16.71	.00*	3.25
3. การเสริมพลังทางบวกแก่มารดาที่มีปัญหาการให้นมบุตร	2.40	0.39	น้อย	3.85	0.24	มาก	-12.42	.00*	4.25
4. การสนับสนุนด้านจิตใจมารดาและการดูแลด้านกรณีสูญเสียบุตร	3.00	0.00	ปานกลาง	3.95	0.15	มาก	-19.00	.00*	6.54
5. การอธิบายกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม เชื่อมโยงควบคู่กับหลัก 3 จุด	2.30	0.58	น้อย	4.00	0.74	มาก	-12.75	.00*	2.52
6. การอธิบายหลักการ 3 จุด และสาธิตการประเมินหัวนม เต้านม และลานนม	2.45	0.92	น้อย	4.15	0.66	มาก	-11.12	.00*	2.06
7. การสอน สาธิต และประเมินท่าอุ้มที่ถูกต้อง 4 ท่า	2.60	0.65	น้อย	3.80	0.35	มาก	-6.46	.00*	2.12
8. การสอน สาธิต และประเมินการบีบเก็บน้ำนม และการนำน้ำนมมาใช้	2.25	0.79	น้อย	3.70	0.35	มาก	-7.12	.00*	2.11
โดยรวม	2.55	0.55	น้อย	4.01	0.36	มาก	-19.74	.00*	3.02

หมายเหตุ. $n = 10, * p\text{-value} < .001$

2. ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด หลังจากได้รับการพยาบาลตาม BPM-PH โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.33, SD = 0.37$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

รายการ	M	SD	แปลผล
1. นมแม่เหมาะสมสำหรับทารก เพราะมีสารอาหารที่ครบถ้วน	4.83	0.37	มากที่สุด
2. มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม	4.51	0.69	มากที่สุด
3. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้มารดามีรูปร่างดี ไม่อ้วน	4.32	0.71	มากที่สุด

รายการ	M	SD	แปลผล
4. มารดาที่ให้ลูกคุณนมส่วมาเสมอ จะช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น	4.39	0.59	มากที่สุด
5. น้ำนมเหลืองที่ออกมาใน 1-3 วันแรกหลังคลอดเป็นน้ำนมที่ไม่มีประโยชน์	4.19	0.87	มาก
6. นมแม่อย่างเดียวสามารถเลี้ยงทารกได้นานถึง 6 เดือนโดยไม่ต้องให้อาหารเสริมอื่นใด	4.41	0.73	มากที่สุด
7. การกอดสัมผัส การเห็น เป็นสายสัมพันธ์ที่ไม่สามารถกระตุ้นการหลั่งน้ำนมได้	4.13	0.85	มาก
8. มารดาควรให้ลูกคุณนมภายใน 30 นาที - 1 ชม.หลังคลอด ถึงเมื่อน้ำนมแม่ยังไม่ไหล	4.42	0.71	มากที่สุด
9. มารดาที่มีขนาดเต้านมเล็กจะมีน้ำนมน้อยกว่ามารดาที่มีขนาดเต้านมใหญ่	3.86	0.85	มาก
10. ความเครียดของมารดาจะส่งผลทำให้น้ำนมออกน้อยกว่าปกติ	4.19	0.73	มาก
11. ควรทำความสะอาดเต้านมและหัวนมทุกครั้งก่อนและหลังให้นม	4.56	0.50	มากที่สุด
12. มารดาสามารถให้นมลูกในท่านั่งหรือท่านอนก็ได้	4.37	0.71	มากที่สุด
13. มารดาควรให้ลูกอ้าปากกว้างพอที่เหงือกจะไปจับลานนม น้ำนมจึงจะไหล	4.32	0.66	มากที่สุด
14. มารดาควรให้ลูกคุณนมสลับซ้าย ขวา นานข้างละ 10-15 นาที ในแต่ละรอบ	4.36	0.78	มากที่สุด
15. หากมารดาดึงหัวนมออกจากปากลูกขณะที่ลูกคุณนมจะทำให้หัวนมแตก	4.30	0.71	มากที่สุด
16. การทำให้ลูกเรอทุกครั้งหลังให้นมแม่ เป็นการป้องกันอาการท้องอืด	4.48	0.58	มากที่สุด
17. ภายหลังให้นมแม่ ควรให้ลูกกินน้ำตาม เพื่อล้างคราบน้ำนมในปากลูก	3.81	0.95	มาก
18. เมื่อมารดามีอาการคัดตึงเต้านม ควรค้ให้ลูกคุณนมแม่	4.31	0.59	มากที่สุด
19. ในช่วงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาควรดื่มน้ำน้า กาแฟ	4.70	0.58	มากที่สุด
20. นมแม่ย่อยยาก ทำให้ทารกท้องผูก	4.23	0.86	มากที่สุด
รวม	4.33	0.37	มากที่สุด

หมายเหตุ. $n = 90$

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อการให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยรวม พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.54, SD = 0.33$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของมารดา ต่อการให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

รายการ	M	SD	แปลผล
1. ความพึงพอใจเกี่ยวกับการสอน/แนะนำของพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ท่าน	4.76	0.43	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจเกี่ยวกับการช่วยเหลือของพยาบาล เช่น การจัดทำ การอุ้มทารก	4.70	0.46	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจเกี่ยวกับการสอน/แนะนำ การบีบเก็บน้ำนม และการน้ำนมไปใช้	4.31	0.55	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจเกี่ยวกับการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.53	0.60	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการส่งเสริม/ดูแล/กระตุ้นการให้นม/การบีบนม	4.40	0.71	มากที่สุด
รวม	4.45	0.35	มากที่สุด

หมายเหตุ. $n = 90$

อภิปรายผลการวิจัย

การผลการวิจัย สามารถนำมาใช้อภิปรายผลได้ดังนี้

สถานการณ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด (สูติกรรม 2) รพ. ปัตตานี

จากการศึกษาสถานการณ์ พบว่าระยะก่อนพัฒนารูปแบบ พบปัญหาในประเด็นพยาบาลขาดความรู้ในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินและจำแนกทารกที่ไม่ชัดเจนทำให้ขาดทิศทางการวางแผนจัดการด้านนมแม่แก่ทารก พบว่าพยาบาลมีสมรรถนะที่แตกต่างกัน ทั้งด้านองค์ความรู้พื้นฐานการจัดการด้านนมแม่แก่ทารก ที่สำคัญต่อการส่งเสริมในระยะหลังคลอด และทักษะในการสื่อสารเชิงวิชาการด้านนมแม่ที่ไม่สามารถทำให้มารดาเข้าใจได้ เช่น ไม่สามารถเชื่อมโยงหลัก 3 จุดกับกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของสุดาภรณ์ พัทธมเรือง และคณะ (2559) ที่พบปัญหาขาดการส่งเสริมการดูดเร็วและไม่ต่อเนื่องทำให้น้ำนมมาช้า ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ดังนั้นควรส่งเสริมทักษะการบีบเก็บน้ำนม ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจและให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสม เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีกำลังใจที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2562) และยังพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ในด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เนื่องจากการได้รับการอบรมด้านนมแม่มาก่อน แต่มีสมรรถนะในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างกัน รวมถึงขาดการประเมินและจำแนกประเภททารก ทำให้ไม่ได้วางแผนการพยาบาลเฉพาะรายตามปัญหาของมารดาและทารก รวมทั้งมารดาที่ทารกแยกอยู่ใน NICU ไม่ได้ได้รับการสอนและดูแลให้บีบน้ำนมในเวลาที่เหมาะสมจากพยาบาล

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลโดยให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยาย สาธิต พร้อมฝึกปฏิบัติ ประกอบการใช้สื่อ Power point เต้านมเทียม หุ่นทารกเทียม และมีแนวทางปฏิบัติที่จัดทำเป็นคู่มือในการส่งเสริมเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้พยาบาลสามารถวางแผนให้การพยาบาลรายบุคคลได้ ส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลเรื่องนมแม่ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาตี แซ่เบ๊, 2561) รวมถึงได้สอนเทคนิคการแปลงภาษาเชิงวิชาการเป็นการสื่อสารอย่างง่ายแก่มารดา ให้เข้าใจถึงวิธีการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะเห็นว่าสอดคล้องกับบันไดขั้นที่ 2 สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สมรรถนะของทีมดูแลด้านนมแม่ต้องมีความรู้และทักษะเพียงพอในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (พุทธชาติ เจริญศิริวิไล, 2564) สรุปได้ว่าการวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลทั้งด้านองค์ความรู้และทักษะ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยใช้วิธีการสอนตามคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการสื่อสารที่มารดาเข้าใจง่าย ทำให้มารดามีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด รพ. ปัตตานี (BPM-PH)

จากการศึกษาสถานการณ์ พบปัญหาด้านการจัดการนมแม่ในระยะหลังคลอด นำสู่การพัฒนา BPM-PH และการจัดทำคู่มือเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครอบคลุมองค์ความรู้และทักษะการสื่อสารอย่างง่ายแก่มารดาหลังคลอด ภายใต้แนวคิดสมรรถนะของ McClelland (1975) ที่พยาบาลต้องมีความรู้และมีทักษะแนวทางการสื่อสาร การสอน สาธิต และเสริมพลังทางบวกด้านนมแม่ที่เข้าใจง่าย และมีแนวทางการประเมิน จำแนกทารก รวมถึงการวางแผนดูแลด้านนมแม่ที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการใช้

กระบวนการพยาบาลของพรศิริ พันธสี (2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของวรฐกานต์ อัสวพรวิพุธ (2559) ในการพยาบาลบุคคลที่แตกต่างกัน ต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน อีกทั้งการให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลเพื่อนำแนวทางในคู่มือไปจัดการด้านนมแม่อย่างมีทิศทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ กันธะรักษา และคณะ (2557) ที่ศึกษาการใช้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการเพิ่มพูนความรู้ให้ทันสมัย นำไปประยุกต์ใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้และทัศนคติในบุคลากร เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิชนี พลคชา (2565) ที่พบว่ากลยุทธ์ที่ดีในการพัฒนาความรู้และความตั้งใจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลคือการให้ความรู้ ดังนั้นการมีแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ชัดเจนและการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลให้มีสมรรถนะที่ครบถ้วนมีความสำคัญในการจัดการด้านนมแม่ให้แก่มารดาหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด รพ. ปัตตานี

การนำ BPM-PH ที่ได้พัฒนาขึ้น มาใช้เป็นแนวทางในการจัดการด้านนมแม่ ทำให้พยาบาลสามารถนำรูปแบบในการพัฒนาไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ใช้ได้จริงอย่างมั่นใจ ทั้งในส่วนของทักษะการสื่อสาร การเสริมพลังในกลุ่มที่มีปัญหาได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการใช้กระบวนการพยาบาลในทุกขั้นตอน ส่งผลให้ทารกได้รับการจัดการด้านนมแม่ที่เหมาะสม ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะในการจัดการด้านนมแม่เพิ่มขึ้นภาพรวมในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร ช้อยุ่น และคณะ (2563) ที่พบว่าสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลหลังได้รับการอบรมมีการพัฒนาในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถประเมินปัญหา เฝ้าระวังและจัดการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ตามมาตรฐาน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์พร กฤษเจริญ และคณะ (2560) ที่พบว่าหลังได้รับการโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล พยาบาลมีสมรรถนะการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพยาบาลมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นสามารถนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ในการจัดการด้านนมแม่ ส่งผลให้มารดามีความรู้เพิ่มขึ้น และพึงพอใจเพิ่มขึ้น จากการได้รับการช่วยเหลือส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิการ์ ปานบางพระ และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม (2556) ที่พบว่าพยาบาลที่มีความรู้ มีทักษะ และมีความชำนาญจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงการเกิดทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในงานวิจัยครั้งนี้ ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นจึงสามารถนำ BPM-PH ไปใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปัตตานี เพื่อเป็นการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาล และส่งเสริมความรู้และทักษะของมารดา ให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่นั้นๆ ในการนำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม

สรุปผลการวิจัย

สถานการณ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด รพ. ปัตตานี พบว่า ขาดการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินและจำแนกทารกที่ชัดเจน ทำให้ขาดทิศทางการวางแผนจัดการด้านนมแม่แก่ทารก จึงทำให้มีการพัฒนา BPM-PH เน้นสมรรถนะของพยาบาลด้านองค์ความรู้ที่สำคัญและทักษะในการสื่อสารที่จำเป็นต่อมารดา ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ผลการใช้ BPM-PH พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอดมีสมรรถนะในการจัดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น มารดาหลังคลอดมีความรู้และการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และพึงพอใจต่อการให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำไปใช้

1. ควรพิจารณาบริบทและปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกันก่อนนำรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานที่คุณแลมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลและสถานบริการอื่นในจังหวัดปัตตานี ตลอดจนการจัดสรรสิ่งสนับสนุนสำหรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป
2. ขยายความร่วมมือหรือแนวทางไปยังหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ให้มีมาตรฐานการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแนวทางเดียวกัน เช่น สูติกรรม 1 ตึกพิเศษ NICU และในเครือข่าย รพ. ปัตตานี
3. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการของพยาบาล ควรบรรจุเนื้อหาการประยุกต์องค์ความรู้เชิงวิชาการมาเป็นการสื่อสารที่เข้าใจง่ายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ด้านการทำวิจัย

1. ทำการศึกษาติดตามผลการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะ 6 เดือน เพื่อศึกษาความยั่งยืนของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยอาจจะมีการจัดแบ่งกลุ่มมารดาตามความต้องการการดูแลเพิ่มเติม รวมทั้งการใช้ สื่อดิจิทัล เช่น Google form ในการติดตามผลกับมารดาหลังคลอด
2. ศึกษาและพัฒนาสื่อดิจิทัล ที่สอดคล้องกับการความเจริญก้าวหน้าทางสังคมปัจจุบัน เช่น แอปพลิเคชันในการช่วยสอน และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ รพ. ปัตตานี ที่ให้การสนับสนุนและอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ตรวจเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงขอบคุณทีมวิจัยที่ดำเนินการวิจัยสำเร็จ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูติกรรม ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดทุกราย ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีโดยตลอดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ กันธะรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2557). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลสาร*, 41(ฉบับพิเศษ), 158-168.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=4164a7c49fcb2b8c3ccca67dcd28bd0
- ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. (2558). *สถิติพื้นฐาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาสถิติ โครงการผลิตตำราคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิพย์สิริ กาญจนวาสี, และ ศิริชัย กาญจนวาสี. (2564). *วิธีวิทยาการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พิมพ์ทันใจนิสาชล เศรษฐไกรกุล, และชมพูนุท โตโพธิ์ไทย. (2562). สถานการณ์การให้บริการของพยาบาลนมแม่ในสถานพยาบาลของประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(4), 368-382.
- บุรณี เสวตสุทธิพันธ์. (2559). ข้อควรปฏิบัติเมื่อมารดาและทารกต้องแยกจากกัน. ใน ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤช เข็มจิรกุล, ศิรินุช ชมโท, และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ. (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 135-138). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ปริศนา พานิชกุล. (2559). การให้คำปรึกษาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤช เข็มจิรกุล, ศิรินุช ชมโท, และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ. (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 304-310). กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- พรณิศา แสนบุญส่ง, และวรรณดา มลิวรรณ. (2559). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีคุณภาพ: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 8(2), 225-237.
- พรศิริ พันธสี. (2561). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พุทธชาติ เจริญศิริวิไล. (2564). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดด้วยเทคนิคการโค้ช. *วารสารแพทยธานี*, 48(3), 729-741.
- พูนศรี ทองสุรเดช, พัฒนา ฤกษ์ดำเนินกิจ, และประภัสสร โตธีรกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในแม่ทำงานนอกร้าน ในคลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 8(2), 202-215.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2552). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2562). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด: บทบาทพยาบาลและครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12, 1-13.

- มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และสาตี แซ่เบ๊. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความรู้สึก มีคุณค่าและเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 10-23.
- ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลปัตตานี. (2563). *อัตราการให้นมแม่อย่างเดียวยุติในระยะเวลา 6 เดือนแรก*. ปัตตานี: ระบบสารสนเทศสถิติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลปัตตานี.
- วรชูกานต์ อัสวพรวิพุธ. (2559). มาตรฐานการพยาบาล: กระบวนการพยาบาล และจริยธรรมวิชาชีพ. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 2(3), 393-400.
- วรรณมา สิงห์เมือง. (2564). *ความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอดครั้งแรกในโรงเรียนพ่อแม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี*. สืบค้นจาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20210920224441_1305/20210920224459_1679.pdf
- วัฒนา สุนทรชัย, และวนิดา คูชัยสิทธิ์. (2558). ความเชื่อมั่นของแบบวัดที่มีเป้าหมายของการวัดแตกต่างกัน กรณีศึกษา: แบบประเมินผลการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. *วารสาร BU Academic Review*, 14(1), 13-25.
- วาโร เฟิงส์สวัสดิ์. (2551). *วิธีวิทยาการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- วิชนีย์ พลคชา. (2565). การพัฒนารูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 13(2), 125-138.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
- สิริอร ข้อยุ่น, วัจนา สุนทรวัฒน์, เบญจมาศ กิจจวรรดี, จุฑารัตน์ สมอ่อน, และภาสินี โทอินทร์. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. *เชิงวิจัยวารสาร*. 12(2), 88-102.
- สุดากรณ์ พยัคฆเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และชญาดา สามารถ. (2559). ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะแรกหลังคลอด: ประสบการณ์ของมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(3), 30-40.
- สุพรรณิการ์ ปานบางพระ, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2556). ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 31, 70-79.
- สุรีย์พร กฤษเจริญ, โสเพ็ญ ชูนวนล, ศศิกานต์ กาละ, วรางคณา ชัชเวช, และกัญจณี พลอินทร์. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลต่อการส่งเสริม สนับสนุน และคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 67-76.
- อัญญา ปลอดเปลื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์, และสัจญญา แก้วประพาพ. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการสนับสนุนของครอบครัว. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(2), 41 - 52.

- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). *Nursing diagnosis handbook: a guide to planning care* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Deoni, S. C., Dean III, D. C., Piryatinsky, I., O'Muircheartaigh, J., Waskiewicz, N., Lehman, K., Han, M., & Dirks, H. (2013). Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage*, 82, 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.090>
- Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC public health*, 13(Suppl 3), s20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-s3-s20>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage: California.
- McClelland, D. C. (1975). *A competency model for human resource management specialist to be used in the delivery of the human resource management cycle*. Boston: Mcber
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). *Breast feeding practices worldwide*. Retrieved from <https://data.unicef.org/resources/world-breastfeeding-week-2020/>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Breastfeeding–exclusive breastfeeding*. Retrieved from http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบอาชีพที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ

วิริทธิ์พล เกษมสุข, พ.บ.¹

อนามัย เทศกะทีก, Ph.D.^{2*}

ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, Ph.D.²

(วันที่ส่งบทความ: 5 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 6 มกราคม 2566; วันที่ตอบรับ: 14 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

ผู้ประกอบอาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม ย่อมมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจนเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน หรือการประสบอันตรายจนต้องหยุดงานได้ การศึกษาแบบตัดขวางโดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบอาชีพที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกรณีการบาดเจ็บจากการทำงานจำนวน 1,098 ราย ที่รักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ข้อมูลส่วนตัวและอาชีพได้มาจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบความชุกของจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 25.4 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน คือ เพศชาย ($aOR = 1.78, 95\%CI[1.27-2.62]$) อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ($aOR = 1.30, 95\%CI[1.01-1.61]$) สัญชาติต่างชาติ ($aOR = 1.53, 95\%CI[1.15-1.93]$) ช่วงเวลาการทำงานกะบ่าย (16.01-24.00 น.; $aOR = 1.32, 95\%CI[1.00-1.75]$) และประเภทอุตสาหกรรมเกษตรและปศุสัตว์ ($aOR = 1.88, 95\%CI[1.03-3.75]$) ดังนั้นควรนำปัจจัยที่พบมาใช้ประเมินความเสี่ยงและกำหนดมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในสถานประกอบกิจการ

คำสำคัญ: ความชุก, จำนวนวันหยุดงาน, อุบัติเหตุจากการทำงาน, ผู้ประกอบอาชีพ

¹ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้ประพันธ์บทความ: อนามัย เทศกะทีก อีเมล: anamai@buu.ac.th

Prevalence of, and Factors Related, related to Taking Sick Leave due to Work-Related Injuries Among the Workers those Seeking Care at a Government Hospital in Samut Prakan Province

Viritphon Kasemsuk, M.D.¹

Anamai Thetkathuek, Ph.D.^{2*}

Tanongsak Yingratanasuk, Ph.D.²

(Received: December 5th, 2022; Revised: January 6th, 2023; Accepted: January 14th, 2023)

Abstract

Workers working in industrial factories are at risk of accidents resulting in work-related injuries that require them to take a leave of absence. This retrospective cross-sectional study aimed to assess the prevalence of, and factors related to, taking sick leave due to work-related injury among workers seeking care at a government hospital in Samut Prakan province, Thailand. The participants were purposively selected from 1,098 work-related injury cases treated in the emergency room of a government hospital in Samut Prakan province. Personal and occupational information was obtained from the hospital's electronic medical records (EMR) then the information was harvested by a data recorder that have content validity index of 1.0 from three experts. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regressions. Results showed that the prevalence work-related injuries that required three or more days of sick leave was 25.4%. The factors related to having to take sick leave due to a work-related injury were: male gender ($aOR = 1.78, 95\%CI[1.27-2.62]$), age less than or equal to 30 years old ($aOR = 1.30, 95\%CI[1.01-1.61]$), being a foreign worker ($aOR = 1.53, 95\%CI[1.15-1.93]$), working during the afternoon shift time (4:01 p.m.–12:00 a.m.; $aOR = 1.32, 95\%CI[1.00-1.75]$), and working in the agriculture and livestock industries ($aOR = 1.88, 95\%CI[1.03-3.75]$). Therefore, these factors should be taken into consideration when performing occupational safety risk assessments and should be used to help develop more effective workplace safety measures in the future.

Keywords: prevalence, number of days off, work-related injury, worker

¹ A Master of Science Candidate in Occupational Health and Safety Program, Faculty of Public Health, Burapha University

² Instructor, Faculty of Public Health, Burapha University

* Corresponding author: Anamai Thetkathuek, email: anamai@buu.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันการพัฒนาการดำเนินงานภาคอุตสาหกรรมมีความสำคัญอย่างมากต่อการส่งเสริมเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยมีมูลค่าเกือบหนึ่งในสามของผลิตภัณฑ์มวลรวม (Gross domestic product [GDP]) ของทั้งประเทศ อีกทั้งมีสัดส่วนของมูลค่าการส่งออกมากที่สุด (ชุตติกา เกียรติเรืองไกร และคณะ, 2563) การพัฒนาภาคอุตสาหกรรมดังกล่าวมีผลการจ้างงานผู้ประกอบการอาชีพ ทำให้เกิดรายได้หมุนเวียนในประเทศอย่างมาก แนวโน้มจากสถิติการจ้างงานในภาคอุตสาหกรรมยังเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้แนวโน้มในการจ้างงานสูงขึ้น โดยมีผู้ประกอบการอาชีพเข้ามาปฏิบัติงานในเขตอุตสาหกรรมในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการจำนวนมากถึง 532,600 คน ซึ่งพิจารณาจากสถิติแล้วจังหวัดสมุทรปราการมีการจ้างงานจำนวนมากที่สุดแห่งหนึ่งในประเทศไทย (สำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ, 2565) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการจ้างแรงงานในจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนสูงมาก เนื่องจากเป็นที่ต้องการในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทต่างๆ รวมถึง การรับเหมาก่อสร้าง อุตสาหกรรมบริการและโลจิสติกส์ อุตสาหกรรมเกษตรและปศุสัตว์ และอุตสาหกรรมการผลิต ได้แก่ ยานยนต์และอิเล็กทรอนิกส์ ผลิตภัณฑ์โลหะ สิ่งทอ เคมีภัณฑ์ พลาสติก และอื่น ๆ

ผู้ประกอบการอาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม ย่อมมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุและเกิดการบาดเจ็บจนต้องหยุดงานได้ในประเทศไทยพบอัตราการบาดเจ็บจากการทำงานโดยรวมทั้งหมดอยู่ที่ 2.8 คนต่อ 1,000 คน โดยพบผู้บาดเจ็บมากที่สุดในกลุ่มอายุ 15-59 ปีและกลุ่มอาชีพเกษตรกร (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2561) ส่วนสถิติอัตราการประสบนันตรายของลูกจ้างเฉลี่ยในประเทศไทยหากนับทุกกรณีความรุนแรงจะพบที่ 8.19 คนต่อพนักงาน 1,000 คน ในจังหวัดสมุทรปราการพบว่าสถิติอัตราการประสบนันตรายของลูกจ้างนับทุกกรณีความรุนแรงพบที่ 16 คนต่อพนักงาน 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยและเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ (สำนักงานประกันสังคม, 2561) ในการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานย่อมก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผลกระทบทางตรงนั้นมีผลต่อทั้งพนักงาน ครอบครัว สถานประกอบกิจการ และประเทศชาติ โดยทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกรณีที่มีการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรงไปจนถึงการเสียชีวิต ในกรณีที่เกิดทุพพลภาพก็ต้องเสียค่าทดแทนรายได้ รวมถึงค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการกลับมาทำงาน เป็นต้น (Nai'em et al., 2020) ส่วนผลกระทบทางอ้อมที่ส่งผลกระทบต่อพนักงาน คือ ทำให้เกิดการขาดงาน ลางาน ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้คุณภาพผลผลิตด้อยลงกว่าเดิม หรืออาจจะต้องสูญเสียเวลาในการผลิตสินค้ามากขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อแรงงานที่สำคัญของประเทศอีกด้วย (Thetkathuek et al., 2018)

การจำแนกการประสบนันตราย ประกอบด้วย การหยุดงานไม่เกิน 3 วัน หยุดงานเกิน 3 วัน สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต ตามลำดับ จำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป มีความสำคัญตามกฎหมาย มาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง โดย กระทรวงแรงงาน (2563) ได้กำหนดไว้ว่าหากลูกจ้างมีการหยุดงานตั้งแต่ 3 วันทำงานติดต่อกันขึ้นไปเนื่องจากประสบนันตรายหรือเจ็บป่วยไม่ว่ากรณีใด ๆ ต้องมีการประเมินความพร้อมหรือ

ความเห็นของแพทย์ก่อนให้กลับเข้าทำงานเสมอ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนวันในการหยุดงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน จึงเป็นความสำคัญของการศึกษา

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้รับการพัฒนามาเป็นเวลานาน เริ่มมาจากทฤษฎีโดมิโน (Domino theory) และทฤษฎีสาเหตุการสูญเสีย (Loss causation model) ต่อมาได้มีการพัฒนาเรื่องทฤษฎีปัจจัยมนุษย์ (The human factor theory) มีหลักที่มาจากความผิดพลาดของมนุษย์ (Human error) ตามมาด้วยทฤษฎีอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ (Accident/Incident theory) ที่พัฒนาต่อยอดมาจากทฤษฎีปัจจัยมนุษย์ (Senathirajah & Pelayo, 2020) การพัฒนาด้านความปลอดภัยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนทำให้ทราบว่าอุบัติเหตุสามารถเกิดขึ้นจากสาเหตุที่มีหลายปัจจัยส่งเสริม จึงได้มีการนำเสนอ ทฤษฎีของสาเหตุหลายปัจจัย (Multiple causation theory) และทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุแบบสวิสชีส (Swiss cheese model; Wiegmann et al., 2022) ที่นำมาใช้จนถึงปัจจุบัน ซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต่อความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และส่งผลให้ต้องหยุดงาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเพศ อายุ และสัญชาติ (สร้อยสุดา เกสรทอง และคณะ, 2560; Shimizu et al., 2021) ส่วนปัจจัยจากการทำงาน ประกอบด้วย ประเภทของอุตสาหกรรม และช่วงเวลาการทำงาน (Fischer et al., 2017) เป็นต้น ดังนั้นการทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน มีความสำคัญต่อการนำมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงและกำหนดมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานที่ส่งผลต่อจำนวนวันหยุดงานจากการบาดเจ็บจากการทำงานได้ (Nowrouzi-Kia et al., 2018) ซึ่งจำนวนวันหยุดงานได้นำไปอ้างอิงเป็นเกณฑ์ในการจำแนกความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของประเทศสหรัฐอเมริกา (Occupational Safety and Health Administration, 2001) เช่นกัน

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่ผ่านมา Alamneh et al. (2020) ได้ศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาเหมือนกับประเทศไทย พบว่า ประเภทของอุตสาหกรรมที่มีการเกิดอุบัติเหตุบ่อยมากที่สุดคือ อุตสาหกรรมก่อสร้าง และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ เพศชาย การทำงานต่อเนื่องกันมากกว่า 8 ชั่วโมง การขาดการอบรมด้านความปลอดภัยและการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้กับพนักงาน และ Korkmaz and Park (2018) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานต่างชาติเปรียบเทียบกับพนักงานชาวเกาหลีใต้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมก่อสร้าง พบว่าชาวต่างชาติที่มาทำงานนั้นมีความรู้ความเข้าใจในความปลอดภัยในการทำงานที่ต่ำกว่า และมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานสูงกว่า ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาของวทชย เพชรเลียบ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการร้านซ่อมรถยนต์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยการได้รับการแนะนำและฝึกอบรมด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานที่ทำให้เห็นขนาดปัญหา

และปัจจัยในแต่ละกลุ่มอุตสาหกรรมที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินความเสี่ยง และกำหนดมาตรการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ทำให้ผู้ประกอบการอาชีพมีความปลอดภัยในการทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ และปัจจัยจากการทำงาน ได้แก่ ประเภทอุตสาหกรรม ช่วงเวลาการทำงาน มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรต้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สัญชาติ ประเภทอุตสาหกรรม และช่วงเวลาการทำงาน และตัวแปรตามเป็นจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ที่บาดเจ็บจากการทำงานที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

นियามเชิงปฏิบัติการ

ช่วงเวลาการทำงาน หมายถึง ช่วงเวลาการทำงานของผู้จ้างโดยสามารถแบ่งได้เป็น ช่วงกะเช้าเวลา 08.00-16.00 น. ช่วงกะบ่าย เวลา 16.01-24.00 น. และช่วงกะดึก เวลา 00.01-07.59 น. ตามที่ได้ระบุไว้ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

ประเภทของอุตสาหกรรม หมายถึง ประเภทของอุตสาหกรรมในจังหวัดสมุทรปราการที่สำคัญ ได้แก่ อุตสาหกรรมรับเหมาก่อสร้าง อุตสาหกรรมบริการและโลจิสติกส์ อุตสาหกรรมเกษตรและปศุสัตว์ และอุตสาหกรรมการผลิต ได้แก่ ยานยนต์และอิเล็กทรอนิกส์ ผลิตภัณฑ์โลหะ สิ่งทอ เคมีภัณฑ์ พลาสติก ตามลำดับ

จำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน หมายถึง จำนวนวันหยุดของผู้ประกอบอาชีพตามที่ได้มีการบันทึกไว้ในใบรับรองแพทย์ สามารถสืบค้นได้จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โดยจำแนกได้ 2 ประเภทคือ 1) การบาดเจ็บที่มีจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป และ 2) การบาดเจ็บที่หยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานน้อยกว่า 3 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบอาชีพที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากไม่สามารถสืบค้นจำนวนของผู้ประกอบอาชีพทั้งหมดที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ ดังนั้น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การสุ่มแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ประกอบด้วย เป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการที่มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากการทำงานอย่างถูกต้องสมบูรณ์ และต้องมีการลงรหัสบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทศวรรษครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification [ICD-10-CM]) ระบุว่าสาเหตุภายนอก (External cause) เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน เป็น S00-S99 (การบาดเจ็บทั้งหมดจากสาเหตุภายนอก) และ T00-T29 (การบาดเจ็บที่หลายบริเวณของร่างกาย หรือที่ไม่สามารถระบุรายละเอียด) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ประกอบอาชีพที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Hsieh et al. (1998) โดยอ้างอิงอัตราการประสบอันตรายจากการศึกษาของ Thepaksorn and Pongpanich (2014) พบว่า มีอัตราการประสบอันตรายที่ต้องพักรักษาตัวนานกว่า 3 วันเท่ากับ 16.9 คน ต่อพนักงาน 1,000 คน จึงกำหนดค่า $P = 0.0169$ และคำนวณตามสมการนี้

$$n = \frac{4P(1-P)(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$P_1 - P_2$ คือ ค่าความแตกต่างของความชุกของการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มอ้างอิงกับกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งจากการศึกษาของ Villanueva and Garcia (2011) พบว่า ในกลุ่มอ้างอิงมีความชุกเท่ากับร้อยละ 4 ดังนั้นค่า $P_1 = 0.04$ และในการศึกษานี้กำหนดค่า Odds ratio (OR) เท่ากับ 2 เท่า ซึ่งเป็นค่าความเสี่ยงที่น้อยที่สุดที่คาดว่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จะใช้คำนวณค่า P_2 และใช้กำหนดค่า $P_1 - P_2$ ดังนี้

$$P_2 = \frac{(OR)P_1}{(1 - P_1) + (OR)P_1}$$

จะได้ค่า $P_2 = 0.08$ และค่า $P_1 - P_2 = -0.04$ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับร้อยละ 5 ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$) และกำหนดกำลังของการทดสอบสมมติฐานเท่ากับร้อยละ 90 ($Z_{1-\beta} = 1.28$) เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ $n = 436$ คน จากนั้นทำการปรับขนาดตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรร่วมหลายตัว ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - R^2)}$$

เมื่อ n_p คือ ขนาดตัวอย่างเมื่อทำการปรับแล้ว และ n_1 คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับ Simple logistic regression โดยกำหนดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Multiple logistic regression ซึ่งในการศึกษานี้ได้มีการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มตามเกณฑ์การคำนวณตามร้อยละเพื่อป้องกันการได้ข้อมูลกลับไม่ครบที่คำนวณไว้ที่ร้อยละ 60 ($R^2 = 0.60$) เมื่อคำนวณแล้วจะได้จำนวนตัวอย่างที่ปรับค่าแล้ว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1,098 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS028/ 2564 (E1) ลงวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลกับโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ โดยการวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ มีการลงนามยินยอมเมื่อได้รับการบอกกล่าว การนำเสนอข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อหน่วยงาน ชื่อ และนามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยจะคืนเอกสารทั้งหมดให้กับโรงพยาบาล ภายหลังจากรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยทำการสืบค้นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศ มีตัวเลือกตอบเป็นเพศชายและหญิง 2) อายุ บันทึกเป็นจำนวนปีเต็ม และ 3) สัญชาติ มีตัวเลือกตอบเป็นสัญชาติไทยและต่างชาติ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัจจัยจากการทำงาน ได้แก่ 1) ช่วงเวลาการทำงาน มีตัวเลือกตอบ 3 ช่วงเวลา และ 2) ประเภทของอุตสาหกรรม มีตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือกตามประเภทอุตสาหกรรม และส่วนที่ 3) แบบบันทึกจำนวนวันหยุดงานจากการบาดเจ็บจากการทำงาน มีตัวเลือกตอบคือ หยุดงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปและหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 3 ท่าน พบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้บาดเจ็บจากการทำงานที่มารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเพื่อสกัดเอาข้อมูลที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากการทำงานของการเกิดอุบัติเหตุ นั้นออกมาอยู่ในรูปแบบของตัวแปรที่ศึกษา จนได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบสมบูรณ์ตามจำนวนที่กำหนด แล้วจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 20 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวน วันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multivariate logistic regression analysis) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึงกลุ่มที่มีจำนวนวันหยุดงานเกิน 3 วันและคะแนน เท่ากับ 0 หมายถึง จำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานไม่เกิน 3 วัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,098 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.5) อยู่ในกลุ่มอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 35.2) อายุเฉลี่ย 35.4 ปี ($SD = 11.8$) มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 57.1) ช่วงเวลาการทำงานที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ช่วงกะเช้า (ร้อยละ 69.2) ประเภทอุตสาหกรรมที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากที่สุด คือ อุตสาหกรรมรับเหมาก่อสร้าง (ร้อยละ 48.2)

ผู้ประกอบการอาชีพที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและมารับบริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการได้หยุดงานน้อยกว่า 3 วัน จำนวน 819 คน (ร้อยละ 74.6) และหยุดงานตั้งแต่ 3 วัน จำนวน 279 คน (ร้อยละ 25.4) รายละเอียดความชุกของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยจากการทำงานจำแนกตามวันหยุดงาน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของของผู้ประกอบการอาชีพที่มารับบริการในโรงพยาบาลจำแนกตามวันหยุดงาน

ตัวแปรต้น	จำนวน (ร้อยละ)	หยุดงานน้อยกว่า 3 วัน		หยุดงานตั้งแต่ 3 วัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ					
ชาย	927 (84.4)	702	63.9	225	20.5
หญิง	171 (15.6)	117	10.7	54	4.9

ตัวแปรต้น	จำนวน (ร้อยละ)	หยุดงานน้อยกว่า 3 วัน		หยุดงานตั้งแต่ 3 วัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	67 (6.1)	48	4.4	19	1.7
21-30 ปี	386 (35.1)	291	26.5	95	8.6
31-40 ปี	302 (27.5)	228	20.8	74	6.7
41-50 ปี	197 (18.0)	145	13.3	52	4.7
มากกว่า 50 ปี	146 (13.3)	107	9.7	39	3.6
	(<i>M</i> = 35.4, <i>SD</i> = 11.8)	(<i>M</i> = 35.3, <i>SD</i> = 11.8)		(<i>M</i> = 35.7, <i>SD</i> = 11.8)	
สัญชาติ					
ไทย	678 (61.7)	522	47.5	156	14.2
ต่างชาติ	420 (38.3)	297	27.1	123	11.2
ปัจจัยจากการทำงาน					
ช่วงเวลาการทำงาน					
กะเช้า 08.00-16.00 น.	759 (69.1)	570	51.9	189	17.2
กะบ่าย 16.01-24.00 น.	285 (26.0)	202	18.4	83	7.6
กะดึก 00.01-07.59 น.	54 (4.9)	47	4.3	7	0.6
ประเภทอุตสาหกรรม					
อุตสาหกรรมรับเหมาก่อสร้าง	529 (48.2)	384	35.0	145	13.2
อุตสาหกรรมการผลิต					
- โลหะและผลิตภัณฑ์จากโลหะ	287 (26.1)	242	22.0	45	4.1
- ยานยนต์และอิเล็กทรอนิกส์	64 (5.8)	42	3.8	22	2.0
- พลาสติกและผลิตภัณฑ์จากพลาสติก	34 (3.1)	23	2.1	11	1.0
- เสื้อผ้าและสิ่งทอ	20 (1.8)	17	1.5	3	0.3
อุตสาหกรรมบริการและโลจิสติกส์					
- งานด้านการบริการ	79 (7.2)	57	5.2	22	2.0
- งานด้านโลจิสติกส์	44 (4.0)	31	2.8	13	1.2
อุตสาหกรรมเกษตรและปศุสัตว์	41 (3.8)	23	2.1	18	1.7

หมายเหตุ. *n* = 1,098

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทีละตัวแปร (Univariate analysis) ด้วย Crude odds ratio (OR) และ 95% Confidence interval (CI) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานตั้งแต่ 3 วัน จากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 279 คน ได้แก่ เพศชาย (*OR* = 2.07, 95% CI [1.49 – 3.02]) ช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (*OR* = 1.29, 95% CI [1.01-1.61]) สัญชาติต่างชาติ (*OR* = 1.56, 95% CI

[1.22-1.99]) ช่วงเวลาการทำงานกะบ่าย ($OR = 2.72$, 95% CI [1.18-6.28]) และปัจจัยประเภทอุตสาหกรรม พบว่าอุตสาหกรรมการเกษตรและปศุสัตว์ ($OR = 2.02$, 95% CI [1.02-4.10])

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทีละหลายตัวแปร (Multivariate analysis) มีปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ที่ต้องหยุดงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ ช่วงเวลาการทำงาน และประเภทของอุตสาหกรรม โดยผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง (Adjust odds ratio [aOR]) ของจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ประกอบด้วย เพศชาย มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันหยุดงานมากกว่าเพศหญิง 1.78 เท่า ($aOR = 1.78$, 95% CI [1.27-2.62]) ช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันหยุดงานมากกว่าช่วงอายุมากกว่า 30 ปี เป็น 1.30 เท่า ($aOR = 1.30$, 95% CI [1.01-1.61]) ผู้ประกอบการอาชีพสัญชาติต่างชาตินี้มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันหยุดงานมากกว่าผู้มีสัญชาติไทย 1.53 ($aOR = 1.53$, 95% CI [1.15-1.93]) ช่วงเวลาการทำงานในกะบ่ายมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันหยุดงานมากกว่ากะดึก 1.32 เท่า ($aOR = 1.32$, 95% CI [1.00-1.75]) และปัจจัยประเภทอุตสาหกรรมพบว่า อุตสาหกรรมการเกษตรและปศุสัตว์ มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันหยุดงานมากกว่าอุตสาหกรรมการผลิตเท่ากับ 1.88 เท่า ($aOR = 1.88$, 95% CI [1.03-3.75]) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานตั้งแต่ 3 วันจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

ตัวแปรต้น	จำนวน	ร้อยละ	Crude odd ratio (95%CI)	Adjust odd ratio (95%CI)	Coefficient (β)	p-value
เพศ						
ชาย	225	80.65	2.07 (1.45-3.02)	1.78 (1.27-2.62)	0.60	< .001*
หญิง	54	19.35	1	1	-	
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	114	40.86	1.29 (1.01-1.61)	1.30 (1.01-1.61)	0.23	.06
มากกว่า 30 ปี	165	59.14	1	1	-	
สัญชาติ						
ไทย	156	55.91	1	1	-	
ต่างชาติ	123	44.09	1.56 (1.22-1.99)	1.53 (1.15-1.93)	0.39	< .001*
ช่วงเวลาการทำงาน						
กะเช้า 08.00-16.00 น.	189	67.74	2.18 (0.98-5.00)	0.81 (0.62-1.05)	-0.21	.05
กะบ่าย 16.01-24.00 น.	83	29.75	2.72 (1.18-6.28)	1.32 (1.00-1.75)	0.28	.02
กะดึก 00.01-07.59 น.	7	2.51	1	1		

ตัวแปรต้น	จำนวน	ร้อยละ	Crude odd ratio (95%CI)	Adjust odd ratio (95%CI)	Coefficient (β)	p-value
ประเภทอุตสาหกรรม						
กลุ่มอุตสาหกรรมก่อสร้าง	145	51.97	0.86 (0.67-1.12)	0.83 (0.63-1.03)	-0.22	.26
กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิต	81	29.03	1	1	-	
กลุ่มอุตสาหกรรมบริการ และโลจิสติกส์	35	12.54	1.44 (0.95-2.19)	1.47 (1.01-2.20)	0.39	.08
กลุ่มอุตสาหกรรมเกษตร และปศุสัตว์	18	6.45	2.02 (1.02-4.10)	1.88 (1.03-3.75)	0.63	.05

หมายเหตุ. $n = 279$, * p -value < .001, Adjusted model: Cox & Snell $R^2 = 0.033$, Nagelkerke $R^2 = 0.044$

อภิปรายผล

ความชุกของจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความชุกของจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบอาชีพที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการจนต้องหยุดงานตั้งแต่ 3 วัน ร้อยละ 25.4 ถือว่าเป็นระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมของสถิติการเกิดอุบัติเหตุของประเทศไทย เท่ากับ 2.57 คนต่อ 1,000 คน และจังหวัดสมุทรปราการเท่ากับ 16.06 คนต่อ 1,000 คน (กระทรวงแรงงาน, 2563) สามารถอธิบายได้ว่าจังหวัดสมุทรปราการนั้นมีอัตราการจ้างงานที่สูงและมีความหนาแน่นของผู้ประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก ร่วมกับประเภทของอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงสูง จึงส่งผลให้พบการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานที่ต้องหยุดงานสูงไปด้วย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Wirth et al. (2019) ที่ทำการศึกษาในประเทศเยอรมัน กลุ่มอาชีพสังคมนาฬิกา พบว่ามีสถิติการหยุดงานที่น้อยกว่าการศึกษานี้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากประเภทและลักษณะของอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงน้อยจึงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุในการทำงานที่น้อยและส่งผลให้เกิดการหยุดงานจากอุบัติเหตุที่น้อยกว่า ดังนั้น ควรพิจารณาปัจจัยเสี่ยงประเภทของอุตสาหกรรม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานและลดจำนวนวันในการหยุดงานด้วย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

ผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ผู้วิจัยขออภิปรายตามตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ สัญชาติ เวลาในการทำงาน และประเภทของอุตสาหกรรม ดังนี้

ปัจจัยด้านเพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันหยุดงานมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Biswas et al. (2022) พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงานมากกว่าเพศหญิง แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างงานซ้ำซากกับการลาป่วยในเพศหญิงมีสูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บจากบางอาชีพในภาคอุตสาหกรรม แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wirth et al. (2019) ที่พบว่ากลุ่มอาชีพนักสังคมนาฬิกาในประเทศ

เยอรมันที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Einarsdóttir and Rafnsdóttir (2021) ที่พบว่า การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศเป็นต้นสรุปได้ว่าการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศชาย มักได้รับการจ้างงานในสถานประกอบกิจการหลายลักษณะมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจากมีร่างกายแข็งแรง อดทน จึงเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงานมากกว่าเพศหญิง ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้เพศชายเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและหยุดงานมากกว่าเพศหญิงได้ จึงควรเฝ้าระวังและหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพเพศชายอย่างเคร่งครัด

ปัจจัยด้านอายุ ผลการศึกษา พบว่าช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันหยุดงานมากกว่าช่วงอายุมากกว่า 30 ปี นั้นไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ de Guerre et al. (2020) ระบุว่า ผู้ป่วยที่มีอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในโรงพยาบาล ในความเป็นจริงผู้ประกอบการอาชีพที่มีอายุน้อยกว่า อาจจะมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากกว่ากลุ่มอายุมากกว่านี้ เนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงานและทักษะในการทำงานน้อยกว่า ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและเสริมทักษะ ความชำนาญในการทำงานในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพในกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปีให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและลดจำนวนในการหยุดงานลงได้

ปัจจัยด้านสัญชาติ ผลงานวิจัย พบว่าผู้ประกอบการอาชีพต่างชาติมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนวันหยุดงานมากกว่าคนไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยสุดา เกสรทอง และคณะ (2560) ที่ทำการศึกษาในผู้ประกอบการอาชีพต่างชาติที่ทำงานในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าผู้ประกอบการอาชีพต่างชาติมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ อุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสาร การรับรู้ความเสี่ยงของงาน รวมไปถึงระดับการศึกษาและภูมิหลังส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น ดังนั้นควรให้ความสนใจในการสร้างสื่อความปลอดภัย เพื่อสื่อสารข้อมูลการปฏิบัติงานให้ความปลอดภัย เช่น การสอนวิธีการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องและปลอดภัยก่อนเริ่มปฏิบัติงานจริง การจัดทำป้ายเตือนต่าง ๆ เป็นภาษาต่างชาติของชาตินั้น ๆ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาหรืออุปสรรคด้านความปลอดภัยในการทำงานของผู้ประกอบการอาชีพต่างชาติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจัดทำเป็นมาตรการด้านความปลอดภัยตามกฎหมายกำหนด เป็นต้น

ปัจจัยด้านเวลาในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยช่วงเวลาการทำงานในกะบ่ายมีความเสี่ยงต่อการหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานตั้งแต่ 3 วัน มากกว่าช่วงเวลาอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shimizu et al. (2021) พบว่า การปฏิบัติงานกะกลางคืน หรือ ปฏิบัติงานมากกว่าหนึ่งงาน หรือการทำงานหลายชั่วโมงเกินไป เป็นปัจจัยทำให้ผู้ประกอบการอาชีพเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในกลุ่มให้บริการด้านสุขภาพสูงสุด อย่างไรก็ตามลักษณะงานทั้งสองการศึกษานี้มีบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานในช่วงเวลากะกลางคืน ซึ่งเป็นเวลาที่คนส่วนใหญ่พักผ่อน อาจทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนล้า ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจนต้องหยุดงานมากขึ้นตามมาได้ ดังนั้นควรกำหนดเวลาพัก หรือ จัดกิจกรรมเพื่อลดความเมื่อยล้าในผู้ปฏิบัติงานในกะบ่ายหรือดึก

ปัจจัยด้านประเภทของอุตสาหกรรม ผลการศึกษาพบว่า ประเภทอุตสาหกรรมเกษตรและปศุสัตว์มีความเสี่ยงต่อการหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานตั้งแต่ 3 วันมากกว่ากลุ่มอุตสาหกรรมการผลิต ซึ่งเป็นกลุ่มอุตสาหกรรมหลักของสมุทรปราการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chercos and Berhanu (2017) ที่ศึกษาในงานอุตสาหกรรมเกษตรและปศุสัตว์ของประเทศเอธิโอเปีย พบว่าลักษณะการทำงาน เป็นงานที่ผู้ประกอบอาชีพต้องทำกับเครื่องจักรกลทางการเกษตรและของมีคมต่าง ๆ รวมไปถึงปศุสัตว์เป็นจำนวนมากต่อวัน ทำให้ผู้ประกอบอาชีพได้รับความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากขึ้น บริบทของการทำงานด้านปศุสัตว์ในประเทศเอธิโอเปียและประเทศไทยมีความแตกต่างกัน อาจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจนต้องหยุดงานแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตาม สถานประกอบการในกลุ่มนี้ ควรกำหนดมาตรการในการป้องกันอันตรายจากเครื่องจักร และของมีคม ให้แก่ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มนี้ให้ชัดเจนและปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสุขภาพต่อไป

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบอาชีพจนต้องหยุดงานตั้งแต่ 3 วันอย่างมีนัยสำคัญ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศชาย ช่วงอายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี และสัญชาติที่ไม่ใช่สัญชาติไทย และปัจจัยจากการทำงานได้แก่ ช่วงเวลาทำงานกะบาย และประเภทของอุตสาหกรรม คือ อุตสาหกรรมเกษตรและปศุสัตว์ ดังนั้นควรนำปัจจัยเหล่านี้มาร่วมพิจารณาใช้ในการประเมินความเสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานในสถานประกอบการ และดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพให้มีความปลอดภัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

บุคลากร หรือเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยในการทำงาน ควรนำปัจจัยเสี่ยงที่พบจากการศึกษานี้ไปใช้ประเมินความเสี่ยง โดยมุ่งเน้นที่เพศชาย อายุต่ำกว่า 30 ปี และสัญชาติที่ไม่ใช่สัญชาติไทย ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมเกษตรและปศุสัตว์ และควรจัดทำมาตรการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานในสถานประกอบการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานในอนาคตได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้จากโรงพยาบาลรัฐเพียงแห่งเดียวในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและประเภทอุตสาหกรรมทั้งหมด จึงอาจไม่สามารถอ้างอิงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหยุดงานทั้งหมดในจังหวัดสมุทรปราการและในกลุ่มอุตสาหกรรมอื่นที่นอกเหนือจากการศึกษานี้ได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาจากแหล่งข้อมูลของโรงพยาบาลอื่นในเขตพื้นที่และอุตสาหกรรมอื่นเพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรศึกษาการพัฒนา รูปแบบจำลอง Neural network เพื่อทำนายโอกาสหรือความเสี่ยงของจำนวนวันหยุดงานจากการเกิด อุบัติเหตุจากการทำงานในผู้ประกอบการอาชีพและพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน (Application) ในการทำนายจำนวน วันหยุดงาน เพื่อให้มีความสะดวกในการคาดการณ์จำนวนวันหยุดงานจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน มากขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน (2563). กฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2563. (2563, 5 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 30-33.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2561). *รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/01_envocc_situation_60.pdf
- ชุตติกาเกียรติเรืองไกร, พรชนก เทพงาม และวัชรินทร์ ชินวรวัฒนา. (2563). *10 ปีอุตสาหกรรมไทยเรามาไกลแค่ไหน*. สืบค้นจาก https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/ArticleAndResearch/FAQ/FAQ_165.pdf
- วทชยเพชรเสียบ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการร้านซ่อมรถยนต์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(2), 118-129.
- สร้อยสุดา เกสรทอง, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, และรัชนีวรรณ คุณูปกร. (2560). ปัญหาสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (แรงงานต่างด้าว) จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารควบคุมโรค*, 43(3), 256-269.
- สำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ. (2565). *แผนพัฒนาจังหวัดสมุทรปราการ 5 ปี ฉบับทบทวนปีงบประมาณ 2565*. สืบค้นจาก https://data.go.th/sv/dataset/samutprakan_strategic
- สำนักงานประกันสังคม. (2561). *สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2556-2560*. กลุ่มงานกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.
- Alamneh, Y. M., Wondifraw, A. Z., Negesse, A., Ketema, D. B., & Akalu, T. Y. (2020). The prevalence of occupational injury and its associated factors in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12995-020-00265-0>

- Biswas, A., Harbin, S., Irvin, E., Johnston, H., Begum, M., Tiong, M., Apedaile, D., Koehoorn, M., & Smith, P. (2022). Differences between men and women in their risk of work injury and disability: A systematic review. *American Journal of Industrial Medicine*, *65*(7), 576-588.
<https://doi.org/10.1002/ajim.23364>
- Chercos, D. H., & Berhanu, D. (2017). Work related injury among Saudi Star Agro Industry workers in Gambella region, Ethiopia; A cross-sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, *12*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12995-017-0153-x>
- de Guerre, L. E., Sadiqi, S., Leenen, L. P., Oner, C. F., & van Gaalen, S. M. (2020). Injuries related to bicycle accidents: an epidemiological study in The Netherlands. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, *46*(2), 413-418. <https://doi.org/10.1007/s00068-018-1033-5>
- Einarsdóttir, M., & Rafnsdóttir, G. L. (2021). The prevalence, seriousness, and causes of teenage work accidents: A gender difference?. *Work*, *69*(4), 1209-1216. <https://doi.org/10.3233/WOR-213542>
- Fischer, D., Lombardi, D. A., Folkard, S., Willetts, J., & Christiani, D. C. (2017). Updating the “Risk Index”: A systematic review and meta-analysis of occupational injuries and work schedule characteristics. *Chronobiology International*, *34*(10), 1423-1438.
<https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1367305>
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, *17*(14), 1623-1634. <https://doi.org/10.1007/s00068-018-1033-5>
- Korkmaz, S., & Park, D. J. (2018). Comparison of safety perception between foreign and local workers in the construction industry in Republic of Korea. *Safety and Health at Work*, *9*(1), 53-58.
<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.07.002>
- Nai'em, F., Darwis, A. M., & Amin, F. (2020). Analysis of work accident cost on occupational safety and health risk handling at construction project of Hasanuddin University the Faculty of Engineering. *Enfermeria Clinica*, *30*, 312-316. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.070>
- Nowrouzi-Kia, B., Gohar, B., Casole, J., Chidu, C., Dumond, J., McDougall, A., & Nowrouzi-Kia, B. (2018). A systematic review of lost-time injuries in the global mining industry. *Work*, *60*(1), 49-61. <https://doi.org/10.3233/WOR-182715>
- Occupational Safety and Health Administration. (2001). *General recording criteria (Standard No. 1904.7)*. Retrieved from <https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1904/1904.7>
- Senathirajah, Y., & Pelayo, S. (2020). Human factors and organizational issues. *Yearbook of Medical Informatics*, *29*(1), 99-103. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1702012>

- Shimizu, H. E., Bezerra, J. C., Arantes, L. J., Merchán-Hamann, E., & Ramalho, W. (2021). Analysis of work-related accidents and ill-health in Brazil since the introduction of the accident prevention factor. *BMC Public Health*, *21*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10706-y>
- Thepaksorn, P., & Pongpanich, S. (2014). Occupational injuries and illnesses and associated costs in Thailand. *Safety and Health at Work*, *5*(2), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2014.04.001>
- Thetkathuek A., Meepradit P., & Sa-Ngiamsak T. (2018). A cross-sectional study of musculoskeletal symptoms and risk factors in Cambodian fruit farm workers in Eastern Region, Thailand. *Safety and Health at Work*, *9*(2), 192-202. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.06.009>
- Villanueva, V., & Garcia, A. M. (2011). Individual and occupational factors related to fatal occupational injuries: A case-control study. *Accident Analysis & Prevention*, *43*(1), 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.08.001>
- Wiegmann, D. A., Wood, L. J., Cohen, T. N., & Shappell, S. A. (2022). Understanding the “Swiss cheese model” and its application to patient safety. *Journal of Patient Safety*, *18*(2), 119-123. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000810>
- Wirth, T., Wendeler, D., Dulon, M., & Nienhaus, A. (2019). Sick leave and work-related accidents of social workers in Germany: An analysis of routine data. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *92*(2), 175-184. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1370-z>

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง

สุมาลี ธรรมะ, พย.บ.¹; อัจฉราวรรณ ทิพย์รักษ์, พย.บ.¹; ศิริณาด ศรีวัฒนพงศ์, พย.ม.²;
จันทร์ทิรา เจียรณัย, Ph.D.³; ศรีัญญา จุฬารีย์, ปร.ด.^{4*}

(วันที่ส่งบทความ: 18 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 19 มกราคม 2566; วันที่ตอบรับ: 20 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดของผู้ที่มีการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพองและการดูแลที่มีคุณภาพจะช่วยป้องกันภาวะทุพพลภาพและรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (The clinical practice guideline for patients with intracerebral aneurysm undergoing aneurysm clipping surgery [CPG-IAACS]) 2) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาบริบทและปัญหาพร้อมกับพยาบาลห้องผ่าตัด 15 คน และยกร่าง CPG-IAACS 2) ประเมิน CPG-IAACS พบว่ามีคุณภาพตามเกณฑ์ AGREE II ร้อยละ 94.6 ซึ่งนำไปใช้ได้ 3) ปรับปรุง CPG-IAACS และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ใช้ CPG-IAACS ด้วยเทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ และ 4) นำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลกับพยาบาลผู้โค้ช 10 คน ผู้รับการโค้ช 9 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตาม CPG-IAACS 9 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยซึ่งมีค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ .90 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 และแบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้รับบริการซึ่งมีค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้ CPG-IAACS ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน 1 ราย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.75 วัน ($SD = 9.85$) และเสียชีวิต 1 ราย คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะโดยรวมก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS ของพยาบาลผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.23, p < .05$ และ $z = -2.38, p < .05$ ตามลำดับ) จึงควรนำ CPG-IAACS ไปใช้อย่างต่อเนื่องและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, การผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง, การโค้ช

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

³ รองศาสตราจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

* ผู้ประพันธ์บทความ: ศรีัญญา จุฬารีย์, อีเมล: saranya.c@sut.ac.th

The Development of a Nursing Care Model for Patients with Intracerebral Aneurysm Undergoing Aneurysm Clipping Surgery

Sumalee Thamma, BN.S.¹; Acharawan Thipayarak, BN.S.¹; Sirinat Sriwattanapong, MN.S.²
Chantira Chiaranai, Ph.D.³; Saranya Chularee, Ph.D.^{4*}

(Received: December 18th, 2022; Revised: January 19th, 2022; Accepted: January 20th, 2022)

Abstract

Aneurysm clipping surgery for persons with ruptured intracerebral aneurysms and quality care prevent disability and save the patient's life. This research and development project aimed to 1) develop clinical practice guidelines for patients with intracerebral aneurysms undergoing aneurysm clipping surgery (CPG-IAACS), 2) develop nurses' competencies for caring for those patients, and 3) determine the effects of the nursing care model. There were 4 phases in this study which 1) involved studying the clinical problems and context with 15 participants who were operating room (OR) nurses and the drafting the CPG-IAACS, 2) the CPG-IAACS was assessed and it was found that its overall quality, according to the AGREE II criteria, was 94.6%, so it was suitable for use, 3) focused on the revision of the CPG-IAACS in conjunction with improving OR nurses' competencies using the GROW coaching technique, and 4) was the implementation and evaluation of the revised CPG-IAACS with 10 OR nurses who were coaches, 9 OR nurses who were coached, and 9 patients had undergone aneurysm clipping who were cared for using CPG-IAACS. Data was collected using a nurses' competency assessment form with a scale-content validity index (S-CVI) of .90 and a reliability of .88. The nursing outcomes on the client's record form had a S-CVI of 1.00. The data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed rank tests. The results showed that after implementing the CPG-IAACS, 1 patient had a complication, the mean length of stay in the hospital was 14.75 days ($SD = 9.85$) and 1 patient died. Nurse coaches and OR nurses who were coached had significantly different mean competency scores before and after the training ($z = -2.23, p < .05$, and $z = -2.38, p < .05$, respectively). To achieve positive patient outcomes, CPG-IAACS should be consistently employed and the competencies of nurses should be systematically improved.

Keywords: nursing care model, intracerebral aneurysm, aneurysm clipping surgery, coaching

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Mission Group, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

² Registered Nurse, Professional Level, Nursing Mission Group, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

³ Associate Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

⁴ Assistant Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

* Corresponding author: Saranya Chularee, E-mail: saranya.c@sut.ac.th

บทนำ

การแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพองส่งผลให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแร็กนอยด์ (Aneurysmal subarachnoid hemorrhage [aSAH]) แม้จะพบน้อยเพียงร้อยละ 3 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แต่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ทำให้เกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน (Tawk et al., 2021) หลายประเทศในทวีปยุโรปตะวันออก เอเชียกลาง และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิกมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจาก aSAH ในทวีปเอเชียมากที่สุด (American Heart Association, 2021) ปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 52.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองแม้จะไม่มีอาการหรือการตายจากภาวะนี้ชัดเจน แต่การแตกของหลอดเลือดโป่งพองจะทำให้อันตรายถึงชีวิตอย่างเฉียบพลัน จึงเป็นกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง คือ การผ่าตัดแยกหลอดเลือดสมองที่โป่งพองออกจากระบบไหลเวียนของเลือดปกติ มีทั้งการหนีบหลอดเลือดที่โป่งพอง (Aneurysm clipping surgery) และการใส่ขดลวดเข้าไปในหลอดเลือดที่โป่งพอง (Endovascular coiling surgery) อัตราความสำเร็จของการรักษาขึ้นกับความชำนาญของแพทย์ผู้รักษาและความพร้อมของหน่วยงาน (สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2562) ทีมผ่าตัดทุกสาขาวิชาชีพจึงต้องพัฒนาสมรรถนะตนเองอยู่เสมอเพื่อช่วยให้เกิดการผ่าตัดที่ปลอดภัย (Safe surgery) ลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากกระบวนการผ่าตัด

โรงพยาบาลมหาราชนราธิราชสีมา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ และเป็นแหล่งเรียนรู้ศึกษาดูงานด้านการผ่าตัดให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองโดยการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดที่โป่งพองตั้งแต่ พ.ศ. 2554 จากสถิติการผ่าตัด 3 ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564) มีผู้ป่วยจำนวน 37, 48, และ 43 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่ามีความโน้มเอียงการผ่าตัดมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดวิธีนี้คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure [IICP]) ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracranial hematoma) ภาวะสมองเคลื่อน (Brain herniation) ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) และภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง (Cerebral vasospasm [CVS]; Shah et al., 2018) ซึ่ง CVS เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากถึงร้อยละ 90 การหดเกร็งของหลอดเลือดทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดเล็กลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง นำไปสู่ภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง (Delayed cerebral ischemia [DCI]) ตามมา ทั้งนี้สาเหตุของการเกิด CVS นี้ยังไม่ทราบแน่ชัด การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2562) ดังนั้นทีมผ่าตัดจึงต้องมีแนวปฏิบัติที่ดีและชัดเจนเพื่อทำให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว อันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด ลดอัตราการตายจากการแตกของหลอดเลือดแอนทีเรียร์คอมมิวนิเคติง (Ruptured anterior communicating artery aneurysms [Ruptured A-com]) ซึ่งอัตราการตายจาก Ruptured A-com หลังผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาราชนราธิราชสีมา พบร้อยละ 3.77, 12.24, และ 10.42 ตามลำดับ ส่วนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน

3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง (โรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมา, 2564) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล การรักษาต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ดังนั้นหากป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนในหน่วยผ่าตัดระบบประสาท พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การปฏิบัติของบุคลากรเป็นการปฏิบัติที่ได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์ และจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางปริศัลยกรรมด้านระบบประสาท ซึ่งบุคคลเหล่านั้นมีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนเพิ่มพูนความรู้และทักษะ (Re-skills and up-skills) ให้มีความสามารถในการช่วยผ่าตัดที่ปลอดภัย ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง โดยประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (The clinical practice guideline for patients with intracerebral aneurysm undergoing aneurysm clipping surgery [CPG-IAACS]) ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ Soukup (2000) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ และมีความน่าเชื่อถือโดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และศึกษาความเป็นไปได้ และการประกาศใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาล และ 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ช (Coach) แบบโกรว์ (Whitmore, 2009) ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลนี้จะช่วยให้อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง อันได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองเคลื่อน ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง สามารถลดจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งเหล่านี้นับเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ จะมีการฟื้นตัวที่ดี มีโอกาสจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนา CPG-IAACS
2. พัฒนาสมรรถนะการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีหลอดเลือดสมองที่โป่งพองระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในห้องฟื้น
3. ศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้ CPG-IAACS ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และอัตราการตายหลังผ่าตัด

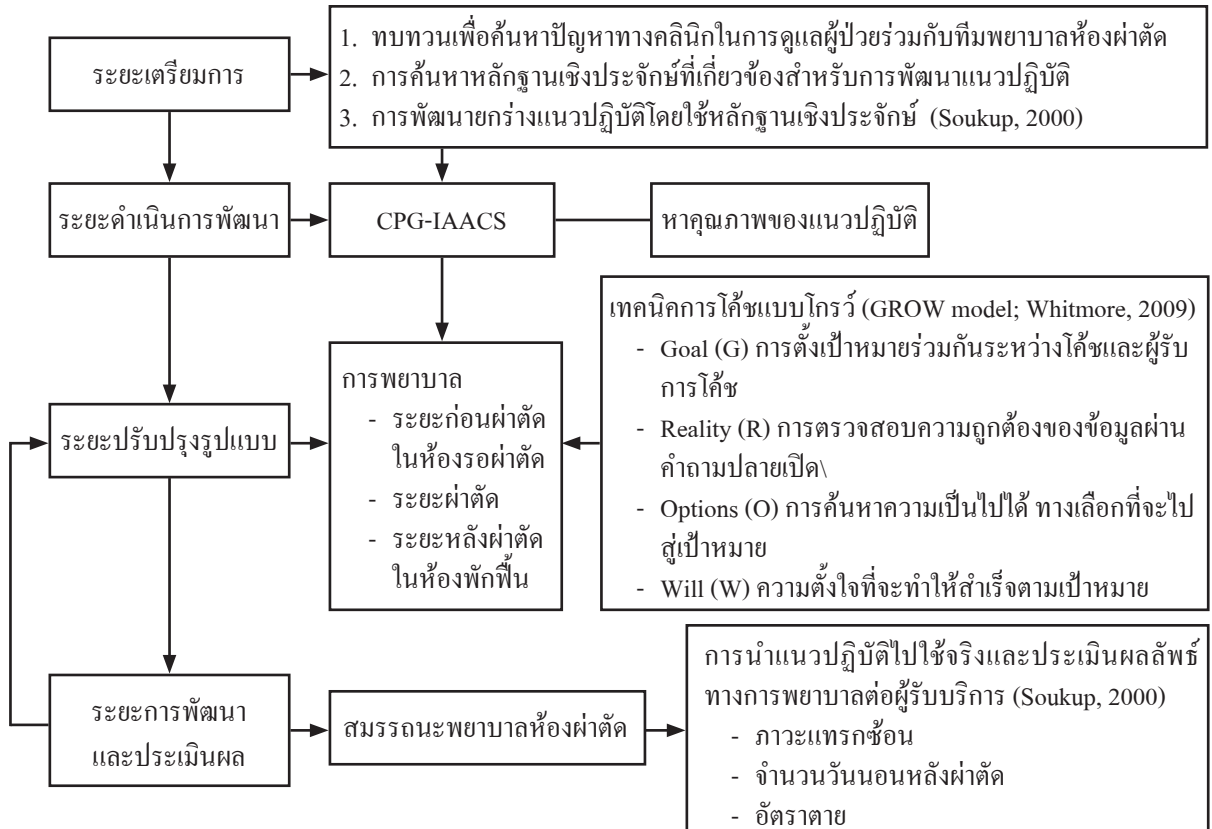
สมมุติฐานการวิจัย

1. CPG-IAACS มีคุณภาพน่าเชื่อถือและนำไปใช้ได้
2. พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้ใช้ CPG-IAACS มีสมรรถนะหลังการใช้สูงกว่าก่อนการใช้

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง มีผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีกว่าก่อนใช้ CPG-IAACS ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยลง และไม่เกิดอัตราการตายหลังผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้าง CPG-IAACS ทำให้ได้นวัตกรรมในการดูแลที่แสดงให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยร่วมกันของสหวิชาชีพ ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดในห้องรผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนา ระยะปรับปรุงรูปแบบ และระยะการพัฒนาและประเมินผล โดยในการพัฒนา CPG-IAACS ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) แบ่งเป็น การทบทวนเพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิก การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงและประเมินผลการใช้ และใช้แนวคิดการโค้ชแบบโกรว์ (Whitmore, 2009) ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลดึงศักยภาพภายในตนเองออกมาเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมและผลการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น เน้นการใช้คำถามที่ดีและมีพลัง (Powerful questioning) การรับฟังด้วยความตั้งใจ (Active listening) การให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวก (Positive feedback) การจูงใจและให้กำลังใจ (Motivation) และการกำหนดเป้าหมาย (Set goal; ศิริรัตน์ ศิริวรรณ, 2557) กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการเตรียมการ (เดือนสิงหาคม 2565) ระยะการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ (เดือนกันยายน 2565) ระยะปรับปรุงรูปแบบการดูแล (เดือนตุลาคม 2565) และระยะการพัฒนาและประเมินผล (เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2565) ดังนี้

ระยะการเตรียมการ (Research 1 [R1])

โดยการศึกษาบริบท ทบทวนสภาพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง การทบทวนวรรณกรรม เพื่อเตรียมการพัฒนา CPG-IAACS โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 15 คน คัดเลือกจากเป็นผู้มีประสบการณ์ช่วยการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองอย่างน้อย 5 ปี และยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มใช้เวลา 45-60 นาที จากนั้นนำไปวิเคราะห์เนื้อหา โดยจำแนกเป็นประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไข

ขั้นที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ PICO framework สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, Scopus, EBSCO HOST, ScienceDirect, Clinical Key-Flex, Wiley online library, Thai Journal online, และ Google scholar กำหนดขอบเขตเวลา 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2561-2565) และคัดเลือกความเกี่ยวข้องจากการอ่านบทคัดย่อ

ขั้นที่ 3 นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและหลักฐานเชิงประจักษ์ มาวิเคราะห์เพื่อร่างและสร้างคู่มือการใช้ CPG-IAACS ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการปฏิบัติ และการประเมินผล ตามกรอบแนวคิดของ Soukup (2000)

ระยะการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Development 1 [D1])

เป็นการนำร่าง CPG-IAACS และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ไปหาคุณภาพ

1. ผู้วิจัยนำร่าง CPG-IAACS ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบประสาท จำนวน 2 คน วิทยุพยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ที่มีประสบการณ์เข้าร่วมการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ระบบประสาทมากกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน รวม 5 คน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The AGREE II instrument; Brouwers et al., 2010) แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ความชัดเจนของขอบเขตและวัตถุประสงค์ มีคุณภาพร้อยละ 97.7 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีคุณภาพร้อยละ 100 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีคุณภาพร้อยละ 96.2 ความชัดเจนและการนำเสนอ มีคุณภาพร้อยละ

95 การประยุกต์ใช้ มีคุณภาพร้อยละ 88.9 และความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ มีคุณภาพ ร้อยละ 90 ส่วนในภาพรวม CPG-IAACS มีคุณภาพ ร้อยละ 94.6 แสดงว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้

2. สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง และแบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้รับบริการ และนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออธิบายไว้ในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากนั้นนำ CPG-IAACS และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในระยะเวลาปรับปรุงรูปแบบการพยาบาล

ระยะปรับปรุงรูปแบบการพยาบาล (Research 2 [R2])

เป็นระยะที่ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นตาม CPG-IAACS ที่พัฒนาขึ้นแล้วนำมาออกแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนที่มีโอกาสดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ (Whitmore, 2009)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในเดือนตุลาคม 2565 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ อายุมากกว่า 40 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง และจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองร่วมกับการผ่าตัดอย่างอื่น และกลุ่มตัวอย่างหรือญาติขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย

2. กลุ่มสหวิชาชีพ ประชากรที่ใช้ CPG-IAACS คือ ศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง จำนวน 5 คน วิสัญญีแพทย์ จำนวน 10 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 40 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 15 คน ที่มีประสบการณ์เข้าร่วมการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองมากกว่า 5 ปี สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกจากประชากรแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นกลุ่มสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองในเดือนกันยายน 2565 และยินดีเข้าร่วมการวิจัยนี้ ประกอบด้วยมีศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง จำนวน 2 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 3 คน พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน (พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 3 คน และพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก 3 คน) รวมทั้งสิ้น 11 คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 การนำ CPG-IAACS ไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงการทดลองใช้แนวปฏิบัติกับประชากรกลุ่มสหสาขาวิชาชีพทุกคนทั้งแบบ Onsite และ Online เพื่อทำความเข้าใจ แล้วทดลองใช้ CPG-IAACS ในเดือนตุลาคม 2565 กับผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย โดยมีกลุ่มตัวอย่างสหสาขาวิชาชีพ ทั้ง 11 คน เป็นผู้ให้การศึกษาพยาบาลตาม CPG-IAACS ผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์ขณะผ่าตัด โดยใช้แบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS เพื่อสรุปปัญหา และอุปสรรคในการใช้ CPG-IAACS ที่สร้างขึ้น

ขั้นที่ 2 การประเมินผลการใช้ CPG-IAACS และปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์ก่อนนำไปประกาศใช้

ระยะการพัฒนาและประเมินผล (Development2 [D2])

เป็นการนำเทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ ไปดำเนินการโค้ชพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ประชากรพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 1) พยาบาลผู้โค้ช คือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการพัฒนาสมรรถนะในการโค้ชแบบโกรว์ ให้มีสมรรถนะพร้อมในการโค้ชทีมพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไป ยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 10 คน และ 2) พยาบาลผู้รับการโค้ช คือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์การผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองน้อยกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายในการรับการพัฒนาจากพยาบาลผู้โค้ชและได้เข้าร่วมทีมผ่าตัด ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 จำนวน 9 คน

2. ประชากรผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตาม CPG-IAACS คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 พบว่ามีจำนวน 9 ราย (เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกใช้เกณฑ์เดียวกันกับระยะ D1)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยวางแผนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวทางการโค้ชแบบโกรว์แบ่งเป็นการสอนภาคทฤษฎีจำนวน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) แนวคิดและหลักการโค้ช จำนวน 1 ชั่วโมง 2) เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ จำนวน 2 ชั่วโมง 3) การวัดและประเมินผลการใช้โค้ช จำนวน 1 ชั่วโมง และ 4) แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ CPG-IAACS จำนวน 2 ชั่วโมง และแผนการสอนภาคปฏิบัติ จำนวน 3 ชั่วโมง คือ การนำ CPG-IAACS ไปใช้

ขั้นที่ 2 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการเป็นพยาบาลผู้โค้ช ระยะเวลา 1 วัน 6 ชั่วโมง ประเมินสมรรถนะพยาบาลกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นพยาบาลผู้โค้ช ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นที่ 3 การนำแนวทางการโค้ชแบบโกรว์ ไปดำเนินการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด ในการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง โดยมอบหมายพยาบาลผู้โค้ช ที่ผ่านการอบรมการโค้ชแบบโกรว์ในขั้นที่ 2 เป็นผู้โค้ชแก่พยาบาลผู้รับการโค้ช ซึ่งเป็นการฝึกภาคปฏิบัติการโค้ชตาม CPG-IAACS ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 รวม 2 เดือน ผู้วิจัยชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการวิจัยเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลผู้โค้ชบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและลงรหัสกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการตาม CPG-IAACS ทุกกระยะการผ่าตัด หลังจากนั้นพยาบาลผู้โค้ชประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้รับการโค้ชก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS และนำเสนอแนะให้ผู้วิจัยทันทีเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้รับบริการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม CPG-IAACS โดยใช้แบบบันทึกประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในวันที่ 1 หลังผ่าตัด (24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) โดยผู้วิจัยติดตามเก็บแบบบันทึกจากพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท ทั้ง 9 รายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 099/2022 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2565 หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธและ/หรือถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างตามแนวทางการค้นหาปัญหาทางคลินิกของ Soukup (2000) โดยมีคำถามหลัก คือ “สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองมีอะไรบ้าง” และคำถามรองคือ “ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยคืออะไร อยู่ที่หน่วยงาน มักเกิดขึ้นเมื่อไร ทำไมจึงเกิดปัญหา และจะมีแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างไร”

2. CPG-IAACS ที่ถูกพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย ผลการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ AGREE II พบว่า CPG-IAACS มีคุณภาพโดยรวมร้อยละ 94.6 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือมากกว่าร้อยละ 60 (Brouwers et al., 2010)

3. แบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย สิ่งที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ และสิ่งที่ไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ ครอบคลุมทุกกระยะการผ่าตัด และข้อสังเกต เพื่อนำผลการสังเกตมาปรับปรุง CPG-IAACS ให้เป็นฉบับสมบูรณ์

4. แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดสมรรถนะการพยาบาลห้องผ่าตัด (สภาการพยาบาล, 2553) ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การติดต่อสื่อสาร 2) การพัฒนาคุณภาพและการนำ

มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดมาใช้ 3) ภาวะผู้นำ 4) การบริหารจัดการทั่วไป 5) การพยาบาลระยะผ่าตัดตลอดเลือดสมองโป่งพอง และ 6) จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ตัวเลือกตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบ Rubric score 3 ระดับ คือ 1 (มีสมรรถนะต้องปรับปรุง) 2 (มีสมรรถนะปานกลาง) และ 3 (มีสมรรถนะดี) คะแนนรวมรายด้าน อยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน และโดยรวม อยู่ระหว่าง 6-18 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลสมรรถนะ รายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 70 หรือ < 2.00 คะแนน) ปานกลาง (ร้อยละ 70-85 หรือ 2.00-2.55 คะแนน) และ ดี (สูงกว่าร้อยละ 85 หรือ 2.56-3.00 คะแนน) สำหรับสมรรถนะเฉลี่ยโดยรวม แบ่งระดับเป็น ต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 70 หรือ < 12.60 คะแนน) ปานกลาง (ร้อยละ 70-85 หรือ 12.61 – 15.30 คะแนน) และ ดี (สูงกว่าร้อยละ 85 หรือ 15.31-18.00 คะแนน)

5. แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้รับบริการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และสถิติของโรงพยาบาล การบันทึกประกอบด้วย 1) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองเคลื่อน ภาวะไซเดียมในเลือดต่ำและภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง 2) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และ 3) การเสียชีวิตหลังผ่าตัด

6. แผนการสอนในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวทางการโค้ชแบบโกรว์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 3 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยลำดับที่ 1-5 ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบประสาท 3 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาล ผู้ใหญ่ 1 ท่าน พิจารณา ได้ผล ดังนี้ (1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง มีความเหมาะสม (2) CPG-IAACS ได้ค่าดัชนีความตรงรายข้อ (Item-level CVI [I-CVI]) อยู่ระหว่าง .6-1.0 และค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับ (Scale-level CVI [S-CVI]) 4 ฉบับ ได้แก่ แนวปฏิบัติของศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง ได้ค่า .95 แนวปฏิบัติของพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ค่า .99 แนวปฏิบัติของพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ได้ค่า 1.00 และ แนวปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาล ได้ค่า 1.00 (3) แบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS ค่า S-CVI ได้เท่ากับ 1.0 (4) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง .8-1.0 และ S-CVI เท่ากับ .90 และ (5) แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลต่อผู้รับบริการ ค่า I-CVI ได้เท่ากับ 1.0 และ S-CVI เท่ากับ 1.0 ส่วนเครื่องมือการวิจัยลำดับที่ (6) แผนการสอนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวทางการโค้ชแบบโกรว์ นำไปให้อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน วิพากษ์แผนการสอนและให้ข้อเสนอแนะ นำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในระยะเวลาพัฒนาและประเมินผล

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุง และนำแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากแนวคำถามการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสร้าง CPG-IAACS แล้วนำไปทดลองใช้ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสังเกตการใช้ CPG-IAACS ว่าการทดลองใช้เป็นไปตามแนวปฏิบัติหรือไม่ เพื่อปรับปรุง CPG-IAACS ให้มีคุณภาพมากขึ้น

2. คะแนนประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean [M]) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) แล้วแปลผลเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด หลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่า คะแนนสมรรถนะมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ($p < .5$) จึงเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะการพยาบาลเฉลี่ย ก่อนและหลังใช้ CPG-IAACS ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. ข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้รับบริการในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม CPG-IAACS วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาี้เพื่อสร้าง CPG-IAACS ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการพัฒนา CPG-IAACS

ผลการวิจัยพบว่า CPG-IAACS ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ก. หลักการและเหตุผล คือ CPG-IAACS ช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดและผู้เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้ปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัด ข. วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติของสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือด ค. ขั้นตอนการปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด ระยะผ่าตัดในห้องผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และ ง. การประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวนวันนอนหลังผ่าตัด และอัตราการตาย 2) แผนการสอนและคู่มือการใช้ CPG-IAACS เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ครอบคลุมการปฏิบัติของศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และวิสัญญีแพทย์/พยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยและของพยาบาล 3) เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย เป้าหมาย เทคนิคผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช กระบวนการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย หัวข้อสนทนา (Topic [T]) การตั้งเป้าหมาย (Goal [G]) การตรวจสอบความถูกต้องของ

ข้อมูลผ่านคำถามปลายเปิด (Reality [R]) การค้นหาความเป็นไปได้ ทางเลือกที่จะไปสู่เป้าหมาย (Options [O]) และความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย (Will [W]) ดังภาพที่ 2

CPG-IAACS โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000)	เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์ (Whitmore, 2009)	สมรรถนะพยาบาลสูงขึ้น
<p>หลักการและเหตุผล : CPG-IACS ของสหสาขาวิชาชีพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน และอัตราการตายจากการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง</p> <p>วัตถุประสงค์ : เป็นแนวปฏิบัติการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดหีบหลอดเลือด</p> <p>ขั้นตอนการปฏิบัติ : แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ตามผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบประสาทและสมอง พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และวิสัญญีแพทย์/พยาบาล</p> <p>การประเมินผล : ผลลัพธ์ของผู้ป่วย และพยาบาล</p>	<p>1. เป้าหมาย: ทำให้ผู้รับการโค้ชปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัด</p> <p>2. ผู้โค้ช : มีทักษะการถามที่ดี ทรงพลัง ฟังอย่างตั้งใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก จูงใจ และให้กำลังใจ</p> <p>3. ผู้รับการโค้ช : ไว้วางใจ ไม่อคติ</p> <p>4. กระบวนการ : เทคนิคการโค้ชแบบโกรว์</p>	<p>1. การติดต่อสื่อสาร</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดมาใช้</p> <p>3. ภาวะผู้นำ</p> <p>4. การบริหารจัดการทั่วไป</p> <p>5. การพยาบาลระยะผ่าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพอง</p> <p>6. จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</p> <p>ผลลัพธ์ของผู้ป่วย</p> <p>1. ภาวะแทรกซ้อนลดลง</p> <p>2. จำนวนวันนอนหลังผ่าตัด</p> <p>3. อัตราตาย</p>

ภาพที่ 2 CPG-IAACS

ผลการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้น

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้โค้ช จำนวน 10 คน อายุระหว่าง 36-39 ปี อายุเฉลี่ย 36.60 ปี ($SD = 1.34$) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 10-12 ปีขึ้นไป ($M = 11.40$, $SD = 0.89$) ทุกคนเคยผ่านการอบรมและ/หรือการสัมมนาการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง และ 2) พยาบาลผู้รับการโค้ช จำนวน 9 คน อายุระหว่าง 25-36 ปี ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 55.56) อายุเฉลี่ย 29 ปี ($SD = 3.24$) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 88.89) และไม่เคยผ่านการอบรมและ/หรือการสัมมนาเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (ร้อยละ 88.89)

สำหรับผลการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองของพยาบาลผู้โค้ช พบว่า โดยรวมมีสมรรถนะการพยาบาลระดับดีทั้งก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS ($M = 17.50$, $SD = 0.52$ และ $M = 18.00$, $SD = 0.00$ ตามลำดับ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.23$, $p < .05$) โดยสมรรถนะการพยาบาลระยะผ่าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้ CPG-IAACS น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ไ้ใช้ ก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ไ้ใช้	ก่อน		หลัง		z	p
	M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล		
1. การติดต่อสื่อสาร	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
2. การพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาล ผ่าตัดมาไ้	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
3. ภาวะผู้นำ	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
4. การบริหารจัดการทั่วไป	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
5. การพยาบาลระยะผ่าตัดหลอดเลือดคสมองโป้งพอง	2.50 (0.52)	ปานกลาง	3.00 (0.00)	ดี	-2.23	0.03 ^{*a}
6. จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.00 (0.00)	ดี	3.00 (0.00)	ดี	0.00	1.00
สมรรถนะโดยรวม	17.50 (0.52)	ดี	18.00 (0.00)	ดี	-2.23	0.03 ^{*a}

หมายเหตุ. n = 10, ^{*}p-value < .05, ^a Wilcoxon Signed-Ranks Test

สำหรับผลการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคสมองโป้งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดคสมองที่โป้งพองของพยาบาลผู้รับการใช้ ถูกประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ไ้ใช้ พบว่า โดยรวมมีสมรรถนะการพยาบาลระดับดี ทั้งก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS (M = 15.44, SD = 2.18 และ M = 17.33, SD = 1.41 ตามลำดับ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -2.38, p < .05) โดยพบว่าสมรรถนะการพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดมาไ้ และการพยาบาลระยะผ่าตัดหลอดเลือดคสมองโป้งพองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้ CPG-IAACS น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะของพยาบาลผู้รับการใช้ ก่อนและหลังการใช้ CPG-IAACS

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ไ้รับการใช้แบบโกร้ว	ก่อน		หลัง		z	p
	M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล		
1. การติดต่อสื่อสาร	2.56 (0.53)	ดี	2.78 (0.44)	ดี	-1.41	.15
2. การพัฒนาคุณภาพและการนำมาตรฐานการพยาบาล ผ่าตัดมาไ้	2.33 (0.50)	ปานกลาง	2.89 (0.33)	ดี	-2.23	.02 ^{*a}
3. ภาวะผู้นำ	2.56 (0.53)	ดี	2.78 (0.44)	ดี	-1.41	.15
4. การบริหารจัดการทั่วไป	2.67 (0.50)	ดี	2.89 (0.33)	ดี	-1.41	.15
5. การพยาบาลระยะผ่าตัดหลอดเลือดคสมองโป้งพอง	2.33 (0.50)	ดี	3.00(0.00)	ดี	-2.44	.01 ^{*a}
6. จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.00 (0.00)	ดี	3.00(0.00)	ดี	0.00	1.00
สมรรถนะโดยรวม	15.44 (2.18)	ดี	17.33 (1.41)	ดี	-2.38	.02 ^{*a}

หมายเหตุ. n = 9, ^{*}p-value < .05, ^a Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตาม CPG-IAACS จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.56) อายุระหว่าง 46-69 ปี อายุเฉลี่ย 63.67 ปี ($SD = 13.20$) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.89) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า 1) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก พบเพียงภาวะสมองเคลื่อนในผู้รับบริการ 1 คน เท่านั้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ไม่ปรากฏ 2) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระหว่าง 7-36 วัน เฉลี่ย 14.75 วัน ($SD = 9.85$) และ 3) พบการเสียชีวิต 1 คน จากสาเหตุภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ร่วมกับภาวะปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia [VAP])

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

CPG-IAACS มีคุณภาพน่าเชื่อถือและนำไปใช้ได้

ผลการวิจัยพบว่า CPG-IAACS มีคุณภาพโดยรวมมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ มีคุณภาพและนำไปใช้ได้ ทั้งนี้เนื่องจาก CPG-IAACS มีกระบวนการพัฒนาที่เน้นการศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวคิดของ Soukup (2000) ที่เชื่อว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ดีจะสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีในขณะนั้น (The best evidence) มีความน่าเชื่อถือ ทันสมัย และยังแสดงถึงมาตรฐานการพยาบาล (Nursing standard) อีกด้วย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวปฏิบัติของ Saunders et al. (2019) ที่กล่าวว่า แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล (Quality of care) และเกิดผลลัพธ์กับผู้ป่วย (Patient outcomes) ที่ดีได้

พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้ใช้ CPG-IAACS มีสมรรถนะสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ได้ใช้ และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการโค้ช มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหั่นหลอดเลือดสมองที่โปร่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าหลังการใช้ CPG-IAACS มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับ งานวิจัยของ Bull et al. (2020) ที่ศึกษาผลของการโค้ชเทคนิคการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic general surgery operations) ต่อการประเมินสมรรถนะด้วยตนเองของแพทย์ประจำบ้าน (Resident) และแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ (Fellow) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองได้แม่นยำและสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญ และประเมินตนเองว่ามีทักษะสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการสอน/การนิเทศ/การโค้ชต่อความรู้และทักษะการพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกต่าง ๆ อาทิเช่น ธิตินา แปรสุข และคณะ (2560) ศึกษาผลของการโค้ชต่อการจัดทำอนทาร์กเกิดก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลลำปาง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการโค้ชพยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัด

ท่านอนทารก มากกว่าก่อนได้รับการไค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการไค้ชช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะทางการพยาบาล ส่วนการศึกษาของ กัญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี และคณะ (2563) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการสอนงานการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมทำงานตามปกติ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงาน ตามแนวคิด COACH model ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงานดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ทำงานตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กล่าวโดยสรุปคือ การใช้กระบวนการที่ผู้รู้หรือมีประสบการณ์ชี้แนะให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างเป็นขั้นตอนจะทำให้ สมรรถนะการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทักษะการไค้ชที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถดึงศักยภาพภายในตัวบุคคลทั้งของผู้ไค้ชเองและผู้ที่ได้รับการไค้ชออกมาได้จริง โดยทำให้บุคคลที่ได้รับการไค้ชนั้นมีความรู้และทักษะในการคิดและค้นหาทางออกของปัญหาด้วยตัวเอง และมีความมั่นใจตัวเอง (สุมลา พรหมมา, 2559)

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะผ่าตัดนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการไค้ชแบบโกรว์ ของ Whitmore (2009) ซึ่งประกอบไปด้วย หัวข้อ (Topic [T]) การตั้งเป้าหมาย (Goal [G]) การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผ่านคำถามปลายเปิด (Reality [R]) การค้นหาความเป็นไปได้ ทางเลือกที่จะไปสู่เป้าหมาย (Options [O]) และความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย (Will [W]) ซึ่งจัดว่าเป็นการไค้ชแบบมีโครงสร้างที่ชัดเจน จะช่วยให้ผู้เรียนบรรลุเป้าหมายของการไค้ช สนับสนุนโดยการศึกษาของรุ่งอรุณ บุตรศรี และคณะ (2563) พบว่า การนิเทศโดยใช้โมเดลการไค้ชแบบโกรว์ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้ดีกว่าก่อนใช้โมเดลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เพราะเข้าใจเป้าหมายของงานอย่างชัดเจน และการใช้คำถามยังช่วยกระตุ้นการคิดและการตัดสินใจ มีความมั่นใจทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และมีผลการปฏิบัติที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำเกี่ยวกับการไค้ชของ Gagnon and Abbasi (2018) ที่กล่าวการรูปแบบการไค้ชที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นการไค้ชอย่างมีแบบแผน ที่ผู้ไค้ชจะต้องทราบว่าผู้เรียนมีเป้าหมายอย่างไรเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพองมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีกว่าก่อนใช้ CPG-IAACS

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะของการนำ CPG-IAACS ไปใช้ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง จำนวน 9 ราย พบว่ามีผู้ป่วย 1 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก คือ ภาวะสมองเคลื่อน และผู้ป่วย 1 ราย เสียชีวิต ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ มีศูนย์ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

หลายสาขา รวมไปถึงศูนย์ความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Certified comprehensive stroke center [CSC]) ทำให้ถึงแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน แต่ได้รับการดูแลในระยะก่อนได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดอย่างดี จึงช่วยลดอัตราการตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sheehan et al. (2022) ที่ศึกษาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดสมอง จำนวน 387 คน โดยภายหลังที่มีการควบคุมตัวแปรเรื่องความรุนแรงของโรคและการมีโรคร่วม พบว่า อัตราการการตายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดจะลดลงถึงร้อยละ 72 หากผู้ป่วยได้รับการดูแลในโรงพยาบาลที่มีศูนย์ความเชี่ยวชาญดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ (Primary stroke centers [PSC]; odds ratio = 0.28, 95% CI [0.10-0.77], $p = .01$) สำหรับการเปรียบเทียบกับสถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนจะมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้นั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดการวิจัย ซึ่งจะต้องเปรียบเทียบปีงบประมาณต่อปีงบประมาณ แต่เมื่อวิเคราะห์จะพบว่าในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง จำนวน 43 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 58.14) ที่เกิดภาวะไซเดียมในเลือดต่ำ และ 1 ราย เสียชีวิตจากภาวะสมองเคลื่อน เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มแล้ว ในปีงบประมาณ 2566 ที่เริ่มมีการนำ CPG-IAACS มาใช้และก่อนการนำใช้จริงได้มีการอบรมพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเพื่อเพิ่มสมรรถนะ จึงเชื่อได้ว่าเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ สถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงและสถิติการเสียชีวิต จะต่ำกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า CPG-IAACS ที่พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล กล่าวคือผู้ป่วยปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการตายลดลงและการได้ขแบบโกรว์ยังเป็นการพัฒนาความรู้และสมรรถนะทีมผ่าตัดให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ 1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเข้าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่เข้ารับการรักษาดด้วยวิธีหนีบหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง และคัดออกเมื่อมีการผ่าตัดอย่างอื่นร่วม ในการวิเคราะห์สถิติผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมเกี่ยวกับโรคร่วม และความรุนแรงของโรคซึ่งอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย 2) ระยะเวลาในการใช้ CPG-IAACS และจำนวนผู้รับการผ่าตัดก็เป็นข้อจำกัดการวิจัย แต่จากวิเคราะห์พบแนวโน้มที่ดีหากมีการใช้ CPG-IAACS นี้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาทักษะและสร้างวัฒนธรรมการโค้ชให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงคุณภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเฉพาะทาง และ/หรือการพยาบาลเฉพาะทางที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะขั้นสูง
2. ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง และวัดผลซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2563*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>
- กัญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี, พรชิตา ชื่นบาน, และกษณา จันทราโยธากร. (2563). ผลของการใช้เทคนิคการสอนงานพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 28(2), 18-24.
- จิตติมา แบ่งสุข, มาลี เอื้ออำนวย, และจุฑามาศ โชติบัง. (2560). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในการจัดทำอาหารก่อนกำหนดที่ใส่ท่อหลอดลมคอ. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 44(3), 1-8.
- รุ่งอรุณ บุตรศรี, สหพันธ์ หิณฺฐิระนันท์, และปราณี มีหาญพงษ์. (2563). ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(2), 84-96.
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2564). *รายงานประจำปี 2564*. นครราชสีมา : โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- ศิริรัตน์ ศิริวรรณ. (2557). *การโค้ชเพื่อผลการปฏิบัติงานที่ยอดเยี่ยม*. กรุงเทพฯ: เอช อาร์ เซ็นเตอร์. สภาการพยาบาล. (2553). *สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์*. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง: กรณีศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 35(1), 24-35.
- สุมลา พรหมมา. (2559). รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*, 11(2), 354-638
- American Heart Association. (2021). *2021 heart disease and stroke statistics update fact sheet at-a-glance*. Retrieved from https://www.heart.org/-/media/phd-files-2/science-news/2/2021-heart-and-stroke-stat-update/2021_heart_disease_and_stroke_statistics_update_fact_sheet_at_a_glance.pdf

- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw J., Hanna, S.E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-E842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Bull, N. B., Silverman, C. D., & Bonrath, E. M. (2020). Targeted surgical coaching can improve operative self-assessment ability: A single-blinded nonrandomized trial. *Surgery*, 167(2), 308-313. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.08.002>
- Gagnon, L. H., & Abbasi, N. (2018). Systematic review of randomized controlled trials on the role of coaching in surgery to improve learner outcomes. *The American Journal of Surgery*, 216(1), 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.05.003>
- Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2019). Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An overview of systematic reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 176-185. <https://doi.org/10.1111/wvn.12363>
- Shah, K.B., Shrestha, S., Jaiswal, S.K., Qian, L.B., & Kui, C.L. (2018). Aneurysm clipping and outcome for Hunt & Hess grade 4, 5 subarachnoid hemorrhage - A literature review. *Open Journal of Modern Neurosurgery*, 8(2), 215-232. <https://doi.org/10.4236/ojmn.2018.82018>
- Sheehan, T.O., Davis, N.W., Guo, Y., Kelly, D.L., Yoon, S.L., & Horgas, A.L. (2022). Predictors of time to aneurysm repair and mortality in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neuroscience Nursing*, 54(5), 182-189. <https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000660>
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics 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)
- Tawk, R.G., Hasan, T.F., D'Souza, C.E., Peel, J.B. & Freeman, W.D. (2021). Diagnosis and treatment of unruptured intracranial aneurysms and aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(7), 1970-2000. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.01.005>
- Whitmore, J. (2009). *Coaching for performance: GROWing human potential and purpose* (4th ed.). London: Nicholas Brealey Publishing.

ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียม ต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

สิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์, พย.ม.^{1*}; กัลยา เป๊ะหมั่นไวย, ป.พย.¹;
จุฑารัตน์ กาฬสินธุ์, พย.ม.²; ชนิตา แป๊ะสกุล, พย.ม.³; พรรณทิพา ขำโพธิ์, พย.ม.³
(วันที่ส่งบทความ: 29 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 20 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่ตอบรับ: 12 มีนาคม 2566)

บทคัดย่อ

การเข้ารับการรักษาของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้มารดาขาดทักษะในการดูแลทารก การวางแผนการจำหน่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ งานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียมต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 52 คน คัดเลือกแบบเจาะจงแล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียม และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และแบบประเมินความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(1, 50) = 5.501, p = .023$) โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียมนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อเตรียมความพร้อมมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับบ้านได้

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ทฤษฎีโอเรียม, ความสามารถของมารดา, การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากุมารเวชกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บทความ: สิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์, อีเมล: sirikul52@gmail.com

The Effects of a Discharge Planning Program Applying Orem's Theory on Mothers' Ability to Care for Preterm Infants

Siriluk Khunkamol Karn, M.N.S.^{1}; Kallaya Pemuenwai, Dip in N.EQU BN.¹;*

Jutarat Kalasin, M.N.S.²; Chanita Peasakul, M.N.S.³; Punthipa Khumpho, M.N.S.³

(Received: December 29th, 2022; Revised: February 20th, 2023; Accepted: March 12nd, 2023)

Abstract

Prolonged admission of premature infants in a neonatal ward may result in their mothers lacking the skills to take care of their babies. Therefore, distribution planning is very important. The purpose of this quasi-experimental research with a two-group posttest design was to study the effects of a discharge planning program on mothers' ability to care for preterm infants by applying Orem's theory after one week, one month, two months, and three months post hospital discharge. The participants were the mothers of 52 preterm infants. Participants were purposively selected and divided into an experimental group that received the discharge planning program by applying Orem's theory and a control group that received routine nursing care with 26 people in each group. The research instruments included the discharge planning program applying Orem's theory, which was validated by five experts, and the Mothers' Ability to Care for Preterm Infants Assessment Questionnaire (Content Validity Index of .98 and Cronbach's alpha coefficient of .92). Data was analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA. The results revealed that, after attending the program, the mean scores for the ability to care for preterm infants in the experimental group were significantly higher than those of the control group at the statistical level of .05 ($F(1, 50) = 5.501, p = .023$). The discharge planning program applying Orem's theory can be used to enhance mothers' abilities to care for preterm infants after hospital discharge.

Keywords: discharge planning, Orem's theory, mothers' ability, care for preterm infants

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Pediatrics Division, Nursing Mission Group, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

² Registered Nurse, Professional Level, Pediatrics Division, Nursing Mission Group, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

³ Registered Nurse, Professional Level, Division of Nursing Research & Development, Nursing Mission Group, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

* Corresponding author: Siriluk Khunkamol Karn, Email: sirikul52@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายๆประเทศองค์การอนามัยโลก ประเมินการว่า อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดมีมากถึงปีละประมาณ 15 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (World Health Organization [WHO], 2022) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดได้ กำหนดให้อัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ควรมีไม่เกินร้อยละ 7 (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) แต่จากสถิติของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบอัตราการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.52, 9.87, และ 10.01 ตามลำดับ ในทารกกลุ่มดังกล่าวพบทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่า 1,500 กรัม ประมาณร้อยละ 1 ซึ่งจัดเป็นกลุ่มทารกที่มีความเสี่ยงสูงเพราะต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่าอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนด คือ 4,929 คน 5,582 คน และ 4,700 คน คิดเป็นร้อยละ 26.54, 27.46, และ 28.91 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นทารกกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัมมากถึงร้อยละ 15.75, 16.40, และ 15.72 ตามลำดับ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2564) ส่วนใหญ่ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยเหล่านี้ต้อง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน มีผลต่อการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Granero-Molina et al., 2019) ทำให้มารดามีความยากลำบากในการเลี้ยงดูทารกและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและครอบครัว

ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเรียม (Orem's theory) เปรียบได้ว่า มารดา คือ ผู้ให้การดูแลทารกหรือผู้ ต้องการพึ่งพา (Dependent care agent) ดังนั้นมารดาจึงต้องมีความสามารถในการดูแลทารก (Dependent care agency) เนื่องจากทารกเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดในการสนองความต้องการและอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม การตอบสนองและการส่งเสริมพัฒนาการทารก ดังกล่าวจึงขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ให้การดูแล (Orem, 1991) มารดาที่ขาด การเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดูแลที่บ้าน อาจส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวโดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่ยังไม่มีประสบการณ์เลี้ยงดูทารกมาก่อน และเกิดปัญหาตามมา เช่น การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การมารับการตรวจรักษาที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ มีปัญหาการให้นมทารก และการขอรับคำปรึกษาจากครอบครัว เพื่อน และ บุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (จิตติพร เรือนกุล, 2562) มารดากลุ่มนี้ต้องใช้ระบบสนับสนุนให้ความรู้ ซึ่ง ประกอบด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้มารดาพัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการ ของทารก การให้ความรู้ การชี้แนะเพื่อฝึกทักษะการดูแลที่เหมาะสม และการสนับสนุนการดูแลที่ถูกต้อง

ช่วงเวลาการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเป็นการดูแลต่อที่บ้านใน ระยะ 2-3 สัปดาห์แรก เป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาศักยภาพของมารดาให้มีความสามารถ ในการดูแลทารก ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการ กลับมารักษาซ้ำได้ การวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดมีความแตกต่างจากทารกครบกำหนดทั่วไป

ที่ต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่ม (สิริราชย์ ศรีมาลา และคณะ, 2556) ปัจจุบันรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดจะครอบคลุมตั้งแต่ระยะที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนประเมินความต้องการ การให้การพยาบาลสนับสนุนช่วยเหลือและให้ความรู้และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของมารดาและครอบครัวในการดูแลทารกอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย มีหลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของวรรณมน ปาพรหม (2562) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในการเตรียมมารดาวัยรุ่นนครศรีฯ ก่อนการจำหน่ายทารก โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลทารกผ่านการใช้สื่อดิจิทัล ซึ่งในปัจจุบันวัยรุ่นมีการยอมรับและใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า มารดาเกิดการเรียนรู้และมีผลต่อพฤติกรรมดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด และนอกจากนี้การนำสื่อออนไลน์เข้ามาประกอบการให้คำแนะนำแก่มารดาจะสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อได้ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้อีกด้วย ส่วนการศึกษาของภากร ชูพินิจรอบคอบ (2565) มีการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive educative nursing system) แก่มารดาประกอบการใช้คู่มือการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาได้

จากการศึกษาปัญหาของมารดาภายหลังการจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด ของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 และ 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในปี 2563-2564 พบว่าทารกมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Readmission) ร้อยละ 4.16 และ 3.57 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัญหา เช่น มารดามีปัญหาน้ำนมไม่พอ ทารกน้ำหนักไม่ขึ้นตามเกณฑ์ เป็นต้น ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus disease of 2019 [COVID-19]) ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมมารดาในการดูแลทารกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียม และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนนโยบายและทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2566 ที่เน้นผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในการเตรียมความพร้อมมารดาจะมีการใช้สื่อแอปพลิเคชันไลน์ (Line) กลุ่ม และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Book [E-book]) เพื่อให้มารดาได้เข้าถึงความรู้เรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีทักษะในการเรียนรู้ของตนเองสูงขึ้น เกิดความมั่นใจและพัฒนาความสามารถในการดูแลทารกที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

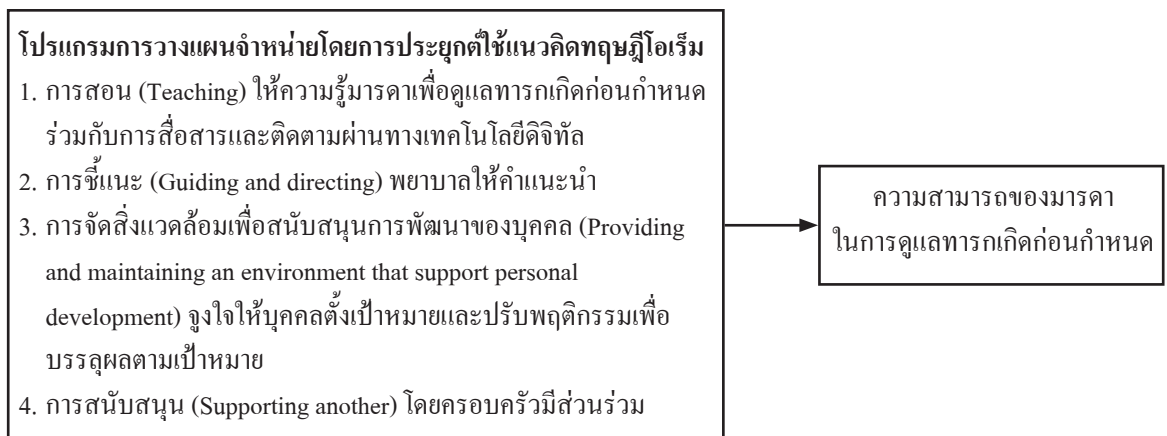
เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิด ก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem's theory of self-care) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด มารดา คือ ผู้ให้การดูแลทารกหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา มารดาจึงควรได้รับการช่วยเหลือโดยการสอน การให้คำชี้แนะเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน ร่วมกับการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน จะส่งผลให้มารดามีความสามารถในการดูแลทารกอย่างเหมาะสม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลหลังการทดลอง (Two-groups posttest design) ศึกษาระหว่าง เดือนสิงหาคม 2565–กุมภาพันธ์ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 34 - 37 สัปดาห์ จากการประเมินอายุครรภ์ด้วยวิธีของบัลลาร์ด (Ballard score) มีน้ำหนักตัวแรกเกิดมากกว่า 1,500 กรัม ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันแบบทิศทางเดียว กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .99 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากผลงานวิจัยของเนตรทอง ทะยา (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลทารกของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 70.6 ($SD = 5.98$) ของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 64.25 ($SD = 4.66$) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.18 แล้วนำมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 48 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 26 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 และ 2 ซึ่งมีบริบทเดียวกันในการรับผู้ป่วยทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 28 วัน ที่มารับบริการในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยที่จะเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเร็ม คือ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 2 กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มารดาครรภ์แรก อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดมาก่อน มีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย มีโทรศัพท์มือถือที่มีระบบปฏิบัติการระดับสูง (Smart phone) และสามารถใช้งานได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มารดาที่มีบุตรเสียชีวิตในระหว่างการศึกษา ปฏิเสธการเข้าเยี่ยมทารก ได้รับการวางแผนจำหน่ายไม่ครบทุกขั้นตอน ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ตลอดการวิจัย และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุตร ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง คะแนน Apgar score ที่ 1 นาทีน้อยกว่า 7 คะแนน สัญญาณชีพไม่คงที่ คือ อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 200 ครั้ง/นาที หรือ มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 88

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 080/2022 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยจึงอธิบายวัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความยินยอมแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ

หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนด สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผล
กระทบต่อการพยาบาล บริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็น
ความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิด
ทฤษฎีโอเร็ม เน้นรูปแบบการดำเนินการอย่างมีแบบแผน เป็นการสอนรายบุคคล มีการสอนสาธิตย้อน
กลับเพื่อเตรียมความพร้อมให้มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่าง
สมบูรณ์ และมีความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีโอเร็ม ประกอบด้วย การชี้แนะ การสนับสนุน ทั้งทางด้านร่างกายและ
จิตใจ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคล จูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรม
เพื่อบรรลุผลตามเป้าหมาย และการสอน เพื่อให้มารดามีความสามารถในการเรียนรู้ดูแลทารกที่เหมาะสม
ต่อไป

เนื้อหาการสอน ประกอบด้วย การให้ความหมายและลักษณะทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด
การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด การส่งเสริมพัฒนาการ การป้องกันอุบัติเหตุ และการให้ความรู้แก่มารดา
ตามหลัก D-METHOD (กฤษฎา แสงวงศ์ และคณะ, 2539) ได้แก่ การวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ
ของทารกแรกเกิด (Diagnosis [D]) ยาที่ทารกได้รับ เหตุผลของการให้ยา และแนวทางการดูแลขณะได้รับ
ยา (Medication [M]) การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การ
ดูแลรักษาร่างกายทารกให้อบอุ่น (Environment [E]) การฝึกทักษะในการดูแล เช่น การวัดไข้ การเช็ดตัว
ลดไข้ การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น อาการท้องเสีย การสำลัก การดูแล
หลังให้นม (Treatment [T]) การส่งเสริมสุขภาพเรื่อง การได้รับวัคซีนตามวัย การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่อย่างต่อเนื่อง (Health [H]) การติดตามมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้
บ้านในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Outpatient [O]) การได้รับความ
รู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่ การฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบีบเก็บน้ำนม การรักษาน้ำนม และ
ระยะเวลาการให้นม (Diet [D]) โดยการสื่อสารและติดตามวัดผลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลทางแอปพลิเคชัน
ไลน์กลุ่มในโทรศัพท์ Smart phone ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงความรู้ทางด้านสุขภาพได้ง่าย
สะดวกและรวดเร็ว

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา
อาชีพ และวิถีคลอด ส่วนข้อมูลทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย เพศ อายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนัก
แรกเกิด

2.2 แบบประเมินความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด คัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา ของวรวิศรา ศักดาจิระเจริญ (2553) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency) เท่ากับ .88 ประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการดูแลด้านร่างกาย จำนวน 17 ข้อ 2) ด้านการดูแลด้านการส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านการดูแลด้านการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับทารก จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จาก 0 (ไม่ได้ปฏิบัติเลย) 1 (ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนบางครั้ง หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องเป็นส่วนมาก) 2 (ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน แต่ไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ) และ 3 (ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกวัน) ให้คะแนนตามระดับที่เลือก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-84 คะแนน สามารถแปลผลคะแนนจากคะแนนรวม เพื่อแบ่งเกณฑ์ระดับความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (0-28 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง (29-56 คะแนน) และอยู่ในระดับดี (57-84 คะแนน)

2.3 แบบบันทึกการติดตามข้อมูลทางไลน์กลุ่มผ่านทางโทรศัพท์ Smart phone หลังการจำหน่ายทารกในระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเร็มและแบบประเมินความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพทางการพยาบาลทารกแรกเกิด อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเด็ก (ทารกแรกเกิด) และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ หลังจากได้รับข้อคิดเห็น นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเร็ม ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจของมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ความชัดเจนของภาษาที่ใช้และระยะเวลาในการดำเนินการสอน แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ส่วนแบบประเมินความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ได้นำผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (Scale-level content validity index [S-CVI]) ได้เท่ากับ .98 และนำไปทดลองใช้กับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการรับรองจริยธรรมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย 1 และ 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธื่อดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยที่ระบุและไม่ใช่วันเดียวกัน ประเมินคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นดำเนินการชี้แจงรายละเอียดตามการพิทักษ์สิทธิ์ รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) แล้วพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษา

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำและฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนกลับไปอยู่ที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยจะติดตามประเมินความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยแจ้งให้มารดาเข้าร่วมในไลน์กลุ่มและแนะนำวิธีการใช้งานเพื่อใช้ในการติดตามความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที) หลังจากจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดกลับบ้านแล้ว จะขออนุญาตติดตามประเมินความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายทารกกลับบ้าน โดยจะใช้ไลน์กลุ่มผ่านทางโทรศัพท์ Smart phone

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้ให้การพยาบาลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียมร่วมกับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนและความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยจะทำการสอนกลุ่มทดลอง ในห้องแยกที่เป็นส่วนตัว โดยดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มทดลอง วันที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำและเชิญให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย ใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พร้อมแนะนำวิธีการใช้งานเบื้องต้น และให้ศึกษาข้อมูลความรู้ล่วงหน้าแล้วกำหนดเวลานัดหมายในการให้ความรู้และฝึกทักษะ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

ครั้งที่ 2 วันที่ 3 - 5 ของการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดตามการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรียม โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดา วันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที หลังจากนั้น มารดาสามารถซักถามข้อสงสัยหรือสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ทางไลน์กลุ่มตลอด 24 ชั่วโมง จนทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากพบว่ามารดายังไม่สามารถดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ ผู้วิจัยจะชี้แนะ สอนและสาธิตซ้ำ

ครั้งที่ 3-6 หลังจากจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดกลับบ้านแล้ว จะขออนุญาตมารดาติดตามประเมินความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายทารกกลับบ้าน โดยจะติดต่อในไลน์กลุ่มผ่านทางโทรศัพท์ Smart phone และบันทึกการติดต่อลงในแบบบันทึกการติดตามข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean [M]) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพารามตริกของ

ข้อมูล โดยตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลและความแปรปรวนภายในกลุ่มเมื่อพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) และทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้วิธีการทดสอบ Bonferroni ในการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องความแปรปรวนภายในกลุ่มต้องไม่แตกต่างกัน (Homogeneity of variance)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 29-35 ปี (ร้อยละ 46.15) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 23.07) อาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 34.61) และคลอดบุตรด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ร้อยละ 57.69) ทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.69) อายุครรภ์เมื่อคลอด 33-37 สัปดาห์ (ร้อยละ 80.76) และน้ำหนักแรกเกิด 2,001-2,500 กรัม (ร้อยละ 34.61) ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเปรียบเทียบ มารดาส่วนใหญ่มีอายุ 29-35 ปี (ร้อยละ 38.46) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 42.30) อาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 34.61) และคลอดบุตรด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ร้อยละ 61.53) ทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.69) อายุครรภ์เมื่อคลอด 33-37 สัปดาห์ (ร้อยละ 80.76) และน้ำหนักแรกเกิด 2,001-2,500 กรัม (ร้อยละ 38.46) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง ในระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอริเอม และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง	1 สัปดาห์			1 เดือน			2 เดือน			3 เดือน		
	M	(SD)	แปลผล	M	(SD)	แปลผล	M	(SD)	แปลผล	M	(SD)	แปลผล
กลุ่มทดลอง	76.81	(4.90)	ดี	78.04	(2.44)	ดี	80.31	(2.53)	ดี	83.35	(1.26)	ดี
กลุ่มเปรียบเทียบ	75.50	(11.46)	ดี	75.81	(8.08)	ดี	76.96	(3.41)	ดี	76.92	(7.06)	ดี

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 26

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังจากทดลอง ในระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1, 50) = 5.501, p = .023$) และยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างของระยะเวลาและกลุ่ม (Time Group Interaction) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.740, 87.001) = 4.464, p = .018$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	p-value
ภายในกลุ่ม (Time)	495.115	1,740	284.545	11.436	< .001*
ความคลาดเคลื่อน	2164.635	87,001	24.881		
ระหว่างกลุ่ม (Group)	575.558	1	575.558	5.501	.023*
ความคลาดเคลื่อน	5231.133	50	104.623		
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม (Time* Group)	193.250	1,740	111.062	4.464	.018*
ความคลาดเคลื่อน	2164.635	87,001	24.881		

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 26, *p < .05, SS = Sum Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square,

^a Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ตามช่วงระยะเวลาโดยการทดสอบ Bonferroni พบว่า หลังการทดลองในระยะ 2 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยการทดสอบ Bonferroni

กลุ่มตัวอย่าง	ความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด											
	1 สัปดาห์			1 เดือน			2 เดือน			3 เดือน		
	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value
กลุ่มทดลอง - กลุ่มเปรียบเทียบ	1.31	2.44	.595	2.23	1.65	.184	3.35	0.83	<.001*	6.42	1.41	<.001*

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 26, *p < .001, MD = Mean Difference, SE = Standard Error

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอริเริ่มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการกำหนดและวางแผนกิจกรรมให้การดูแลตั้งแต่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการติดตามประเมินผลภายหลังจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลทารกเพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันไม่ให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำ ตามกรอบแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem, 1991) เมื่อได้รับความรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติและความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของวริศรา ศักดาจิระเจริญ (2553) ที่ศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีพฤติกรรมกรรมการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดีและดีกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนการศึกษาของสุวารี โพธิ์ศรี และวราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2561) ที่ศึกษาผลพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมการจำหน่ายทารกตลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายมีพฤติกรรมกรรมการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนดที่บ้านดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของสมจิตต์ อุทยานสุทธิ และคณะ (2558) ที่พัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่าความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมาก

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ สร้างขึ้นเพื่อให้มารดาได้เตรียมความพร้อมของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยพยาบาลจะทำหน้าที่ให้การชี้แนะ สอน สนับสนุน แนะนำ รวมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจจากการสอนสาธิต และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม (ปราณี ผลอนันต์ และคณะ, 2556) รวมทั้งมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ ทั้งก่อนและหลังจำหน่ายทารกโดยการติดตามเยี่ยมทางไลน์กลุ่มผ่านทางโทรศัพท์ Smart phone และดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบ จากการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกิดความพร้อมและมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น และทำให้ความรู้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผ่านทางไลน์กลุ่ม ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทย เป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารกับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดในยุคปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง (วนิสสา หะยิเชะ และคณะ, 2565) เพราะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก สามารถสแกน QR Code เพื่อศึกษาความรู้และทักษะเพิ่มเติมผ่านทางโทรศัพท์ Smart phone ของตนเอง เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับมารดาที่จะช่วยให้มีความสนใจมากขึ้น มีการใช้รูปภาพประกอบชัดเจน และมีเสียงบรรยายที่ทำให้เข้าใจง่ายขึ้น สามารถดูซ้ำได้หลายครั้งด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้และมีทักษะในการปฏิบัติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลไลน์กลุ่ม ซึ่งคือทีมผู้วิจัย จะส่งข้อมูลความรู้ที่เป็นวิดีโอประกอบคำบรรยายเป็นระยะๆ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นและให้ความรู้แก่มารดาเปิดโอกาสให้มารดาส่งข้อความรูปภาพ และคลิปวิดีโอ เพื่อซักถามเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ตลอดเวลา และสามารถดูวิดีโอประกอบคำบรรยายซ้ำได้ มารดาจึงเกิดการเรียนรู้จากการดูซ้ำ (สุนนกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย, 2563) นำไปสู่การปฏิบัติจริงกับทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง มารดามีความมั่นใจในการปฏิบัติและเกิด

ความปลอดภัยในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของวนิสา หะยีเซะ และคณะ (2565) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์ ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิมพบว่า ภายหลังจากให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์ มารดามีระดับความรู้มากกว่าก่อนการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียม ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยการให้ข้อมูล คำชี้แนะ และสนับสนุนในไลน์กลุ่มผ่านทางโทรศัพท์ Smart phone ทำให้มารดาเข้าถึงเนื้อหาความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้สะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบเดิมเหมาะสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการพยาบาลในยุคปัจจุบัน ส่งผลให้มารดามีความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังจากจำหน่ายแตกต่างจากการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้มีโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีโอเรียมต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มนำมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการวางแผนให้การพยาบาลในการจำหน่ายแก่ผู้รับบริการ
2. พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นรูปแบบโดยเฉพาะการประเมินปัญหาความต้องการ ความรู้ และทักษะการปฏิบัติการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านบริหารการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีการให้ความรู้เรื่องการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดควบคู่ไปกับการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการบริการและการศึกษา
2. ควรจัดอบรม เรื่อง ระบบการพยาบาลที่ช่วยสนับสนุนการให้ความรู้และการวางแผนจำหน่ายแก่บุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้รับบริการทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและความพึงพอใจของมารดา
2. ศึกษาติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เช่น พัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารก อัตราการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.เพ็ญศรี รัชกั้วรงค์ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ให้คำปรึกษา และขอขอบคุณศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม: อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Rate) ระดับเขตสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr>
- กฤษดา แสงดี, ชีรพร สติธิ์อังกูร และเรวดี ศิรินครดี. (2539). *แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนติดตามผลการดำเนินงานโครงการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/01/66-Plan-to-follow-up-on-the-performance-of-major-projects-v2.pdf>
- จิตติพร เรือนกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อม ในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้เป็นมารดาครั้งแรก. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 20(1), 40-51.
- เนตรทอง ทะยา. (2548). ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนด ต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารก. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*, 11(3), 167-176.
- ปราณี ผลอนันต์, ศรีพรพรรณ กันธวัง, และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2556). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร*, 40(1), 89-101.
- ภากร ชูพินิจรอบคอบ. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 7(1), 15-32.
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2564). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. นครราชสีมา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- วนิสยา หะยีเชะ, นุจรี ไชยมงคล, อัจฉราวดีศรียะศักดิ์, มยุรี ยี่ป่าโล๊ะ. (2565). การพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 13(1), 39-55.
- วรรณมน ปาพรหม. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(4), 86-96.

- วิธรา สักดาจิระเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้อิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/CU.the.2010.456
- สมจิตต์ อุทยานสุทธิ, ศรีนวล สถิตวิทยานันท์, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2558). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด โรงพยาบาลตำรวจ . *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(2), 145-160.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF>
- สิริรักษ์ ศรีมาลา, จรัสศรี เข็นบุตร, และมาลี เอื้ออำนวย. (2556). การปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคเหนือ. *พยาบาลสาร*, 40(3), 21-29.
- สุนนกาญจน์ ลากิตติเจริญชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(3), 42-50.
- สุวารี โพธิ์ศรี, และวราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2561). ผลของโปรแกรมเตรียมจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาที่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 177-186.
- เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, กาญจนา ปัญญาธร, นิตยากร ลุนพรหม, อุมภาพร เคนศิลา, ผาณิต คำหารพล, กนธิชา จินกลิ่น, กุลฉวี วงษาเทียม, ธัญญาลักษณ์ สาลากัน, ธัญวลัย สายสิน, นรากร บรรดาศักดิ์, นฤมล ศรีงาม, และนาราภัทร มูลเพชร. (2563). ผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 8(2), 89-104.
- Granero-Molina, J., Medina, I. M. F., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Lasserrotte, M. D. M. J., & Rodríguez, M. D. M. L. (2019). Experiences of mothers of extremely preterm infants after hospital discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, 45, e2-e8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003>
- Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of Practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby year book.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Preterm birth*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

ระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษา โรงพยาบาลสนามเชราระกราว

สมจิตร จำปาแดง, ศศ.ม.¹

อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, พย.ม.²

โสภา บุตรดา, พย.ม.²

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, Ph.D.^{3*}

(วันที่ส่งบทความ: 13 มกราคม 2566; วันที่แก้ไข: 12 มีนาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 13 มีนาคม 2566)

บทคัดย่อ

โครงการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามจังหวัดบุรีรัมย์: กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Preparation and Deployment of the Buriram Filed Hospital: A COVID-19 Case Study [PD-BFH]) ได้ดำเนินการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโดยมีโครงการต้นแบบน้อยมาก การวิจัยแบบประเมินผลนี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการ PD-BFH ตามกรอบแนวคิดของชิป (CIPP) คือ ด้านบริบท (Context [C]) ปัจจัยนำเข้า (Input [I]) กระบวนการ (Process [P]) และผลลัพธ์ (Product [P]) มีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 50 คน ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจงตามการมีส่วนร่วมในโครงการ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ และการบันทึกผลสัมฤทธิ์การดำเนินโครงการ แนวคำถามการสัมภาษณ์ในส่วนที่ปรับปรุงจากต้นฉบับ และแบบบันทึกผลสัมฤทธิ์การดำเนินโครงการได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความสอดคล้องของคำถามและจุดประสงค์มากกว่า .50 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาผลการศึกษาด้านบริบท พบว่า โครงการ PD-BFH จัดตั้งขึ้นเพื่อชาวบุรีรัมย์ โดยได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายแต่ต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่าโรงพยาบาลสนามใช้ระบบดำเนินการเช่นเดียวกับระบบของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ด้านกระบวนการพบว่ามีกรอบแบบระบบในการรับ ส่งต่อ และจำหน่ายผู้ป่วยที่สะดวก และด้านผลลัพธ์พบว่าโรงพยาบาลสนามรับผู้ป่วยไว้รักษาจำนวน 13,425 คน โดยไม่มีผู้เสียชีวิตแต่มีผู้ป่วยถึงตายคิดเฉลี่ยร้อยละ 2.62 และพบปัญหา 4 ประเด็น คือ มีสิ่งจำเป็นต่างๆ ไม่เพียงพอ การสื่อสารไม่ราบรื่น เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด และเกิดผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โรงพยาบาลที่ให้บริการตามปกติจึงควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อใช้ในกรณีที่มีการระบาดของโรค

คำสำคัญ: โควิด-19, โรงพยาบาลสนาม, การวิจัยแบบประเมินผล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลบุรีรัมย์

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลบุรีรัมย์

³ อาจารย์, มหาวิทยาลัยราชธานี

* ผู้ประพันธ์บทความ: ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, อีเมล: prangthip.elter@rtu.ac.th

A Study of Field Seragraw Hospital Administrative System in COVID-19 Situation

Somjit Champadaeng, M.A.¹

Aungsana Siritattanametant, M.N.S.²

Sopa Budda, M.N.S.²

Prangthip Thasanoh Elter, Ph.D.^{3*}

(Received: January 13rd, 2023; Revised: March 12nd, 2023; Accepted: March 13rd, 2023)

Abstract

The project, *Preparation and Deployment of the Buriram Field Hospital: A COVID-19 Case Study* [PD-BFH]), was conducted during the disease pandemic using limited models. This evaluative research aimed to evaluate the PD-BFH project using the CIPP model, which includes context (C), input (I), process (P), and product (P). Fifty key informants were purposively selected according to their involvement in the project. Both qualitative and quantitative data were collected by employing interview guides and reviewing the project's output records. The developed interview guide and the output records were validated by five experts and had indexes of item-objective congruence (IOC) of more than .50. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the qualitative data were analyzed using content analysis. The research results revealed that the BFH was built for Buriram residents with cooperation from many parties, but there were many challenges. In the input, it was found that the field hospital employed the Buriram Hospital's operative systems and its processes for patient admissions, referrals, and discharges because they were convenient. Finally, the output revealed that the field hospital admitted 13,425 patients without any deaths. However, 2.62% of the staff had contracted a COVID-19 infection. We found four main obstacles. Those were the lack of necessities, ineffective communication, surprise events, and unachieved goals. A hospital should be prepared by developing nursing practice guidelines to use during any disease pandemic.

Keywords: COVID-19, field hospital, evaluation research

¹ Registered nurse, senior professional level, Buriram Hospital

² Registered nurse, professional level, Buriram Hospital

³ Lecturer, Ratchathani University

* Corresponding author: Prangthip Thasanoh Elter, E-mail: prangthip.elter@rtu.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19 หรือ โควิด-19]) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่ระบาดทั่วโลกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เชื้อโรคสามารถแพร่จากคนสู่คนโดยผ่านสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย ละอองฝอยขนาดเล็กขณะที่มีการทำหัตถการ และสิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนเชื้อ (กรมควบคุมโรค, 2564) ดังนั้น โรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่สำหรับรักษาผู้ป่วยและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค จึงอาจกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อได้เช่นกันหากการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไม่ดีพอ การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) สำหรับดูแลผู้ติดเชื้อซึ่งเกินศักยภาพการจัดระบบบริการในการรองรับผู้ป่วย จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคติดเชื้อนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เพราะผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่ไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อได้ ซึ่งหากรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ในโรงพยาบาลทั่วไป อาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วยโรคทั่วไปได้

โรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยแพร่กระจายเชื้อง่าย และเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรงพยาบาลจึงมาจากสถานบริการด้านสุขภาพทุกระดับ เช่น อูษาคำประสิทธิ์ (2565) ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน พบว่าโรงพยาบาลมีปัญหาและอุปสรรคในด้านโครงสร้างและการบริหาร อัตรากำลังและพยาบาลมีความเห็นว่าภาระงานมากและมีความเสี่ยงความเครียดและความกังวล เช่นเดียวกับ Jabbari et al. (2022) ที่ศึกษามุมมองของพยาบาลต่อการจัดการโรงพยาบาลของรัฐในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ต่อการจัดการโรงพยาบาล 5 ประเด็นหลัก คือ ภาวะผู้นำ และการจัดการ การจัดการการให้บริการ การจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการวัสดุและอุปกรณ์ และการจัดการทรัพยากรด้านเศรษฐกิจ จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการด้านบุคคล สิ่งของ และงบประมาณ เป็นประเด็นสำคัญในช่วงที่มีการระบาดของโรค

ในภาวะที่มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เป็นภาระทางการแพทย์ต่อโรงพยาบาลที่ให้บริการตามปกติ จากสถิติของกรมควบคุมโรค (2564) ที่รายงานข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 – 31 กรกฎาคม 2564 พบว่า ในจังหวัดบุรีรัมย์มียอดผู้ติดเชื้อสะสม 3,427 ราย เฉพาะโรงพยาบาลบุรีรัมย์มียอดผู้ติดเชื้อสะสมมากถึง 668 ราย ซึ่งเกินกำลังของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่จะให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบุรีรัมย์จึงได้ตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้น โดยมีโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นแกนหลักในการดำเนินการด้านการดูแลรักษา ภายใต้โครงการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามจังหวัดบุรีรัมย์: กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Preparation and Deployment of the Buriram Filed Hospital: A COVID-19 Case Study [PD-BFH]) และตั้งชื่อโรงพยาบาลในภายหลังว่า *โรงพยาบาลสนามพระระกราว* ซึ่งมีขนาด 2,000 เตียง และมีที่พักคอยขนาด 500 เตียง รับผิดชอบผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว (มีอาการเล็กน้อย เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ไม่รู้รส ไอ หรือมีน้ำมูก) และสีเหลือง (อาการแน่นหน้าอก ปอดอักเสบ หายใจลำบาก หรืออ่อนเพลีย) โรงพยาบาลเปิดดำเนินการเป็นระยะเวลา 11 เดือน (สิงหาคม 2564-มิถุนายน 2565) แต่ยังไม่มีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นทางการ

การประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบนั้นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่เหมาะสม นอกจากกรอบแนวคิดของทฤษฎีระบบแล้ว กรอบแนวคิดหนึ่งที่ยิมนำมาเป็นแนวทางในการประเมินผลโครงการ คือ กรอบแนวคิดซีพี (CIPP Model) ของ Stufflebeam and Shinkfield (2007) ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context evaluation [C]) ปัจจัยนำเข้า (Input evaluation [I]) กระบวนการ (Process evaluation [P]) และผลลัพธ์ (Product evaluation [P]) แนวคิดนี้ยิมนำมาใช้เป็นกรอบในการประเมินผลโครงการจนถึงปัจจุบัน ดังเช่นในงานวิจัยของ เอกชัย พลหนองคุณ (2565) ที่นำมาใช้ประเมินผลโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้สามารถประเมินโครงการได้ครบทุกด้าน ทั้งนี้การประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินการโรงพยาบาลสนามยังถูกวัดด้วยตัวแปรอื่นๆ เช่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (สินีนานู เนาวิสุวรรณและคณะ, 2565) การจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (ปาริชาติ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2564) และความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสนาม (สมเกียรติ พุทธิเสนาธิกร และวารุณี ระเบียบดี, 2565) การใช้ CIPP model จึงมีความยืดหยุ่นในการนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลโครงการ

การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในประเทศไทยยึดแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. (2563) และกรอบแนวคิดการดำเนินงานโรงพยาบาลสนามของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) แต่โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะต้องบริหารจัดการให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เช่น ชลาลัย เจียวสุวรรณ และคณะ (2565) พบว่าโรงพยาบาลสนามแห่งหนึ่งในภาคเหนือไม่มีรูปแบบการดำเนินการ จึงได้พัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารการพยาบาลด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามโดยใช้แนวคิดเชิงระบบ ส่วน อภิรดี นันท์ศุกวัฒน์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์โควิด-19 ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบเช่นกัน และได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไว้หลายประการ เช่น ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางแพทย์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม และพัฒนาระบบการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นต้น การวิจัยทั้งสองเรื่องนี้มีผลการวิจัยที่ทั้งระบบสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโครงการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามได้

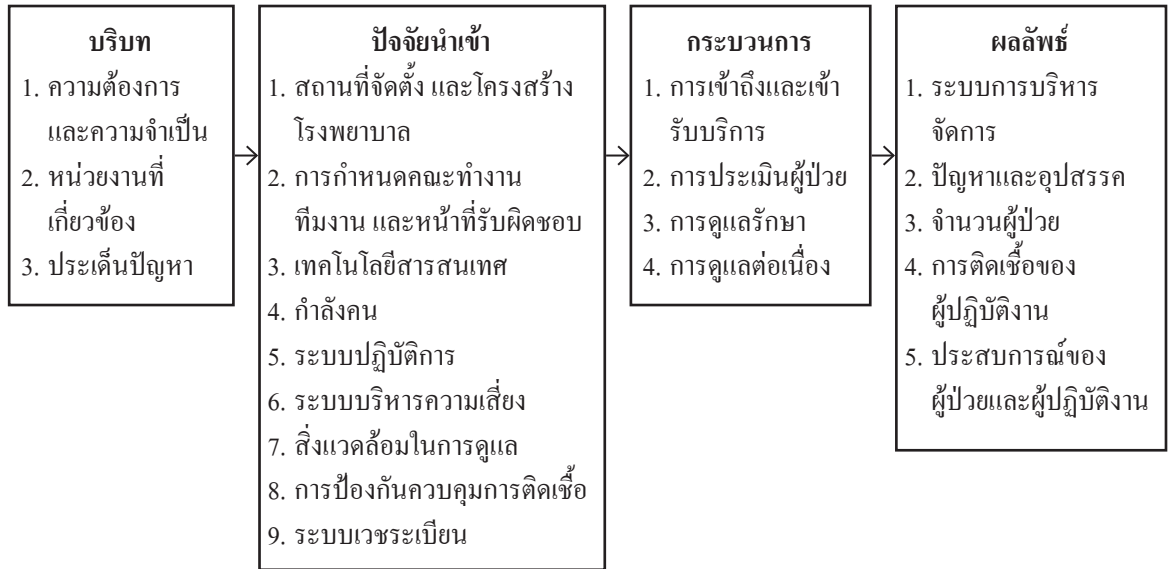
จากการที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ดำเนินโครงการ PD-BFH เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดตั้งและดำเนินการโรงพยาบาลสนามเชราระกราว แต่ยังไม่มีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงทำการวิจัยประเมินผลโครงการโดยใช้ CIPP Model เป็นกรอบแนวคิดในการตอบคำถามการวิจัยที่ว่า ผลการดำเนินโครงการ PD-BFH ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เป็นอย่างไร ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามเมื่อเผชิญกับภาวะการระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อยู่ในลักษณะเดียวกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลโครงการ PD-BFH ทั้ง 4 ด้าน ตามกรอบแนวคิด CIPP Model คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam and Shinkfield (2007) ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละด้านเรียงตามขั้นตอนการดำเนินโครงการดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluation research) เพื่อประเมินผลโครงการ PD-BFH ซึ่งเปิดดำเนินการในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 - มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เป็นระยะเวลา 3 เดือน คือ เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการโครงการ PD-BFH และผู้รับบริการในโรงพยาบาลสนามเซราะกราว จำนวน 13,860 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้นำและผู้บริหาร 62 คน 2) ผู้ปฏิบัติการ อำนวยกร 79 คน 3) ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ 294 คน และ 4) ผู้ป่วย 13,425 คน

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาลสนามในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต สามารถฟังและพูดได้ดี และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลเชิงลึกและเล่าถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาลสนาม ผู้วิจัยกำหนดลักษณะผู้ให้ข้อมูลเป็น 4 กลุ่ม ครอบคลุมทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมจัดตั้งและดำเนินการโรงพยาบาลสนาม เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันพบว่า ข้อมูลอิ่มตัวเมื่อได้สัมภาษณ์ไปแล้ว จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้นำและผู้บริหาร 9 คน 2) บุคลากรที่ปฏิบัติการอำนวยการ 7 คน 3) บุคลากรปฏิบัติการทางการแพทย์ 14 คน และ 4) ผู้ป่วย 20 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่ บร. 0033.102.1/30 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดอื่นๆ ตามเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย เน้นให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับแจ้งว่าคำตอบที่ให้แก่วิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการประเมินผลการทำงาน หรือการรักษาที่จะได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล ก่อนการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ (Consent form)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การให้ตอบแบบสอบถาม และการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก เนื่องจาก การวิจัยนี้ได้ใช้เทคนิคในการเก็บ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางของการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงถือว่านักวิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัยด้วย ซึ่งมีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. ผู้วิจัยทุกคน มีประสบการณ์ในการทำวิจัยมาไม่น้อยกว่า 25 ปี เคยศึกษาและฝึกปฏิบัติการทำวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาระดับปริญญาโท ปริญญาเอกหรือเข้าร่วมอบรมการทำวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพหลังจบการศึกษาแล้ว และเป็นพยาบาลที่มีความเข้าใจบริบทของการให้บริการด้านสุขภาพ ผู้วิจัยคนที่ 1 ซึ่งทำหน้าที่สัมภาษณ์ เป็นพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ มีประสบการณ์ในการถอดบทเรียนโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข และถอดบทเรียนโครงการอุ้มลูกหลานเชราระกรวกลับบ้าน จึงมีความเข้าใจระบบการจัดการของโรงพยาบาลสนาม ทำให้สามารถตีความคำตอบของผู้ให้ข้อมูลและสร้างคำถามเพิ่มเติมในการหว่างการสัมภาษณ์ได้อย่างเหมาะสม

2. แนวการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำสั้นๆ จำนวน 5 ข้อ คือ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษาและบทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาลสนามเชราระกรว และ 2.2 คำถามสำหรับการสัมภาษณ์ พัฒนาโดยอภริดี นันทสุภวัฒน์ และคณะ (2565) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ มีจำนวน 4 ชุดสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน คือ 2.2.1) คำถามสำหรับผู้นำและผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามที่เป็นพื้นที่ศึกษา มีจำนวน 10 ข้อ เช่น *ปัจจัยอะไรบ้างที่เอื้อและ/หรือเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการในโรงพยาบาล* 2.2.2) คำถามสำหรับบุคลากรปฏิบัติการอำนวยการ มีจำนวน 9 ข้อ เช่น *ท่านมีบทบาทอย่างไรบ้างในแต่ละวัน* และ 2.2.3) คำถามสำหรับบุคลากรปฏิบัติการทางการแพทย์ มีจำนวน 15 ข้อ เช่น *เหตุผลหรือวัตถุประสงค์ในการเข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามเชราระกรวของท่านคืออะไร* เป็นต้น 2.2.4) คำถามสำหรับผู้รับบริการ มีจำนวน 8 ข้อ เช่น *กระบวนการในการติดตามอาการ การดูแลเป็นอย่างไร* เป็นต้น ทั้งนี้แนวคำถามชุดที่ 2.2.1-2.2.3 ได้นำมาใช้โดยไม่ได้มีการแก้ไข ส่วนแนวคำถามชุดที่ 2.2.4 ได้ปรับปรุงโดยเพิ่มคำถามที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลต่อเนื่อง

3. แบบบันทึกผลลัพธ์การดำเนินโครงการ เป็นแบบตัวเลือกและเติมคำสั้น ๆ สำหรับผู้วิจัยใช้บันทึกข้อมูลที่ต้องการ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 3.1 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้รับบริการ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำสั้น ๆ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การเข้ารับบริการ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลสนามและการกลับบ้าน ตอนที่ 3.2 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับบุคลากรที่เชื่อจากการปฏิบัติงาน เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำสั้น ๆ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง หน่วยงานต้นสังกัด และการรักษาที่ได้รับ

4. อุปกรณ์ในการบันทึกเสียง คือ โทรศัพท์และแท็บเล็ตพีซี (Tablet PC) ที่มีโปรแกรมจำเสียง (Voice memory) จำนวน 2 เครื่อง และอุปกรณ์ในการจดบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยทุกคนเป็นพยาบาลที่ผ่านการเรียนและการอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยไม่น้อยกว่า 25 ปี ผู้วิจัย 3 คนแรกเป็นพยาบาลประจำโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งและดำเนินการโรงพยาบาลสนาม ส่วนคนที่ 4 เป็นอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย

2. เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาหรือปรับปรุงขึ้น ได้แก่ แนวการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตอนที่ 2.2.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และแบบบันทึกผลลัพธ์การดำเนินโครงการ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ ผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา แล้วคำนวณดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item-objective congruence [IOC]) คำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า .50 จะได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำ จนคำถามทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า .50 จึงนำไปทดลองใช้ โดยแนวการสัมภาษณ์นำไปทดลองใช้กับแพทย์และพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในคำถาม และขั้นตอนการสัมภาษณ์

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1985) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่รวบรวมได้นั้นมีความน่าเชื่อถือ โดยใช้เทคนิคเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูลด้วยการใช้เวลาเรียนรู้ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการอยู่ในโรงพยาบาลสนามซึ่งเป็นพื้นที่วิจัยเป็นระยะเวลา (Prolonged engagement) อย่างน้อย 3 เดือน เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาจนเกิดสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เข้าร่วมการวิจัย (Rapport) นอกจากนี้ได้ใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ด้วยการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และการบันทึกภาคสนาม รวมทั้งเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลากหลายกลุ่ม เช่น ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการหรือให้บริการ และผู้รับบริการ แล้วนำข้อมูลที่เก็บได้มาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ ในระหว่างการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับนักวิจัยท่านอื่น (Peer debriefing) เพื่อให้เห็นมุมมองที่แตกต่างกันที่นักวิจัยอาจจะมองข้ามไป และสุดท้ายผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาตรวจสอบร่วมกัน และนำไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ในกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการ และผู้รับบริการ กลุ่มละ 1 ท่าน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์และดำเนินการดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลจากเอกสารและระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หนังสือราชการ คำสั่งหรือคำสั่งแต่งตั้ง แผนรองรับสถานการณ์ในระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล แผนผังและโครงสร้างของอาคาร กระบวนการทำงานของผู้ปฏิบัติงานหลักและผู้ปฏิบัติงานเสริมทุกหน้าที่ แนวทางปฏิบัติที่ใช้ในโรงพยาบาลสนามพระราชกรรมาสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอก การรับส่งต่อผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย ระบบเวชระเบียนผู้ป่วย ข่าวสารในสื่อต่างๆ ประกาศต่างๆ เว็บไซต์ เว็บบอร์ด และเฟซบุ๊ก เป็นต้น

2. เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยคัดเลือกและติดต่อผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มผู้นำและผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนาม รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะติดต่อด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจงขอความยินยอมในการให้ข้อมูลโดยสมัครใจ แล้วให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมก่อนการสัมภาษณ์

2.2 กลุ่มผู้รับบริการ ผู้วิจัยประสานงานไปยังหัวหน้าศูนย์สายด่วน (Hotline) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมายสถานที่ วัน และเวลาที่สะดวกให้การเข้าพบเพื่ออธิบายโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจง ขออนุญาตเข้าถึงทะเบียนและข้อมูลผู้ป่วย แล้วติดต่อผู้รับบริการทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย คัดกรองเบื้องต้น ขอความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยวาจาแล้วนัดหมายสถานที่ วัน และเวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์ และให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมก่อนการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ ดำเนินการโดยผู้วิจัยคนที่ 1 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45-90 นาที ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์สามารถขอยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และสามารถนัดหมายการสัมภาษณ์หลายครั้งได้ถ้าจำเป็น ขณะสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียงด้วยโปรแกรมจำลองในโทรศัพท์และแท็บเล็ตที่ซื้อมา 1 เครื่อง ที่วางคนละตำแหน่ง และจดบันทึกข้อมูลอื่นๆ ที่สังเกตได้ในระหว่างการสัมภาษณ์ หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยคนที่ 1 ได้ถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ภายใน 24 ชั่วโมง หลังสัมภาษณ์เสร็จ

3. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์ และบันทึกผลลัพธ์การดำเนินโครงการเก็บจากงานเวชระเบียนในระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลแบบบันทึกผลลัพธ์การดำเนินโครงการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เอกสาร และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาในเชิงคุณภาพ (Qualitative content analysis) ตามแนวทางของ Graneheim and Lundman

(2004) ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของการศึกษาที่เป็นเรื่องใหม่และมีวรรณกรรมน้อย ซึ่ง Jabbari et al. (2022) ได้นำมาใช้วิเคราะห์การวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาการจัดการโรงพยาบาลในระหว่างที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยผู้วิจัยได้อ่านและตรวจสอบข้อความในเอกสารที่ได้จากการเก็บข้อมูลหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจข้อมูลที่รวบรวมได้ และหาแบบแผนที่เหมาะสมกับข้อมูล แล้วจำแนก (Identify) ลดทอน (Reduce) และให้รหัส (Code) ข้อมูลจากเอกสารดังกล่าวในส่วนที่ตอบคำถามการวิจัย ก่อนที่จะจัดกลุ่มรหัสที่มีแนวคิดหรือความหมายคล้ายกันไว้ด้วยกันเป็นหัวข้อเรื่องย่อย (Subcategory) แล้วรวมรหัสในหัวข้อเรื่องย่อยที่มีเนื้อหาเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันให้เป็นหัวข้อเรื่อง (Category) ซึ่งมีความสำคัญและมีความหมายต่อคำถามและจุดประสงค์การวิจัย แล้วนำหัวข้อเรื่องที่มีความหมายพื้นฐาน (Underlying meaning) เหมือนกันมารวมกันแล้วตั้งชื่อใหม่เป็นแก่นเรื่องย่อย (Sub theme) และรวมแก่นเรื่องย่อย เป็นแก่นเรื่อง (Theme) ตามลำดับ

ผลการวิจัย

การวิจัยแบบประเมินผลครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เอกสาร และการบันทึกภาคสนาม เพื่อประเมินผลโครงการ PD-BFH ตาม CIPP model ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเรียงลำดับ คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และการประเมินผลโครงการในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้นำ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการ และผู้ให้บริการ (กลุ่มที่ 1-3) มีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.3) อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 53.3) เป็นผู้ปฏิบัติระดับโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.4) มีการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 60) และมีบทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาลสนามชระกราวเป็นผู้บริหาร (ร้อยละ 36.7) ส่วนกลุ่มผู้ใช้บริการ (กลุ่มที่ 4) มีจำนวน 20 คน มีจำนวนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี (ร้อยละ 36.4) มีการศึกษาระดับอนุปริญญาและระดับมัธยมศึกษาในจำนวนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 30 โดยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94) นอนโรงพยาบาลสนาม 14 วัน และทุกคน (ร้อยละ 100) สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสนามได้โดยไม่มีอัตราการเสียชีวิต

ด้านบริบท

ผลการประเมินบริบทสามารถจัดกลุ่มเนื้อหาได้ 3 แก่นเรื่อง คือ อ้อมลูกหลานชระกราวกลับบ้าน ผสานความร่วมมือ และสู่ความท้าทายใหม่

1. อ้อมลูกหลานชระกราวกลับบ้าน ซึ่งในที่นี้คำว่า ลูกหลานชระกราว หมายถึง การเป็นชาวนุริรัมย์ ที่ถือกันว่าทุกคนเป็นญาติพี่น้องกัน เพราะเป็นลูกหลานของรัชกาลที่ 1 จึงเปรียบเหมือนสมาชิกในครอบครัว จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทำให้ชาวจังหวัดบุรีรัมย์ที่ทำงานในพื้นที่การระบาดต้องย้ายกลับภูมิลำเนา รวมทั้งผู้ติดเชื้อ แต่โรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ไม่สามารถรองรับได้อย่างเพียงพอ จึงเป็นเหตุหนึ่งที่ต้องจัดตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้น เพื่อ

เป็นการช่วยเหลือโอบอุ้มผู้ป่วยเหล่านั้น ดังคำให้สัมภาษณ์นี้ “มีแนวคิดอุ้มลูกหลานเพราะกลัวกลับบ้าน เพื่อให้คนบุรีรัมย์กลับมารักษาตนเองตามภูมิลำเนาได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยรถบริการทางการแพทย์ และมีโรงพยาบาลสนามได้มาตรฐานรองรับ” (P. Leader-1)

2. ผสานความร่วมมือ หลังจากมีมติในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม ได้มีการขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ในการสนับสนุนสถานที่และการจัดการอื่น เช่น ค่าใช้จ่ายด้านอาหารและเบี่ยงเลี้ยง การกำจัดขยะติดเชื้อ การจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบสุขภาพ ระบบบำบัดน้ำเสีย การจัดการบริการด้านการแพทย์ และบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ โดยมีโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นแกนหลักในการดำเนินการ และให้บริการด้านสุขภาพ ดังเช่น “การร่วมมือโดยหลักในการดำเนินงานคือโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระดมในเรื่องการบริการ ทรัพยากรต่างๆ คน แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ เครื่องมือต่างๆ ดำเนินการในภาพโรงพยาบาลคือโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นหลักดำเนินการ” (H. Leader-1)

3. ผู้ความท้าทายใหม่ ก่อนเปิดโรงพยาบาลสนามพบว่าในจังหวัดบุรีรัมย์มีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น จากการรวมกลุ่มในช่วงเทศกาลสงกรานต์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ไม่สามารถรองรับจำนวนผู้ติดเชื้อได้ ดังคำกล่าวของนักวิชาการสาธารณสุข “คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดมีมติ ให้มีโรงพยาบาลสนามขนาดใหญ่ ได้จัดตั้งที่โรงแรมมาแล้วแต่ไม่เพียงพอ จึงต้องหาสถานที่ขนาดใหญ่ เห็นห้างเก่ามีขนาดเหมาะสม” (Ph.T-1) ระหว่างเตรียมการยังพบความท้าทาย 2 ประการหลัก คือ อัตรากำลังด้านการพยาบาลไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ และบางส่วนของอาคารยังไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อได้เพียงพอ ดังผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการแพทย์ “อัตรากำลังจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ไม่สามารถสนับสนุนการให้บริการได้ทั้งหมด จึงต้องขออัตรากำลังด้านการพยาบาลและสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์” (N. Ad.-1)

ด้านปัจจัยนำเข้า

การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้าครอบคลุมประเด็น สถานที่จัดตั้งและโครงสร้างโรงพยาบาล การกำหนดคณะทำงาน ทีมงานและหน้าที่รับผิดชอบ เทคโนโลยีสารสนเทศ กำลังคน ระบบปฏิบัติการ ระบบบริหารความเสี่ยง สิ่งแวดล้อมในการดูแล การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ และระบบเวชระเบียน ผลการศึกษาพบว่า มี 2 แก่นเรื่อง คือ ความร่วมมือ และ การมีต้นแบบ

1. ความร่วมมือ หมายถึง ความร่วมมือขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ เช่น มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เป็นทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน และกระจายความรับผิดชอบ ดังคำสัมภาษณ์ “ด้านความปลอดภัยโดยปกครอง ทหาร ตำรวจ และอาสาสมัครรักษาดินแดน ด้านบริการทางการแพทย์โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ด้านบุคลากรสนับสนุนภารกิจโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดบุรีรัมย์” (P. Ad.-1) และ “การเตรียมการเรื่องอัตรากำลังแพทย์ มีการขัมมติที่ประชุมองค์กรแพทย์ จัดแพทย์เข้าไปให้บริการทั้งส่วนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และวางแผนเพื่อเพิ่มแพทย์ในโรงพยาบาลสนามเพราะกลัวให้เพียงพอต่อการให้บริการ” (F. Ad.-2)

2. การมีต้นแบบ หมายถึง การที่โรงพยาบาลสนามใช้รูปแบบการดำเนินการด้านการดูแลรักษา เช่นเดียวกับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ รวมทั้งระบบสารสนเทศ ระบบบันทึกเวชระเบียน และเชื่อมโยงข้อมูล ตั้งแต่ขั้นตอนการออกบัตร รายงานผลตรวจ การบริหารจัดการเตียง และการเบิกจ่ายยา วัสดุและเวชภัณฑ์ ต่างๆ เป็นต้น ทำให้สามารถบริหารจัดการได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ดังตัวอย่างจากคำสัมภาษณ์ผู้บริหารดังนี้ “ส่วนของการรักษาเป็นเรื่องของโรงพยาบาล ดำเนินการในเรื่องของการจัดการด้านบุคลากร จัดการพื้นที่ในการรองรับความเสี่ยงต่าง ๆ” (H. Ad.-1) และ “ระบบเวชระเบียน ด้วยเราเป็นโรงพยาบาล สนาม ก็มองเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลบุรีรัมย์” (H-Ad.-2)

ด้านกระบวนการ

การประเมินด้านกระบวนการ ครอบคลุมการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การดูแลรักษา และการดูแลต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลสนามได้ออกแบบระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 โดยรับผู้ป่วยจากหลายที่ เช่น ศูนย์พักคอย โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือรับผู้ป่วยที่เดินทางมาจากจังหวัดอื่น ๆ ตามแนวคิดอุ้มลูกหลานเซราะกราวกลับบ้าน แล้วผ่านระบบการประเมิน แยกประเภทและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลตามอาการ หากมีอาการดีขึ้น จะแจ้งญาติรับกลับ แต่หากมีอาการแย่ลงจะนำส่งโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งผลการประเมินกระบวนการ โดยการสัมภาษณ์ สรุปได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สะดวก ไม่ยุ่งยาก ดังเช่นตัวอย่างผลการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ “ผมทำงานอยู่กรุงเทพ พอติดเชื้อผมก็กลับไปรักษาที่บ้าน อยู่กรุงเทพขั้นตอนจะเยอะ คนติดเชื้อเยอะ ขั้นตอนช้า ก็เลยไปรักษาที่บ้าน ขั้นตอนก็เร็วครับ” (Cli. M-2)

ด้านผลลัพธ์

การประเมินด้านผลลัพธ์ ครอบคลุมระบบการบริหารจัดการ ปัญหาและอุปสรรค จำนวนผู้ป่วย การติดเชื้อของผู้ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินด้านผลผลิตพบว่า ตลอดการดำเนินงานของโรงพยาบาลสนามเซราะกราวมีจำนวนผู้รับไว้รักษา 13,425 คน มีวันนอนเฉลี่ย 14.5 วัน มีผู้ติดเชื้อถูกส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลบุรีรัมย์เนื่องจากอาการทรุดลงจำนวน 336 คน (ร้อยละ 2.5) ส่วนผู้ที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวน 43 คน (ร้อยละ 0.3) เนื่องจากพื้นที่ระยะกักตัวแต่ต้องการกลับโรงพยาบาลกลับบ้าน ในช่วงแรกผู้ป่วยเป็นกลุ่มวัยทำงานที่ติดเชื้อจากโรงงานและเดินทางกลับบ้าน แต่ในช่วงหลังพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ติดเชื้อจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลสนาม ส่วนการติดเชื้อของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามนั้น พบว่า ในจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม 229 คน มีผู้ติดเชื้อทั้งหมด 19 คน แบ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 4 คน (ร้อยละ 1.33) โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน (ร้อยละ 0.67) และบุคลากรที่ได้รับการจ้างโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด 13 คน (ร้อยละ 4.34)

ด้านปัญหาและอุปสรรค สามารถจัดกลุ่มปัญหาได้ 4 แก่นเรื่อง คือ ความไม่เพียงพอ ความไม่ราบรื่น สิ่งที่ไม่คาดคิด และสิ่งที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความไม่เพียงพอ หมายถึง สิ่งที่ได้รับการกล่าวถึงโดยผู้ให้ข้อมูลว่าไม่เพียงพอ หรือขาดแคลนพบว่าที่สำคัญมี 3 ประการ คือ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และที่นั่งพักคอย โดยเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอทั้งในโรงพยาบาลบุรีรัมย์และโรงพยาบาลสนามชวราชกราว โดยเฉพาะอัตรากำลังของพยาบาล เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อมารับบริการจำนวนมาก และเป็นผู้ที่ไม่สามารถไปรับการรักษาหรือสังเกตอาการต่อที่บ้านได้ ส่วนวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และยาบางชนิดไม่เพียงพอ เนื่องจากบริษัทส่งของไม่ทัน หรือไม่มีสินค้าส่ง และจุดบริการนั่งพักคอยไม่เพียงพอช่วงแรกที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก เช่น “อัตรากำลังไม่เพียงพอ ต้องใช้แนวทางการปรับลดอัตรากำลังในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในกลุ่มหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยลดลงจากการงดบริการ เช่น งดผ่าตัด งดตรวจ และนำอัตรากำลังส่งไปโรงพยาบาลสนาม”(N. Ad-2)

2. ความไม่ราบรื่น หมายถึง อุปสรรคด้านการประสานงานหรือสื่อสาร เช่น การประสานงานกับแพทย์สนามที่ผลัดเปลี่ยนเวรกันดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ไม่ราบรื่น อาจจะเป็นเนื่องด้วยปริมาณงานที่ค่อนข้างมาก และขาดความชำนาญในการประเมินผู้ป่วย ร่วมกับมีการผลัดเปลี่ยนเวรดูแลผู้ป่วย ทำให้บางครั้งมีข้อมูลที่ส่งต่อเบื้องต้นไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคในการประสานขออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อจากงานพัสดุ เนื่องจากงานพัสดุไม่เข้าใจว่าทำไมต้องเบิกวัสดุแบบเร่งด่วน หรือในช่วงแรกเจ้าหน้าที่ใส่ชุด PPE เพื่อซักประวัติคนไข้ พบว่าการสื่อสารไม่ชัดเจนเพราะต้องตะโกนผ่านหน้าต่าง และการกระจายเสียงให้คนไข้ไปรับการเอกซเรย์ปอด ซึ่งบางคนอาจไม่ได้ยิน จึงไม่ได้ไปรับการเอกซเรย์ครบทุกคน เมื่อแพทย์มาตรวจจึงไม่มีผลการตรวจทำให้การรักษาล่าช้า เป็นต้น เช่น “ที่เราเปิดขนาดนี้เราก็บริหารจัดการได้ขาดแคลนบ้าง เช่นวัสดุอุปกรณ์ในการคัดกรองผู้ป่วย ชุด PPE บางช่วงก็ขาดแคลน เหมือนจังหวัดอื่นๆ”(Ph. Ad-4) และ “การสื่อสารไม่เข้าใจกัน เช่นกับงานพัสดุ ไม่เข้าใจว่าทำไมต้องเบิกวัสดุ และความเร่งด่วนที่รอรอบปกติไม่ได้”(H. Care-3)

3. สิ่งที่ไม่คาดคิด หมายถึง การมีเรื่องเร่งด่วนหรือฉุกเฉินที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน ทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน เช่น มีนโยบายเร่งด่วนให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 หรือเจ้าหน้าที่ติดเชื้อโควิด-19 ทำให้อัตรากำลังที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามลดลง หรือปัญหาด้านผู้รับบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเครียดนอนไม่หลับ ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีโทรศัพท์ หรือมีแต่ใช้แอปพลิเคชันไม่ได้ ไม่มีญาติ หูหนวก หรือสื่อสารไม่ได้ น้ำไม่ไหล ไฟดับ ไฟไหม้ และหม้อแปลงระเบิด เป็นต้น เช่น “มีคนไข้หนี ประสานงานกับตำรวจ ไปดูคนไข้ที่หนี ออกตามหาด้วยกัน แล้วก็พากลับโรงพยาบาล นอกจากนั้นก็ยังมีปัญหา น้ำไม่ไหล ไฟดับ ไฟไหม้ หม้อแปลงระเบิด”(H- Care-3)

4. สิ่งที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง หมายถึง ความคิดล่วงหน้าที่ได้วางแผนไว้แต่ไม่เป็นไปตามนั้น เช่น ปัญหาการรับคนไข้ในระยะแรกที่ยังไม่ได้แบ่งเป็นทีมรับใหม่และทีมดูแลผู้ป่วย พยาบาลทีมเดียวต้องดูแลทั้งผู้ป่วยในและบันทึกเวชระเบียน ทำให้การพยาบาลไม่สมบูรณ์ คนไข้ไม่ได้รับยาหรือได้ยาไม่ครบ ซักประวัติไม่ครบ หรือบางครั้งมีการบันทึกสัญญาณชีพไม่ครบถ้วนทำให้ไม่ทราบเวลาที่แน่นอนที่ผู้ป่วยเริ่มมีไข้สูง เป็นต้น เช่น “ช่วงแรกๆ ที่คนไข้เยอะ และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนไม่พอ การบันทึกอาการ ไข้หวัดใหญ่ (Vital sign [สัญญาณชีพ]) อาจไม่ครอบคลุม บางคนก็ไม่ได้รู้ว่ามีไข้สูงตั้งแต่มื้อไร”(H. Care-4)

ประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน จากการสัมภาษณ์ สรุปความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ในระดับต่าง ๆ ได้ดังนี้ ในระดับผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการสร้างโรงพยาบาลสนามในครั้งต่อไปต้องวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดในขณะนั้นหากมีจำนวนมากและมีความรุนแรงอาจต้องเปิดโรงพยาบาลสนามขนาดใหญ่ ในระดับอำนวยการมีความเห็นว่าควรใช้สถานที่ราชการเปิดโรงพยาบาลสนามขนาดเล็กในระดับผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อพบว่าทั้งอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดไข้หวัดใหญ่ 2009 มาก่อน จึงได้รับมอบหมายเป็นผู้นำในการออกแบบระบบงานสอน งานควบคุมกำกับและติดตามการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลระดับหัวหน้าเวรและผู้ปฏิบัติพบว่ามี ความเครียด และความวิตกกังวลในเรื่องการติดเชื้อในช่วงแรกของการให้บริการและสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อปฏิบัติงานไประยะหนึ่ง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามเพราะการมีหัวหน้าคอยดูแลและให้กำลังใจ และได้รับค่าตอบแทนเหมาะสม

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยประเมินผลโครงการ PD-BFH โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model นำเสนอเป็น 4 ด้านตามลำดับ คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

ด้านบริบท

บริบทในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพราะกราวนี้ เกี่ยวข้องกับความต้องการและความจำเป็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประเด็นปัญหา แม้ว่าจุดประสงค์โดยทั่วไปของการจัดตั้งนั้นเป็นไปเพื่อเตรียมระบบบริการสุขภาพในสถานการณ์โรคระบาดขนาดใหญ่ ซึ่งโรงพยาบาลปกติไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการใช้เตียงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเกินขีดความสามารถปกติจะรองรับได้ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2564) แต่การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพราะกราวมีแรงขับเคลื่อนเพิ่มเติมจากความตั้งใจของชาวนุริรัมย์ที่จะมีสถานที่สำหรับรักษาลูกหลานที่ย้ายไปทำงานต่างถิ่นและติดเชื้อโควิด-19 แล้วต้องย้ายกลับภูมิลำเนาเพื่อให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้ จึงเป็นที่มาของคำว่า *อ้อมลูกหลานเพราะกราวกลับบ้าน* ซึ่งคำว่าเพราะกราวนี้แผลงมาจากภาษาเขมร แปลว่า บ้านนอก ชนบท หรือการเป็นคนบ้านนอก คำนี้ถูกใช้ผ่านสื่อโดยศิลปินท่านหนึ่งในการแสดงเดี่ยวไมโครโฟน ในลักษณะเสียดสีทำนองเย้ยหยันว่ามาจากชนบท หรือบ้านนอก (Meta Media Technology, 2003) แต่จากผลการวิจัย จะเห็นว่าคำนี้ถูกใช้ในความหมายเชิงบวก หมายถึง การเป็นคนบ้านเดียวกัน ตามที่ชาวนุริรัมย์ยึดมั่นว่าตนเองมีบรรพบุรุษร่วมกันเป็นครอบครัวเดียวกัน จึงต้องรัก ช่วยเหลือ และโอบอ้อมกันและกัน เป็นการแสดงถึงความปรองดองและรักพวกพ้อง

การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม หรือสถานให้บริการสุขภาพรูปแบบอื่นด้วยความเร่งด่วน และต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ อย่างรวดเร็วเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ท้อแท้สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง และต้องอาศัยความร่วมมือกันจากหลายฝ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เช่น การวิจัยของสุมาลี นีละพันธุ์

(2565) ที่ได้ประเมินความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์แยกโรคชุมชน (Community isolation) ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในด้านบริบท พบว่าปัจจัยหนึ่งของการความสำเร็จ คือ หลังจากรับนโยบายระดับจังหวัดแล้วมีการประชุมนำสู่การปฏิบัติทันที ส่วน ชลาลัย เขียวสุวรรณ และคณะ (2565) ที่พบสิ่งท้าทายคือ เมื่อเริ่มต้นทำการวิจัยโรงพยาบาลสนามยังไม่มีรูปแบบในการให้บริการ แต่เมื่อได้รับความร่วมมือกันจากเครือข่ายต่างๆ ของจังหวัดในการวางแผนร่วมกัน จึงสามารถดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลได้จนสำเร็จ จะเห็นได้ว่าความปรองดองกันฉันท์พี่น้องและความร่วมมือของเครือข่ายต่างๆ ช่วยให้องค์กรบรรลุจุดมุ่งหมายได้แม้ว่าจะมีปัญหาและอุปสรรคก็ตาม

ด้านปัจจัยนำเข้า

โครงการ PD-BFH บริหารปัจจัยนำเข้าตามแนวทางของ สรพ. (2563) ซึ่งครอบคลุม สถานที่จัดตั้ง และ โครงสร้างโรงพยาบาล การกำหนดคณบดีทำงาน ทีมงานและหน้าที่รับผิดชอบ เทคโนโลยีสารสนเทศ คำสั่งคน ระบบปฏิบัติการ ระบบบริหารความเสี่ยง สิ่งแวดล้อมในการดูแล การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ และระบบเวชระเบียน ในการประเมินผลปัจจัยนำเข้าพบแก่นเรื่องที่สำคัญ คือ การบริหารปัจจัยนำเข้าของการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามมีความร่วมมือจากหน่วยงานและวิชาชีพต่าง ๆ รวมทั้งมีโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นต้นแบบในการดำเนินการ เช่น มีการออกแบบสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและสะดวก ด้วยความร่วมมือขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน การออกแบบและเตรียมพื้นที่ของโรงพยาบาลสนามชระกราวเป็นไปอย่างเหมาะสมโดยพื้นที่ส่วนให้บริการผู้ป่วยมีจุดบริการตรวจคัดกรอง จุดพักคอย พักค้าง ห้องน้ำ ห้องอาบน้ำ และสิ่งอำนวยความสะดวก ส่วนพื้นที่ของผู้ให้บริการมีการแยกระบบอากาศ และแยกระหว่างพื้นที่ปฏิบัติงานและที่พัก เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปยังผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ (ชาติ ภิรมใจ และคณะ, 2564) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถพล พลชนะ และฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์ (2565) ที่พบว่าองค์ประกอบพื้นที่ภายในโรงพยาบาลสนามจัดแบ่งพื้นที่เป็นส่วนสะอาด ส่วนกึ่งปนเปื้อน และส่วนปนเปื้อน และหลักเกณฑ์การวางผังโรงพยาบาลสนามที่ควรประกอบด้วย พื้นที่หลัก-ย่อย รายละเอียดการใช้สอย และขนาดพื้นที่ เป็นต้น

โรงพยาบาลสนามชระกราวมีโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นแกนหลักในการดำเนินการทั้งด้านระบบปฏิบัติการ ระบบบริหารความเสี่ยงและด้านการดูแลรักษาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยได้จัดสรรอัตรากำลังแพทย์ตามข้อตกลงขององค์กรแพทย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และจัดสรรอัตรากำลังด้านการพยาบาลตามแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เช่นเดียวกับที่ ชลาลัย เขียวสุวรรณ และคณะ (2565) ได้เสนอแนะด้านการบริหารบุคลากรทางการแพทย์ว่าควรทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีการมอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เป็นหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสนามชระกราว มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นหัวหน้าทีมบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนามแบ่งเป็นทีมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกสำหรับศตวรรษที่ 21 ในภาคพื้นยุโรป (World Health Organization, 2013) และการศึกษาของ จรูญศรี มีหนองหว้า และคณะ (2565) ที่พบว่าการบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านการพยาบาล ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิในเขตสุขภาพที่ 10 มีวิธีการคล้ายกันคือการเกลี่ยอัตรากำลังจากหน่วยงานต่าง ๆ

ด้านกระบวนการ

การประเมินผลด้านกระบวนการของโรงพยาบาลสนามชวราชกรวาลครอบคลุมการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การดูแลรักษาและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งดำเนินการโดยบุคลากรจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์เป็นหลัก ทำให้มีการถ่ายทอดประสบการณ์ และเทคโนโลยีไปยังโรงพยาบาลสนามอย่างสะดวก สามารถให้บริการได้รวดเร็วและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิติมา ลิมประเสริฐ (2565) ที่ได้ประเมินผลการจัดบริการพยาบาลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในด้านกระบวนการจัดบริการพยาบาล พบว่ามีการจัดทำขั้นตอนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในแบบด่วน (Fast track) และแบบสัญญาณทางเดียว (One way flow) ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำให้สามารถให้บริการได้รวดเร็ว แตกต่างจากการศึกษากระบวนการนำนโยบายในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ไปปฏิบัติ ของสุวิษญ์ โทรักษา และวิมลศิริ แสงกรด (2565) ที่พบว่ามีอุปสรรคด้านโครงสร้างองค์กรที่มีลักษณะแบบบนลงล่าง (Top-down) ทำให้กระบวนการการสั่งการ และการปรับแก้กระบวนการให้เข้ากับสถานการณ์มีความล่าช้า นอกจากนี้รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินโรงพยาบาลสนามในมุมมองทางมานุษยวิทยาเชิงพื้นที่ ยังพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต้องสอดส่อง ตรวจตราอยู่ตลอดเวลา ทั้งจากบุคลากรและกล้องวงจรปิดอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่โรงพยาบาลสนามคล้ายที่คุมขัง (จิราพร เหล่าเจริญวงศ์, 2565) แต่ผู้ป่วยจำต้องทนอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อแลกกับการดูแลที่ได้รับ

ในการรับและประเมินผู้ป่วย โรงพยาบาลสนามชวราชกรวาลมีการส่งข้อมูลปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางแอปพลิเคชัน และวิธีแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าไลน์กลุ่มหมู่บ้านเพื่อเป็นช่องทางให้พยาบาลติดตามอาการใช้ระบบกล้องวงจรปิดประเมินอาการแสดงเบื้องต้นในรายที่มีอาการผิดปกติ มีการรายงานผลพร้อมอาการทางไลน์ ทำให้สามารถลดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากได้ เช่นเดียวกับที่ ชลาลัย เทียวสุวรรณ และคณะ (2565) ที่ได้แนะนำว่าควรจัดทีมส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการแก้ปัญหาการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ที่ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ใช้อุปกรณ์การแพทย์พื้นฐานได้ โดยบุคลากรทางการแพทย์ติดตามดูแลเฝ้าระวังผ่านช่องทางออนไลน์ ส่วนในด้านการดูแลรักษาพบว่า มีแนวทางปฏิบัติและข้อบ่งชี้ในการรับรักษากรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะเข้ารับการรักษาอย่างชัดเจน และมีการดูแลต่อเนื่องที่มีแนวทางการส่งต่อไปโรงพยาบาลบุรีรัมย์และโรงพยาบาลชุมชน และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนกระบวนการที่ยังไม่มี คือ การประเมินด้านจิตใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การติดตามอาการหลังจำหน่าย และการติดตามการระบาดซ้ำ

ด้านผลลัพธ์

การประเมินผลลัพธ์ของโรงพยาบาลสนามชวราชกรวาลครอบคลุมระบบการบริหารจัดการ ปัญหาและอุปสรรค จำนวนผู้ป่วย การติดเชื้อของผู้ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลสนามมีระบบการบริหารจัดการที่ดีพอสำหรับการช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งการจัดการระบบดูแลผู้ป่วยที่คืนนี้เป็นปัจจัยหนึ่งแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลสนาม (สินีนานา เนาวิสุวรรณ และคณะ, 2565) เห็นได้จากผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับเข้าไว้รักษาและจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลสนาม มีเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้นที่ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยมีวันนอนเฉลี่ย 14.5 วัน ซึ่งเกินจากจำนวนวันที่กรมการแพทย์แนะนำให้แยกกักตัวที่บ้านหรือในสถานที่รัฐจัดให้อย่างน้อย 14 วัน เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งแสดงว่าการให้บริการในโรงพยาบาลสนามมีประสิทธิภาพสูง แตกต่างจากการศึกษาของ กิติมา ลิ้มประเสริฐ (2565) ที่พบว่าในโรงพยาบาลสนามที่เป็นพื้นที่ศึกษามีผู้ป่วยเสียชีวิต 7 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มสี่เหลี่ยม (มีอาการเสียงรุนแรง หรือมีโรคร่วม เวียนหัว อ่อนเพลีย ไอแล้วมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ขับถ่ายเหลว 3 ครั้งต่อวันขึ้นไป) หรือสีแดง (มีอาการรุนแรง ระบบหายใจมีปัญหารุนแรง หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ปอดอักเสบรุนแรง ปอดบวม แน่นหน้าอกตลอดเวลา) ที่ส่งต่อไปรักษาจำนวน 6 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจำนวน 1 ราย อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.62 ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าอัตราที่พบในการศึกษาของรุจิภาส สิริจตุภัทร และคณะ (2564) ที่พบเพียงร้อยละ 1.7 โดยมีสาเหตุการติดเชื้อคล้ายคลึงกัน คือ การติดเชื้อมาจากนอกโรงพยาบาล สนาม หลังการติดเชื้อไม่พบอาการจึงมาทำงานปกติทำให้เพื่อนร่วมงานติดเชื้อตามไปด้วย

การประเมินผลลัพธ์ด้านปัญหาและอุปสรรคทั้ง 4 ประเด็น คือ ความไม่เพียงพอของสิ่งจำเป็นต่างๆ ความไม่ราบรื่นของการสื่อสารในโรงพยาบาล การเกิดสิ่งที่ไม่คาดคิดหรือไม่ได้วางแผนไว้ก่อน และการเกิดสิ่งที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังนั้นเป็นปัญหาที่พบในการศึกษาอื่นๆ เช่นกัน เช่น จรูญศรี มีหนองหว้า และคณะ (2565) ได้ทำวิจัยในระบบบริการทฤษฎีและตติยภูมิของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีปัญหาด้านการจัดอัตรากำลังพยาบาล มีความต้องการใช้วัสดุอุปกรณ์และสิ่งต่างๆ ที่หลากหลายมากขึ้น ส่วน Jabbari et al. (2022) และ รุ่งทิวา พิมพ์ศักดิ์ (2564) พบว่าการจัดการทรัพยากรบุคคล วัสดุและอุปกรณ์ และทรัพยากรด้านเศรษฐกิจ เป็นเรื่องสำคัญในการจัดการโรงพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ นุชรี จันทร์เอี่ยมและคณะ (2564) ที่พบว่า มีการบริหารจัดการระบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก การที่โรงพยาบาลสนามสามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ได้อย่างรวดเร็ว และเปิดให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทันท่วงทีจึงเป็นความสำเร็จหนึ่งของการดำเนินโครงการนี้

สรุปผลการวิจัย

การประเมินผลโครงการ PD-BFH ในครั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลสนามพระราชกรณียกิจจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะผู้ที่ย้ายกลับภูมิลำเนาและเข้าไม่ถึงระบบบริการ การสรรหาสถานที่จัดตั้งและพัฒนาระบบบริการได้รับความร่วมมือจากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด โดยมีโรงพยาบาลบุรีรัมย์รับผิดชอบด้านกระบวนการให้บริการ ประเมินผู้ป่วย ดูแลรักษา และดูแลต่อเนื่อง การประเมินผลลัพธ์ของโครงการพบว่าโรงพยาบาลมีระบบบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในช่วงที่โรงพยาบาลเปิดดำเนินการ แม้จะมีปัญหาและอุปสรรคในด้านความไม่เพียงพอของอัตรากำลัง และอุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ รวมทั้งการสื่อสารที่ไม่ราบรื่น และการเกิดเหตุที่ไม่คาดคิดหรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวังก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในกรณีที่มีการระบาดของโรค หรือกรณีเร่งด่วนและฉุกเฉิน เช่น แนวปฏิบัติการติดตามอาการหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เป็นต้น
2. ด้านการวิจัย ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- กิตติมา ลิ้มประเสริฐ. (2565). *โครงการประเมินผลการจัดบริการพยาบาลผู้สูงอายุและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสมุทรสาคร*. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 41(2), 193-208.
- จรรยา ศรีมหนองหว้า, ปัทมา ผ่องศิริ, สาดิ แฮมิลตัน, สุเพียร โภคทิพย์, วิโรจน์ เชมรัมย์, เอมอร บุตรอุดม, พันชญา ชันดิจิตร, ปัฐมาพร ไกกล้า, รัตนา บุญพา, เชาวลิต ศรีเสริม, และอรดี โชคสวัสดิ์. (2565). *ถอดบทเรียนการบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด 19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิเขตสุขภาพที่ 10* (รายงานวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์). สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5768?locale-attribute=th>
- จิราพร เหล่าเจริญวงศ์. (2565). *พื้นที่ระหว่างการควบคุม-ดูแลโรงพยาบาลสนาม สถานะฉุกเฉิน และโรคระบาดโควิด-19*. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 13(2), 1-34.
- จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์, นพพล วิทย์วรพงศ์, ชีระ วรรณรัตน์, สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล, วรากร วิมุติไชย, พุทธิญา โอซารส, ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์, อารีญา จิรชนานูวัฒน์, จตุรวิทย์ ทองเมือง, ทักษิณา วัชรินุรพ์, พรหมภัสสร สุทธิโยธา, สุจิตรา วงศ์เครือสร, นรุฒม์ชัย สุขพันธ์, เอกจิตรา สุขกุล, และนาถนภา คำลอยฟ้า. (2564). *การตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID 19 การดำเนินการของโรงพยาบาลและผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ* (รายงานวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์). สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5392?show=full>
- ชลาลัย เทียวสุวรรณ, พนารัตน์ เจนจบ, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, และสุทัตตรา คงศรี. (2565). *การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม*. *พุทธชินราชวารสาร*, 39(2), 140-158.

- ชาติ กริมใจ, ัญญุณิชา คุณาบุตร, เฉลิมพงศ์ ไชโพธิ์, ไกรชาติ ตันตระการอาภา, และเสวก ชมมิ่ง. (2564). บทบาทของงานวิศวกรรมในการต่อสู้กับโควิด-19 บทเรียนจากโรงพยาบาล. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา*, 27(2), 61-70.
- นุชรี จันทร์เอี่ยม, มาลีวรรณ เกษตรทัต, พรพิมล คุณประดิษฐ์, และศศิประภา ตันสุวรรณ. (2564). การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 29(1), 115-128.
- ปาริชาติ กาญจนวงศ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และนงษา สิงห์วีระธรรม. (2564). ผลของการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 11(2), 121-136.
- รุ่งทิวา พิมพ์สักกะ. (2564). การจัดการทางการแพทย์พยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลก ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารพยาบาล*, 70(3), 64-71.
- รุจิภาส สิริจตุภัทร, อมร สีสารสมิ, และนาวิน ห่อทองคำ. (2564). *โควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย* (รายงานวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์). สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5497?show=full>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน; สรพ.). (2563). *แนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการโรงพยาบาลเฉพาะกิจ COVID-19 ฉบับวันที่ 1 พฤษภาคม 2563*. สืบค้นจาก <https://www.ha.or.th/TH/Posts/หนังสือการพัฒนาคุณภาพ/Details/128#>
- สมเกียรติ พุทธิเสนาธิกร, และวารุณี ระเบียบดี. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลสนามในพื้นที่จังหวัดตรัง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1), 186-203.
- สินีนานู เนาว์สุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, รวิพร โรจนอาษา, และนวรรตน์ ไวมัญญ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลสนามของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(2), 231-246.
- สุมาลี นีละพันธ์. (2565). การประเมินผลการประเมินผลการจัดตั้ง community isolation ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 7(2), 59-88.
- สุวพิชญ์ โทรักษา, และวิมลสิริ แสงกรด. (2565). การศึกษากระบวนการการนำนโยบายไปปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองชุมแพ. *Journal of Modern Learning Development*, 7(7), 248-262.

- อภิรดี นันทสุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, กุลวดี อภิชาติบุตร, จุติณัฐ อัครเดชอนันต์, คัทลียา ศิริภัทรากร แสนหลวง, และเกศราภรณ์ อุดกันทา. (2565). *การศึกษาระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษาโรงพยาบาล*. (รายงานวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์). สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5594?locale-attribute=th>
- อรรณพ พลชนะ, และนัตร์ชัย มิ่งมาลัยรักษ์. (2565). การศึกษาผังโรงพยาบาลสนามเพื่อสร้างต้นแบบโรงพยาบาลสนามในอาคารสาธารณะ. *วารสารวิชาการคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สจล.* 34(1), 1-20.
- อุษาคำประสิทธิ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนนไทย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 30-44.
- เอกชัย พลหนองคูณ. (2565). การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์. *วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 203-216.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Jabbari, A., Salahi, S., Hadian, M., khakdel, Z., Hosseini, E., & Sheikhbardsiri, H. (2022). Exploring the challenges of Iranian government hospitals related to Covid-19 pandemic management: a qualitative content analysis research from the nurse's perspective. *BMC Nursing*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01008-8>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Meta Media Technology. (2003). *เซราะกราว*. Retrieved from https://dict.longdo.com/search/*เซราะกราว*
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models and applications*. San Francisco: Jossey- Bass.
- World Health Organization. (2013). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf

รับมืออย่างไรกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน: เจเนอเรชันใหม่ในยุคดิจิทัล

วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, Ph.D.^{1*}

ชไมพร ประค่านอก, พย.ม.²

วิรุฬจิตรา อุ่นจางวาง, พย.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 24 พฤศจิกายน 2565; วันที่แก้ไข: 3 มกราคม 2566; วันที่ตอบรับ: 5 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจะนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ได้ในอนาคต ส่งผลต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ การใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของเด็ก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยเฉพาะในวัยเรียนที่เป็นเจเนอเรชันใหม่ในสังคมไทยยุคดิจิทัล ที่นวัตกรรม สื่อและเทคโนโลยีมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ และผลกระทบจากภาวะโภชนาการเกินในเด็ก และบทบาทของพยาบาลในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน นำเสนอกรณีศึกษา ในการแก้ไขปัญหาลูกวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเน้นให้ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยนำสื่อดิจิทัลต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลและแก้ไขปัญหาลูกวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินให้กลับมามีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ และเจริญเติบโตเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

คำสำคัญ: โภชนาการ, น้ำหนักเกินมาตรฐาน, เด็กวัยเรียน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, อีเมล: wiparat@knc.ac.th

How to Deal with Overweight School - Age Children: New Generation in the Digital Era

Wiparat Suwanwaiphatthana, Ph.D.^{1*}

*Chamaiporn Parkomnok, M.N.S.*²

*Wiroonjitra Aunchangwang, M.N.S.*³

(Received: November 24th, 2022; Revised: January 3rd, 2022; Accepted: January 5th, 2022)

Abstract

Being overweight is an important health problem and a trend that is increasing among school-age children in Thailand. Over time, being overweight leads to the development of various chronic, non-communicable diseases which affect the physical and mental health of the children. Furthermore, it impacts the overweight children's ability to learn, daily life, and quality of life. This article aims to present guidelines for the care of school-age children who are overweight and are a part the new generation in Thai society's digital era. The content of the article presents the meaning, causes, and effects of being overweight on school-age children, including the nursing roles related to dealing with them. We have included a case study with a nursing care plan that is focused on the crucial collaboration of family, school, and community needed to manage this problem that employs digital media to care for and resolve the problems faced by overweight school-age children to enable them to regain their physical and mental healthy and grow up to be an important, productive part of the country's work force in the future.

Keywords: nutrition, overweight, school-age children

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Wiparat Suwanwaiphatthana, E-mail: wiparat@knc.ac.th

บทนำ

จากสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.6 หรือกว่า 38.3 ล้านคนจากเด็กทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กในทวีปเอเชียและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization [WHO], 2017) และจากรายงานมาตรฐานงานโภชนาการเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี พบเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในปี 2565 จำนวนร้อยละ 13.57 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เด็กวัยเรียนหรือเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6-12 ปี หรือเกิดในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2559 ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในเจนเนอเรชันแอลฟา (Generation alpha) และ เจเนอเรชันซี (Generation Z) จะมีโรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (พัชรภา คันติชูเวช, 2560; วิจารณ์ สุวรรณไวพัฒนา และคณะ, 2562) เนื่องจากในสังคมไทยปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัลที่สื่อเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ช่วยทำให้ชีวิตของผู้คนสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เด็กวัยนี้มีวิถีชีวิตนั่งอยู่กับคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้ขาดการเคลื่อนไหวของร่างกาย ประกอบกับการได้รับความนิยมนับประทานอาหารจังก์ฟู๊ด (Junk food) เพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต น้ำตาล และไขมันเพิ่มมากขึ้น (สุปราณี จ้อยรอด และอาจินต์ สงทับ, 2562) นอกจากนี้ปัจจัยที่ร่วมทำนายนภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียน ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหารง่าย หรือจัดการรายได้ของนักเรียนไม่ดี แต่หากได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ครู เพื่อน หรือ มีกิจกรรมที่สนับสนุนการออกกำลังกาย เด็กจะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่ดี (จิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ และคณะ, 2560)

จากสถิติที่เด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบันจึงเป็นความท้าทายของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงพยาบาลที่จะต้องหากลวิธีที่จะดูแลจัดการปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพ ผู้เขียนจึงขอทบทวนความหมาย สาเหตุ ผลกระทบของภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน และนำเสนอบทบาทของพยาบาลต่อการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนในยุคดิจิทัล รวมทั้งนำเสนอกรณีศึกษาและกระบวนการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลต่อไป

ความหมายของภาวะโภชนาการเกินในเด็ก

ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารที่เกินความต้องการของร่างกาย (ปราณี อินทร์ศรี และคณะ, 2558; จิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ และคณะ, 2560) หรือได้รับสารอาหารในปริมาณปกติแต่พลังงานไม่ได้ถูกใช้อย่างสมดุลทำให้สารอาหารที่จะใช้ในการสร้างพลังงานเหลือเก็บไว้ในรูปของไกลโคเจนหรือไขมัน จนเกิดการพอกของไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (กัญชรีย์ พัฒนา และปราลีนา ทองศรี, 2562) หากร่างกายของเด็กมีการสะสมไขมันมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคอ้วน (Obesity) ตามมา (สุกัญญา คณะวาปี และเกศินี สราญฤทธิชัย, 2565) สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ 5-18 ปี ในประเทศไทย ได้ใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562) ซึ่งเป็นกราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for height [%W/H]) โดยมีเกณฑ์มาตรฐาน คือ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงที่เปอร์เซ็นต์

ที่ 50 หรือค่ามัธยฐาน (Median) สำหรับการวินิจฉัยภาวะโภชนาการพิจารณาจากค่าเบี่ยงเบน (Standard deviation [SD]) จากค่ามัธยฐานในกราฟ แบ่งเป็น ปกติ (ระหว่าง -1.5 SD ถึง +1.5 SD) ท้วม (มากกว่า +1.5 SD ถึง +2 SD) น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน (มากกว่า +2 SD ถึง +3 SD) โรคอ้วน (มากกว่า +3 SD) และโรคอ้วนอันตราย (Morbid obesity; %W/H \geq 200 % of Median)

สาเหตุของภาวะโภชนาการเกินในเด็ก

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กเกิดได้จากหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการเกิน คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม ร่างกายมียีนที่ทำหน้าที่ควบคุมการบริโภคอาหารและการใช้พลังงานในร่างกาย โดยศูนย์กลางควบคุมความหิวและความอิ่มอยู่ที่สมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) หากมีการเปลี่ยนแปลงหรือการกลายพันธุ์ของยีน จะทำให้รับประทานอาหารมากขึ้นและมีภาวะโภชนาการเกินตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Baran et al. (2022) พบว่าความอ้วนของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน ซึ่งเด็กที่มีบิดาหรือมารดาอ้วนจะพบว่ามีภาวะโภชนาการเกิน 2.5 เท่าของเด็กที่บิดาหรือมารดาไม่อ้วน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องโรคทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการเพรดอร์-วิลลี (Prader-Willi syndrome [PWS]) หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น กลุ่มอาการคุซิง (Cushing's syndrome) ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ภาวะพร่องโกรทฮอร์โมน (Growth hormone deficiency) และ Hypothalamic dysfunction เป็นต้น (กัญชรีย์ พัฒนา และปราลีนา ทองศรี, 2562)

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของเด็ก ซึ่งพบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ดีมักจะเลี้ยงดูบุตรด้วยความตามใจ โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร ทำให้เด็กได้รับอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย บิดามารดาหรือคนในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม นิสัยและเจตคติต่อการบริโภคของเด็ก ส่วนใหญ่เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินมักมาจากการที่ผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กรับประทานอาหารที่ชอบ เช่น ไก่ทอด หมูทอด ข้าวผัด ขนม หรือไอศกรีม หรือบางครอบครัวอนุญาตให้เด็กซื้ออาหารจากร้านค้าได้เองตามความต้องการ (สมลิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ, 2560) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายในปัจจุบันส่วนใหญ่เด็กชอบเล่นโทรศัพท์มือถือ ไม่ได้ออกกำลังกาย ประกอบกับการแพร่ระบาดของโรคในประเทศไทย เช่น โควิด-19 ในช่วง 2-3ปีที่ผ่านมา ผู้ปกครองไม่ได้ให้เด็กออกมาทำกิจกรรมนอกบ้าน อาจส่งผลให้เด็กออกกำลังกายน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ma et al. (2021) ที่พบว่าเด็กวัยเรียนที่ใช้เวลาในการเล่นโทรศัพท์มือถือเพื่อความบันเทิง เช่น เล่นเกมส์ ฟังเพลง ดูวิดีโอ ละครหรือแอปพลิเคชันต่างๆ มากเกินไปจะสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอ้วน

3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากปัจจุบันสภาพสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปมีการใช้ชีวิตแบบรีบเร่ง มีสื่อโฆษณาอาหาร Junk food ต่างๆ มากมาย รวมทั้งในโรงเรียนมักมีร้านขายอาหารประเภททอด น้ำหวาน และขนมกรุบกรอบ ส่วนภายในชุมชน

ที่เป็นชุมชนเมืองจะมีร้านสะดวกซื้อที่ง่ายต่อการเข้าถึงและอาหารจานด่วนที่จัดส่งถึงบ้าน ทำให้สามารถซื้ออาหารมารับประทานได้ทุกเมื่อ (กัญชรีย์ พัฒนา และปราลีนา ทองศรี, 2562)

ผลกระทบจากภาวะโภชนาการเกินในเด็ก

ภาวะโภชนาการเกินส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย เด็กจะอ้วนง่าย เหนื่อยง่ายเพราะร่างกายต้องแบกรับน้ำหนักที่มากเกินไป มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังโดยจะพบมีลักษณะเป็นปื้นดำหนาและขรุขระคล้ายขี้โคล มักพบที่ด้านข้างและหลังคอ รักแร้ และขาหนีบ (Acanthosis nigricans) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (สาริษฐา สมทรัพย์, 2561) และอาจส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ภาวะไขมันสะสมในตับ นิ้วในถุงน้ำดี โรคหอบ ภูมิแพ้ มีปัญหาของการหยุดหายใจขณะหลับ มีอาการนอนกรน (Obstructive sleep apnea) และมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าคนปกติ (ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา, 2562)

ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมที่ตามมา คือ เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินจะเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเร็วกว่าเด็กในวัยเดียวกันซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกาย เด็กกลุ่มนี้มักจะถูกคาดหวังจากผู้ใหญ่เพราะโตตัวเกินกว่าอายุจริง ซึ่งเด็กที่เป็นหนุ่มสาวเร็วกว่าเพื่อนในวัยเดียวกันมักจะถูกเพื่อนล้อเลียนทำให้เกิดความเครียด และมีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (ปริยาภรณ์ มณีแดง, 2560)

บทบาทของพยาบาลในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน

การจัดการปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนที่ได้ผลดี นอกจากเริ่มที่ตัวเด็กและครอบครัวแล้ว ยังมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญอื่นๆ อาทิเช่น โรงเรียนและชุมชน ตลอดจนพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องร่วมมือกัน ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรมีบทบาทดังนี้

บทบาทของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Healthcare provider role)

ในบทบาทการเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ พยาบาลต้องยึดกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการดูแลเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาที่พบ การวางแผนเพื่อลงมือปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นการตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อคัดกรองภาวะโภชนาการ ได้แก่ ลักษณะรูปร่าง น้ำหนักตัว ส่วนสูง และไขมันใต้ผิวหนัง โดยเกณฑ์การวัดภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การเปรียบเทียบอัตราส่วนของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (%W/H) (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

2. การวินิจฉัยปัญหาที่พบและการวางแผนการพยาบาลเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยเน้นการสร้างเสริมศักยภาพที่มีในตัวเด็กเพื่อค้นหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทั้งในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจุบันเด็กวัยเรียนที่เป็นเจนเอเรชันใหม่ในยุคดิจิทัล ที่ข้อมูลต่างๆ เข้าถึงง่าย รวมทั้งผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาสื่อสาธารณสุขเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Health [eHealth]) หรืออุปกรณ์พกพา เช่น ข้อมูลสุขภาพทางมือถือ (Mobile Health [mHealth]) หรือโปรแกรมประยุกต์เกี่ยวกับด้านสุขภาพทางมือถือ (mHealth Application; วิชาวิพลแก้ว และคณะ, 2563) พยาบาลจึงควรแนะนำแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือให้เด็กในการค้นหาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังเช่นการศึกษาของสุกัญญา คณะวาปี และเกศินี สราญอุทธิชัย (2565) มีการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นการให้ความรู้ ด้วยสื่อพาวเวอร์พอยท์ (Power point) และให้นักเรียนใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน (Smart phone) ค้นหาข้อมูล ปัญหา สาเหตุ ผลกระทบของโรคอ้วน จากนั้นร่วมกันอภิปรายกลุ่ม การคำนวณภาวะโภชนาการและการใช้ไลน์กลุ่ม (Line group) เพื่อการติดต่อสื่อสาร นอกจากตัวเองแล้ว พยาบาลควรจัดการปัญหาภาวะโภชนาการเกินโดยใช้ครอบครัว โรงเรียนและชุมชนเป็นฐานร่วมด้วย

การใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family-based intervention) พยาบาลควรให้ความรู้และแนะนำผู้ปกครอง จัดบันทึกรายการอาหารที่เด็กรับประทานรวมทั้งการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการแก่ผู้ปกครอง เน้นวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กในเรื่องการรับประทานอาหารโดยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่เป็นประจำทุกวัน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) รับประทานอาหารตามสัญญาณไฟจราจร ได้แก่ อาหารกลุ่มไฟสีเขียว ควรรับประทานทุกวัน เป็นอาหารที่มีพลังงานและไขมันต่ำ เช่น อาหารต้ม นึ่ง สลัด ปลา ไข่ ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ข้าว แป้งไม่ขัดสี อาหารกลุ่มไฟสีเหลือง รับประทาน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นอาหารที่ให้พลังงานปานกลาง เช่น อาหารผัด ผลไม้รสหวาน เผือก มัน ส่วนอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงคือ อาหารกลุ่มไฟสีแดง รับประทานนานๆ ครั้ง เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่นอาหารทอด น้ำมัน อาหารแปรรูป อาหารฟาสฟู๊ด ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ เบเกอรี่ น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น ส่งเสริมการรับประทานผักและผลไม้ โดยการสนับสนุนจากครอบครัว หรือโรงเรียนในการจัดหาอาหารจานผัก ผลไม้ ตลอดจนการแบบอย่างในการรับประทานอาหาร จะส่งผลให้เด็กมีการรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น (สุปราณี จ้อยรอด, และอาจินต์ สงทับ, 2562) การฝึกวินัยในการรับประทานอาหารให้เด็กวัยเรียนเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ปกครองต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และยืดหยุ่นได้ตามสภาพของเด็ก หลีกเลี่ยงการข่มขู่ แต่ควรชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ควรเป็นแบบอย่างที่ดีต่อเด็กในการรับประทานอาหาร เป็นเวลา 3 มื้อ รับประทานผักและผลไม้ไม่รับประทานอาหารจุบจิบ เพื่อให้เด็กปฏิบัติตาม (สุนย์ฝีกอบรม แพทย์ศาสตร์ศึกษา, 2562) ในการให้ความรู้ในยุคดิจิทัล พยาบาลสามารถให้ความรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์ เพื่อเพิ่มความรู้และปรับทัศนคติผู้ปกครองในการจัดการภาวะโภชนาการเกินในเด็ก (นฤมล เอกธรรมสุทธิ์ และคณะ, 2565)

การใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-based intervention) พยาบาลสามารถจัดการได้โดยแนะนำให้โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายตอนเช้าก่อนเข้าชั้นเรียน จัดอาหารกลางวันที่มีคุณค่าทางสารอาหาร ควบคุมไม่ให้ร้านค้าในโรงเรียนหรือหน้าโรงเรียนจำหน่ายน้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว การเสริมสร้างวินัยให้เด็กเมื่ออยู่ในชั้นเรียน โดยครูสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก และควรร่วมมือกับประสานแนวคิดและวิธีการทางบวกในการรับประทานอาหารเช้าระหว่างบ้านและโรงเรียน ในปัจจุบันศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (National Electronics and Computer Technology Center [NECTEC]) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ร่วมมือกับสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาระบบแนะนำสำหรับอาหารกลางวันสำหรับโรงเรียนแบบอัตโนมัติ (Thai school lunch) ซึ่งใช้เทคโนโลยีวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมาก (Big data analytic) กับปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence [AI]) ช่วยวิเคราะห์ ประมวลผลสารอาหารและแสดงผลเป็นมือกลางวันอย่างรวดเร็ว โดยผู้ใช้สามารถสร้างเมนูอาหารได้เอง หรือให้ระบบจัดอาหารที่มีมากกว่า 1,000 ชนิด ระบบจะคำนวณคุณค่าสารอาหาร ประเมินคุณค่าทางโภชนาการและปริมาณของวัตถุดิบในการจัดซื้อแต่ละครั้ง และสรุปค่าใช้จ่ายจริงตามราคาวัตถุดิบในแต่ละท้องถิ่น และสามารถเชื่อมต่อกับระบบติดตามพัฒนาการของนักเรียน (KidDiary) ทำให้สามารถบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็กนักเรียน ช่วยให้การดูแลสุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็กไทยทำได้ง่ายขึ้น เชื่อมโยงข้อมูลไปยังผู้ปกครอง ทำให้รู้ว่ามีบุตรหลานได้รับประทานอาหารอะไรในเวลากลางวันและมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, 2564)

การจัดการปัญหาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based intervention) ซึ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน แม่ค้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ และเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยมีพยาบาลเป็นแกนนำในการจัดประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการจัดการภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนร่วมกัน เน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นประเมินสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็ก และติดตามการปฏิบัติตัวของเด็กที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพร นามโยธา และคณะ (2565) ที่พบว่าวิธีการลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัยเรียนทำได้โดยกระตุ้นให้เด็กบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและออกกำลังกายเป็นเวลา 3 เดือน ร่วมกับการเสริมแรงจากชุมชนโดยขอความอนุเคราะห์ร้านค้าในโรงเรียนและในชุมชน เลือกร้านอาหารที่มีประโยชน์มาขาย เช่น ในโรงเรียนเปลี่ยนจากน้ำอัดลม ลูกอม เป็น ขนมปังสุขภาพ นมกล่อง นมชมพู โยเกิร์ตผลไม้สดตัดแต่ง น้ำผลไม้ 100% เป็นต้น ส่วนร้านค้าในชุมชนเลือกสินค้ามาจำหน่าย เช่น เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ปลาทะเล ผักตามฤดูกาล ผลไม้สดตามฤดูกาล ขนมปังสุขภาพ นมกล่อง โยเกิร์ต เป็นต้น

3. การประเมินผล โดยการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการและนำมาเปรียบเทียบกับความเปลี่ยนแปลงและการประเมินพฤติกรรมในด้านรับประทานอาหารเช้าจากการจดบันทึกการรับประทานเพื่อสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง และสามารถประเมินพฤติกรรมในการเลือกการรับประทานอาหารเช้าที่ขึ้นทั้งนี้สามารถร่วมมือกับทางโรงเรียนในการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังกล่าว

บทบาทของผู้ประสานงาน (Coordinator role)

พยาบาลมีบทบาทติดต่อประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ชุมชนและครอบครัวของเด็กเพื่อทำความเข้าใจในปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน อีกทั้งเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่นักเรียนและผู้ปกครองในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกินโดยอาจบูรณาการกิจกรรมเข้ากับการเรียนการสอน จัดกิจกรรมเสริมความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารตามสัญญาณไฟจราจร ส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย โดยสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนของเด็ก ในส่วนของบทบาทครอบครัวพยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมแก่เด็ก ได้แก่ ปริมาณและชนิดของอาหาร รวมถึงการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อสามารถเลือกอาหารที่ถูกต้อง มีปริมาณที่เหมาะสม การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย การติดตามประเมินผลภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน (สุปราณี จ้อยรอด และอาจินต์ สงทับ, 2562)

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor role)

บทบาทนี้เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือให้ผู้ปกครองและเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดี เน้นที่เด็กและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) ให้คำแนะนำที่ถูกต้องหลักการในการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นแนวทางให้เด็กและครอบครัวนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการบริโภคได้อย่างเหมาะสม โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพกับเด็กและครอบครัว การสื่อสารกับเด็กและครอบครัวให้หาแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกันในการเลือกบริโภคอาหารและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กรณีศึกษา

เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นผู้เขียนจึงขอยกตัวอย่างกรณีศึกษาและการวางแผนการพยาบาลเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินดังต่อไปนี้

เด็กชายไทยอายุ 8 ปี กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 น้ำหนัก 32 กิโลกรัม ส่วนสูง 125 เซนติเมตรชอบรับประทานขนมขบเคี้ยว ใส้กรอก ไก่ทอด น้ำอัดลม ปกติจะรับประทานทุกวันหลังเลิกเรียนระหว่างรอผู้ปกครองมารับ ขณะอยู่โรงเรียนได้ออกกำลังกายบ้างในช่วงชั่วโมงเรียนพลศึกษา สัปดาห์ละ 1-2 ชั่วโมง แต่ขณะอยู่บ้านไม่ได้ออกกำลังกาย กิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่จะดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์ที่ไม่มีความเครียดหรือความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง ถึงแม้บางครั้งจะมีเพื่อนชอบเรียกว่าอ้วน แต่ตนเองก็ไม่ได้รู้สึกเครียดหรือโกรธเพื่อน รับรู้ว่าคุณเองมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ แต่ยังไม่สามารถลดน้ำหนัก หรือควบคุมอาหารได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

มีภาวะโภชนาการเกินเนื่องจากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมและไม่ออกกำลังกาย

ข้อมูลสนับสนุน

S: เด็กให้ข้อมูลว่า “ชอบกินขนม ใส้กรอก ไก่ทอด น้ำอัดลม จะกินหลังเลิกเรียนทุกวันตอนรอพ่อแม่มารับ” พร้อมเล่าว่า “ตอนอยู่โรงเรียนได้ออกกำลังกายตอนเรียนพลศึกษาอาทิตย์ละ 1-2 ชั่วโมง แต่ตอนอยู่บ้านไม่ได้ออกกำลังกาย จะชอบดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์มากกว่า” และ “เพื่อนก็ชอบเรียกว่าอ้วน แต่ก็ไม่ได้รู้สึกโกรธอะไร” มารดาเล่าว่า “น้องไม่ได้ออกกำลังกาย อยู่บ้านก็จะดูโทรทัศน์ หรือเล่นโทรศัพท์วันละ 3-4 ชั่วโมง”

O: เด็กชาย วัยเรียน อายุ 8 ปี ส่วนสูง 125 เซนติเมตร น้ำหนัก 32 กิโลกรัม น้ำหนักที่ควรจะเป็นคือ 21-29 กิโลกรัม การประเมินโดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (%W/H) = เริ่มอ้วน (+3 SD)

เป้าหมายการพยาบาล: เพื่อให้เด็กมีภาวะโภชนาการเหมาะสมตามวัย

เกณฑ์การประเมินผล

น้ำหนักลดลงจากเดิม 0.5-1 กิโลกรัม หรือร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวเดิมภายในสองสัปดาห์
กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว และการใช้ยาของเด็ก ประวัติครอบครัว ประวัติทางพันธุกรรม ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู เศรษฐฐานะ พฤติกรรมการบริโภคของเด็กและครอบครัว เพื่อทราบข้อมูลในการแยกโรคว่าเป็นโรคอ้วนที่เกิดขึ้นเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคของเด็กหรือเกิดจากความผิดปกติทางด้านร่างกายหรือโรคประจำตัว

2. ตรวจร่างกายตามระบบ ประเมินภาวะโภชนาการ โดยการติดตามชั่งน้ำหนักตัวทุกสัปดาห์

3. ประเมินจิตสังคมของเด็กเพื่อรับทราบความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง หากมีปัญหา ได้แก่ ภาวะเครียด ซึมเศร้า ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าแสดงออก ควรส่งต่อเพื่อให้การดูแลทันที

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการในรายที่จำเป็น เช่น ระดับไขมัน และระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อดูปัญหาภาวะสุขภาพที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกิน

5. สังเกตและติดตามบันทึกพฤติกรรมการบริโภคของเด็กเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และนำมาวางแผนการให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

6. ดูแลควบคุมอาหาร โดยให้รับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของเด็ก โดยงดดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม หลีกเลี่ยงอาหารทอดหรือมีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารจานด่วนต่างๆ เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยมากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้

7. สร้างแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก ได้แก่ ใช้วิธีการสอนหรือให้คำแนะนำที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย และสนุกสนานมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวัยของเด็กและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง กระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้จากการลงมือทำด้วยกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนาน การใช้เกมส้อมเคลอาหารหรืออาหารตัวอย่างให้เด็กได้เรียนรู้ในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับวัย ถูกหลักการ และถูกใจ รวมถึงการร่วมกันตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก หากเด็กทำได้อาจให้แรงเสริมทางบวก เช่น การกล่าวชมเชย หรือให้เด็กได้ทำกิจกรรมตามที่ชอบ เช่น พาไปเที่ยวหรือทำกิจกรรมในวันหยุดตามที่เด็กต้องการ

สอนให้เด็กค้นหาสาเหตุที่ทำให้รับประทานอาหารมากเกินไป วิธีแก้ปัญหา การเสริมสร้างพฤติกรรมทางบวก เช่น การกล่าวชมเชยเมื่อเด็กปฏิบัติภารกิจออกกำลังกาย หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การใช้เวลาว่างได้ถูกต้อง เหมาะสม

8. ให้การดูแลเด็กใช้ครอบครัวเป็นฐานโดยการ

8.1 ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการเลี้ยงดูของคนในครอบครัวโดยเฉพาะปู่ย่า ตายายที่让孩子รับประทานตามชอบ หรือชื่นชมเด็กอ้วนหรือเด็กกินเก่ง

8.2 ให้ความรู้ผู้ปกครองในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสม โดยรับประทานให้ครบ 5 หมู่ เป็นประจำทุกวัน ลดอาหารที่มีพลังงานสูง จำพวก แป้ง น้ำตาล ไขมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อติดมัน แฮม เบคอน ไส้กรอก หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ชานม รวมถึงการหลีกเลี่ยงอาหารว่างที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ขนมหวาน ไอศกรีม ช็อคโกแลต โดนัท พิซซ่า

8.3 ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการแก่ผู้ปกครอง ให้ทราบถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับประทานอาหารเช้า เช่น ไม่รับประทานอาหารเช้าหรือขนมก่อนนอน แนะนำให้รับประทานอาหารเช้าให้ละเอียด พยายามยืดเวลาในการรับประทานอาหารเช้าให้นานออกไป จะช่วยให้รู้สึกอิ่มเร็ว ส่งผลให้น้ำหนักตัวคงที่ ทั้งยังช่วยให้ร่างกายใช้เวลาในการย่อยอาหารน้อยลง ร่างกายจะสามารถดูดซึมสารอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8.4 ให้คำแนะนำแก่เด็กและผู้ปกครองในการจดบันทึกรายการอาหารที่เด็กรับประทาน เพื่อทราบถึงปริมาณอาหารที่เด็กควรได้รับอย่างเหมาะสม ควรรับประทานอาหารเช้าและพอดีในแต่ละมื้อ และทำความเข้าใจกับปริมาณอาหารที่ควรได้รับใน 1 วัน โดยในกรณีศึกษาเป็นเพศชายต้องได้รับพลังงาน 1,700 กิโลแคลอรีต่อวัน

8.5 ปรับเปลี่ยนกิจกรรมสำหรับเด็กเมื่ออยู่บ้าน และใช้เวลาว่างไม่ให้อยู่หน้าจอมือถือหรือจอกอมพิวเตอร์นานเกินไปเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกาย

8.6 การแนะนำแหล่งข้อมูลความรู้ต่างๆ ด้านโภชนาการ ได้แก่ ข้อมูลจากแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ เช่น แอปพลิเคชัน Food Choice ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันให้ความรู้ด้านโภชนาการ ช่วยในการตัดสินใจเปรียบเทียบเลือกซื้ออาหารได้อย่างเหมาะสม และยังสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของเด็กทุกช่วงวัยให้ถูกหลักโภชนาการเพิ่มมากขึ้น

9. การใช้โรงเรียนเป็นฐาน โดยส่งเสริมให้เด็กได้ปฏิบัติดังนี้

9.1 เน้นการส่งเสริมให้โรงเรียนจัดให้มีช่วงเวลาในการทำกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก หรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ระยะเริ่มแรกอาจใช้ระยะเวลาไม่เกิน 15 นาที แล้วจึงค่อยเพิ่มเป็น 20-30 นาทีต่อวัน ประมาณ 4 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายได้เผาผลาญพลังงานส่วนเกินให้มากขึ้น

9.2 การให้ข้อเสนอแนะกับผู้บริหารในโรงเรียนเกี่ยวกับวิธีการควบคุมการรับประทานอาหารเช้าแก่เด็กในโรงเรียน โดยจัดเมนูอาหารกลางวันที่มีคุณค่าทางสารอาหารครบ 5 หมู่ หรือร่วมมือกับครู

นักเรียน ผู้ปกครอง ร่วมกันพัฒนาเมนูอาหารที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นร่วมกับแนวทางการจัดอาหารกลางวันเด็กวัยเรียน (เฉลิมพร นามโยธา, กษมา วงษ์ประชุม, นิจจรา ทูลธรรม, และชัชวาล บัวเนี้ยว, 2565)

9.3 การให้ความรู้กับครู และเด็กเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ การควบคุมอาหาร และการแลกเปลี่ยน

9.4 การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ แอปพลิเคชัน เป็นสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้แก่เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน เช่น ความรู้เรื่องการประเมินภาวะโภชนาการ กำหนดน้ำหนักที่เหมาะสม การเลือกเมนูอาหารในแต่ละวัน ปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหาร อาหารตามสัญญาณสีไฟจราจร เพื่อเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสม

9.5 เสนอแนะโรงเรียนให้มีมาตรการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่ม หรืออาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และพลังงานสูง เพราะส่งผลให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกิน เช่น งดจำหน่ายน้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว

10. การใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลเด็กภาวะโภชนาการเกินโดย

10.1 ร่วมกำหนดนโยบายและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อจัดการภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชน ได้แก่ การจัดให้มีบริเวณสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การจัดหาอุปกรณ์กีฬาเพื่อให้เด็กได้เล่นหรือออกกำลังกายได้อย่างเพียงพอ การนำเดินแอโรบิกของหมู่บ้าน การจัดจำหน่ายอาหารสุขภาพ ควบคุมการจำหน่ายอาหารประเภท ทอด อาหารที่มีน้ำตาล ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม อาหารที่มีไขมันและพลังงานสูงในโรงเรียนและรอบโรงเรียน การประชาสัมพันธ์ผลเสียของภาวะโภชนาการเกิน การเชิญวิทยากรจากภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุข เช่น นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา มาให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติเพื่อสร้างความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน การร่วมกันติดตามประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการเด็กในชุมชนโรงเรียน

10.2 ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องด้วยการเยี่ยมบ้าน หรือการสื่อสารติดตามโดยให้มีกลุ่มไลน์ของเด็กและผู้ปกครอง

การประเมินผล

หลังให้คำแนะนำและให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านเด็กในสองสัปดาห์ เด็กสามารถรับประทานอาหารได้ตรงตามคำแนะนำ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 4-5 วัน วันละ 20-30 นาที น้ำหนักลดลงจากเดิม 1 กิโลกรัมภายใน 1-2 สัปดาห์

บทสรุป

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กเป็นปัญหาสำคัญของโลกและในประเทศไทย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม โดยภาวะโภชนาการเกินจะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

มีผลต่อคุณภาพชีวิต หากไม่ได้รับการแก้ไขและส่งเสริมอย่างถูกวิธีก็จะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพที่เรื้อรัง ในอนาคตได้ โดยแนวทางที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาลักษณะโภชนาการเกินนั้นสามารถทำได้ด้วยตัวของเด็กเอง โดยการส่งเสริมให้เด็กตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโภชนาการเกินเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง พยาบาลนับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาลักษณะโภชนาการเกิน และเสริมศักยภาพของเด็กให้สามารถดูแลตนเอง ให้กลับมามีภาวะโภชนาการที่ดี รวมทั้งเน้นให้ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยนำสื่อ เทคโนโลยีดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันต่างๆ มาประยุกต์ใช้อย่างระมัดระวังในการดูแลและแก้ไขให้เหมาะสม กับเด็กวัยเรียนเจนเอเรชั่นใหม่ในสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงตีสมาส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=e28682b2718e6cc82b8dbb3e00f2e28e
- กัญชริย์ พัฒนา, และปราณีนา ทองศรี. (2562). โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนและบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน. *วารสารเวชการและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63(เพิ่มเติม), 133-140.
- จิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ, ชัญญูชิตาคุษฎี ทูลศิริ, และสมสมัย รัตนกริธากุล. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 43-56.
- เฉลิมพร นามโยธา, กษมา วงษ์ประชุม, นิจจรา ทูลธรรม, และชัชวูฒิ บัวเนี้ยว. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัยเรียน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 41(1), 49-61.
- นฤมล เอกธรรมสุทธิ, สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง, ทับทิม ปัตตะพงษ์, ชลลดา ดิยะวิสุทธิ์ศรี, รุ่งทิภา หวังเรืองสถิตย์, สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์, และธิตีรัตน์ ราศิริ. (2565). ผลของบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กต่อความรู้และทัศนคติของประชาชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*. 5(1), 96-112.
- ปราณี อินทร์ศรี, ปิยะนุช จิตตสุนนท์, และศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2558). การพัฒนาคู่มือปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 177-190.
- ปรียาภรณ์ มณีแดง. (2560). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 16-24.
- พัชรภา ตันดิษฐเวช. (2560). *เจนเอเรชั่นแอลฟา: เจนเอเรชั่นใหม่ในสังคมไทยศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, จุฬารัตน์ ภิรมย์ไกรภักดิ์, และวิจิตรา นวนันทวงศ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(พิเศษ), 80-90.

วิภาวี พลแก้ว, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, และณัฐวรรณ คำแสน. (2563). การสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในยุคสังคมสารสนเทศ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 4(3), 21-34.

ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. (2562). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีน้ำหนักเกิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

ศูนย์ฝึกอบรมแพทย์ศาสตร์ศึกษา. (2562). รูปแบบการแก้ปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน 6 – 15 ปี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย. ราชบุรี: ศูนย์ฝึกอบรมแพทย์ศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี

สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, อาภาวรรณ หนูคง, ณัฐธิดา ไกรมงคล, และรุ่งรดี พุฒิสถียร. (2560). การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(4), 120-133.

สาริษฐา สมทรัพย์. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(29), 20-33.

สำนักงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2564). Thai school lunch จากดิจิทัลสู่เมนูอาหารกลางวันในโรงเรียน. ใน จุฬารัตน์ ต้นประเสริฐ, กุลประภา นาวานุเคราะห์, และลัญญา นิตยพัฒน์ (บรรณาธิการ). *3 ทศวรรษ สวทช. กับการเคลื่อนประเทศด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีดิจิทัล*. ปทุมธานี: บริษัท แพลน พรินท์ติ้ง.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อและแก้ปัญหาเด็กอ้วน กลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

ศุภัญญา คณະวาปี, และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 105-118.

สุปราณี ช้อยรอด, และอาจินต์ สงทับ. (2562). บทบาทครอบครัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 270-278.

Baran, R., Baran, J., Leszczak, J., Bejer, A., & Wyszynska, J. (2022). Sociodemographic and socioeconomic factors influencing the body mass composition of school-age children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811261>

Ma, Z., Wang, J., Li, J., & Jia, Y. (2021). The association between obesity and problematic smartphone use among school-age children and adolescents: a cross-sectional study in Shanghai. *BMC Public Health*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12124-6>

World Health Organization (WHO). (2017). *Global overview child malnutrition*. Retrieved from <http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=402>

การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาลวิกฤต

ศรัณญา จุฬาริ, ป.ร.ด.¹

จันทร์ทิรา เจียรณัย, Ph.D.^{2*}

ศิริพร เพ็ชรโรจน์, พย.บ.³

ดวงเนตร ชาติพิมาย, พย.บ.³

(วันที่ส่งบทความ: 12 มกราคม 2566; วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2566; วันที่ตอบรับ: 24 เมษายน 2566)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยหนัก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต มีความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด มักมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลายระบบโดยเฉพาะการไหลเวียนล้มเหลว มีภาวะพร่องออกซิเจน ขาดสารอาหาร และเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองไม่ได้ ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (Hospital-acquired pressure injuries [HAPI]) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายและความสำคัญของ HAPI สถานการณ์ความชุกของ HAPI พยาธิสรีรวิทยาของแผลกดทับ ปัจจัยเสี่ยงของ HAPI ในผู้ป่วยวิกฤต และบทบาทของพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกัน HAPI รวมทั้งการดูแลเมื่อเกิด HAPI ในผู้ป่วยวิกฤตโดยบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี นำไปสู่การสร้างแนวทางการพยาบาลเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและจัดการสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีแผลกดทับอันจะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: แผลกดทับ, ผู้ป่วยวิกฤต, บทบาทพยาบาล

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

² รองศาสตราจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

* ผู้ประพันธ์บทความ: จันทร์ทิรา เจียรณัย, อีเมล: chantira@sut.ac.th

Caring for Critically Ill Patients with Hospital-Acquired Pressure Injuries: the Role of Critical Care Nurses

*Saranya Chularee, Ph.D.*¹

Chantira Chiaranai, Ph.D.^{2*}

*Siriporn Phetrot, B.N.S.*³

*Duangnet Chatphimai, B.N.S.*³

(Received: January 12nd, 2023; Revised: April 23rd, 2023; Accepted: April 24th, 2023)

Abstract

Critically ill patients are patients with life-threatening conditions suffering from vital organ dysfunction. These patients require close medical supervision due to the potential of rapid physiological changes in multiple systems, such as circulatory failure, alterations in oxygenation and ventilation, malnutrition, and mobility deficits. Patients in severe condition are at an increased risk for hospital-acquired pressure injuries (HAPI). This article aims to present the definition and significance of HAPI, the prevalence of HAPI, the pathophysiology of pressure injuries, the risk factors for HAPI in critically ill patients, and the nurse's role in preventing and managing critically ill patients with HAPI. We performed a literature review of the best empirical evidence available on managing HAPI in critically ill patients and providing nursing interventions to prevent and manage HAPI, which can reduce the length of hospital stay and overall healthcare costs, while improving the quality of life of critically ill patients.

Keywords: pressure injury, critically ill patients, nurse's role

¹ Assistant Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

² Associate Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

³ Registered Nurse, Suranaree University of Technology Hospital

* Corresponding author: Chantira Chiaranai, E-mail: chantira@sut.ac.th

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤต คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต มีความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มีชีวิตรอด (Kayambankadzanja et al., 2022) ผู้ป่วยวิกฤตมักมีการไหลเวียนล้มเหลว มีภาวะพร่องออกซิเจน ขาดสารอาหาร และเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองไม่ได้ ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (Hospital-acquired pressure injuries [HAPI]) ผลของ HAPI ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ในปี ค.ศ. 2016 สหรัฐอเมริกาสูญเสียค่ารักษาภาวะ HAPI ในผู้ป่วยวิกฤตถึง 26.8 พันล้านดอลลาร์ (ประมาณ 920.85 พันล้านบาท) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Padula & Delarmente, 2019) และการศึกษาของ Coyer et al. (2017) และ Nowicki et al. (2018) พบว่าความชุกของการเกิด HAPI ในผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 3-10 เท่า แสดงถึงความล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย เพราะ HAPI เป็นภาวะที่ป้องกันได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความสำคัญของการเกิด HAPI ในผู้ป่วยวิกฤต แนวทางการป้องกัน รวมถึงการดูแลเมื่อเกิด HAPI ขึ้น โดยเน้นบทบาทของพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่สำคัญเพื่อให้สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

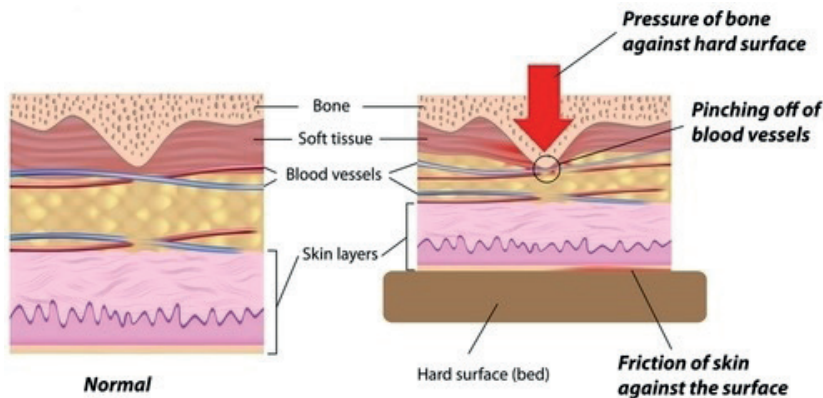
สถานการณ์ความชุกการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลของผู้ป่วยวิกฤต

ความชุกของ HAPI ผู้ป่วยวิกฤตในต่างประเทศระยะ 6 ปีที่ผ่านมา พบอยู่ในช่วงร้อยละ 11-26.6 (Coyer et al., 2017; Labeau et al., 2021) โดยจากรายงานผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 1,228-5,902 ราย (Jacq et al., 2021; Labeau et al., 2021) พบว่าตำแหน่งการเกิด HAPI พบมากที่สุดบริเวณกระเบนเหน็บ ร้อยละ 18.7-57.4 (Jacq et al., 2021; Rubulotta et al., 2022) รองลงมา คือ บริเวณสันเท้า ร้อยละ 12.6-38.9 บริเวณแก้มก้น ร้อยละ 4.1-14.8 (Chaboyer et al., 2018; Cox et al., 2022) และยังพบในเยื่อช่องปาก (Mucosal) ถึงร้อยละ 22 (Coyer et al., 2017) จากการวิเคราะห์พบว่าตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับมักอยู่เหนือปุ่มกระดูกซึ่งเป็นบริเวณเนื้อเยื่อที่ไม่ค่อยมีไขมัน ส่วนแผลกดทับในช่องปากเกิดจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) หรือท่อวางพลาสติกชนิดสั้นป้องกันลิ้นตก (Oropharyngeal airway) เป็นต้น สำหรับในประเทศไทยพบสถิติ HAPI ที่รายงานไว้ เช่น อัตราการเกิด HAPI ในผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี พ.ศ. 2562 และ 2563 พบ 2.61 และ 10.91 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นถึง 5 เท่า (ยุวดี เกื้อกุลวงศ์ชัย, 2564)

พยาธิสรีรการเกิดแผลกดทับ

กลไกการเกิดแผลกดทับเป็นผลมาจากแรงกดที่มีต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ได้แก่ แรงกด (Intensity of pressure) ที่เป็นแรงตั้งฉากกดลงไปตามแรงโน้มถ่วงของโลกขณะที่ไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้แรงดันในหลอดเลือดดำฝอยส่วนปลายเพิ่มขึ้น น้ำเลือด (Plasma) จึงออกนอกหลอดเลือดเกิดการบวม (Berlowitz, 2022; Norton et al., 2021) หากมีแรงกด 70 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและกดนานเกิน 2 ชั่วโมง

จะทำให้มีการอุดตันการไหลเวียนเลือด หลอดเลือดขยายตัว การกำซาบออกซิเจนลดลง จนเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ มองเห็นเป็นรอยแดง หรือแผลกดทับระดับที่ 1 และพัฒนาต่อไปจนกระทั่งเกิดรอยแตกของผิวหนัง (วรรณิภา สายหล้า, 2559) แรงที่สำคัญอีกแรง คือ แรงเฉือน (Shearing force) เป็นแรงตามแนวเฉียงที่เคลื่อนที่สวนทางกันในแนวนานกับแรงเสียดสี (Friction) ในลักษณะไถล ผลจากแรงเฉือนทำให้เนื้อเยื่อและหลอดเลือดบนปุ่มกระดูกยึดและบิดตัว ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ส่วนแรงเสียดสีเป็นแรงสวนระหว่างผิวสัมผัส ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมทำให้ความทนทานของเนื้อเยื่อที่ถูกเสียดสีลดลง ผิวหนังบริเวณนั้นจึงแตกและถูกทำลาย กลายเป็นแผลถลอกได้ง่าย (Berlowitz, 2022; Norton et al., 2021) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แรงกดทับและการอุดตันของหลอดเลือด

หมายเหตุ: From Changing Terminology: “Pressure Ulcer” Now to be referred to as “Pressure Injury” by MCN Healthcare, 2022, (<https://www.mcnhealthcare.com/wp-content/uploads/Pressure-Ulcers-2.jpg>). CC-BY-NC-ND

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลของผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด HAPI ในผู้ป่วยวิกฤตมีมากกว่าการเกิดแผลกดทับทั่วไป เนื่องจากระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายทำงานได้ลดลงและมีความพร่องของอีกหลายระบบ มีข้อสรุป ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน มีดังนี้

1.1 อายุ (Age) เมื่ออายุมากขึ้นมีโอกาสเกิด HAPI ในผู้ป่วยวิกฤตถึง 2.9-10.2 เท่า (Alderden et al., 2017) เพราะมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ระดับแอลบูมิน (Albumin) ในเลือดลดลง การตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบลดลงจึงทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง ผิวหนังจะเริ่มบางลงทำให้ความสามารถในการกระจายแรงกดทับรวมทั้งการไหลเวียนเลือดบกพร่อง การรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังลดลงจากความเสื่อมของปลายประสาท

1.2 การจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobility) ทำให้มีโอกาสเกิด HAPI ในผู้ป่วยวิกฤตถึง 0.30-0.43 เท่า (Alderden et al., 2017) เพราะการเคลื่อนไหวน้อยลงทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกเป็นเวลานาน ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหรือมีพยาธิสภาพที่สมอง

1.3 การกำซาบเลือดบกพร่อง (Perfusion impairment) หรือมีภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเริ่มจากอวัยวะสำคัญและอวัยวะส่วนปลาย ผู้ป่วยวิกฤตที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean arterial pressure [MAP]) น้อยกว่า 60-70 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิด HAPI 1.09 เท่า (Alderden et al., 2017)

1.4 โรคร่วม (Comorbidity) ที่มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้สารอาหารและออกซิเจน ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งผิวหนังน้อยลง เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยวิกฤตที่มี เบาหวานเป็นโรคร่วมมีโอกาสเกิด HAPI 1.05-2.7 เท่า (Alderden et al., 2017; Labeau et al., 2021; Rubulotta et al., 2022) โรคหลอดเลือดหัวใจมีความเสี่ยงเพิ่มถึง 1.78-5.29 เท่า (สุชาติ นิลบรรพต และคณะ, 2562; Alderden et al., 2017) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง 1.52-3.67 เท่า และโรคปอดอุดกั้น 0.96-1.24 เท่า (Labeau et al., 2021; Rubulotta et al., 2022) เป็นต้น

1.5 น้ำหนักตัวน้อย (Under bodyweight) หรือมากเกินไป (Overweight) ทั้งสองภาวะนี้ต่างมี ผลต่อการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยวิกฤตที่น้ำหนักตัวน้อยมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากถึง 1.58 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวิกฤตที่น้ำหนักปกติ (Labeau et al., 2021) เนื่องจากเนื้อเยื่อที่ช่วยกระจายแรงกดมีน้อย แรงกดจึง กระทำโดยตรงผิวหนัง ส่วนผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวมากจะมีพื้นที่ผิวที่สัมผัสมากกว่าผู้ที่น้ำหนักตัวน้อย ทำให้ เกิดการกระจายของแรงกดไปได้กว้าง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด HAPI ได้ 0.98 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวิกฤต ที่น้ำหนักปกติ (Labeau et al., 2021)

1.6 ภาวะพร่องโภชนาการ (Malnutrition) ผู้ป่วยวิกฤตมักจะได้รับการติดตามปัญหาโภชนาการ ด้วยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาระดับโปรตีนในเลือด และความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit [Hct]) จากการศึกษาคพบว่า ระดับ Albumin ในเลือดต่ำกว่า 3.3 กรัม/เดซิลิตร มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด HAPI เพิ่มขึ้นถึง 3.3-11.6 เท่า (สุชาติ นิลบรรพต และคณะ, 2562; Alderden et al., 2017) เพราะน้ำในหลอดเลือด ซึมผ่านออกมาอยู่ระหว่างเซลล์นอกหลอดเลือด กดเบียดหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อ บริเวณปุ่มกระดูกลดลง และหากมี Hct ต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด HAPI ถึง 2.81 เท่า (Alderden et al., 2017) การขาดสารอาหารทำให้เซลล์เสื่อมสภาพในการทำงาน จึงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น และเม็ด เลือดแดงมีความสำคัญต่อการนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย การลดลงของ Hct จึงเพิ่มโอกาสเป็น แผลกดทับ

2. ปัจจัยภายนอก มีดังนี้

2.1 การนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน (Prolonged intensive care unit [ICU] admission) ผู้ป่วย วิกฤตที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน 7-9 วัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด HAPI สูงถึง 7.5 เท่าเมื่อเทียบกับ ผู้ป่วยที่นอนในหอผู้ป่วย 0-3 วัน (Rubulotta et al., 2022) เนื่องจากผู้ป่วยที่นอนนานมักมีการพยากรณ์โรค ที่ไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดและระบบทางเดินหายใจ และอาจสัมพันธ์กับโรคร่วม

2.2 การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilation [MV]; Alderden et al., 2017) ผู้ป่วย ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ ผู้ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ส่งผลให้ร่างกาย

ในท่าศีรษะต่ำจะทำให้เส้นประสาทบริเวณขาหนีบ ได้แก่ Femoral และ Obturator เสียหน้าที่ (Ippolito et al., 2022) และจัดให้เข่างอ 5-10 องศา เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด Popliteal vein และลดแรงกดบริเวณเอ็นร้อยหวาย (Achilles tendon; Norton et al., 2021) สอดหมอนรองใต้ท้องเพื่อให้ส้นเท้าลอยลดแรงกดทับ

2.1.3 กรณีผู้ป่วยมีปัญหาในกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome [ARDS]) อย่างรุนแรง ควรจัดท่านอนคว่ำ ศีรษะสูงเล็กน้อย (Reverse trendelenburg) และให้ลำตัวทำมุม 5-10 องศา ทั้งนี้ให้พิจารณาถึงข้อจำกัดอื่น ๆ ด้วย เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่น ๆ และต้องใช้ทีมในการช่วยพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นผู้สูงอายุควรจัดให้นอนบนที่นอนลมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดแรงกดทับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2.2 การลดแรงเฉือน ปฏิบัติดังนี้

2.2.1 ใช้เทคนิคการยกตัวในการช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการลากดึง และควรใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ผ้ายก เป็นต้น (มณีบุษ สุทรสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2562)

2.2.2 ความถี่ในการพลิกตะแคงตัว พิจารณาจากความสามารถในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้า Braden scale ต่ำกว่า 10 คะแนน ให้พลิกบ่อยกว่าทุก 1-2 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวให้จัดท่านอนหงายกึ่งตะแคง สอดหมอนข้างรองแผ่นหลัง โดยให้หลังเอียงไม่เกิน 30 องศาเป็นหลัก (นพรัตน์ เรืองศรี, 2562)

2.3 การลดแรงกดและแรงเฉือนจากการใช้อุปกรณ์ โดยการยึดท่อหรือสายยางต่าง ๆ ในตำแหน่งที่เหมาะสม ได้แก่ สายยางให้อาหารทางจมูกติดด้วยพลาสติกบริเวณแก้มซึ่งเหมาะกับผิวหนังที่บอบบาง ท่อช่วยหายใจติดพลาสติกบริเวณเหนือริมฝีปาก และเปลี่ยนพลาสติกเมื่อเปียกชื้น และการใช้ผ้านุ่มหรือสำลีแห้งรองระหว่างท่อหรือสายยางต่าง ๆ กับผิวหนังผู้ป่วยเพื่อไม่ให้อุปกรณ์กดทับที่ผิวหนังโดยตรง (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2564; Norton et al., 2021) ส่วนการแกะพลาสติก ให้ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดกดผิวหนังไว้ แล้วใช้มือข้างที่ถนัดลอกพลาสติกออกอย่างเบามือ เพื่อลดแรงเฉือนจากการลอกพลาสติก

2.4 การกระตุ้นให้เริ่มมีการเคลื่อนไหว (Early mobilization) เป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งช่วยลดและกระจายแรงกดจากการนอนบนเตียงในผู้ป่วยวิกฤต และยังเป็นการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการไหลเวียนเลือดด้วย โดยพยาบาลควรเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุกรายทั้งที่มีและไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในรายที่ไม่มีข้อห้าม เพราะผู้ป่วยวิกฤตบางประเภทไม่เหมาะที่จะพลิกตะแคงตัว เช่น ผู้ป่วยที่กระดูกสันหลังไม่มั่นคง ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบไหลเวียนเลือดอย่างรุนแรงต้องใช้เครื่องฟอกไต เป็นต้น (Norton et al., 2021) อย่างไรก็ตาม ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อถักพบว่ามีแนวโน้มว่าแม้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิกฤตมีการพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าตามโปรแกรม ก็ยังสามารถเกิด HAPI ได้เพราะพยาธิสภาพของผู้ป่วยวิกฤตมีความซับซ้อนกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Nieto-García et al., 2021) ดังนั้นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวยังเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยวิกฤต

3. การดูแลภาวะโภชนาการ (มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2562; Norton et al., 2021) ปฏิบัติดังนี้

3.1 ประเมินภาวะโภชนาการจากการชั่งประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวางแผนร่วมกับแพทย์และนักกำหนดอาหาร (Dietitian) ให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ผู้ป่วยมักรับประทานได้น้อยลง มีความไม่สมดุลของสารน้ำเข้าออก มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่มีความบางและความชุ่มชื้นลดลง มีอาการบวมเนื่องจากโปรตีน Albumin ต่ำ ทำให้สารน้ำรั่วออกนอกหลอดเลือด ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมักพบ Serum albumin น้อยกว่า 3.5 gm/dL

3.2 ผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถรับประทานอาหารได้ ควรจัดอาหารโปรตีนคุณภาพสูงที่ได้จากเนื้อสัตว์ 1.0-1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และได้พลังงานรวม มากกว่า 25 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หากรับประทานได้น้อยหรือรับประทานเองไม่ได้ พิจารณาให้อาหารทางสายยางทดแทน

3.3 จัดอาหารเสริมชนิดพลังงานสูง โปรตีนสูง ดูแลให้ได้รับวิตามินซี วันละ 500-1,000 mg วิตามินเอ วันละ 2,400 ไมโครกรัม และสังกะสี วันละ 15 มิลลิกรัม เพิ่มจากอาหารปกติ เพราะวิตามินซี และวิตามินเอ ช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจนและสร้างหลอดเลือดฝอยในเนื้อเยื่อที่สร้างใหม่ ส่วนสังกะสี ช่วยให้เม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte ทำหน้าที่ในระบบภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ดี (มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2562)

3.4 ให้สารน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500 มิลลิลิตร ทั้งนี้ให้พิจารณาข้อจำกัดของโรคร่วมด้วย

4. การดูแลสภาพผิวหนัง (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2564; มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2562) ปฏิบัติดังนี้

4.1 การดูแลทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดาวันละ 1 ครั้ง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น ใช้สบู่ที่มีความเป็นกรดต่าง 4.5-5.5 หรือใช้สเปรย์ทำความสะอาดแบบไม่ต้องล้างออก และทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์หลังอาบน้ำและเช็ดตัวทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการถูวนเนื่องจากจะเป็นการเพิ่มแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกทำให้ผิวหนังแตกและถูกทำลายได้ง่าย และหลีกเลี่ยงการประคบร้อนบริเวณที่มีรอยแดงหรือปุ่มกระดูกเนื่องจากทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง

4.2 ควบคุมความเปียกชื้นจากการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต โดยเช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ฝีเย็บและทวารหนัก ซับให้แห้ง ทาผิวหนังด้วยปิโตรเลียมเจลบาง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ผิวหนังบริเวณนั้นระคายเคืองจากปัสสาวะหรืออุจจาระที่มีฤทธิ์เป็นด่างสูง เพราะจะทำให้เกิดผิวหนังอักเสบชนิด Incontinence associated dermatitis (IAD) ได้ ส่งผลให้เกิด HAPI และติดเชื้อได้ง่าย

5. การให้ความรู้แก่ทีมผู้ดูแลและญาติ โดยให้ข้อมูลกับญาติภายใน 1-3 วันที่ได้รับผู้ป่วยวิกฤตไว้ในความดูแล เกี่ยวกับ ความสำคัญของ HAPI รวมทั้งแนวทางการป้องกันและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วยวิกฤต และทบทวนและจัดการความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิด HAPI ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมกลุ่มแพทย์ผู้รักษา พยาบาล เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักกำหนดอาหาร นักจิตวิทยา เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละกรณีไป

การจัดการเมื่อเกิด HAPI แล้ว มีแนวทางการดูแลเพิ่มเติม ดังนี้

1. การดูแลบาดแผลเฉพาะที่ แบ่งเป็น

1.1 การประเมินและตั้งเป้าหมาย โดยแพทย์ พยาบาลและทีมผู้ดูแลควรร่วมกันประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของ HAPI ที่แตกต่างกัน (Norton et al., 2021) โดยหากเป็นแผลที่หายได้ มีเป้าหมายเพื่อทำให้ขนาดของแผลเล็กลง กลิ่น สิ่งคัดหลั่งของแผลและความปวดลดลง จึงเน้นที่การจัดการกับปัจจัยภายในและภายนอก เช่น การจัดการภาวะการไหลเวียนเลือดบกพร่อง การดูแลโภชนาการ หรือการควบคุมเบาหวานซึ่งเป็นโรคร่วม เป็นต้น ส่วนแผลที่รักษาไม่หาย การตั้งเป้าหมายเพื่อให้ปากแผลปิดอาจเป็นไปได้ จึงควรมุ่งเน้นที่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมอาการปวดลดลง และจัดการกับสิ่งคัดหลั่งให้ได้ โดยใช้การรักษาตามอาการเพื่อความสะดวกสบายของผู้ป่วย

1.2 การจัดการสิ่งคัดหลั่งจากแผลด้วยการทำแผลและปิดแผลด้วยระบบสุญญากาศ (Negative-pressure wound therapy [NPWT]) เพราะช่วยส่งเสริมการหายของแผลโดยแรงดูดช่วยให้ขอบแผลหดตัวได้ดี กระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และทำให้บริเวณแผลแห้ง กำจัดสารคัดหลั่งและเศษเนื้อตาย ลดการสะสมเชื้อโรค และอาการบวมของแผลลดลง จำนวนการใส่ยาแก้ปวดลดลง ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น และการไม่ต้องทำแผลบ่อยยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย (ศรัญญา จุฬาริ และคณะ, 2563; Kandi et al., 2022) สนับสนุนโดยการศึกษาของ Sahin et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ป่วย HAPI ที่ใช้ NPWT ช่วยให้เนื้อเยื่ออกใหม่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับการทำแผลแบบ Wet-to-dry อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 การควบคุมการติดเชื้อ โดยพยาบาลประเมินบาดแผลและผิวหนังรอบแผล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายของแผล ขนาด ความลึกของแผล ปริมาณเนื้อตายรวมทั้งเนื้อเยื่ออกใหม่ การมีโพรงแผลที่อาจขัดขวางการหดตัวของขอบแผล สีและกลิ่นของสิ่งคัดหลั่ง การอักเสบติดเชื้อของกระดูกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้แผลหายช้าหรืออาจรักษาไม่หายได้ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณากำจัดเนื้อตายด้วยวิธีต่างๆ และการดูแลต่อเนื่องด้วยการทำแผลแบบ Wet-to-dry เลือกใช้น้ำยาตามสภาพแผล และเลือกวัสดุปิดแผลตามลักษณะของสารคัดหลั่ง เช่น Hydrogel สำหรับแผลที่ค่อนข้างแห้ง การใช้ Hydrocolloid กับแผลที่มีสารคัดหลั่งเล็กน้อย เป็นต้น

2. การดูแลโภชนาการ ผู้ป่วยวิกฤตที่มีแผลกดทับควรได้รับพลังงานสูงกว่าผู้ที่ไม่ม่มีแผล โดยจัดอาหารโปรตีนคุณภาพสูงที่ได้จากเนื้อสัตว์ 1.2-1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และให้พลังงานรวม 30-35 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (จันทร์ทิรา เจียรณีย์ และคณะ, 2565; มณีนุช สุทธานันท์ และกาญจนา ปัญญาธร, 2562; EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019) หากรับประทานอาหารได้น้อยหรือรับประทานเองไม่ได้ พิจารณาให้อาหารทางสายยาง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี วินิจฉัย Infected bedsore with septic shock มาด้วยอาการระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ให้ประวัติว่า 4 เดือนก่อน ล้มในห้องน้ำ ปวดข้อเท้าขวา X-ray พบ

Fracture right ankle on short leg slab และได้รับการผ่าตัดตามหลักที่ข้อเท้า เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน 1 เดือน หลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยนอนติดเตียง มีแผลกดทับที่ก้นกบ และตาตุ่มเท้าขวา ได้รับการสอนทำแผลจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

2 สัปดาห์ก่อน แผลกดทับมีหนองซึม มีไข้ ทำแผลเองที่บ้าน รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ/มื้อ 1 วันก่อน ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังระดับ 4 (ไตเสียหายรุนแรง) รับประทานยาด้วยอย่างต่อเนื่อง

อาการปัจจุบัน รูปร่างผอม รู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้บ้าง อ่อนเพลีย คะแนนกลาสโกว์โคมาสกอร์ (Glasgow coma score [GCS]) 13 คะแนน (E3V4M6) ใส่สายยางเพื่อให้อาหารทางจมูก มีแผลกดทับ 3 ตำแหน่ง คือ 1) ก้นกบ ระดับ 2 (สูญเสียผิวหนังบางส่วน มองเห็นชั้นหนังแท้) ขนาด 8x10 เซนติเมตร 2) ตาตุ่มขวา ระดับ 3 (สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด) ขนาด 3x3 เซนติเมตร และ 3) ส้นเท้าขวาไม่สามารถระบุระดับได้ ขนาด 3x3 เซนติเมตร ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ปัสสาวะออกน้อย 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 85/50 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 89% แพทย์วินิจฉัย Septic shock พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1,000 มิลลิลิตร ใน 60 นาที และให้ Norepinephrine 4 mg + 5%DW 250 ml IV 15 ml/hr หลังจากนั้นความดันโลหิตอยู่ในช่วง 98/60-108/65 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

แผลกดทับติดเชื้อเนื่องจากเคลื่อนไหวย่อยตัวเองได้ลดลง ภูมิคุ้มกันต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

Braden score 11 คะแนน (เสี่ยงสูง) ระดับความรู้สึกตัวลดลง เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ผิวหนังบาง มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 2 ขนาด 8x10 cm ตาตุ่มขวา ระดับ 3 ขนาด 3x3 cm และส้นเท้าขวาไม่สามารถระบุระดับได้ ขนาด 3x3 cm ผลตรวจ Hct 27.5 % และ Serum albumin 2.3 g/dL

วัตถุประสงค์การพยาบาล ลดการติดเชื้อที่แผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน

1. การให้คะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Search Out Severity [SOS] score) น้อยกว่า 4 คะแนน หรือ การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (The Quick Sequential Organ Failure Assessment Score [qSOFA]) น้อยกว่า 2 คะแนน
2. แผลกดทับไม่มีหนองซึม กลิ่นไม่ฉุน
3. ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีการอักเสบขึ้นในจุดหมักหมมของร่างกาย ได้แก่ อวัยวะสืบพันธุ์
4. การประเมินระดับความรู้สึกตัวคงที่ ระดับตื่นตัว (Alert) หรือ GCS 15 คะแนน (E4V5M6)
5. สัญญาณชีพ อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36-38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจน้อยกว่า 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท
6. ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

7. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count [CBC]) พบ White blood cell (WBC) อยู่ระหว่าง 4,000 -12,000 cell/cumm

8. ได้รับสารอาหาร 1,200 Kcal/วัน ตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมทางการพยาบาล

- ประเมินการติดเชื้อของแผลกดทับและความก้าวหน้าของแผลกดทับ ดังนี้
 - ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ยกเว้นอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งระดับความรู้สึกตัว และปริมาณปัสสาวะ ประเมิน SOS score และ qSOFA score เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการติดเชื้อ
 - ประเมินความเสี่ยงของแผลกดทับด้วย Braden score ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผลกดทับ
 - ประเมินความชุ่มชื้น ความตึงตัวของผิวหนัง และรอยแดงตามร่างกายโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกทุก 8 ชั่วโมง
 - ประเมินขนาดและความลึกของแผลกดทับทุกครั้งก่อนทำความสะอาดแผล
- จัดให้ออนที่นอนลมเพื่อช่วยกระจายแรงกดทับและตรวจสอบประสิทธิภาพของที่นอนลม
- จัดท่านอนที่ลดแรงกดเฉพาะที่ โดยนอนหงายสอดหมอนข้างรองให้แผ่นหลังเอียงไม่เกิน 30 องศา ให้ไหล่กางไม่เกิน 90 องศา กางขาไม่เกิน 30 องศา เข่างอ 5-10 องศา สอดหมอนรองได้น่องให้สั้นเท่าลอย
- พลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้การยกตัวผู้ป่วยแทนการลากดึงเพื่อลดแรงเสียดทานและแรงเสียดสี และกระตุ้นให้ขยับร่างกายทุก 15-30 นาที เพื่อช่วยลดแรงกด ช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือด
- ดูแลทำความสะอาดแผลก้นกบและตาตุ่มขาขวาเพื่อควบคุมการติดเชื้อตามหลักปราศจากเชื้อ โดยใช้ 0.9% NaCl solution เช็ดจากบริเวณในวนออกด้านนอก และปิดแผลด้วยก๊อชชุบ Silver sulfadiazine cream ซึ่งช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ปิดด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อและทำความสะอาดแผลสั้นเท่าด้วย 0.9% NaCl solution และปิดด้วยแผ่นปิดแผลชนิดไฮโดรคอลลอยด์เพื่อช่วยดูดซับสารคัดหลั่งที่มีไม่มากนักและช่วยป้องกันการเสียดสีบริเวณแผลกดทับ
- ประเมินการขับถ่ายทุก 2 ชั่วโมง ทำความสะอาด ชับให้แห้ง ทาผิวหนังบริเวณขาหนีบ ฝีเย็บ และแก้มก้นด้วยปิโตรเลียมเจลบาง ๆ ทุกครั้งหลังขับถ่าย เพื่อป้องกันการระคายเคืองจากอุจจาระ
- ดูแลความสะอาดผิวหนัง โดยการอาบน้ำด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง หลีกเลี่ยงการขัดถูผิวหนังแรง ๆ หลังอาบน้ำดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยการทาโลชั่นหรือครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์
- ดูแลความสะอาดเตียง ผ้าปูให้เรียบตึงเสมอ เพื่อลดการเสียดสีกับผิวหนังไม่ให้เกิดรอยถลอกเพิ่มขึ้น
- ดูแลให้ได้รับอาหารปั่นผสม (Blenderized diet 1:1) 300 มิลลิลิตร วันละ 4 ครั้ง และให้น้ำตาม 50 มิลลิลิตรต่อมื้อ
- ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยา

11. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาการติดเชื้อที่แผลกดทับ และ Serum albumin เพื่อติดตามภาวะโภชนาการในการส่งเสริมการหายของแผลกดทับ
ประเมินผล

หลังให้การรักษาพยาบาล ระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS 13 คะแนน (E3V4M6) ภาวะติดเชื้อที่แผลกดทับดีขึ้น อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/75 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณปัสสาวะ 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ผลการตรวจ WBC 10,500 cell/cumm SOS score 2 คะแนน qSOFA score 1 คะแนน สิ่งคัดหลั่งจากแผลลดลง เริ่มมีเนื้อเยื่อออกใหม่ และไม่มีแผลกดทับเพิ่ม รับประทานอาหารทางสายยางได้หมดทุกมื้อ

สรุป

การเพื่อป้องกันการเกิด HAPI เป็นบทบาทที่ทำนายสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีความเข้าใจถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงพยาธิสรีรวิทยาของการเกิด HAPI ในผู้ป่วยวิกฤต แนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับระดับที่ 1 ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญที่สุดเพราะเมื่อพัฒนาไปเป็นระดับที่สูงขึ้นแล้วต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ต้องการทักษะในการจัดการดูแลจากทีมทั้งการประเมิน การจัดการบาดแผล การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และยังทำให้จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลสูงมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากพยาบาลที่มีสมรรถนะและความรู้จะช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะวิกฤตจากแผลกดทับในโรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

- คู่ขวัญ มาลีวงษ์. (2564). การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 23(1), 15-30.
- จันทร์ทรา เจียรณย์, ไตรภพ ปัดตานัง, และนุชพร คุมใหม่. (2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลโภชนาการสำหรับผู้ป่วยวิกฤต. *ราชวดีสาร*, 12(1), 164-181.
- นพรัตน์ เรืองศรี. (2562). ผลการใช้ชุดของวิธีปฏิบัติ SSIE-Tq3h เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(4), 121-134.
- ผกามาศ พิษรากร. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล. *หัวหินเวชสาร*, 1(1), 33-48.
- มณีนุช สุทธสนธิ์, และกาญจนา ปัญญาธร. (2562). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(4), 80-89.

- ยุวดี เกื้อกุลวงษ์ชัย. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วย
วิกฤต อายุรกรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการ. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*, 8(1), 1-11.
- วรรณิภา สายหล้า. (2559). แผลกดทับ. ใน จุฬาร พรประสังสิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, และยุวรัตน์ ม่วงเงิน
(บ.ก.), *การดูแลบาดแผล: หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (หน้า 153-167).
บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- วรพงศ์ เรืองสงค์. (2562). ยาบีบหลอดเลือดและยากระตุ้นหัวใจ. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 29(2),
167-184.
- วไลพร ปีกกระคา, นิสากร วิบูลชัย, วุฒิชัย สมกิจ, สุชญ์ณัญญาเดชศิริ, จีรพร อินนอก, และสิรินารถ ประพาศ
พงษ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบ
ประสาท. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(2), 140-153.
- ศรัณญา จุฬาริ, จันท์ทิรา เจียรณัย, รวีวรรณ พงศ์วุฒิพัชร, และจินตนา ตาปิน. (2563). การพยาบาลผู้ป่วย
ที่รักษาบาดแผลด้วยระบบดูดสุญญากาศ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(1), 202-215.
- สุชาติ นิลบรรพต, อัมพรพรรณ ชีราบุต, และปณิตา ลิ้มปะวัฒน์นะ. (2562). ปัจจัยทำนายการเกิดแผล
กดทับในผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 4(33), 1-10.
- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure
injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing
Studies*, 71, 97-114. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012>
- Berlowitz, D. (2022). *Epidemiology, pathogenesis, and risk assessment of pressure-induced skin and soft
tissue injury*. Retrieved from [https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-
and-risk-assessment-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury#](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury#)
- Chaboyer, W. P., Thalib, L., Harbeck, E. L., Coyer, F. M., Blot, S., Bull, C. F., Nogueira, P. C., & Lin,
F. F. (2018). Incidence and prevalence of pressure injuries in adult intensive care patients: A
systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 46(11), e1074–e1081.
<https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003366>
- Cox, J., Edsberg, L.E., Koloms, K., VanGilder, C.A. (2022). Pressure injuries in critical care patients in
US hospitals: Results of the international pressure ulcer prevalence survey. *Journal of Wound,
Ostomy and Continence Nursing*, 49(1), 21-28. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000834>
- Coyer, F., Miles, S., Gosley, S., Fulbrook, P., Sketcher-Baker, K., Cook, J. L., & Whitmore, J. (2017).
Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide
comparison. *Australian Critical Care*, 30(5), 244-250. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.12.003>

- European pressure ulcer advisory panel, National pressure injury advisory panel & Pan pacific pressure injury alliance [EPUAP/NPIAP/PPPIA]. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcer/injuries: Clinical practice guideline* (การป้องกันและรักษาแผลกดทับ: แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อ). (ชมรมพยาบาลแผลออสโตมีและการควบคุมการขยับถ่าย, ผู้แปล; พิมพ์ครั้งที่ 3).
<https://thaietnurse.com/index.php/news/press-release/71-20210420>
- Ippolito, M., Cortegiani, A., Biancofiore, G. Caiffa, S., Corcione, A., Giusti, G.D., Lucchini, A., Pelosi, P., Tomasoni, G., & Giarratano, A. (2022). The prevention of pressure injuries in the positioning and mobilization of patients in the ICU: A good clinical practice document by the Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI). *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, 2(7), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s44158-022-00035-w>
- Jacq, G., Valera, S., Muller, G., Decormeille, G., Youssoufa, A., Poiroux, L., Allaert, F., Barrois, B., Rigaudier, F., Ferreira, P., Huard, D., Heming, N., Aissaoui, N., Barbar, S., Boissier, F., Grimaldi, D., Hraiech, S., Lascarrou, J.B., Piton, G., Michel, P. (2021). Prevalence of pressure injuries among critically ill patients and factors associated with their occurrence in the intensive care unit: The PRESSURE study. *Australian Critical Care*, 34(5), 411–418.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.12.001>
- Kandi, L. A., Rangel, I. C., Movtchan, N. V., Van Spronsen, N. R., & Kruger, E. A. (2022). Comprehensive management of pressure injury: A review. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 33(4), 773–787. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2022.06.002>
- Kayambankadzanja, R. K., Schell, C. O., Wärnberg, M. G., Tamras, T., Mollazadegan, H., Holmberg, M., Alvesson, H. M., & Baker, T. (2022). Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. *British Medical Journal Open*, 12(9), e060972.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060972>
- Labeau, S. O., Afonso, E., Benbenishty, J., Blackwood, B., Boulanger, C., Brett, S. J., Calvino-Gunther, S., Chaboyer, W., Coyer, F., Deschepper, M., François, G., Honore, P. M., Jankovic, R., Khanna, A. K., Llauro-Serra, M., Lin, F., Rose, L., Rubulotta, F., Saager, L., ... & DecubICUs Study Team. (2021). Correction to: Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. *Intensive Care Medicine*, 47(4), 503-520.
<https://doi.org/10.1007/s00134-020-06234-9>
- MCN Healthcare. (2022). *Changing Terminology: “Pressure Ulcer” Now to be referred to as “Pressure Injury”* (Image). <https://www.mcnhealthcare.com/changing-terminology-pressure-ulcer-now-to-be-referred-to-as-pressure-injury>

- Nieto-García, L., Carpio-Pérez, A., Moreiro-Barroso, M. T., & Alonso-Sardón, M. (2021). Can an early mobilisation programme prevent hospital-acquired pressure injuries in an intensive care unit?: A systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*, *18*(2), 209–220. <https://doi.org/10.1111/iwj.13516>
- Norton, L., Parslow, N., Johnston, D., Ho, C., Afalavi, A., Mark, M., O’Sullivan-Drombolis, D., & Moffatt, S. (2021). *Best practice recommendations for the prevention and management of pressure injuries*. In: *Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada*. Retrieved from: <https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/172-bpr-prevention-and-management-of-pressure-injuries-2/file>
- Nowicki, J. L., Mullany, D., Spooner, A., Nowicki, T. A., McKay, P. M., Corley, A., Fulbrook P., & Fraser, J. F. (2018). Are pressure injuries related to skin failure in critically ill patients?. *Australian Critical Care*, *31*(5), 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.07.004>
- Padula, W. V., & Delarmente, B. A. (2019). The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. *International Wound Journal*, *16*(3), 634–640. <https://doi.org/10.1111/iwj.13071>
- Rubulotta, F., Brett, S., Boulanger, C., Blackwood, B., Deschepper, M., Labeau, S. O., & Blot, S. (2022). Prevalence of skin pressure injury in critical care patients in the UK: results of a single-day point prevalence evaluation in adult critically ill patients. *British Medical Journal Open*, *12*(11), e057010. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057010>
- Şahin, E., Rizalar, S., & Özker, E. (2022). Effectiveness of negative-pressure wound therapy compared to wet-dry dressing in pressure injuries. *Journal of Tissue Viability*, *31*(1), 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.12.007>

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้แต่งได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of authors) ตามที่ปรากฏใน จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (Publication ethics) อย่างเคร่งครัด

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม Microsoft word กำหนดขนาดกระดาษเป็น A4 จัดระยะขอบกระดาษ 1 นิ้ว (หรือ 2.54 ซม.) โดยรอบ ใช้อักษร Angsana new ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบในหัวข้อต่าง ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	เอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	14
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. XXX	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน
2. พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมพิมพ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ใต้ชื่อเรื่อง และตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงบรรทัด พร้อมระบุชื่อผู้ประพันธ์บรรณกิจ และอีเมล
3. มีบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา โดยจัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง
4. เขียนเอกสารอ้างอิงถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหา และเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
5. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยเชิงปริมาณไม่เกิน 15 หน้า บทความวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยแบบผสมวิธี หรือการสังเคราะห์งานวิจัย ไม่เกิน 18 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 12 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร

แนวทางการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดย่อรายงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ
2. บทคัดย่อรายงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เสนอในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผล ที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญ ของต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ
3. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎีปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้
4. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้ กระบวนการ ลักษณะสำคัญ หรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/about/submissions>

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 1, พย.ม. ^{1*}

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 2, Ph.D. ²

บทคัดย่อ

การเขียนบทคัดย่อ จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง โดยใช้ตัวอักษร Angsana new ลักษณะตัวอักษรปกติ ขนาด 16 ความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรมีอ้างอิงในเนื้อหา รายละเอียดในหน้าบทคัดย่อภาษาไทยต้องมีรายละเอียดเหมือนกับหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อของความวิจัย เขียนเป็นความเรียง เริ่มต้นจาก.....(ปัญหาการวิจัยที่สรุปพอสังเขปได้จากบทนำ)..... (วัตถุประสงค์และหรือระเบียบวิธีวิจัย).....(การคัดเลือก ลักษณะ และ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง).....(เครื่องมือวิจัยที่ใช้และผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ)..... (ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล [Effect size] ช่วงความเชื่อมั่น [Confidence interval] และระดับนัยสำคัญ).....(อภิปราย และสรุปผลการวิจัย).....

บทคัดย่อของบทความวิชาการ เขียนเป็นความเรียง เริ่มต้นจาก.....(ปัญหา หรือสถานการณ์ที่ต้องการนำเสนอแนวคิด)..... (เนื้อหา/ ประเด็นที่ต้องการนำเสนอ).....(วัตถุประสงค์ของผู้แต่งที่ต้องการนำเสนอเนื้อหาดังกล่าว).....(อภิปราย การนำผลจากประเด็นที่นำเสนอไปใช้ประโยชน์).....

คำสำคัญ: การเขียนชื่อเรื่อง, บทคัดย่อ, การ เขียนคำสำคัญ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลXXXX

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยXXXX

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชื่อ นามสกุลผู้ประสานงาน, อีเมล: XXXX@knc.ac.th

Title in English

Name Surname, M.N.S.^{1*}

Name Surname, Ph.D.²

Abstract

XXXXXXXXXXXXXX

Keyword: XXXXXX, XXXXXX, XXXXXX

¹ Registered Nurse, Professional Level, XXXXXX Hospital

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, XXXX University.

* Corresponding author: Name Surname, E-mail: XXXX@gmail.com

บทนำ

ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมุติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้
วัตถุประสงค์ (ถ้ามี)

1. XXXX

สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

เขียนอธิบายหรือสร้างกล่องข้อความแสดงความเชื่อมโยงกรอบแนวคิด ตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และ ขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี)

อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้ ตัวอย่างเช่น

มาตรการกีดกัน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 31 – 42 สัปดาห์ ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยคลอด ณ โรงพยาบาลXXXX ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

ระดับความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับมารดาคลอดในขณะที่มีผลตรวจคัดตัว ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale [VAS])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อธิบายลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขป ระบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวน ข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน ตัวอย่างการเขียนเครื่องมือในการวิจัย ตัวอย่างเช่น

1. แผนการสอนการเตรียมสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เพื่อการคลอดด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแผนการสอนXXXX ของXXXX (2562) ที่สร้างมาจากแนวคิดการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเองของ Balaskas (1991)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ การปฏิบัติตัวเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติตัว การให้คะแนน หากตอบปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน และตอบ ไม่เคยปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามเกณฑ์ของXXXX (2560) ดังนี้ มีการปฏิบัติน้อย ($M = 0.00-0.99$) มีการปฏิบัติปานกลาง ($M = 1.00 - 1.99$) และมีการปฏิบัติมาก ($M = 2.00$ ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

อธิบายการหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ พร้อมทั้งรายงานผล หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้ระบุขั้นตอนการขอคัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ รายงานค่าความเที่ยงและความตรง พร้อมระบุอ้างอิงวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิ ตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม ตามตัวอย่าง ดังนี้

1. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง
 - 1.1 ขั้นตอนก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดย
 - 1.1.1 รับสมัครผู้ช่วยวิจัยเข้าร่วมโครงการจำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ.....
 - 1.1.2 XXXX
 - 1.2 ขั้นการทดลอง จัดกิจกรรมที่..... เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้
 - 1.2.1 สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย
 - 1.2.2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม.....
2. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง
 - 2.1 XXXX
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระบุสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

ผลการวิจัย

เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยนำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง ให้เขียนย่อหน้าเพื่อบรรยายจุดเด่น แล้วจึงอ้างอิงไปยังตาราง ทั้งนี้ข้อมูลในการบรรยายไม่ควรซ้ำซ้อนกับข้อมูลในตาราง ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P - value
	B	Std. Error	Beta		
สถานภาพ	0.241	0.334	0.352	3.191	0.004*
รายได้ต่อเดือน	0.185	0.029	0.250	6.305	0.000**
การมีโรคประจำตัว	0.162	0.029	0.209	5.644	0.000*
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.129	0.024	0.193	5.343	0.000**
ค่าคงที่ (Constant)	4.329	0.216		20.085	0.000**

หมายเหตุ. $R = .60$, $R^2 = .45$, $F = 26.085$, $*p < .01$, $**p\text{-value} < .001$

การเขียนการอ้างอิงตามแบบของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา

ปรารภทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์¹
พรรณทิพย์ โชมขุนทด เศรษฐาชน โภคิน²

การอ้างอิงและการเขียนรายการเอกสารอ้างอิงนี้ ได้เรียบเรียงขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้แต่งที่ส่งบทความมาตีพิมพ์ในวารสารที่ใช้ระบบการอ้างอิงตามแบบของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (The American Psychological Association [APA]) ซึ่งผู้จัดทำได้แปลและเรียบเรียงจากต้นฉบับหนังสือ 2 เล่มคือ Publication manual of the American Psychological Association (American Psychological Association [APA], 2019) และ Concise guide to APA style (APA, 2020) ซึ่งเป็นการตีพิมพ์ครั้งที่ 7 ทั้งนี้การนำเสนอเนื้อหาในบทความนี้จะเน้นการอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) และการอ้างอิงทำรายการ (Reference list) โดยยกตัวอย่างเฉพาะประเด็นที่สำคัญเท่านั้น ประเด็นอื่นที่ไม่ได้กล่าวไว้ เช่น การใช้อักษรย่อ การนำเสนอตัวเลขหรือสถิติ และการออกแบบตาราง เป็นต้น ให้ผู้แต่งยึดตามคู่มือดังกล่าวเป็นหลัก หรือศึกษาเพิ่มเติมที่ <https://apastyle.apa.org>

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การอ้างอิงในเนื้อหาใช้วิธีการอ้างอิงในระบบนาม-ปี (Author-date citation system) ผู้แต่งชาวไทยให้ระบุชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล โดยไม่ต้องใส่คำนำหน้านามหรือบรรดาศักดิ์ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ หากไม่ทราบปีที่พิมพ์ ให้เขียนว่า “ม.ป.ป” ในอ้างอิงภาษาไทย และ “n.d.” ในอ้างอิงภาษาอังกฤษ ส่วนรายการที่ได้รับตอบรับให้ตีพิมพ์ แต่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ให้เขียนว่า “in press” หรือปีที่เขียนร่าง (Draft) นั้น ทั้งนี้การวางตำแหน่งการอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงในวงเล็บ (วงเล็บ; Parenthetical citation) และการอ้างอิงในเนื้อหาที่บรรยาย ซึ่งมีวิธีปฏิบัติและตัวอย่างดังนี้

การอ้างอิงที่อยู่ในวงเล็บ

ให้เขียนสกุล (รายการอ้างอิงต่างชาติ) หรือชื่อ-สกุล (รายการอ้างอิงไทย) ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค สามารถวางตำแหน่งการอ้างอิงอยู่ในประโยคหรืออยู่ส่วนท้ายของประโยค เช่น

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Falsely balanced news coverage can distort the public’s perception of expert consensus on an issue (Koehler, 2016).

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับยาเบาหวานชนิดฉีด และการไม่พบน้ำตาล ลูกอม หรือขนมหวานไว้ติดตัวเป็นประจำ (เดือนใจ ภูสระแก้ว, 2562)

หากมีข้อความอื่น ๆ อยู่ในวงเล็บด้วย หลังปีให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค

(See Koehler, 2016, for more detail)

(ดังใน เดือนใจ ภูสระแก้ว, 2562, สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)

หากมีการอ้างอิงเนื้อหาอยู่ในวงเล็บด้วยให้คั่นเนื้อหาและชื่อผู้แต่งด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (Semicolon) โดยไม่ใช้การซ้อนวงเล็บ

(e.g., falsely balanced news coverage; Koehler, 2016)

(เช่น การได้รับยาเบาหวานชนิดฉีด; เดือนใจ ภูสระแก้ว, 2562)

การอ้างอิงในเนื้อหาบรรยาย

หากเป็นการบรรยายด้วยข้อความอย่างต่อเนื่องให้เขียนปีที่พิมพ์หลังการเขียนสกุล หรือ ชื่อ-สกุล ในทันที

Koehler (2016) noted the dangers of falsely balanced news coverage.

เดือนใจ ภูสระแก้ว (2562) ศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับยาเบาหวานชนิดฉีด และการไม่พบน้ำตาล ลูกอม หรือขนมหวานไว้ติดตัวเป็นประจำ

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีต่าง ๆ

1. การอ้างอิงหลายรายการในเนื้อหาเดียวกัน กรณีเขียนรายการอ้างอิงในเนื้อหาแบบบรรยายให้อ้างอิงตามความเหมาะสมของเนื้อหา ไม่ต้องเรียงลำดับ ส่วนกรณีเขียนรายการอ้างอิงไว้ในวงเล็บให้เรียงลำดับชื่อ (หรือนามสกุลกรณีเป็นรายการอ้างอิงต่างประเทศ) ตามลำดับอักษรเหมือนในการอ้างอิงทำรายการ

(Adams et al., 2019; Shumway & Shulman, 2015; Westinghouse, 2017)

(นवलระอ อวิวัฒน์วรพันธ์ และคณะ, 2553; เดือนใจ ภูสระแก้ว, 2562; ศรีมาลัย วิสุทธิศิริ, 2553)

2. การอ้างอิงเฉพาะบางส่วนของแหล่งอ้างอิง เช่น หน้า ย่อหน้า ตาราง รูปภาพ การประทับเวลา (Timestamps) หรือ เิงอรรถของบทความ หนังสือ เว็บเพจ และรายงานต่างๆ เป็นต้น ให้เขียนอ้างอิงแบบนาม-ปี แล้วระบุข้อมูลของส่วนเฉพาะนั้นตามความเหมาะสม

(Center for Disease Control and Prevention, 2019, p. 10)
 (Shadid, 2020, paras. 2-3)
 (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2012, 1:30:40)
 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564, ตารางที่ 1)
 (จิตติมา โกศลวิตร และคณะ, 2563, หน้า 35)
 (พรหมทิพย์ โชมขุนทด, 2565, สไลด์ที่ 24)

3. การอ้างอิงกรณีที่มีจำนวนผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศและเป็นการอ้างอิงในวงเล็บให้เชื่อมชื่อผู้แต่งด้วยเครื่องหมาย ampersand (&) แต่ถ้าเป็นการอ้างอิงในเนื้อหาบรรยายให้เขียนคำว่า “and” ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้เขียนคำว่า “และ” ทั้งสองกรณี ถ้ามีจำนวนผู้แต่ง 3 คนขึ้นไปให้เขียนชื่อผู้แต่งคนแรกตามด้วย “และคณะ” หรือ “et al.” ในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนการอ้างอิงในภาพหรือตารางกรณีผู้แต่งเป็นชาวต่างชาติให้ใช้เครื่องหมาย “&” ทั้งการอ้างอิงในเนื้อหาและการบรรยาย ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้เขียนคำว่า “และ” ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการเขียนการอ้างอิงในเนื้อหา

ประเภทของผู้แต่ง	การอ้างอิงในวงเล็บ	การอ้างอิงในเนื้อหาที่บรรยาย
ผู้แต่งจำนวน 1 คน	(Luna, 2020) (เตือนใจ ภูสระแก้ว, 2563)	Luna (2020) เตือนใจ ภูสระแก้ว (2563)
ผู้แต่งจำนวน 2 คน	(Salas & D’Agostino, 2020) (วนิดา หาจักร และกิตติวรา บุญยศ, 2563)	Salas and D’Agostino (2020) วนิดา หาจักร และกิตติวรา บุญยศ (2563)
ผู้แต่งจำนวน 3 คน ขึ้นไป	(Martin et al., 2020) (จิตติมา โกศลวิตร และคณะ, 2563)	Martin et al. (2020) จิตติมา โกศลวิตร และคณะ (2563)
ผู้แต่งเป็นกลุ่มที่มีชื่อย่อ กล่าวถึงครั้งแรก	(National Institute of Mental Health [NIMH], 2020) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [สวรส.], 2565)	National Institute of Mental Health (NIMH, 2020) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2565)
กล่าวถึงครั้งที่ 2 เป็นต้นไป	(NIMH, 2020) (สวรส., 2565)	NIMH (2020) สวรส. (2565)
ผู้แต่งเป็นกลุ่มที่ไม่มี ชื่อย่อ	(Stanford University, 2020)	Stanford University (2020)

4. การเขียนรายการอ้างอิงกรณีที่เกิดความสับสนได้ง่าย

4.1 กรณีมีผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป แต่มีรายการชื่อที่ซ้ำกันตามลำดับ ให้ระบุชื่อไปจนถึงรายการที่ไม่ซ้ำจึงต่อด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” อย่างไรก็ตามกรณีที่มีผู้แต่ง 4 คน ที่ 3 คนแรกชื่อซ้ำกันให้เขียนชื่อทุกคน เช่น

Kapoor, Bloom, Montez, Warner, and Hill (2017)

Kapoor, Bloom, Zucker, Tang, Koroglu, L'enfant, Kim, and Daly (2017)

รายการแรกเขียนเป็น Kapoor, Bloom, Montez, et al. (2017)

รายการที่ 2 เขียนเป็น Kapoor, Bloom, Zucker, et al. (2017)

มนัสชนก แก้วโท, นฤมล ใจเที่ยง, น้ำฝน บริบูรณ์, กาญจนา วงษ์ศรีมี, และบัณฑิต คำบุญ (2563)

มนัสชนก แก้วโท, นฤมล ใจเที่ยง, เบญจวรรณ เทียมศักดิ์, ธิติมา แหมไธสง, และปนัดดา วงษาเวียง (2563)

รายการแรกเขียนเป็น มนัสชนก แก้วโท, นฤมล ใจเที่ยง, น้ำฝน บริบูรณ์, และคณะ (2563)

รายการที่ 2 เขียนเป็น มนัสชนก แก้วโท, นฤมล ใจเที่ยง, เบญจวรรณ เทียมศักดิ์, และคณะ (2563)

ฐิติมา โกศลวิตร, กัญญารัตน กันยะกาญจน์, นฤมล บุญญนิवारวัฒน์, และธิดารัตน์ ศรีธรรมมา (2563)

ฐิติมา โกศลวิตร, กัญญารัตน กันยะกาญจน์, นฤมล บุญญนิवारวัฒน์, และมนัสชนก แก้วโท (2563)

ให้เขียนทั้ง 4 ชื่อ ทั้งสองรายการ

4.2 กรณีที่ผู้แต่งเดียวกัน ปีที่พิมพ์เดียวกัน ให้เขียนชื่อเพียงครั้งเดียว แล้วเรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ โดยเรียงรายการที่ไม่มีปีที่พิมพ์ขึ้นก่อน และรายการที่อยู่ในระหว่างการตีพิมพ์อยู่ในลำดับสุดท้าย หากมีรายการที่ตีพิมพ์ปีเดียวกันให้ใส่อักษร a, b ... หรือ ก, ข ... ตามลำดับ

(Judge & Kammerer-Mueller, 2012a)

Judge and Kammerer-Mueller (2012b)

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (ม.ป.ป., 2563ก, 2563ข, 2564, 2565)

4.3 กรณีรายการอ้างอิงต่างประเทศที่ผู้แต่งคนละคน มีชื่อย่อ (Initials) ต่างกัน แต่มีนามสกุลเดียวกัน ให้เขียนชื่อย่อของผู้แต่งคนแรกในทุกรายการอ้างอิง

(J. M. Taylor & Neimeyer, 2015; T. Taylor, 2014)

การอ้างอิงข้อความที่เกิดจากการเรียบเรียงใหม่ (Paraphrases)

การเรียบเรียงเนื้อหาใหม่ด้วยความคิดเห็นของผู้แต่งเอง จะดีกว่าการอ้างโดยตรง (Direct quotation) ในการอ้างอิงสามารถอ้างอิงทั้งแบบอ้างในวงเล็บและอ้างแบบบรรยาย ไม่จำเป็นต้องอ้างเลขหน้า ยกเว้นกรณี que เห็นว่างานที่นำมาอ้างนั้นมีความซับซ้อน การเติมเลขหน้าจะช่วยให้ผู้อ่านที่สนใจจะศึกษาเพิ่มเติมสามารถไปอ่านงานต้นฉบับได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

For any mention of a website without indication of particular information, no reference list entry or in-text citation is needed (APA, 2019).

วนิดา หาจักร และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยบางประการกับผลการสอบขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งครั้งแรก พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกผลการสอบขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว (หน้า 59-60)

การอ้างอิงด้วยการยกข้อความมาอ้างโดยตรง (Direct quotation)

การอ้างอิงข้อความหรือคำพูดที่คัดคำมาโดยตรงจากรวบรวมหรือบทสัมภาษณ์โดยตรงแบบคำต่อคำ ให้อ้างอิงด้วยชื่อผู้แต่ง ปีที่พิมพ์และหน้า ในการอ้างอิงรายการภาษาอังกฤษคำว่าหน้า ให้ย่อ โดยหากมีหน้าเดียว ให้ย่อเป็น p. (เช่น p. 25, p. S41, p. e221) หากมีหลายหน้าให้ย่อว่า pp. (เช่น pp. 20-29) ถ้าเลขไม่ต่อเนื่องให้คั่นด้วยจุลภาค (เช่น pp. 24, 29, 35) ถ้าไม่มีหน้าให้เติมข้อมูลอื่นที่ช่วยให้ผู้อ่านหาตำแหน่งที่อ้างอิงในต้นฉบับได้ง่ายขึ้น (เช่น see Section 7.23) ส่วนการจัดรูปข้อความขึ้นอยู่กับความยาวของข้อความ โดยไม่ใส่จุดไข่ปลาที่การเริ่มต้นและจบประโยค

ข้อความขนาดสั้น (ความยาวน้อยกว่า 40 คำ) ให้เขียนข้อความที่อ้างโดยตรงรวมไว้ในย่อหน้า โดยใส่เครื่องหมายอัญประกาศแล้วอ้างอิงชื่อผู้แต่ง ปี และลำดับ ทั้งนี้สามารถจัดวางตำแหน่งของข้อความที่อ้างไว้ในส่วนต่าง ๆ ของประโยคตามความเหมาะสม เช่น

Effective teams can be difficult to describe because “high performance along one domain does not translate to high performance along another” (Ervin et al., 2018, p.470).

“Some people are hilarious, others are painfully unfunny, and most are somewhere in between,” wrote Nusbaum et al. (2017, p. 231) in their exploration of humor.

“การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อย่างมี ประสิทธิภาพ จะช่วยให้การตั้งครรภ์มีความปลอดภัย และลดอัตราการตายของมารดาและทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้” ดังที่รัตนภรณ์ ธนศิริจิรานนท์ (2563, p. 10) กล่าวไว้ในบทความวิชาการเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ข้อความขนาดยาว (ความยาว 40 คำขึ้นไป) ให้ตัดเป็นย่อหน้าแยกออกจากย่อหน้าอื่นโดยจัดเยื้องซ้าย 0.5 นิ้ว (Block quotation) ไม่ต้องใส่เครื่องหมายอัญประกาศ ส่วนการอ้างอิงสามารถทำได้

2 วิธี คือ เขียนอ้างอิงในวงเล็บหลังสิ้นสุดข้อความ หรือเขียนอ้างอิงเฉพาะ นาม-ปี ในข้อความบรรยายก่อนข้อความที่อ้าง แล้วเติมเลขหน้าหลังสิ้นสุดข้อความแล้ว เช่น

เขียนอ้างอิงในวงเล็บหลังสิ้นสุดข้อความ

Researchers have studied how people talk to themselves:

Inner speech is paradoxical phenomenon. It is an experience that is central to many peoples; everyday lives, and yet it presents considerable challenges to any effort to study it scientifically. Nevertheless, a wide range of methodologies and approaches have combined to shed light on the subjective experience of inner speech and its cognitive and neurol underpinning. (Alderson-Day & Fernyhough, 2015, p. 957)

ทีมกลยุทธ์การบริหารจัดการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ระบุว่า

จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีกรรวบรวมวิธีการที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในประเทศไทย... ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการค้นคว้าอ้างอิงต่อไป (อุดม ภู่วโรคม และคณะ, 2562, น. 98)

*หมายเหตุ จุดไข่ปลา (Ellipsis) หมายถึงมีการละข้อความบางส่วนจากต้นฉบับ

เขียนอ้างอิงเฉพาะ นาม-ปี ในข้อความบรรยายก่อนข้อความที่อ้าง แล้วเติมเลขหน้าหลังสิ้นสุดข้อความ

Flores et al. (2018) described how they addressed potential researcher bias when working with an intersectional community of transgender people of color:

Everyone on the research team belonged to a stigmatized group but also held privileged identities. Throughout the research process, we attended to the ways in which our privileged and oppressed identities may have influenced the research process, findings, and presentation of results. (p. 311)

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายรายการ

เอกสารอ้างอิงท้ายรายการเขียนไว้ที่หน้าสุดท้ายของบทความ แยกจากส่วนเนื้อหา โดยเขียนคำว่า รายการอ้างอิงไว้กลางหน้ากระดาษด้วยอักษรทึบ การเรียงรายการให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อผู้แต่ง จัดให้รายการที่เป็นภาษาไทย (ทั้งชื่อและนามสกุล) ขึ้นก่อนรายการภาษาอังกฤษ (เฉพาะนามสกุล) ทั้งนี้ รายการที่ปรากฏในท้ายเรื่องและรายการที่ปรากฏในเนื้อหาต้องตรงกันทุกรายการ จัดรูปแบบแต่ละรายการ โดยการจัดเยื้อง (Hanging indentation) บรรทัดที่สองเยื้องจากบรรทัดแรก 5 อักษร ไม่กด Enter ในรายการ เดียวกัน และไม่กด Tab หรือ Control+Shift

องค์ประกอบของการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายรายการมี 4 ส่วน คือ ชื่อผู้แต่ง (Author) ปีที่ตีพิมพ์ (Date) ชื่อเรื่อง (Title) และแหล่งที่มา (Source) โดยมีหัวภาคหรือจุด (Period) ตามหลังแต่ละส่วนทันที ยกเว้นแหล่งมาที่เป็น URL หรือ DOI ไม่ต้องมีจุด หลังส่วนประกอบย่อยของแต่ละส่วนให้ใช้เครื่องหมายวรรคตอน เช่น จุดภาค (คอมมา) หรือ นขลิขิต (วงเล็บ) ทั้งจุดและเครื่องหมายวรรคตอนอื่น ๆ ต้องอยู่ชิด กับอักษรตัวหน้าของเครื่องหมายนั้น และเคาะวรรค 1 ครั้งก่อนอักษรต่อไป กรณีผู้แต่งจำนวน 1-20 คน ให้เขียนชื่อทุกคน โดยถ้ามี 2 คนขึ้นไปให้เขียนคำว่า “และ” หรือเครื่องหมาย Ampersand (&) ก่อนชื่อ สุดท้าย โครสร้างการอ้างอิงทั่วไป เป็นดังนี้

Author, A. A., & Author, B. B. (Date). Title. Source.

ชื่อ สกุล ผู้แต่งคนที่ 1, และ ชื่อ สกุล ผู้แต่งคนที่ 2. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. แหล่งที่มา.

กรณีผู้แต่งจำนวน 21 คนขึ้นไปให้เขียนชื่อ 19 คน ตามด้วยจุดไข่ปลา (Ellipsis) และชื่อคนสุดท้าย โดยไม่มีเครื่องหมาย Ampersand ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Martín-Iglesias, S., Santamaría-Martín, M. J., Alonso-Álvarez, A., Rico-Blázquez, M., Del Cura-González, I., Rodríguez-Barrientos, R., Barberá-Martín, A., Sanz-Cuesta, T., Isabel Coghen-Vigueras, M., de Antonio-Ramírez, I., Durand-Rincón, I., Garrido-Rodríguez, F., Geijo-Rincón, M. J., Mielgo-Salvador, R., Morales-Montalvá, M. S., Reviriego-Gutiérrez, M. A., Rivero-Garrido, C., Ruiz-Calabria, M., Santamaría-Mechano, M. P., Santiago-Fernández, R., ... Villa-Arranz, M. (2018). Effectiveness of an educational group intervention in primary healthcare for continued exclusive breast-feeding: PROLACT study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1679-3>

เพื่อให้คำแนะนำในการเขียนอ้างอิงนี้ไปยาวเกินไป ในการเขียนตัวอย่างการอ้างอิงสำหรับรายการ จากแหล่งที่มาต่าง ๆ ต่อไปนี้จะเป็นตัวอย่างในกรณีผู้แต่งไม่เกิน 20 คนเท่านั้น

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงจากหนังสือ

โครงสร้างการอ้างอิง

ชื่อผู้แต่งซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือองค์กร. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือและรายละเอียดอื่นในวงเล็บหรือปีกกา.
แหล่งที่มา เช่น ชื่อสำนักพิมพ์ DOI หรือ URL.

1. หนังสือที่เขียนโดยผู้แต่ง (Authored book) ซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร

1.1 หนังสือทั่วไป

วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
ซานเมืองการพิมพ์.

เพชร สันทัด, สุรชาติ ฦ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ฐนันครศักดิ์ บวรนนทกุล, เชษฐรัชดา พรรณาธิกุล,
กฤษฎี สถิตวัฒนานนท์, และประยงค์ เต็มชวลา. (2557). *ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนา
มนุษย์*. สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.

Bazeley, P. (2021). *Qualitative data analysis: Practical Strategies* (2nd ed.). SAGE.

Burgess, R. (2019). *Rethinking global health: Frameworks of power*. Routledge.

1.2 หนังสือที่มี DOI

Brown, L. S. (2018). *Feminist therapy* (2nd ed.). American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0000092-000>

1.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์หรือหนังสือเสียงที่ไม่มี DOI

Cain, S. (2012). *Quiet: The power of introverts in a world that can't stop talking* (K. Mazur, Narr.)
[Audiobook]. Random House Audio. <http://bit.ly/2G0Bpbl>

1.4 หนังสือที่ให้เครดิตบรรณาธิการบนหน้าปก

Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems: A primer* (D. Wright, Ed.). Chelsea Green Publishing.

2. หนังสือที่มีบรรณาธิการ

2.1 หนังสือที่มีบรรณาธิการ มี DOI และมีหลายสำนักพิมพ์

Schmid, H.-J. (Ed.). (2017). *Entrenchment and the psychology of language learning: How we reorganize
and adapt linguistic knowledge*. American Psychological Association; De Gruyter Mouton.
<https://doi.org/10.1037/15969-000>

2.2 หนังสือที่มีบรรณาธิการ แต่ไม่มี DOI

Toronto, C. & Remington, R. (Ed.). (2020). *A step-by-step guide to conducting an integrative review*. Springer Nature Switzerland.

2.3 การอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการแต่ไม่มี DOI (ถ้ามี DOI ให้เขียน DOI ต่อจากชื่อสำนักพิมพ์)

Lawless, J. & Foster, M. J. (2020). Searching systematically and comprehensively. In C. E. Toronto & R. Remington (Eds.), *A step-by-step guide to conducting an integrative review* (pp. 21-44). Springer Nature Switzerland.

3. หนังสืออื่น ๆ

3.1 หนังสือแปลที่จากภาษาต่างประเทศ

แบร์รี สมาร์. (2555). *มิเชล ฟูโกต์* [Michel Foucault] (จามะรี เชียงทอง และสุนทร สราญจิต, แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. 1994).

3.2 คู่มือการวินิจฉัยโรค (Diagnostic manual)

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

3.3 พจนานุกรม หรือสารานุกรม

Merriam-Webster. (n.d.). *Merriam-Webster.com dictionary*. Retrieved December 15, 2022, from <https://www.merriam-webster.com/>

Merriam-Webster. (n.d.). Self-report. In *Merriam-Webster.com dictionary*. Retrieved December 15, 2022, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary self-report>

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงบทความจากวารสาร

หลักการเขียนชื่อผู้แต่งเหมือนการอ้างอิงหนังสือ ชื่อวารสารให้ใช้ชื่อเต็มทั้งสองภาษาและจัดเป็นอักษรเอียง เขียนเลขหน้าเต็มทุกหลัก

บทความที่ไม่มี DOI หรือเป็นสิ่งพิมพ์ (Print version)

ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั่งสุขสันต์, วาสนา จิติมา, และกันยรักษ์ เยเจริญ. (2563). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(3), 4-21.

Witt, A. M., Bolman, M., Kredit, S., & Vanic, A. (2016). Therapeutic breast Massage in lactation for the management of engorgement, plugged ducts, and mastitis. *Journal of human lactation: Official journal of International Lactation Consultant Association*, 32(1), 123–131.

บทความที่มีเลขที่บทความหรือมีการระบุตำแหน่งแบบอิเล็กทรอนิกส์ (eLocator)

ศิริรัตน์ เพ็ญจันทา, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และทิพย์ฉมพร เกษโกมล. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้การป้องกันโรคและการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), บทความ e258116. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/258116>

Leslie, C. J., Hawkins, M., & Smith, D. L. (2020). Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) with providers in the Early Intervention setting: A qualitative testing study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), Article e2603. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072603>

บทความที่มี DOI

Nawabi, F., Alayli, A., Krebs, F., Lorenz, L., Shukri, A., Bau, A. M., & Stock, S. (2021). Health literacy among pregnant women in a lifestyle intervention trial: protocol for an explorative study on the role of health literacy in the perinatal health service setting. *BMJ Open*, 11(7), e047377. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047377>

บทความที่เผยแพร่ออนไลน์แบบล่วงหน้า (advance online publication)

Canon, C., Effoe, V., Shetty, V., & Shetty, A. K. (2016). Knowledge and attitudes towards human papillomavirus (HPV) among academic and community physicians in Mangalore, India. *Journal of Cancer Education*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-0999-0>

บทความที่อยู่ในระหว่างรอตีพิมพ์ (In press)

Anderson, L. A., Kildea, S., Kynoch, K., Gao, Y., & Lee, N. (in press). Midwives experiences of interventions to improve breast expression following preterm birth: A qualitative study. *Midwifery*.

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงจากรายงานหรือวรรณกรรมที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพ
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รายงานของหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรต่าง ๆ โดยองค์กรเป็นผู้แต่ง

Australian Institute of Health and Welfare. (2018). *Family, domestic and sexual violence in Australia 2018*. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d1a8d479-a39a-48c1-bbe2-4b27c7a321e0/aihw-fdv-02.pdf.aspx?inline=true>

2. รายงานของหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรต่าง ๆ โดยบุคคลเป็นผู้แต่ง

Ambiel, C., Adell, A., Sanguansri, P., Krause, D., Gamage, T., Garcia-Flores, R., & Juliano, P. (2019). *Mapping Australian fruit and vegetable losses pre-retail*. Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation. <https://doi.org/10.25919/5d28d8ba0fad5>

3. รายงานประจำปี

Western Health. (2019). 2018-19 *annual report*. http://www.westernhealth.org.au/AboutUs/CorporatePublications/Documents/AnnualReport/WH_Annual_Report_%202018-19.pdf

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์หรือคหุฎนินพนธ์

1. กรณินนได้ตืพิมพ์

คอรังสร้างการเขียน

Author, A. A. (2022). *Title of dissertation/ thesis*. [Unpublished doctoral dissertation/thesis]. Name of Institution Awarding the Degree.

ชื้อ นามสกุลผู้แต่ง. (2565). ชื้อคหุฎนินพนธ์หรือวิทยานิพนธ์. [คหุฎนินพนธ์หรือวิทยานิพนธ์นได้ตืพิมพ์]. ชื้อสถาบันที่ประสาทปริญญา.

ตัวอย่าง

ปรางทิพย์ทาเสนาะ. (2542). ผลของตัวแบบที่มีต่อการลดความวิตกกังวลในการคลอดของหญิงครรภ์แรก. [วิทยานิพนธ์นได้ตืพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2. กรณินนได้ตืพิมพ์หรือเผยแพร่ในฐานข้อมูลหรือออนไลน์

คอรังสร้างการเขียน

Author, A. A. (2022). Title of dissertation. [Doctoral dissertation, Name of Institution Awarding the Degree]. Database Name. <https://xxxxx>

ชื้อ นามสกุลผู้แต่ง. (2565). ชื้อคหุฎนินพนธ์. [คหุฎนินพนธ์, ชื้อสถาบันที่ประสาทปริญญา]. ชื้อฐานข้อมูล. ที่อยู่ URL

ตัวอย่าง

Thasanoh, P. (2010). Northeast Thai women's experiences in following traditional postpartum practices. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. eScholarship University of California. <https://escholarship.org/uc/item/65v4s03g>

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงอ้างอิงจากสื่ออื่น ๆ

1. Computer Software และ Mobile Apps.

โครงสร้าง

Author, A. A. (date). *Title of work* (Version 1.2) [Computer software]. Publisher/App Store/Google Play Store. <https://xxxxx>

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อผลงาน (รุ่นที่) [ซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์]. แหล่งเผยแพร่. ที่อยู่ URL.

ตัวอย่าง

Bprenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., & Rothstein, H. (2014). *Comprehensive meta-analysis* (Version 3.3.070) [Computer software]. Biostat. <https://www.meta-analysis.com/>

Epocrates. (2019). *Epocrates medical references* (Version 18.12) [Mobile app].

App Store. <https://itunes.apple.com/us/app/epocrates/id281935788?mt=8>

2. แบบทดสอบ แบบวัด และรายการคำถาม (Tests, Scales, Inventories)

โครงสร้าง

Author, A. A. (date). *Title of the Test*. Test Database name. <https://doi.org/xxx>

Author, A. A. & Author, B. B. (date). *Title of the Test Database Record*. [Database record]. Test Database name. <https://xxxx>

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อของเครื่องมือหรือแบบวัด. ชื่อฐานข้อมูลของแบบวัด. ที่อยู่ DOI หรือ URL.

ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นกรอ้างอิงคู่มือ แบบทดสอบ และฐานข้อมูลของแบบทดสอบตามลำดับ

Tellegen, A., & Ben-Porath, Y. S. (2011). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF): Technical manual*. Pearson.

Project Implicit. (n.d.). *Gender-Science IAT*. <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html>

Cardoza, D., Morris, J. K., Mayers, H. F., & Rodriguez, N. (2000). *Acculturative Stress Inventory (ASI)* (TC022704) [Database record]. ETS TestLink.

3. การสัมมนาในเว็บไซต์ที่ได้รับการบันทึกและสามารถเรียกดูในภายหลังได้

Goldberg, J. F. (2018). *Evaluating adverse drug effects* [Webinar]. American Psychiatric Association. <https://education.psychiatry.org/Users/ProductDetail.aspx?ActivityID=6172>

4. วิดีทัศน์จาก YouTube หรือการถ่ายทอดสด (YouTube video or other streaming videos)

Cutts, S. (2017, November 24). *Happiness* [Video]. Vimeo. <https://vimeo.com/244405542>

5. เพิ่มภาพกฤตศิลป์หรือภาพที่ถูกเก็บไว้ในแหล่งเก็บภาพ (Clip art or stock image)

CDJ. (2018). *Neural network deep learning prismatic* [Clip art]. Openclipart.

<https://openclipart.org/detail/309343/neural-network-deep-learning-prismatic>

6. สื่อสังคมออนไลน์ (Social media)

โครงสร้าง

Author, A. A. [@username]. (2019, May 8). Title is the content of the post up to the first 20 words. Site Name. <https://xxxxx>

Author, A. A. [@username]. (n.d.). Title is the content of the post up to the first 20 words. [Description of audiovisuals]. Site Name. Retrieved August 27, 2020, from <https://xxxx>

ตัวอย่าง

White, B. [@BettyMWhite]. (2018, June 21). *I treasure every minute we spent together#koko* [Image attached] [Tweet]. Twitter. <https://twitter.com/BettyMWhite/status/1009951892846227456>

Smithsonian's National Zoo and Conservation Biology Institute. (n.d.) *Home* [Facebook page]. Facebook. Retrieved July 22, 2019, from <https://www.facebook.com/nationalzoo>

The New York Public Library [@nypl]. (n.d.). *The raven* [Highlight]. Instagram. Retrieved April 16, 2019m from <https://bitly.com/2FV8bu3>

7. เว็บเพจและเว็บไซต์

โครงสร้าง

ชื่อ-สกุลผู้เขียน. (ปี พ.ศ., วัน เดือนที่เผยแพร่). *ชื่อบทความ*. ชื่อเว็บไซต์. URL

Author, A. A. & Author, B. B. (ปี ค.ศ., เดือน วันที่เผยแพร่). *ชื่อบทความ*. ชื่อเว็บไซต์. URL

ตัวอย่าง

Avramova, N. (2019, January 3). The secret to a long, happy, healthy life? Think age-positive. CNN. <https://www.cnn.com/2019/01/03/health/respect-toward-elderly-leads-to-long-life-intl/index.html>

การนำเสนอค่าสถิติและตัวเลข

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการนำเสนอค่าสถิติที่สำคัญตามคำแนะนำของ APA

สถิติ	ตัวอย่างการนำเสนอ
Percentage	Nearly half (49%) of the sample was married.
Descriptive statistic	The sample as a whole was relatively young ($M = 19.22$, $SD = 3.45$).
Mann-Whitney	A Mann-Whitney test indicated that self-rated attractiveness was greater for women who were not using oral contraceptives ($Mdn = 5$) than for women who were using oral contraceptives ($Mdn = 4$), $U = 67.5$, $p = .034$, $r = .38$.
Wilcoxon signed-ranks	A Wilcoxon Signed-ranks test indicated that femininity was preferred more in female faces ($Mdn = 0.85$) than in male faces ($Mdn = 0.65$), $Z = 4.21$, $p < .001$, $r = .76$
Sign test	A sign test indicated that femininity was preferred more in female faces than in male faces, $Z = 3.47$, $p = .001$.
t-test	An independent-samples t-test indicated that scores were significantly higher for women ($M = 27.0$, $SD = 7.21$) than for men ($M = 24.2$, $SD = 7.69$), $t(734) = 4.30$, $p < .001$, $d = 0.35$.
ANOVA	A 3x2 ANOVA with self-rated attractiveness (low, average, high) and oral contraceptive use (true, false) as between-subjects factors revealed a main effects of SRA, $F(2, 1276) = 6.11$, $p = .002$, $\eta^2 = .009$, and oral contraceptive use, $F(1, 1276) = 4.38$, $p = .037$, $\eta^2 = 0.003$. These main effects were not qualified by an interaction between SRA and oral contraceptive use, $F(2, 1276) = 0.43$, $p = .65$, $\eta^2 = .001$.
Pearson's correlation	Preferences for femininity in male and female faces were positively correlated, Pearson's $r(1282) = .13$, $p < .001$.
Chi-Square	The percentage of participants that were married did not differ by gender, $\chi^2(1, N = 90) = 0.89$, $p = .35$.
Regression results	Social support significantly predicted depression scores, $b = -.34$, $t(225) = 6.53$, $p < .001$. Social support also explained a significant proportion of variance in depression scores, $R^2 = .12$, $F(1, 225) = 42.64$, $p < .001$.

หลักการนำเสนอตัวเลขและค่าสถิติ

1. การนำเสนอตัวเลขแสดงจำนวนที่มีเพียงจำนวนเต็มเท่านั้น (เช่น จำนวนคน) ไม่ต้องมีทศนิยม
2. นำเสนอค่า p-values ตามที่เป็นจริงจากการคำนวณ ยกเว้นกรณีโปรแกรม คำนวณได้ .000 ให้รายงานเป็น $p < .001$ อักษรย่อ M , SD , U , F , Z , p , t , d , r ใช้เป็นอักษรเอียง
3. ค่าที่จำนวนเต็มไม่เกิน 1 (เช่น สหสัมพันธ์) ให้ ละเอียดเลข 0 หน้าทศนิยม เช่น $r(1282) = .13$

เอกสารอ้างอิง

American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide of APA style* 7th edition. Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2020). *Concise guide to APA style* 7th edition. Washington, DC: American Psychological Association.

หัวข้อใหญ่ Angsana new หน้า ขนาด 18 จัดชิดซ้าย

บทนำ

XX
XX
XX
XX

XX
XX
XX
XX

รายละเอียดเนื้อหา Angsana new บาง ขนาด 16
จัดชิดซ้าย เพิ่มการเยื้อง

วัตถุประสงค์

- 1. XXXX

สมมุติฐานการวิจัย

- 1. XXXX

กรอบแนวคิดการวิจัย

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ดังภาพที่ 1



ตำแหน่งวางภาพที่แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้ตัวอักษร ขนาด 16
ภาพที่พิมพ์หัวหนา
ชื่อภาพ ตัวบาง เอียง

ภาพที่ 1 XXXXXXXX

วิธีดำเนินการวิจัย

เว้น 1 บรรทัดก่อนขึ้นหัวข้อใหญ่
หัวข้อใหญ่ Angsana new หน้า ขนาด 18 จัดชิดซ้าย

XX
XX

นิยามเชิงปฏิบัติการ

หัวข้อรอง Angsana new หน้า ขนาด 16 จัดชิดซ้าย

XX
XX

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หัวข้อรอง

XX
XX

อภิปรายผลการวิจัย

เว้น 1 บรรทัดก่อนขึ้นหัวข้อใหญ่
หัวข้อใหญ่ Angsana new หนา ขนาด 18 จัดชิดซ้าย

XX
XX

สรุปผลการวิจัย

หัวข้อใหญ่

XX
XX
XX

ข้อเสนอแนะ

หัวข้อใหญ่

XX
XX

กิตติกรรมประกาศ

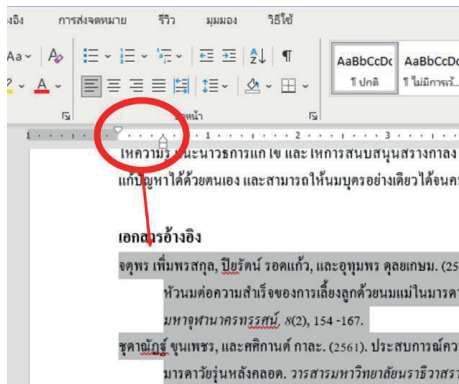
หัวข้อใหญ่

XX
XX
XX

เอกสารอ้างอิง

หัวข้อใหญ่

XX
XX



เอกสารอ้างอิง ใช้การจัดย่อหน้าแบบ Hanging Indent
บรรทัดแรกของย่อหน้าจะชิดกันซ้าย และบรรทัด
ต่อไปจะห่างจากกันซ้าย 1.75 ซม. หรือ ครั้งนี้
กำหนดได้โดยคลิกเมาส์ตรง Hanging Indent ที่่าง
แล้วลากไปด้านขวาแล้วปล่อยตำแหน่งที่ต้องการ



