



วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

NHEJ

ISSN 2630-0214

Nursing, Health, and Education Journal

- ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564 / Vol.4 No.3 September- December 2021

สารบัญ	หน้า	Content
ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564	Page	Vol.4 No.3 September– December 2021
บทบรรณาธิการ		Editorial note
บทความวิจัย (Research Articles)		
○ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด 1 แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จังหวัด อุดรธานี วรารณ พันธ์ศรี		◇ Development of nursing practice guideline for maternal in first stage labour, Participation of community hospital, Lumnampao network, Udonthani province วรารณ พันธ์ศรี Waraporn Punthasri
○ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอำเภอโนนน้ำโสม จังหวัด อุดรธานี	13	◇ Knowledge, Attitude and Behavior of Infection Prevention and Control among Registry Nurses at Namsom Hospital, Udon Thani Province ชนพิชา แผ่นทอง Chonpicha Phanthong
○ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย อุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track) งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พิมล ปัสนิตย์	23	◇ Development of Nursing Practice Guidelines for Emergency Care and Referral of Accident Patients in Trauma Fast Track, Ban Phue Hospital, Udon Thani Province Pimon Patsanit
○ การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี รัชณี เปิกบาน	33	◇ Developing of Malnutrition Procedure among Pre-School Children in Child Development Center Thung Fon sub district, Thung Fon district, Udon Thani province Rutchanee Berkban
○ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ถึง บ้าน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ใน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ธรรมวรรณ บุณสรณ์	43	◇ Improvement of a Continuing Care Model for Pregnant Woman with Preterm Labor in Nonghan Hospital Udon Thani Province Thammawan Booranasun

บทบรรณาธิการ

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับสุดท้าย ปีที่ 4 ของการดำเนินงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ซึ่งวารสารฉบับนี้ออกในช่วงปลายปีที่เมืองไทยของเราและทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (Covid 19) ระลอกใหม่ สายพันธุ์ใหม่

เราต้องใช้วิถีชีวิตใหม่ New Normal ที่ต้องมีการปรับตัวและระมัดระวังตัว การสกัดกั้นการแพร่ระบาด คนไทยเริ่มได้รับวัคซีนป้องกัน และรัฐมีมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างจริงจัง ผลกระทบของการแพร่ระบาดของ Covid 19 ทำให้กระทบปากท้องของชาวบ้าน เศรษฐกิจซบเซา คนตกงานว่างงานจำนวนมาก ซึ่งพวกเราหวังว่าสถานการณ์จะค่อยๆดีขึ้น เป็นกำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ทำงานอย่างหนัก ในการดูแลผู้ป่วย

ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารมาเป็นอย่างดี ทั้งท่านที่ส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ เข้ามาเผยแพร่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละเวลาในการประเมินบทความวิจัย เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น และขอขอบคุณทีมบรรณาธิการที่เข้มแข็งที่ผลักดัน ติดตามงาน ทำให้วารสารดำเนินงานสำเร็จตามแผน

ขอเชิญชวนสมาชิกและบุคลากรสาธารณสุขที่มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และมิติอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข ส่งผลงานมาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา โดยวารสารออกปีละ 3 ปีๆ เช่นเคย ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> หรือส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th

วารสารฉบับนี้ยังคงประกอบด้วยสาระและความหลากหลายเช่นเคย ทั้งสูตรกรรม อายุกรรม เด็ก ไม่ว่าจะเป็น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่า จังหวัดอุดรธานี ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track) งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ล้วนเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ขอเชิญท่านติดตามได้ภายในเล่มค่ะ พบกันใหม่ ฉบับหน้าค่ะ

ดร. ชัญญาวิรี ไชยวงศ์

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา Nursing, Health, and Education Journal

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Articles) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร: ราย 4 เดือน

ทุก ๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิก

ในประเทศ 1 ปี 300 บาท 3 ปี 800 บาท

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี
88 หมู่ 1 ต.บ้านหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุตรธานี 41330
โทรศัพท์ 0-42-295406 โทรสาร 0-42- 295407

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.จิราพร วรวงศ์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี
ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.สุภาภรณ์ พิสัยพันธ์ ดร.วันดา ศรีพรหมษา
อาจารย์กณทิรา เพ็ญทอง

เลขานุการ

อาจารย์ทิพาพรรณ สมจิตร

สำนักงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี อาคาร 11 ชั้น 88 ม.1 ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุตรธานี 41330

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เพ็ญพรินตึง จำกัด 2 หมู่ 3 ถนนโพธิสาร อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น 40000

กองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

รองศาสตราจารย์ ดร. นันทิยา วัฒนา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. ธนวิทย์ ศรีจรรย์รัตน์
รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรีชพฤษ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. สังวรณ์ ังคระโท
สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพศาล สุวรรณน้อย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิพนธ์ ปิณฑุเอก
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉรา จินวงษ์
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี
พญ. ดร.เสาวนีย์ บำเรอราช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. มาณิกา เพชรรัตน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ดร. พรพรรณ มนัสจกุล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
ดร. ศุภวดี แก้วเพ็ญ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น
ดร. ยุพาวดี ชันท์ปลั่ง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี
ดร. ยสุทิน ชนะบุญ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. พิชญ์สินี มงคลสิริ
สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ทักษิภา ชัยวัฒน์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

กองบรรณาธิการในสถาบัน

ดร. ชลกร ทรงศรี
ดร. วังภา ศรีบุญพิมพ์สวย
ดร. ยุพาภรณ์ ตีรไพวงศ์
ดร. ภาณุ อดกลั่น
อาจารย์วันดา ศรีพรหมษา

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นใดๆในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาเป็นของผู้เขียน
และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด แบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี

Received: 15 February 2021

Revised: 28 February 2021

Accepted: 30 September 2021

วารารณ พันธ์ศรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี ระหว่าง 1 เมษายน 2563 ถึง 30 กันยายน 2563 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดในโรงพยาบาลกุ่มกาวปี 20 คน โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว 45 คน พยาบาลวิชาชีพที่ห้องคลอดโรงพยาบาลกุ่มกาวปี 10 คน และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว 14 คน ใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของIOWA Model เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาล 3.แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ 4.แบบทดสอบวัดความรู้ของพยาบาล ตรวจสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1) สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง และได้ทุกขั้นตอน ร้อยละ 100 2) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกหลังคลอด 3) มีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) สามารถให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ทันที($X = 4.87$, $SD = 0.34$), 2) สามารถนำไปใช้ได้จริง($X = 4.84$, $SD = 0.36$) 3) นำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว ($X = 4.82$, $SD = 0.38$)

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ,หลักฐานเชิงประจักษ์

Development of nursing practice guideline for maternal in first stage labour, Participation of community hospital, Lumnampao network, Udonthani province

Waraporn Punthasri, BNS.

Abstract

This study aimed to develop the clinical nursing practice guideline (CNPg) for Maternal in first stage Labour, participation of community hospital, lumnampao Net work, Udonthani province. During 1st April to 30th September 2020. The Sample group is term pregnancy in 20 mothers of kumpawapi hospital. community hospital, lumnampao Net work, in 45 mothers, 10 nurses of kumpawapi hospital and 14 nurses of community hospital, lumnampao Net work. The IOWA Model of evidence-base practice to promotes quality care was used as a framework for developing the CNPg. The tools includes 1.General information questionnaire 2.Assessment of CNPg 3.Opinion survey of using CNPg 4.Knowledge test of the nurses. The content validity index is 0.90, analyze data by using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Outcome evaluation found that :1) the professional nurses perceived feasibility and benefit of applying the CNPg for first stage Labour at all stage 2) no complication per maternal and newborn after delivery

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุ่มกาวปี

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: waraporn.j1969@gmail.com

3)The top three opinions on the CNPG rated by the professional nurses were 1) Help solve the problems immediately (X = 4.87, SD = 0.34) 2) can be used (X = 4.84 , SD = 0.36) and 3) plan of care immediately (X = 4.82, SD =0.38).

Keyword : Clinical Nursing practice Guideline for Maternal in first stage Labour, evidence base practice

บทนำ

สาเหตุการเสียชีวิตของผู้คลอดในระหว่างการคลอด ส่วนหนึ่งมาจากการคลอดล่าช้า⁽¹⁾ ผู้คลอดที่มีการคลอดยาวนานในช่วงที่ปากมดลูกเปิดขยายเร็ว(prolong active phase) มักจะมีความเสี่ยงสูงในการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ ภาวะตกเลือดหลังคลอดและ (Ness, Glodberg, Berghella , 2005, cited in Abraham & Berhan, 2014) ซึ่งสถิติของกรมอนามัยปี 2561 พบว่า ในระยะ 10 เดือน พบอัตราการตายเท่ากับ 13.81 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน⁽²⁾ เมื่อเทียบกับอัตราการตายของมารดาในจังหวัดอุดรธานี เท่ากับ 7.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสาเหตุการตายส่วนหนึ่งมาจาก ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด การคลอดล่าช้า และพบภาวะตกเลือดหลังคลอด การประเมินผู้คลอดในห้องคลอดจึงมีความสำคัญ การประเมินการหดตัวของมดลูก การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ (fetal heart beats) นอกเหนือจากนั้นจะต้องมีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ประเมินความบางและการขยายของปากมดลูก ระดับของส่วนนำ ท่าของทารกในครรภ์รวมถึงลักษณะและสีของน้ำคร่ำ การประเมินภาวะคลอดติดขัด หรือเสี่ยงต่อระยะคลอดยาวนาน เป็นบทบาทหนึ่ง ที่สำคัญของพยาบาล ในการประเมินโดยใช้กราฟดูแลการคลอด (partograph) จะทำให้พยาบาลหรือผดุงครรภ์ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสามารถวิเคราะห์ปัญหาการคลอดติดขัดได้อย่างทันท่วงที (MacKeith, & Bichiok, 2013) ซึ่งหาก พยาบาลในระดับปฐมภูมิสามารถใช้กราฟดูแลการคลอด ประเมินภาวะการคลอดติดขัดหรือระยะคลอดยาวนาน และส่งต่อเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่ออันตรายทั้งผู้คลอดและทารก สำหรับห้องคลอดโรงพยาบาลกุมภวาปีเป็นแม่ข่าย ในการรับส่งต่อผู้คลอดที่อยู่ในระยะคลอด และมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกินศักยภาพในการดูแลของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว และจากสถิติในการรับส่งต่อผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบว่า มีการส่งต่อล่าช้าจำนวน 18, 13 และ 24 ราย คิดเป็นร้อยละของจำนวนผู้มาคลอด 5.57, 3.68 และ 6.50 ตามลำดับ ผู้คลอดที่ส่งต่อมาส่วนใหญ่เป็นสาเหตุ ระยะที่ปากมดลูกเปิดเร็วมีความล่าช้า (Prolong Active Phase) จากมดลูกหดตัวไม่ดี และไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด,แต่ไม่ได้รับยากระตุ้นการเร่งคลอด จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอดยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษา สัมภาษณ์ การสังเกต สอบถาม การปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้ผู้คลอดส่งต่อล่าช้าเนื่องจากพยาบาลยังมีความหลากหลาย แตกต่างในด้านประสบการณ์ที่มีอยู่ ในเรื่องการเฝ้าระวังการหดตัวของมดลูก พบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีในระยะ Active Phase ไม่ได้รายงานแพทย์ เมื่อเส้นกราฟตกจากเส้น Alert line 2 ซม. ยังมีการเฝ้าระวังอาการต่ออีกมากกว่า 3 - 4 ซม ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 มีความล่าช้า และจากการสังเกตการบันทึกการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่าบางโรงพยาบาลมีการบันทึกการเข้าสู่ระยะ Active Phaseเมื่อปากมดลูกเปิด 3 cmและบางโรงพยาบาลมีการบันทึกการเข้าสู่ระยะ Active Phase เมื่อปากมดลูกเปิด 4 cm ยังไม่เป็นไปในแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ทำให้การบันทึกมีความคลาดเคลื่อนสาเหตุเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด พบว่าทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนจากการส่งต่อล่าช้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 0.92, 0.84 และ 1.08 ตามลำดับ ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด จากมดลูกหดตัวไม่ดี ปีละประมาณ 3 - 5 ราย จากการส่งต่อล่าช้า บางรายเสียเลือดมาก ต้องได้รับการตัดมดลูก และต้องให้เลือดทดแทน นอกจากนี้เรายังพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในปี 2560 จำนวน 1 ราย จากผลของการส่งต่อล่าช้า ประเมินปัญหาไม่ได้ในระยะที่ 1 ของการคลอด จนกระทั่งส่วนนำเคลื่อนลงมาต่ำมากแล้ว จึงตัดสินใจส่งต่อมา แพทย์ต้องช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ เด็กคลอดติดไหล่ ทารกเกิดปัญหาขาดออกซิเจนและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังคลอด ไม่สามารถยกแขนได้ ต้องเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะยาว และเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ส่วนผู้คลอดมีการฉีกขาดของแผลถึงผนัง Rectum ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว ซึ่งพบปัญหาว่าแนวปฏิบัติเดิมยังมีการบันทึกการหดตัวของมดลูกในระยะ Active Phase ที่ค่อนข้างห่าง และพยาบาลแต่ละคนปฏิบัติไม่

เหมือนกัน บันทึกลงไว้คนละแผ่นกับการตรวจภายใน ทำให้ไม่สะดวกต่อการใช้งาน เมื่อเกิดปัญหาจึงประเมินปัญหาได้ช้า ผู้ศึกษาจึงได้มีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสม ให้มีมาตรฐานเดียวกัน โดยจัดทำแนวปฏิบัติฯ มีรูปแบบที่ชัดเจน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมในการดูแลผู้คลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งประกอบด้วย (1) การประเมินอาการแรกเริ่ม (2) การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งเป็น ระยะ Latent Phase (3) การพยาบาลในระยะ Active Phase (3) การเตรียมผู้คลอดก่อนส่งต่อ โดยเลือกใช้รูปแบบของ IOWA Model (Titer et ,2001) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยพัฒนาจากการประยุกต์ใช้ผลงานวิจัย ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด⁽³⁾ และเป็นที่ยอมรับของนักวิชาการ และผู้วิจัยได้นำกระบวนการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนโซนลุ่มน้ำป่าว ทำให้เกิดการเรียนรู้จากปัญหาที่พบ และมีการพัฒนาร่วมกันทุกขั้นตอน จึงเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล

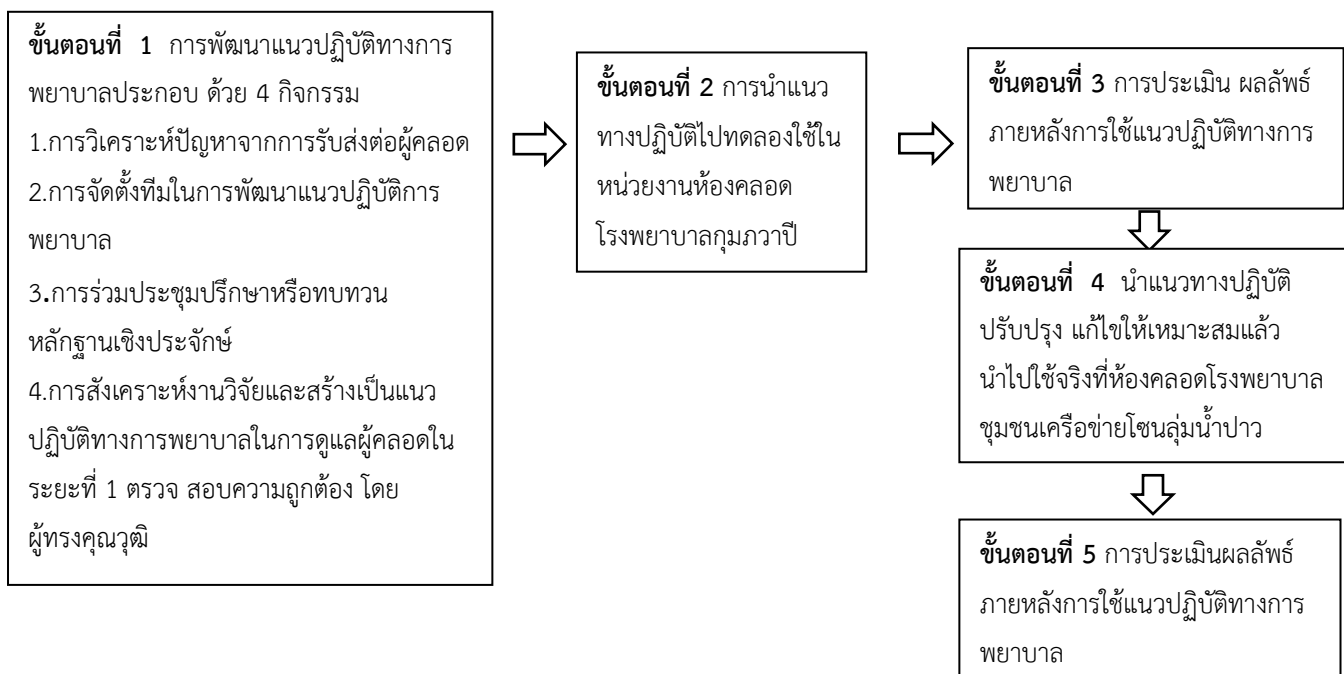
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของผู้คลอดของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของผู้คลอดของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว จังหวัด

อุดรธานี

กรอบการวิจัย

การศึกษานี้ผู้ศึกษาพิจารณาใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model (Titer et ,2001) มาเป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์และแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การดำเนินงานใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model (Titer et ,2001) ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์และแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย 4 กิจกรรม เรียงตามลำดับดังนี้

กิจกรรมที่ 1.การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ซึ่งได้จากการค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงานข้อมูลจากทะเบียนการรับส่งต่อ จากสถิติในการรับส่งต่อผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าวย้อนหลัง 3 ปี พบว่าในปี พ.ศ. 2560 – 562 มีผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อ 323, 353 และ 369 ราย ตามลำดับ มีการส่งต่อล่าช้าจำนวน 18, 13 และ 24 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้คลอดที่ส่งต่อมาส่วนใหญ่เป็นสาเหตุจากระยะที่ปากมดลูกเปิดเร็วมีความล่าช้า (Prolong Active Phase) จากมดลูกหดตัวไม่ดี และไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด แต่ไม่ได้รับยา

กระตุ้นการเร่งคลอด เนื่องจากพยาบาลยังมีความหลากหลาย แตกต่างในด้านประสบการณ์ที่มีอยู่ในเรื่องการเฝ้าระวังความก้าวหน้าการคลอด จากการประเมินใบบันทึกการคลอดพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีในระยะ Active Phase ไม่ได้รายงานแพทย์ เมื่อเส้นกราฟตกจากเส้น Alert line 2 ซม. ยังมีการเฝ้าระวังอาการต่ออีกมากกว่า 3 - 4 ชม. และจากการสังเกต การบันทึกการใช้กราฟดูแลการคลอด ยังไม่เป็นไปในแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ทำให้การบันทึกมีความคลาดเคลื่อน ความล่าช้าในระยะรอคลอดส่งผลให้ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน (Fetal distress) จาก ปี พ.ศ. 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 0.92, 0.84 และ 1.08 ตามลำดับและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ตกเลือดหลังคลอด จากมดลูกหดตัวไม่ดี ปัสสาวะประมาณ 3 - 5 ราย จากการส่งต่อล่าช้า บางรายเสียเลือด มาก ต้องได้รับการตัดมดลูก และต้องให้เลือดทดแทน

ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Practice Guideline ; CNPG) ผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดแบบมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี จึงมีความจำเป็นเพื่อให้พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว ได้นำไปใช้ในการประเมินและส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกัน ซึ่งสอดคล้อง กับนโยบายของกรมอนามัยที่มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาการดูแลมารดาในระหว่างการคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 2 การจัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยประสานกับบุคลากรในทีมห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการส่งต่อล่าช้า ประกอบด้วย สูติแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด 10 คน เพื่อดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

กิจกรรมที่ 3 การร่วมประชุมปรึกษาหารือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอดสามารถนำมาใช้ได้จริง

3.1 ฐานข้อมูลในการสืบค้น ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูล Google Scholar, CINAHLComplete ,www.tnrr.in.th, www.tci-thaijo.org และการสืบค้นจากวารสารการพยาบาล การแพทย์และสาธารณสุข ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในห้องสมุดของสถาบันการศึกษาต่างๆ

3.2 คำสำคัญในการสืบค้นมีดังนี้ Prolong Latent Phase , Prolong Active Phase, Clinical Nursing Practice Guideline

3.3 การคัดเลือกงานวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

- 1) คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดและการใช้ Partograph ในการเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอด เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งอยู่ระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2560
- 2) การนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาอ่าน เพื่อทำความเข้าใจในสาระของงานวิจัยทั้งหมด เพื่อให้ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

3) การประเมินคุณภาพงานวิจัยให้มีความน่าเชื่อถือ เป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพและระดับ ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของหลักฐานของสเตตเลอร์ (Stetler, et al., 1998: 202) แบ่งเป็น 6 ระดับ คือ (1) ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือการวิเคราะห์งานวิจัยแบบสุ่มเข้ากลุ่ม หรือรวบรวมที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มเข้ากลุ่ม (Meta analyses of randomized control trial: RCT) (2) ระดับ 2 หลักฐานที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่ม(Experimental study,Randomized control trial:RCT) (3) ระดับ 3 หลักฐานที่เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi experimental studies,Case – control studies) (4) ระดับ 4 หลักฐานที่เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหรือคุณภาพ (Nonexperimental studies, Descriptive, Correlation, Qualitative studies) (5) ระดับ 5 หลักฐานที่เป็นการพัฒนาโปรแกรมหรือการศึกษาผลการนำวิจัย ไปใช้ (Program evaluations, Research utilization studies, Quality improvement projects, Case reports) และ (6) ระดับ 6 ความคิดเห็น หรือบทความของผู้เชี่ยวชาญ(Opinion of respected authorities or expert committees)

3.4 การสังเคราะห์งานวิจัย คณะผู้วิจัยนำงานวิจัยที่ได้ มาศึกษาวิเคราะห์ ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยรวบรวมวรรณกรรมทุกระดับ ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นการวิจัยและวารสารที่ตรงประเด็น 9 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในประเทศไทย จำนวน 6 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 3 เรื่อง

3.5 การสังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของสถานบริการต่างๆ คณะผู้วิจัยได้นำงานวิจัยที่ได้ มาสังเคราะห์เป็น” แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี

กิจกรรมที่ 4 การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ร่วมกับทีมและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1) การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมกลุ่มย่อย เฉพาะพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เพื่อระดมความคิดเห็นร่วมกันและออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการนำภาวะเสี่ยงจากการรับส่งต่อและข้อมูลปัญหาที่พบจากการส่งต่อ การทบทวนวรรณกรรม มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อป้องกันการส่งต่อล่าช้า และให้แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี

2) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ได้จากการพัฒนา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าห้องคลอด 1 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา กำหนดค่า CVI ไม่ต่ำกว่า 0.80 ถ้าความเที่ยง ต่ำกว่าเกณฑ์ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบซ้ำ ดัชนีความตรงของเนื้อหา CVI 0.90 ได้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดฉบับสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 2 นำร่องใช้ในห้องคลอดโรงพยาบาลกุมภวาปีกับมารดากลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ดังนี้

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง เข้ารับการเตรียมตัวเพื่อคลอด ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1) หญิงตั้งครรภ์เดี่ยว 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บครรภ์จริง มีอายุครรภ์ ระหว่าง 37 – 42 สัปดาห์ 3) มีความสามารถในการอ่าน เขียน และฟัง ภาษาไทย 4) ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. เป็นเครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

1.2 แบบประเมิน แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด รวมทั้งประกอบด้วย (1) การประเมินอาการแรกเริ่ม 11 เรื่อง (2) การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งเป็น ระยะ Latent Phase จำนวน 10 เรื่อง (3)การพยาบาลในระยะ Active Phase จำนวน 28 เรื่อง (3) การเตรียมผู้คลอดก่อนส่งต่อจำนวน 13 เรื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลโดยใช้การประเมินแบบตรวจสอบรายการ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ พร้อมกับให้เหตุผลในข้อที่ไม่ปฏิบัติ

1.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติมีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยและเห็นด้วยน้อยที่สุด

1.4 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1ของการคลอด

1.5 แบบทดสอบวัดความรู้ของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลกุมภวาปี ในการพยาบาลผู้คลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอด จำนวน 20 ข้อ ให้ทำ Pre-test) ผ่านเกณฑ์ประเมิน 80% ถ้าไม่ผ่านจะมีการจัดอบรมและทำ Post-test หลังอบรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติคือ คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง ระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 3 การประเมิน ผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดในห้องคลอด

โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยมีการประเมินผลดังนี้

- 1) ภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด
- 2) การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด
- 3) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด
- 4) ผลการทดสอบวัดความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยมีเลขที่รับรอง KPEC ที่ 5/2563 ลงวันที่ 30 มกราคม 2563 ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในใบยินยอมร่วมวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลกุมภวาปี ซึ่งประกอบด้วย
 - 1) การประเมินอาการแรกเริ่ม 2) การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งเป็น ระยะ Latent Phase 3) การพยาบาลในระยะ Active Phase โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 1) การประเมินอาการแรกเริ่ม
 1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบประเมินอาการแรกเริ่ม⁽⁴⁾ ถ้าตรวจพบอาการผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

BP $\geq$ 140/90 mmHg ,Urine Albumin+1 ให้นอนพัก 15 นาทีประเมินซ้ำ ยังผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งต่อ
 2. การประเมินขนาดยออดมดลูกได้ $\geq$ 3,500 gm ให้รายงานแพทย์ตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อวางแผนการคลอด
 3. เมื่อผลตรวจ EFM แรกเริ่มเป็น Category II , III ให้ ทำ IUR(Intrauterine recuscitation) และเฝ้าระวังความผิดปกติ หากพบว่า EFM ยังแปลผลเป็น Category II ให้เตรียมผู้คลอดเพื่อส่งผ่าตัดได้ทันที
 - 2) การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด แบ่งเป็น
 1. การพยาบาลในระยะ Latent Phase^(5,6) ระยะที่ Cervix dilate < 3 cm
 - 1) การประเมินการหดตัวของมดลูกและฟัง FHS ทุก 1-2 ชม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดการเปิดของปากมดลูก ช่วยบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ และสอนการใช้เทคนิคการหายใจผ่อนคลายการเจ็บครรภ์ On EFM (Electric Fetal monitor) ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเต้นผิดปกติของหัวใจทารกในครรภ์⁽⁷⁾
 2. การพยาบาลในระยะ Active Phase^(5,6) ระยะที่ Cervix dilate 3- 7 cm
 - 1) การประเมินการหดตัวของมดลูกและ ฟัง FHS ทุก 30 นาที ปกติมดลูกจะหดตัวทุก 2-3 นาที และระยะการหดตัวประมาณ 45-60 วินาที หากพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาให้ยาเร่งคลอด
 - 2) การกระตุ้นให้ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด
 - 3) การใช้เทคนิคการหายใจ ให้หายใจล่างปอด เมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ แล้วผ่อนลมออกทางปากช้า ๆ เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่ ให้หายใจเข้าและออกผ่านทั้งทางปากและจมูกสั้น ๆ เร็ว และ เบา
 - 4) การนวดทำได้โดยให้ผู้คลอดนอนตะแคง พยาบาลนวดลึก ๆ เป็นวงกลมที่บริเวณกระดูกสันหลัง สามารถช่วยบรรเทาปวดได้ขนาดครึ่งละ 30 นาที ร่วมกับการประคบร้อน 20 นาที โดยทำทุก 2 ชั่วโมง ดังการศึกษาของ ทศนีย์ คล้ายขำ และคณะ(2556)
 3. การพยาบาลในระยะ Active Phase ระยะที่ Cervix dilate 8-10 cm
 - 1) การประเมินการหดตัวของมดลูก และฟัง FHS ทุก 15 นาที

2) การใช้เทคนิคการหายใจ เมื่อมดลูกหดตัวให้หายใจเข้าออกทางปากสั้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ 4 ครั้งสลับกับเป่าลมออกทางปาก 1 ครั้ง คล้าย เป่าเทียน หายใจเช่นนี้จนมดลูกคลายตัวหายใจล้าลงปอด

3) การกดจุด สามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดได้ ดังการศึกษาของยิลดิริม อลัน และโกโคดิซ (Yildirim, Alan, & Gokyildiz, 2018) การกดจุดด้วยน้ำแข็งที่ตำแหน่ง LI4 ทุกครั้งที่มดลูกหดตัว และหยุด เมื่อมดลูกคลายตัว พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

4) การให้ความรู้และให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้คลอด พบว่าสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะของการคลอดได้ ดังการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ ประณิสรา กิตติปัญญา (2556) ศึกษาผล ของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด พบว่ากลุ่มทดลองมีความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

5) ตรวจภายในทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าพบว่าเส้นกราฟตกจากเส้น Alert line 2 ซม. ให้รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการดูแล รายละเอียดสามารถเขียนเป็นแนวปฏิบัติได้ดังภาพที่ 1

1) ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติในระยะที่ 1 ของการคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เมื่อนำแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดไปใช้จริงกับหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด จำนวน 20 คน พบว่าขณะรอคลอด มี EFM ผิดปกติ 1 ราย มี FHS drop 110-120 bpm แผลผล เป็น Category II จึงรายงานสูติแพทย์ และทำIntra uterine resuscitation (IUR) เป็นช่วยเหลือมารดาเมื่อทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ โดยการจัดทำให้นอนตะแคงซ้ายให้ออกซิเจนMask c bag 10 L/min ในทางปฏิบัติเดิมไม่ได้บอกระยะเวลาที่ต้องสังเกตอาการและเฝ้าระวังต่ออีกนานเท่าไร จึงจะรายงานแพทย์ซ้ำ จากการประเมินการปฏิบัติของพยาบาลผู้ดูแลแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนเฝ้าระวังมากกว่า 30 นาที จึงรายงานแพทย์ จากการประชุมกลุ่มและทบทวนร่วมกับแพทย์ จึงเห็นสมควรว่า การเฝ้าระวังต่อหลังจากทำ IUR ไม่ควรเกิน 20 นาที หากยังเป็น Category II ให้เตรียมผู้คลอดเพื่อส่งผ่าตัดได้ทันที ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก จากการใช้นโยบายนี้ จึงเป็นแนวปฏิบัติที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 เพื่อนำไปใช้จริง ที่โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว

1) การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้ทุกระยะ

2) ประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล⁽¹³⁾ พบว่ามีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือ สามารถนำไปใช้ได้จริง ($X = 4.70$,SD =0.46) และเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล ($X = 4.70$,SD =0.46)

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวทางปฏิบัติปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมแล้ว นำไปใช้จริงที่ห้องคลอดโรงพยาบาล ชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดประชุมหัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ เพื่อให้รับทราบ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยอธิบายวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ รายละเอียดเนื้อหาสาระสำคัญของ แนวปฏิบัติ อธิบายคู่มือการใช้ ระยะเวลาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน 2563

2. นำแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปใช้จริงที่โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าวจำนวน 3 โรงพยาบาลที่มีการรับผู้คลอดไว้ดูแลการคลอด ได้แก่ โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลศรีธาตุ และโรงพยาบาลโนนสะอาด โดยเก็บข้อมูลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นระยะเวลา 3 เดือน เริ่มตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม ถึง เดือน กันยายน พ.ศ 2563

3. มารดากลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ดังนี้

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง เข้ารับการเตรียมตัวเพื่อคลอด ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว จำนวน 45 คน โดยแบ่งการเก็บกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนโรงพยาบาลที่มียอดคลอดมากไปหาน้อยดังนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง ผู้คลอดจากโรงพยาบาลวังสามหมอ 20 ราย จากโรงพยาบาลศรีธาตุ 15 ราย และใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลโนนสะอาด 10 ราย ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1) หญิงตั้งครรภ์เดี่ยว 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บครรภ์จริง มีอายุครรภ์ ระหว่าง 37 – 42 สัปดาห์ 3) มีความสามารถในการอ่าน

เขียน และฟัง ภาษาไทย 4) ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จำนวน 14 คน
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. เป็นเครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

1.2 แบบประเมิน แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด รวมทั้งประกอบด้วย

(1) การประเมินอาการแรกจับ 11 เรื่อง (2) การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งเป็น ระยะ Latent Phase

จำนวน 10 เรื่อง (3)การพยาบาลในระยะ Active Phase จำนวน 28 เรื่อง (3) การเตรียมผู้คลอดก่อนส่งต่อจำนวน

13 เรื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลโดยใช้การประเมินแบบตรวจสอบรายการ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ พร้อมทั้งให้เหตุผลในข้อที่ไม่ปฏิบัติ

1.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วย น้อยที่สุด

1.4 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด

1.5 แบบทดสอบวัดความรู้ของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาวในการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด จำนวน 20 ข้อ ให้ทำ Pre-test) ก่อนเก็บข้อมูล ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 80% มีการจัดอบรมให้ความรู้และทำ Post-test เพื่อประเมินสมรรถนะด้านความรู้ในการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติคือ คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ในห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำปาว จังหวัดอุดรธานี

หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด

การประเมินอาการแรกเริ่ม

1.คัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบประเมินอาการแรกเริ่ม 2.ตรวจพบอาการผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
BP $\geq$ 140/90 mmHg ,Urine Albumin +1 ให้นอนพัก 15 นาที และประเมินซ้ำ หากพบว่าความดันสูงอยู่ รายงานแพทย์ทันที 3.
ประเมินด้วยสายเทปวัดขนาดยอดมดลูกได้ $\geq$ 3,500 gm ให้อาหารแพทย์ เพื่อตรวจอัลตราซาวด์ และวางแผนการคลอด 4.ผลตรวจ
EFMแรกเริ่มเป็น Category II , III ให้ทำ IUR ไม่เกิน 20 นาที หากพบว่า EFM ยังแปลผลเป็น Category II ให้เตรียมผู้คลอดเพื่อการ
ผ่าตัดและส่งต่อโรงพยาบาลกมกภายในทันที

การพยาบาลในระยะ Latent Phase (ระยะที่ Cervix dilate < 3 cm)

1. การประเมินการหดตัวของมดลูกและฟังFHS ทุก 1-2 ชม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดการเปิดช่องปากมดลูก 2.ช่วยบรรเทา
อาการเจ็บครรภ์และสอนการใช้เทคนิคการหายใจผ่อนคลายการเจ็บครรภ์ 3. On EFM ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเต้นผิดปกติของ
หัวใจทารกในครรภ์ ถ้าน้ำคร่ำมีลักษณะ Mild หรือ Thick Meconium ให้ On EFM ทันที และรายงานผลให้แพทย์ทราบ

การพยาบาลในระยะ Active Phase (ระยะที่ Cervix dilate 3- 7 cm)

1.การประเมินการหดตัวของมดลูกและฟังFHS ทุก 30 นาทีหากพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี จะทำให้ความ
ก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า ให้อาหารแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาให้ยากระตุ้นการเร่งคลอด 2.การกระตุ้นให้ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง ถ้า
ปัสสาวะไม่ออกให้ดูแล สอนปัสสาวะให้ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการคลอด 3.การใช้เทคนิคการหายใจและการนวดเป็นวงกลมบริเวณก้น
ร่วมกับการประคบร้อนหรือเย็นในบริเวณที่ปวดก็สามารถช่วยบรรเทาปวดได้บางครั้งละ 30 นาที 4. On EFM ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้า
ระวังการเต้นผิดปกติของหัวใจทารกในครรภ์ ถ้า EFM เป็น Category II , III ให้ทำ IUR 20 นาที และรายงานแพทย์ เพื่อวางแผนการ
ดูแลและส่งต่อ
5.ตรวจภายในทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าพบว่าเส้นกราฟ ตกจากเส้น Alert line 2 ซม. ให้อาหาร
แพทย์เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลกมกภายในทันที

การพยาบาลในระยะ Active Phase (ระยะที่ Cervix dilate 8- 10 cm)

1.การประเมินการหดตัวของมดลูก และฟัง FHS ทุก 15 นาที 2. On EFM ทุก 1- 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเต้นผิดปกติของหัวใจ
ทารกในครรภ์ ถ้า EFM เป็น Category II , III ให้ทำ IUR 20 นาที และรายงานแพทย์ทราบทันทีเพื่อวางแผนการดูแลและส่งต่อ 3.
การกดจุดด้วยน้ำแข็งที่ตำแหน่ง LI4 ทุกครั้งที่มดลูกหดตัว จะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ 4.ตรวจภายในทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมิน
ความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าพบว่าเส้นกราฟ ตกจากเส้น Alert line 2 ซม. ให้อาหารแพทย์เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลกมกภายในทันที

การเตรียมผู้คลอดก่อนส่งต่อ

1.อธิบายให้ญาติและผู้คลอดทราบถึงเหตุผลในการส่งต่อ 2.ดื่มน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก และ ให้สารน้ำเป็น RLS 1000 cc rate
30 drop 3.ส่งLab cbc ถ้าอายุ $>$ 35ปี ให้ส่งElectrolyte เพิ่ม 4.ส่งข้อมูลทางMCH Line,ประวัติ ANC, ผลEFM, ใบบันทึก
Partograph,ผล Lab

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดของโรงพยาบาล ชุมชนเครือข่าย โชนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี

1. เมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดไปใช้จริงกับหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย โชนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี จำนวน 45 คน พบความผิดปกติที่ต้องได้รับการส่งต่อจำนวน 4 ราย ได้แก่ มีความก้าวหน้าในระยะ Active Phase ล่าช้าจำนวน 1 ราย และมี Fetal distress จำนวน 2 ราย ภายหลังจากทำ IUR 20 นาทียังพบความผิดปกติ จึงส่งต่อมารักษาพยาบาลกุมภวาปี มารดาและทารกได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย อีก 1 ราย มีความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าในระยะที่ 2 ของการคลอด สาเหตุเนื่องจาก พยาบาล ประเมินโดยใช้สายเทปวัดได้ขนาดน้ำหนักประมาณ 3,000 gm เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เบ่งนาน 30 นาที รายงานแพทย์มาประเมินซ้ำ โดยการ ตรวจอัลตราซาวด์ พบว่าเด็กค่อนข้างตัวใหญ่ 4,000 gm จึงส่งต่อมารักษาพยาบาลกุมภวาปี ผู้คลอดได้รับการผ่าตัดคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด 4,130 gm มารดาและทารกปลอดภัย จึงมีการทบทวนร่วมกับโรงพยาบาลลูกโชน เรื่องการประเมินน้ำหนักทารกซ้ำ เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะ Active Phase เพราะมดลูกมีการหดตัว จากประสบการณ์ จะทำให้วัดขนาดเด็กได้ชัดเจนขึ้น ทำให้การประเมินน้ำหนักทารกใกล้เคียงกับ น้ำหนักจริง และจะช่วยให้การตัดสินใจส่งต่อที่รวดเร็วขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ สัตนา (2560) พบว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความแม่นยำสูงหากมีการวัดส่วนสูงของมดลูกจากหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือเมื่อเจ็บครรภ์คลอด เพราะจะได้ตัดปัจจัยจากความหนาของผนังหน้าท้องมารดาออกไป ทำให้การคาดคะเนน้ำหนักใกล้เคียงความเป็นจริง

2. การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย โชนลุ่มน้ำป่าว พบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้ทุกระยะ

3. การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดของ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย โชนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีความเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุดเกือบทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ สามารถให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ทันที ($X = 4.87$, $SD = 0.34$) สามารถนำไปใช้ได้จริง ($X = 4.84$, $SD = 0.36$) และนำ ข้อมูลไปวางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว ($X = 4.82$, $SD = 0.38$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย โชนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี

ข้อความ	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.84 0.36	เห็นด้วยมากที่สุด
2. มีรูปแบบที่สะดวกเหมาะสมกับการใช้งาน	4.62 0.64	เห็นด้วยมากที่สุด
3. เป็นสื่อที่ทำให้ทีมสุขภาพมีความเข้าใจตรงกัน	4.62 0.57	เห็นด้วยมาก
4. ใช้ภาษาที่เหมาะสมเข้าใจง่าย	4.42 0.77	เห็นด้วยมากที่สุด
5. สามารถให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ทันที	4.87 0.34	เห็นด้วยมากที่สุด
6. ทำให้บันทึกการเปลี่ยนแปลงได้	4.78 0.42	เห็นด้วยมากที่สุด
7. นำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว	4.82 0.38	เห็นด้วยมากที่สุด
8. เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล	4.64 0.52	เห็นด้วยมากที่สุด
9. มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม	4.76 0.48	เห็นด้วยมากที่สุด
10. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอด	4.80 0.40	เห็นด้วยมากที่สุด

อภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้รูปแบบของ IOWA Model มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นที่ยอมรับของนักวิชาการ โดยประยุกต์ใช้ผลงานวิจัย ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ดีที่สุด ผลสำเร็จของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็น การช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดตั้งแต่แรกเริ่ม ประเมินและเฝ้าระวังความผิดปกติ ในระยะรอคลอด และสามารถดูแลส่งต่อ ผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีทบทวนปัญหาจากการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาปรับปรุงร่วมกัน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว เพื่อพัฒนาปรับปรุง คุณภาพ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและ ทารกสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) ที่พบว่า การมีส่วนร่วม ในงานก่อให้เกิดความศรัทธาในงานที่ทำ และทุกคนตระหนักถึงความสำเร็จในงานทำให้เกิด ประสิทธิภาพของทีม และสอดคล้องกับผลการศึกษานของ ญฐนนท์ ศิริมาศ (2557) ที่พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาลจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้คลอดปลอดภัย

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี พบว่า 1) พยาบาลมีการประเมินปัญหาได้เร็วขึ้น และส่งต่อมารดาโรงพยาบาลกุมภวาปี ตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 2) ผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อมารดาคลอดที่โรงพยาบาลกุมภวาปีและได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก 3) พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทุกกิจกรรม โดยมีความคิดเห็น อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ สามารถให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ทันที ($X = 4.87$, $SD = 0.34$) สามารถนำไปใช้ได้จริง ($X = 4.84$, $SD = 0.36$) และนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว ($X = 4.82$, $SD = 0.38$) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เช่นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น
2. ควรมีการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติให้เป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน และมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อสามารถนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้ถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Beyond the Numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer [Internet]. 2014 [cited 2020 January 15]. Available from <http://www.who.int/publications/2004/9241591838.pdf>.
2. กรมการแพทย์. แม่รอคลอด ปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2563 มกราคม 21]. เข้าถึงได้จาก http://www.pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news_print&idHot.
3. พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฟรี-วัน; 2551.
4. พิริยา ศุภศรี. การพยาบาลในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ; 2551.
5. ศิริพร พงษ์โกคา, อรุณ ชวาร์ปรี, ชลดา จันทร์ขาว, พรทิพย์ ชีวะพัฒน์. การพยาบาลมารดาในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาล สภาวิชาชีพ; 2552.
6. สุกัญญา ปรีชญญกุล, นันทพร แสนศิริพันธ์. การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. Obstet Gynecol. 2009;114(1),192-202.

8. ทศนีย์ คล้ายคำ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, นันทนา ธนาโนวรรณ, วรรณมา พาหุพัฒนกร. ผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและการเผชิญกับความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรก. The Journal of Nursing Science. 2556;31(2),38-47.
9. Yildirim, E., Alan, S., Gokyildiz, S. The effect of ice pressure applied on large intestinal 4 on the labor pain and labor process. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2018;32,25-31.
10. World Health Organization. Preventing Prolonged Labour: a practical guide. The partograph. Part I: Principles and Strategy [Internet]. 2014 [cited 2020 February 13]. Available from http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_FHE_MSM_93.8.pdf.
11. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ ปราณิสา กิตติปัญญา. ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด. Journal of Nursing Science and Health. 2556;36(1),23-30.
12. ศากุล ช่างไม้. การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและประเมินผล.วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2549;12,15-23.
13. ฉวีวรรณ ธงชัย. แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก [อินเทอร์เน็ต]. 2547 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กุมภาพันธ์ 23]. เข้าถึงได้จาก http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Thai.pdf
14. ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยะรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง, จุรีพร จักจุจินดา. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557;32(2),37-46.

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

Received: 14 September 2021

Revised: 27 October 2021

Accepted: 30 December 2021

ชนพิชา แผ่นทอง, พ.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้ำโสมจำนวน 15 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลซึ่งมีสาระสำคัญประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนได้รับบริการสุขภาพ 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสุขภาพ 4) แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย 5) การบันทึกดูแลต่อเนื่องเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย และ 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันที่ .05 ผลการศึกษาสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถนำมาใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ทั้งในระยะก่อนให้บริการสุขภาพด้วยการทำหัตถการ ระยะการทำหัตถการ และภายหลังการทำหัตถการเสร็จสิ้น

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

Knowledge, Attitude and Behavior of Infection Prevention and Control among Registry Nurses at Namsom Hospital, Udon Thani Province

Chonpicha Phanthong, B.N.S

Abstract

The action research were to compare the knowledges, attitudes and behaviors of the hospital - associated infection prevention and control among registry nurses, before and after the development of the system of hospital - associated infection prevention and control. The samples were 15 registry nurses working at Namsom hospital. The quantitative data were collected using the questionnaires and were analyzed using descriptive statistics, paired t-test. The qualitative data were collected using the opened-end questions and were analyzed using content analysis.

The study found that the system development process included planning, doing, checking and action. This process

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำโสม

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Chonpicha.Namsom@gmail.com

constructed the guidelines for preventing and controlling the hospital - associated infection. The components of each guideline included: 1) the rights of patients; patient assessments; clinical guidelines for performing the procedure to patients; the educations of infection prevention; and the development of health care services. The average score, before and after the development, the attitudes and behaviors for preventing and controlling the hospital - associated infection was .01 statistically different and also knowledge average score was .05 statistically differently. These results concluded that the development system could construct the effective guidelines for control and prevention of hospital - associated infection. Nurses should use these guidelines for planning to care the patients who were performed the healthcare procedures.

Keywords: Knowledge, Attitude, Behavior, Infection prevention and control, Hospital, Registry nurses

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถพบได้ในโรงพยาบาลทุกระดับทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา¹ จากรายงานข้อมูลอัตราของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปี พ.ศ.2553 จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1,023 แห่ง พบว่าสถานการณ์เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล 268,628 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 3.98 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบว่าเป็นการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 87,751 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อมีค่าต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3.24 ล้านวัน มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเสียชีวิต 38,481 ราย² ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลและประเทศชาติทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลานานรักษายู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น โรงพยาบาลมีอัตราการครองเตียงนานขึ้นจะทำให้ความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลลดน้อยลงลง³

จุดมุ่งหมายสำคัญของการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลคือลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาพยาบาล ลดความทุกข์ทรมาน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา อาการติดเชื้อทั้งของผู้ป่วยและงบประมาณโรงพยาบาล⁴ โดยการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้เลยหากขาดความร่วมมือจากพยาบาล ผู้ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติควบคู่ไปกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย⁵ โดยปฏิบัติตามบทบาทด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามมาตรการที่กำหนด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การปฏิบัติการพยาบาลตามเทคนิคเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การควบคุมสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย การประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการรวมทำวิจัย⁶ ขณะเดียวกัน หากพยาบาลขาดทักษะความรู้ความสามารถ หรือสมรรถนะในงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อจากการให้บริการ โดยเฉพาะหากเกิดการติดเชื้อในระบบสำคัญ เช่น แผลผ่าตัด ทางเดินหายใจ หรือกระแสโลหิต ก็อาจเป็นสาเหตุสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้⁷

จากผลการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำโสระหว่างปี 2561-2562 โดยทีมสุขภาพได้รวบรวมผลการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่หน่วยงานต่างๆ ที่ส่งมายังทีมควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำโส อย่างไรก็ตาม จากการตรวจสอบเวชระเบียนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลน้ำโสตามกลุ่มผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง พบว่ามีผู้ป่วยในกลุ่มเฝ้าระวังการติดเชื้อและเข้าเกณฑ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังเช่นมารดาหลังคลอดผิวยับเยกได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน 2 ราย กรณีทารกมีการอักเสบเข้าเกณฑ์การติดเชื้อ 2 ราย แม้ไม่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลแต่เมื่อพบพบการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พบว่ายังมีบุคลากรที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การทิ้งขยะติดเชื้อไม่ถูกต้องหรือไม่มีความรู้ในขยะแต่ละประเภท การทำความสะอาดและสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยติดเชื้อยา รวมทั้งยังพบอุบัติการณ์เข็มตำ

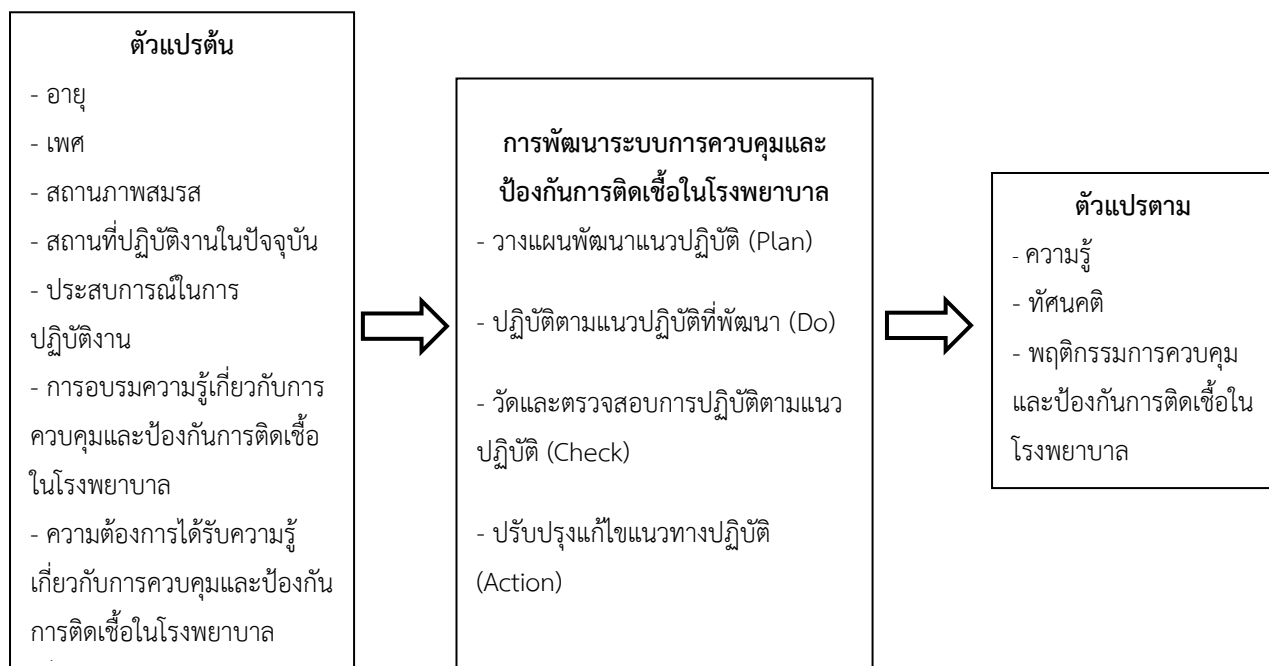
นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยบุคลากรยังขาดการสื่อสารหรือเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้งานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ การสร้างองค์ความรู้และทักษะให้บุคลากรนำไปปฏิบัติจึงนับว่าเป็นปัญหาที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บุคลากรมีการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยจากโรคและไม่ติดเชื้อในโรงพยาบาล และสามารถผลกระทบไม่พึงประสงค์ต่อไป

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี รวมถึงพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี รวมถึงพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้ำโสม จำนวน 50 คน และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลน้ำโสมในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 พฤษภาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ที่ปฏิบัติงานในแผนกต่างๆ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) ห้องคลอด (LR) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง รวมพยาบาลวิชาชีพจำนวน 50 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจากหอผู้ป่วยทั้ง 6 แห่งเพื่อเข้าร่วมการประชุมระดมสมองร่วมวางแผน กำหนดจุดประสงค์ และกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้ำโสม และ 2) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประวัติการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และความต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มเติม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 30 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1971) ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ระดับสูง (คะแนน > ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79.99) และมีความรู้ระดับต่ำ (คะแนน < ร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบชนิดมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scales) โดยการให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความด้านบวกหรือด้านลบ ดังนี้ ซึ่งกำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยในการแปลผล ดังนี้ 1) คะแนนระหว่าง 3.50 - 4.00 แปลผลได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง 2) คะแนน 2.50 - 3.49 แปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วย 3) คะแนน 1.50 - 2.49 แปลผลได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับไม่เห็นด้วย และ 4) คะแนน 1.00 - 1.49 แปลผลได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบชนิดมาตรประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scales) โดยกำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยในการแปลผล ดังนี้ 1) คะแนน 2.50 - 3.00 แปลผลได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้ง 2) คะแนน 1.50 - 2.49 แปลผลได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบ้าง ครั้ง และ 3) คะแนน 1.00 - 1.49 แปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติเลย

ชุดที่ 2 แนวคำถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ การติดตาม เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ แปลผลข้อมูล และการรายงานการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีระบบและต่อเนื่อง 2) การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ คือ มีนโยบาย แนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และมีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง เหมาะสม และ 3) ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยใช้วิธีตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน จากนั้นนำค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.89

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยให้นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบวัดกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มหนึ่ง (Try out) แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Coefficient Alpha or Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.75

สำหรับแนวคำถามปลายเปิด ใช้วิธีตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ โดยให้ความคิดเห็นที่ตรงกันอย่างน้อย 2 ใน 3 คน จากนั้นจึงปรับแก้ข้อเสนอแนะ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมดำเนินการ

ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการศึกษาหาความรู้จากตำรา เอกสารงานวิชาการและผลการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยแต่ละหอเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นของ

กลุ่มเป้าหมาย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการในการติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการเข้าร่วมดำเนินการวิจัย

2 ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในการดำเนินการ โดยแบ่งขั้นตอนเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 *ขั้นการวางแผน (Planning)* ผู้วิจัยรวบรวมเชิงปริมาณของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคำถามปลายเปิด ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนละประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีการนัดหมายช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวกไว้วงหน้า เมื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ ประมวลผล คั้นข้อมูลและวางแผนดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 จัดประชุมกลุ่มเพื่อคั้นข้อมูล มีผู้เข้าร่วมการประชุมจำนวนทั้งหมด 50 คน โดยผู้วิจัยทำการคั้นข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่พบให้ผู้เข้าร่วมได้รับทราบร่วมกัน มีการร่วมวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา โดยพบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การพัฒนาองค์ความรู้ในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ทันสมัย โดยพบว่ายังขาดการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรทุกระดับ บุคลากรบางส่วนยังไม่เคยผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรบางส่วนยังปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เหมาะสม เช่น การทิ้งขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง ไม่มีความรู้ในขยะแต่ละประเภท ไม่รู้แนวทางการทำความสะอาดและสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยเชื้อดื้อยา รวมทั้งยังพบอุปสรรคเพิ่มเติม

ครั้งที่ 2 จัดประชุมระดมสมองในกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกันในการวางแผน กำหนดจุดประสงค์ และกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรม โดยที่ประชุมได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ 1) การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะแก่บุคลากร 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับบุคลากร 3) จัดนำแนวปฏิบัติไปเผยแพร่ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และ 4) การพัฒนาระบบการกำกับติดตามผลการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

2.2 *ขั้นการปฏิบัติการ (Action)* เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน โดยมีการจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งเนื้อหาในการอบรมประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล บทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบต่างๆ การฝึกปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วย ภายหลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ ทักษะทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และคู่มือที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยแต่ละแผนก

2.3 *ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation)* เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดกระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้นัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับใช้แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปรับปรุงแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามสังเกตกลุ่มตัวอย่างในการนำความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการเข้าอบรมความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง และสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2.4 *ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection)* ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มเป้าหมาย โดยเว้นช่วงระยะเวลาจากการเริ่มนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ จากนั้นจึงจัดประชุมกลุ่มเพื่อนำเสนอผลการนำแนวปฏิบัติพัฒนาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่มีต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการพัฒนาโดยใช้สถิติทดสอบกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้อ่านวิเคราะห์ทำความเข้าใจเนื้อหา มองหาประเด็นร่วม แล้วจึงนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปทวนสอบความถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (UDREC 1864) จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการใดๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลการวิจัยเพิ่มเติมจากหนังสือชี้แจงและให้ลงนามในหนังสือยินยอมก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.4) มีอายุเฉลี่ย 32.20 ปี (S.D. = 1.85, Range = 25-46 ปี) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย 7.8 ปี (S.D. = 1.91, Range = 1-22 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 46.7) และปฏิบัติงานในห้องคลอดและหลังคลอด ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยในหญิง หอผู้ป่วยในชาย หอผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามเพศ สถานภาพ และสถานที่ปฏิบัติงาน และแสดงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของอายุและประสบการณ์ในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 15)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	86.7
ชาย	2	13.3
อายุ (ปี)		
$\bar{X}$ = 32.20, S.D. = 1.85, Range = 25-46 ปี		
ประสบการณ์ในการทำงาน		
$\bar{X}$ = 7.80, S.D. = 1.91, Range = 1-22 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	7	46.7
สมรส	6	40.0
หม้าย หย่า แยก	2	13.3
สถานที่ปฏิบัติงาน		
ห้องคลอดและหลังคลอด	3	20.0
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	3	20.0
หอผู้ป่วยในหญิง	3	20.0
หอผู้ป่วยในชาย	2	13.3
หอผู้ป่วยนอก	2	13.3
หน่วยบริการปฐมภูมิ	2	13.3

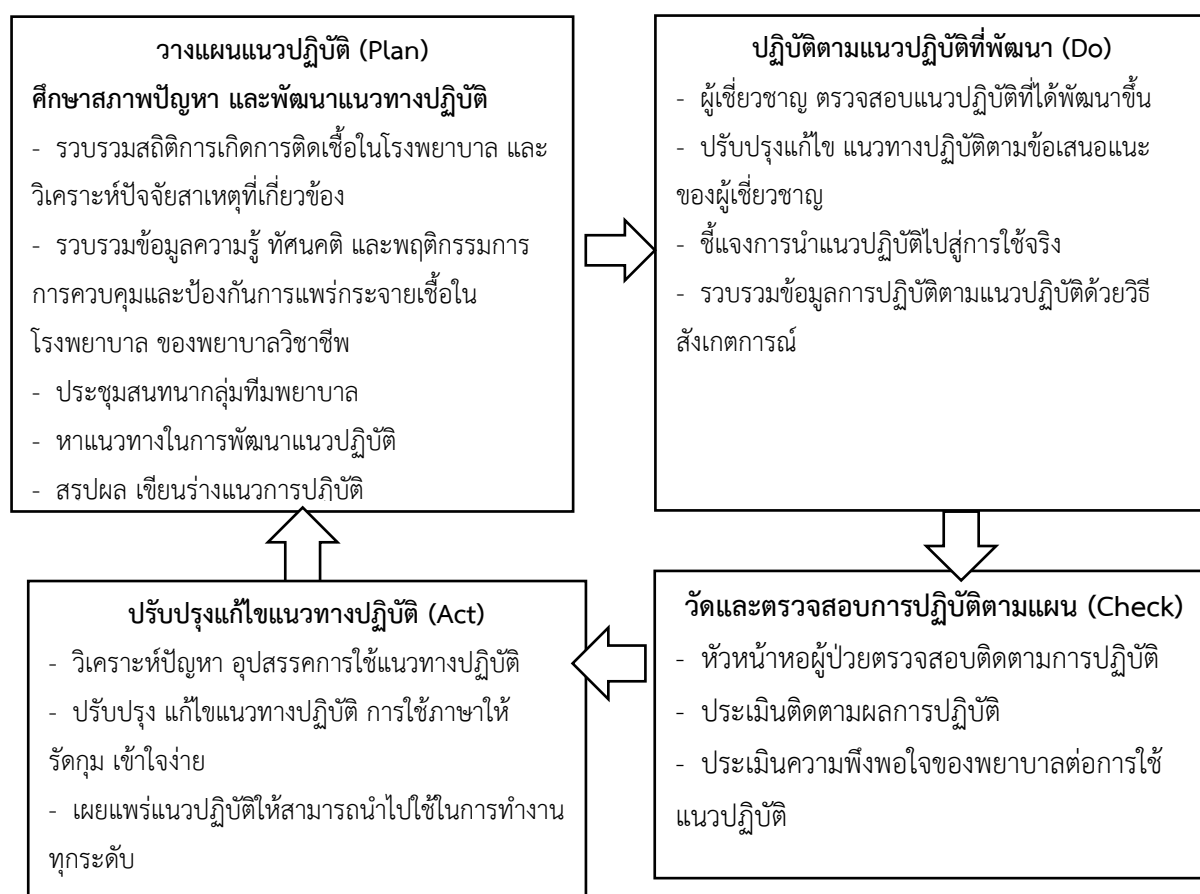
เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภายหลังการพัฒนากระบวนการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้ (เต็ม 20 คะแนน)	15.00	2.78	18.00	2.30	-2.73	.02
ทักษะ (เต็ม 80 คะแนน)	53.67	9.68	66.60	2.67	-5.04	.00
พฤติกรรม (เต็ม 80 คะแนน)	46.67	4.65	53.73	3.41	-4.59	.00

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลน้ำโส

การพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลน้ำโส ใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดวัฏจักรเดมมิง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รายละเอียดแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลน้ำโส

ส่วนที่ 3 ลักษณะของแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

องค์ประกอบของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลถูกจัดทำเป็นรูปเล่ม เพื่อความสะดวกต่อการเผยแพร่และนำไปใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย รายนามคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษา วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก คำจำกัดความ และขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ส่วนที่ 2 เนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ พิจารณาจัดหมวดหมู่อ้างอิงตามองค์ประกอบของมาตรฐานการตรวจสอบและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยของ JCAHO⁸ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
- 2) การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนได้รับบริการสุขภาพ
- 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสุขภาพ
- 4) แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย
- 5) การบันทึกดูแลต่อเนื่องเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย
- 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ

ส่วนที่ 3 ภาคผนวก ประกอบด้วยคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสุขภาพด้วยการทำหัตถการ แผนการให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนากระบวนการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำโส เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการออกแบบและสร้างแนวปฏิบัติ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยและสามารถนำแนวปฏิบัติไปในการดูแลผู้ป่วยได้จริง เป็นการพัฒนาระบบอย่างมีส่วนร่วมโดยการส่งเสริมให้บุคลากรสามารถนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นร่วมกัน โดยถือว่าเป็นการนำเครื่องมือของการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน ทำให้เกิดการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย⁹ ดังเช่นการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง¹⁰ พบว่าจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายการพยาบาลมากที่สุด คือ ด้านการช่วยให้การบริการมีคุณภาพมาก (Mean = 8.8, S.D. = 1.4) แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง (Mean = 8.8, S.D. = 1.4)

กลยุทธ์ในการพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำโสโดยการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติให้สามารถนำไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยส่งเสริมของแนวปฏิบัติ ความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องนำแนวปฏิบัติมาใช้ นำเสนอประเด็นสำคัญของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบและเข้าใจ ในกรณีบุคลากรที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมผู้วิจัยได้มอบและนำเสนอแนวปฏิบัติทางคลินิกพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นรายบุคคล ซึ่งการให้ความรู้ทั้งเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคลถือเป็นกลยุทธ์ของการเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้แบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรง (active) มีประสิทธิภาพมากกว่าการแจกแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือเอกสารต่างๆ แล้วให้อ่านหรือศึกษาด้วยตนเอง (passive)¹¹ ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล สนับสนุนว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมากยิ่งขึ้น¹² การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลมีโอกาสสื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลน้ำโส พบว่าภายหลังการพัฒนากระบวนการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษ มีความรู้และพฤติกรรมในระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁷ และจากการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง พบว่าโปรแกรมทำให้บุคลากรมี

ความรู้สูงขึ้นและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีความหลากหลายวิธีช่วยในการกระตุ้นการปฏิบัติของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ในทุกแนวปฏิบัติ¹⁰

สรุปผล

การศึกษานี้สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ทำให้เกิดแนวปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มาจากการมีส่วนร่วมของบุคลากร สามารถนำมาใช้เพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ทั้งในระยะก่อนให้บริการสุขภาพด้วยการทำหัตถการ ระยะการทำหัตถการ และภายหลังการทำหัตถการเสร็จสิ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน มีความปลอดภัย ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติ ช่วยให้มีการสื่อสารกับทีมบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน บุคลากรได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติตัวถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้วยการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อวางแผน กำหนดเป้าหมายพัฒนางานต่อเนื่อง ใช้กลวิธีที่หลากหลาย เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย และผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายเพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการให้บริการสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา อินทราวัฒน์ และมูทิตา วนาภรณ์. (2015). โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานการณ์ดื้อยา. *Journal of Medicine and Health Science*, 22(1), 81-92.
2. ภาณุมาศ ภูมาศ, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, ภูษิต ประคองสาย, ดวงรัตน์โพธิ์, อาทร ชีวไพบูล, และสุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและ เศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 352-360.
3. นรีลักษณ์ สุวรรณโณบล, จินตนา ตาปิน และศรีเกียรติ อนันตสวัสดิ์. (2561). ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima*, 24(2), 78-95.
4. สถาบันบำราศนราดูร (2563). *แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์
5. อะเคือ อุณหเลขกะ. (2556). *ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.
6. กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และกัญญดา ประจุศิลป์. (2558). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 153-165.
7. นาดญา ปริกัมศีล, ศุภา เพ็งเลา และสมใจ สายลม. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 2(2), 49-57.
8. Kurt A.P. (2002). Role of JCAHO standards and clinical practice guidelines in promoting appropriate antimicrobial use. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 59(3), S16-S18. https://doi.org/10.1093/ajhp/59.suppl_3.S16.
9. World Health Organization (WHO). (2010). *Regional strategy on prevention and containment of antimicrobial resistance 2010-2015*. Received in July, 2021 from http://searo.who.int/LinkFiles/BCT_hlm-407.pdf.
10. วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ, จิราพร น้อมกุศล, รัตนา ทองแจ่ม และธงชัย พนาพุดิ. (2557). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 25-36

11. Aboelela, S.W., Stone, P.W., & Larson, E.L. (2007). Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: A systematic review of the literature. *Journal of Hospital infection*, 66(2), 101-108.
12. Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2006). Guideline for isolation precaution: Preventing transmission of infections agents in healthcare setting. *American Journal of Infection Control*, 35, 65-164.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track) งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

Received: 24 November 2021

Revised: 24 December 2021

Accepted: 30 December 2021

พิมล ปัสนิตย์

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี วิธีการศึกษา ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2564 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลคือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 28 คน กลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ้านผือ ก่อนพัฒนาจำนวน 28 คน หลังพัฒนาจำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ แบบสอบถามพยาบาล และแบบบันทึกผลลัพธ์งานบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired samples T-Test ผลการศึกษาพบว่า หลังพัฒนามีผลลัพธ์งานบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแตกต่างกับก่อนพัฒนา มากที่สุด คือ มีการระบุระดับ Life threatening condition เพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.7 การระบุระดับ Emergency เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.6 และอัตราการระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไม่ถูกต้องลดลง ร้อยละ 21.4 หลังการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการทำให้การระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ <0.05

สรุปได้ว่า หลังพัฒนาการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีคุณภาพมาตรฐาน และหลังการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการทำให้การระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนา แนวปฏิบัติทางพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางด่วน

Development of Nursing Practice Guidelines for Emergency Care and Referral of Accident Patients in Trauma Fast Track, Ban Phue Hospital, Udon Thani Province

Pimon Patsanit

Abstract

This quasi-experimental study aimed to develop clinical nursing practice guidelines for emergency care and referral of accident patients in trauma fast track, Ban Phue hospital, Udon Thani province. Method : quasi-experimental study, Between October - November 2021. Sample study of 28 nursing practice guideline, patient sample who come to the emergency department who are nursed using the Accident Emergency Nursing Practice Guideline of Ban Phue Hospital of pre-development services 28 patients, after developing 42 patients. Instruments used were trauma fast track nursing practice guidelines, nurse questionnaire and the outcome record form of services for patients with multi-trauma. Using statistics including: percentages, means, standard deviation and paired samples T-Test.

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านผือ

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: nok_banphue@hotmail.com

Results: after development shown after developing the practice guidelines for emergency accident patients, it was significantly different from before development ($p < 0.05$), the most were: the outcomes of with multi-trauma patient service were different from those before the development, the most was the identified life threaten condition level 73.7%, the identified level of emergency increased 28.6%. Emergency level identification increased by 28.6 percent and the rate of misclassification of injuries decreased 21.4%. After applying the Emergency Accident Nursing Practice Guideline, the effect on service outcomes resulted in a statistically significant increase in the accuracy of the severity of injury identification at < 0.05 .

Conclusion: After the development of nursing, the quality of emergency accident work. And after applying the Emergency Accident Nursing Practice Guideline, there was a significant increase in the outcome of the service work, resulting in a statistically significant increase in the accuracy of the level of injury severity identification.

Key words: Development, Nursing Practice Guidelines, Trauma Fast Track Accident Patients

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness) เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันมีภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงอย่างรุนแรงต่อการเสียชีวิตและอาจเกิดความพิการ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ นำส่งและจัดการรักษาที่เหมาะสมอย่างถูกต้องและทันเวลา⁽¹⁾ จากผลการดำเนินงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝ้อ ให้บริการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกประเภท จากผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ปี 2561, 2562, 2563 มีผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาล จำนวน 218,226, 219,686, 198,012 คน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ทุกประเภท) จำนวน 33,461, 33,961, 34,130 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ 16.82, 15.56 และ 17.23 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 6,842, 6,964 และ 6,163 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมดเท่ากับ 20.4, 20.5, 18.0 ตามลำดับ ในส่วนจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (Severe Trauma) 76, 82 และ 94 คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด เท่ากับ 1.11, 1.17 และ 1.52 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยรับบริการ EMS เท่ากับ 2,567, 2,850, 3,057 คน คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด เท่ากับ 8.3, 8.4, 9.3 จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 74, 62 และ 69 คน คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด เท่ากับ 1.08, 0.89 และ 1.02 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่ห้องฉุกเฉิน 3, 7 และ 10 คน คิดเป็นอัตราการตาย 3.94, 8.23 และ 10.63 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽²⁾ การบาดเจ็บที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบเดียวหรือหลายระบบ การบาดเจ็บดังกล่าวมักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากการล้มเหลวในการทำงานหรือมีการติดขัดของอวัยวะสำคัญในหลายระบบ เช่น ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาทโดยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บมีภาวะคุกคามถึงชีวิตคือการเสียเลือดอย่างรุนแรง ซึ่งการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track) เป้าหมายคือการช่วยผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพให้การรักษาเบื้องต้นทันที ซึ่งจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นและทรัพยากรภายในโรงพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดส่งผลให้เกิดความแออัดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝ้อ พบว่า ภายในห้องฉุกเฉินมีความแออัด ไม่มีพื้นที่ที่จะสามารถแทรกตัวเข้าไปในระหว่างเตียงได้ การเปลี่ยนเวร ส่งเวร การซักถามอาการผู้ป่วยแต่ละคนไม่มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากผู้ป่วยอื่นๆ สามารถได้ยินอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วยนั้น ๆ ไปด้วย อาจทำให้เกิดปัญหาเรื่องละเมิดสิทธิของผู้ป่วยตามมา อีกทั้งในห้องฉุกเฉิน ก็มีผู้รับบริการจำนวนมาก ทั้งญาติผู้ป่วยที่ยากเข้าไปดูแลญาติของตนเองในแต่ละเตียง นักเรียนแพทย์ นักเรียนพยาบาลที่เข้ามาศึกษาการปฏิบัติงาน รวมไปถึงพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน ทำให้เกิดความคับคั่ง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการเพื่อรอรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งหนึ่งค้างอยู่ในห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 2 - 3 วัน หากมีผู้ป่วยที่ต้องรอเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน อยู่ในห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการหนักที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเข้ามาในห้องฉุกเฉิน บุคลากรส่วนใหญ่จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยอาการหนักก่อน อาจทำให้ผู้ป่วยที่นอนอยู่ก่อนรู้สึกว้า พยาบาลละเลยไม่ให้ความสำคัญ อีกทั้งระยะเวลารอตรวจของผู้ป่วยใหม่นานขึ้น ผู้ป่วยเก่าที่ต้องมี

การให้ยาตามเวลา ก็อาจเลยช่วงเวลาที่ยาไป การดูแลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาลก็อาจจะไม่ทั่วถึง และพยาบาลในห้องฉุกเฉิน เกิดปัญหาการฟ้องร้องต่อบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วนในโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของผู้รับบริการ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการได้ดีขึ้นและมีความตื่นตัว ความตระหนักในความปลอดภัยของการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track) หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการมีและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน
4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์งานบริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังพัฒนา งานบริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมีคุณภาพมาตรฐานมากกว่าก่อนพัฒนา
2. หลังพัฒนา ผลลัพธ์งานบริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นใหม่ผ่านตามเกณฑ์มากกว่าก่อนพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) สถานที่ศึกษา: แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝ้อ อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - พฤศจิกายน 2564

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยนำเข้า (Input) ระยะศึกษาเกี่ยวกับนโยบายและคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ ปัญหา อุปสรรค รูปแบบเดิมเพื่อนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track) โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา (Process) การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการสร้าง แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPG]) ของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย⁽⁵⁾ มี 9 ขั้นตอน 1) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 2) ประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ 3) กำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ 4) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 6) วางแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 7) ประเมินประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในเบื้องต้น 8) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม และนำแนวปฏิบัติไปใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สร้างขึ้นไปใช้ โดยทีมบุคลากรพยาบาลวิชาชีพและพนักงานเวชกิจฉุกเฉินผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการปฏิบัติตามคุณภาพมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน รูปแบบเดิมกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่ คือคุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉินประยุกต์จาก มาเรียลลี, ทอนโดราและฮอดจ์⁽⁶⁾ เป็นกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและพนักงานเวชกิจฉุกเฉินแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome) การประเมินผลลัพธ์งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดย ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน (Trauma Fast Track)

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรทดสอบค่าเฉลี่ย paired samples T test ข้อมูล 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁷⁾ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากร จำนวน 28 คน สุ่มเลือกแบบเจาะจงบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สร้างขึ้น ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เก็บข้อมูลก่อนพัฒนาเดือนตุลาคม 2564 ข้อมูลหลังพัฒนา เดือนพฤศจิกายน 2564

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สร้างขึ้นที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ้านผือ เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ผลลัพธ์งานบริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินก่อนพัฒนา ใช้ข้อมูลผู้ป่วยเดือนตุลาคม 2564 จำนวน 28 คน หลังพัฒนา ใช้ข้อมูลผู้ป่วย เดือนพฤศจิกายน 2564 จำนวน 42 คน

กรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ตัวแปรตาม กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ตัวแปรตาม กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลตามแนวคิดการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ได้ขอรับรองจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 0265 ช่วงรับรอง 8 ตุลาคม 2564 – 8 ตุลาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สร้างขึ้น จำนวน 9 ด้านดังนี้

1.1 การดูแล Pre-hospital -พยาบาลศูนย์สั่งการรับแจ้งเหตุ/ประเมินสถานการณ์

1.2 การดูแล In-hospital ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บ และการระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะ Definite care การดูแลในหอผู้ป่วย (ward admission) การดูแลในห้องผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย มีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากร แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 64 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์จาก กรอบสมรรถนะพยาบาลและพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน⁽⁶⁾ เกี่ยวกับการตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาล การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาล คะแนนระดับคุณภาพ คือ รหัส 0= ไม่ได้ปฏิบัติ 1=น้อยที่สุด 2= เล็กน้อย 3= ค่อนข้างมาก 4= มาก 5= มากที่สุด

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 39 ข้อ เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การประกันคุณภาพทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การบันทึกทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์, admit, refer การบันทึกบาดแผล ลักษณะการบาดเจ็บ การเก็บสิ่งส่งตรวจ ที่เกี่ยวข้องกับคดีและการชันสูตรศพ และการเก็บสิ่งส่งตรวจที่พบ่อย คะแนนระดับการปฏิบัติ คือ รหัส 0= ไม่ได้ปฏิบัติ 1=น้อยที่สุด 2= เล็กน้อย 3= ค่อนข้างมาก 4= มาก 5= มากที่สุด

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 5 ข้อ ระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในการพัฒนาเชิงระบบ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล การพัฒนาระบบและความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลช่องทางด่วนรายกรณี คะแนนระดับความพึงพอใจ คือ รหัส 0= ไม่ได้ปฏิบัติ 1=น้อยที่สุด 2= เล็กน้อย 3= ค่อนข้างมาก 4= มาก 5= มากที่สุด

ชุดที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย

1. จำนวนการให้บริการดูแล 3 ระยะ (การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ, การดูแลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน, การดูแลในระยะต่อเนื่องและติดตามหลังจำหน่าย)

2. ผลลัพธ์การดูแลตามแนวคิดการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง ในการประเมินแรกรับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ อัตราการหายใจ ช่วง 16-28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดช่วง 95-100% อัตราการเต้นของชีพจรช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที ระดับความดันซิสโตลิกช่วง 90-140 มิลลิเมตรปรอท และ อุณหภูมิร่างกายของผู้บาดเจ็บรุนแรง

3. การระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บฉุกเฉิน (Injury Severity Score: ISS) การระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ 5 ประเภท ดังนี้ 1) Non Ac. Illness = ไม่เจ็บป่วยฉุกเฉิน 2) Urgent = ต่วน 3) Ac. illness = เจ็บป่วยฉุกเฉิน 4) Emergency = ต่วนมาก 5) Life threatening condition กรณีผู้ป่วยที่มี Life threatening condition และ Multiple system injuries จะได้รับการดูแลรักษาก่อน และให้การรักษาทันทีทันที⁽⁸⁾

4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บถูกคัดแยกเป็นสีแดงอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ผู้บาดเจ็บได้รับเลือดภายใน 30 นาที ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะ penetrating abdominal trauma with shock ได้รับการผ่าตัดใน 30 นาที และจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าความเที่ยงตรง (validity) แบบสอบถามกระบวนการนำไปตรวจสอบ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การศึกษานี้ใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6 -1.00

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการ อำเภอน้ำโสม นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินค่า IOC=0.85, 2)คุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน alpha =0.84, 3) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน alpha =0.87, 4) ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล alpha =0.88, 5) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บฯ IOC=0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

- สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้ paired samples T test ที่ p-value<0.05, 2 tailed

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบคุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนาพบว่า หลังพัฒนามีระดับคุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความแตกต่างกับก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 มากที่สุด คือการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Mean= 3.57,SD= 0.53) การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง (Mean= 3.46,SD= 0.96) และการตรวจและบำบัดรักษาการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Mean= 3.38,SD= 0.69) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (N=28)

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.00	0.38	3.57	0.53	6.00	<0.001*
การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง	2.71	0.60	3.46	0.96	6.14	<0.001*
การตรวจและบำบัดรักษาการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	2.78	0.42	3.38	0.69	4.53	<0.001*
การตรวจและบำบัดรักษาการพยาบาล	2.72	0.49	3.21	0.47	4.00	0.003*
การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	2.87	0.62	3.32	0.80	3.52	0.023*
การสร้างเสริมสุขภาพ	2.46	0.63	3.21	0.90	4.38	<0.001*
การดูแลต่อเนื่อง	2.16	0.56	2.89	0.90	5.19	<0.001*

เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา พบว่าหลังพัฒนา มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินแตกต่างกับก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) แตกต่างมากที่สุด คือ การส่งต่อที่

โรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า (Mean= 4.79, SD=0.63) การส่งต่อเพื่อรับการรักษาภายใน รพ. (Mean= 4.61, SD=0.68) และกรณีส่งผู้ป่วย X-ray (Mean= 4.57, SD= 0.83) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (N=28)

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การส่งเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า	3.16	0.52	4.79	0.63	11.61	<0.001*
การส่งต่อเพื่อรับการรักษาภายใน รพ.	4.19	0.67	4.61	0.68	3.75	0.002*
กรณีส่งผู้ป่วย X-ray	4.29	0.97	4.57	0.83	2.52	0.018*
การบันทึกการบาดเจ็บเกี่ยวกับคดีฯ	2.93	1.03	4.57	0.69	7.99	<0.001*
การเก็บสิ่งส่งตรวจที่พบบ่อย	3.46	0.69	4.57	0.69	7.94	<0.001*
การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	2.97	0.48	4.55	0.47	11.97	<0.001*
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	3.29	0.54	4.52	0.61	8.83	<0.001*
วิธีใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	3.17	0.46	4.51	0.69	9.50	<0.001*
การประกันคุณภาพการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	2.72	0.46	4.49	0.68	11.58	<0.001*
การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต	3.33	0.49	4.47	0.74	9.78	0.001*
การบันทึกการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	2.57	0.92	4.54	0.69	10.03	<0.001*

เปรียบเทียบผลลัพธ์งานบริการผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา พบว่าหลังพัฒนามีผลลัพธ์งานบริการผู้บาดเจ็บหลายระบบแตกต่างกับก่อนพัฒนา มากที่สุด คือ มีการระบุระดับ Life threatening condition เพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.7 (จาก 14.13 เป็น 88.0) การระบุระดับ Emergency เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.6 (จาก 64.3 เป็น 92.9) อัตราการระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไม่ถูกต้องลดลง ร้อยละ 21.4 (จาก 21.4 เป็น 0.0) อุณหภูมิของร่างกายของผู้บาดเจ็บรุนแรงช่วงปกติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.9 (จากร้อยละ 75.0 เป็น 92.9) การระบุอุณหภูมิของร่างกายของผู้บาดเจ็บต่ำกว่าเกณฑ์ลดลง ร้อยละ 17.9 (จาก 25.0 เป็น 7.1) การให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุและการให้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.9 (จาก 21.4 เป็น 33.3) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์งานบริการผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ

กระบวนการปฏิบัติ	ตุลาคม 2564		พฤศจิกายน 2564		ร้อยละ ค่าต่าง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนผู้บาดเจ็บที่มารับบริการอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมด	N=28		N=42		
การให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ	9	21.4	14	33.3	11.9
การให้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	9	21.4	14	33.3	11.9
การให้บริการระยะต่อเนื่องและติดตามหลังจำหน่าย	10	23.8	14	33.3	9.5
อัตราการหายใจ ช่วง 16-28 ครั้งต่อนาที	7	25.0	12	28.6	3.6
มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดช่วง 95-100%	7	25.0	10	23.8	-1.2
มีอัตราการเต้นของชีพจรช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที	7	25.0	10	23.8	-1.2
มีระดับความดันซิสโตลิกช่วง 90-140 มิลลิเมตรปรอท	7	25.0	10	23.8	-1.2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์งานบริการผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ (ต่อ)

กระบวนการปฏิบัติ	ตุลาคม 2564		พฤศจิกายน 2564		ร้อยละ ค่าต่าง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อุณหภูมิของผู้บาดเจ็บรุนแรง					
ช่วงปกติ	21	75.0	39	92.9	17.9
ต่ำกว่าเกณฑ์	7	25.0	3	7.1	-17.9
สูงกว่าเกณฑ์	0	0.0	0	0.0	0
การระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ 5 ประเภท					
1. Non Ac. Illness = ไม่เจ็บป่วยฉุกเฉิน	0	0.0	0	0.0	0.0
2. Urgent = ด่วน	0	0.0	0	0.0	0.0
3. Ac. illness = เจ็บป่วยฉุกเฉิน	0	0.0	0	0.0	0.0
4. Emergency =ด่วนมาก	18	64.3	39	92.9	28.6
5. Life threatening condition	4	14.3	3	88.0	73.7
6. ไม่แน่ใจ/ไม่ถูกต้อง	6	21.4	0	0.0	-21.4
จำนวนผู้บาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัดทันเวลา (OR) (Needs Emergency surgery)"	21	75.0	37	88.0	13.0
จำนวนผู้บาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้าเกิน 60 นาที	3	10.7	2	4.8	-6.0
จำนวนผู้บาดเจ็บที่ไม่ได้รับการผ่าตัด (OR) (No Needs Emergency Surgery)	0	0.0	1	2.4	2.4
จำนวนผู้บาดเจ็บที่ได้ OR Admit ล่าช้าเกิน 120 นาที	2	7.1	1	2.4	-4.8
จำนวนผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตที่ ER ภายใน 24 ชม.	2	7.1	1	2.4	-4.8

ระดับความพึงพอใจต่อการมีและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่ามีความเป็นไปได้และพึงพอใจโดยรวมในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก (Mean=4.70, SD=0.96) โดยพบว่าพึงพอใจมากที่สุดด้านการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Mean=4.79, SD=0.63) รองลงมาคือความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ (Mean=4.75, SD=0.64) และความพึงพอใจการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล และส่งต่อ (Mean=4.71, SD=0.65) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อการมีและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (N=28)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ					Mean	SD
	1	2	3	4	5		
1.มีการปฏิบัติตามแนวการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (10.7)	6 (21.4)	19 (67.9)	4.57	0.69
2.ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ รองรับ การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (10.7)	1 (3.6)	24 (85.7)	4.75	0.64
3.การพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูลและ สื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงาน	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (10.7)	0 (0.0)	25 (89.3)	4.79	0.63

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ					Mean	SD
	1	2	3	4	5		
4.การพัฒนากระบวนการดูแลและส่งต่อ	0	0	3	3	22	4.68	0.67
ผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางเร่งด่วน	(0.0)	(0.0)	(10.7)	(10.7)	(78.6)		
5.การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อ	0	0	3	2	23	4.71	0.65
ต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องทางด่วนรายกรณี	(0.0)	(0.0)	(10.7)	(7.1)	(82.1)		
เฉลี่ย	0	0	10.7	8.58	80.72	4.70	0.69

สรุปได้ว่า หลังพัฒนาการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีคุณภาพมาตรฐานแตกต่างกับก่อนพัฒนา โดยพบว่ามีความเป็นไปได้และพึงพอใจโดยรวมต่อการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด และหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการทำให้การระบุระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบคุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนาพบว่า หลังพัฒนาระดับคุณภาพตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความแตกต่างกับก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด คือการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การคุ้มครองภาวะสุขภาพและ ป้องกันความเสี่ยง การตรวจและบำบัดรักษาการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่อง อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐาน ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กันยารัตน์ เกิดแก้ว⁽⁹⁾ ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าคุณภาพการให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในยุคโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและมีการจัดบริการห้องฉุกเฉินอยู่ใน ระดับมาก

2. เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา พบว่าหลังพัฒนาการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินแตกต่างกับก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างกันมากที่สุดคือ การส่งต่อที่โรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า การส่งต่อเพื่อรับการรักษากายใน รพ. กรณีส่งผู้ป่วย X-ray อธิบายได้ว่า การวิจัยนี้หลังประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นมาตรฐานของสหรัฐอเมริกาที่เน้นการคัดกรองผู้ป่วยหนัก หรือมีความเสี่ยงที่ต้องการดูแลเร่งด่วน และเน้นความคล่องตัวในการทำงานลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ซึ่งการใช้ระบบการคัดแยกจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นระบบมากขึ้น⁽¹⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรญา วิโรจวานิช⁽¹¹⁾ ศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังพบว่าหลังการใช้นโยบายการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3 ระยะ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (การคัดกรองที่จุดเกิดเหตุ การช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม การดูแลอย่างต่อเนื่อง)

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์งานบริการผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบระหว่างก่อนกับหลังพัฒนาพบว่า หลังพัฒนามีผลลัพธ์งานบริการผู้บาดเจ็บหลายระบบแตกต่างกับก่อนพัฒนา มากที่สุด คือ มีการระบุระดับ Life threatening condition เพิ่มขึ้น การระบุระดับ Emergency เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ภาคภูมิวิจิณฉัย⁽¹²⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้นโยบายปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล พบว่าหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพมากกว่าก่อนใช้นโยบายปฏิบัติ มีการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น

4. ระดับความพึงพอใจต่อการมีและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่ามีความเป็นไปได้และพึงพอใจโดยรวมในการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก คุณภาพมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ การบันทึกการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ทั้งนี้เนื่องจาก การบันทึกทางการพยาบาล เป็นบทบาทของพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย มาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิสรา โรจนทริณย์⁽¹³⁾ ที่ศึกษา

ประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าแนวทางปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงให้ผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น และพยาบาลมีความพึงพอใจการนำไปใช้ปฏิบัติการบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาเพียง 2 เดือน (เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2564) ข้อมูลที่ได้เพื่อนำสู่การสรุปอาจไม่ดีพอเนื่องจากไม่ได้รวมการพยาบาลในระยะที่มีผู้ป่วยมากในเทศกาลต่าง ๆ ด้วย เช่น ช่วงปีใหม่ ตรุษจีน และสงกรานต์ เป็นต้น อีกทั้งจำนวนตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์อาจไม่เพียงพอที่นำไปสู่การสรุปว่าแนวทางใหม่ของผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในโรงพยาบาลมีความสมบูรณ์ และมีความปลอดภัยเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้พัฒนามีจำนวนน้อย

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา พบว่า หลังพัฒนาการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีคุณภาพมาตรฐานแตกต่างกับก่อนพัฒนา โดยพบว่ามีความเป็นไปได้และพึงพอใจโดยรวมในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุดมากที่สุดคือการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง การตรวจและบำบัดรักษาการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีผลต่อผลลัพธ์งานบริการทำให้ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีความรู้ ความสามารถในการพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีคุณภาพมาตรฐานการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ในการระบุนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ถูกต้อง
2. นำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปวางแผนพัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ผู้บาดเจ็บมีความเข้าใจการบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย
3. ควรฝึกอบรมให้ความรู้บุคลากรในการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต ระหว่างการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Emergency care systems: ensuring timely care for the acutely ill and injured. Director-General. 2019. [cited 2021 August 18]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files
2. Ban Phue Hospital. ITEMS Program (intranet technology emergency medical system), 2017-2021. [cited 2021 August 26]. Available from: <https://ws.niems.go.th> (in Thai)
3. Klaisuan C, editor. Handbook of Appropriate Emergency Room Service Guidelines according to Hospital Potential Level 1 (2018). Nonthaburi: Department of Medical Services, 2018. (in Thai)
4. Ban Phue Hospital. Situations and problems of patients with congestion crisis in the emergency department. Summary of the government inspection report of Ban Phue Hospital, 2021. (in Thai)
5. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines [Internet]. 1999 [cited 2020 August 9]. Available from: http://www.cspnsw.gov.au/nhmrc/downloads/pdfs/NHMRC_clinicalpractice.pdf
6. Unhasut K. Editor. Core competency of an accident nurse. Phimphaluck. Bangkok: Kong printing, 2011. (in Thai)
7. Jirawatkul A. Calculation of sample size and analysis in quasi-experimental research. in behavioral science. Journal of Public Health 2005;14(5): 739-740. (in Thai)
8. Tulwattana T. Initial management in Trauma. Department of Surgery Faculty of Medicine, SWU. [cited 2021 August 26]. Available from: <http://med.swu.ac.th> (in Thai)

9. Kerdkaew K, Sinthao N. Guidelines for improving quality emergency services in Thailand 4.0 era, King Mongkut's Hospital. Journal of King Mongkut's College of Nursing 2020;3(3): 95-111. (in Thai)
10. Rangsang R. Emergency Severity Index (ESI) of patient screening system. [cited 2021 September 6]. Available from: <http://ergoldbook.blogspot.com> (in Thai)
11. Wirothavanich N, Prasitthiphon Use of Nursing Practice Guidelines for Caring for Patients in Emergency Departments Naresuan University Hospital. Journal of Nursing and Health 2018;12(1): 84-94. (in Thai)
12. Pakpoomwinitchai T, Wiang-Osoth S, practice K. Effectiveness of using emergency accident patient screening guidelines of professional nurses emergency accident agency Chiang Rai Prachanukroh Hospital. Nursing Journal Public Health and Education 2019;20(1): 66-75. (in Thai)
13. Rojanahiran M. The Effectiveness of Practice Guidelines in Multisystem Injury Nursing. Udon Thani Hospital Emergency Accident Unit. Medical Journal Udon Thani Hospital 2020;28(3): 413-425. (in Thai)

การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

รัชณี เบิกบาน

Received: 2 December 2021

Revised: 29 December 2021

Accepted: 30 December 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะประเมินสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนาแนวทาง จำนวน 3 รอบปฏิบัติการ และ 3) ระยะประเมินผล ผู้ร่วมศึกษา ประกอบด้วย 1) ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการทั้งหมด จำนวน 37 คน 2) ครูศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 5 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเสวนาและประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และให้ผู้ร่วมศึกษามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ทุกกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่า

ด้านความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้จัดเตรียมอาหารในครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 12.50$, $SD = 2.357$) ด้านเจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้จัดเตรียมอาหารในครอบครัว พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับดี ($\bar{x} = 3.12$ $S.D. = 0.570$) และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารระดับที่ดี ($\bar{x} = 3.58$ $S.D. = 0.283$)

ทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี มีการทดลองใช้ประยุกต์แนวคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนการสะท้อนคิด และสามารถพัฒนารูปแบบได้ดังนี้ 1) มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีความตระหนักร่วมกัน 2) มีกติกาสำหรับการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย 3) สามารถแก้ไขปัญหาและดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการได้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ : การดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ภาวะทุพโภชนาการ

Developing of Malnutrition Procedure among Pre-School Children in Child

Development Center Thung Fon sub district, Thung Fon district, Udon Thani province

Rutchanee Berkban

ABSTRACT

The aimed of participatory action research was to study the nutritional status of preschool children. in the Child Development Center .It was carried out into 3 phases: 1) Situation Assessment Stage 2) Guideline Development Stage with 3 operating cycles and 3) Evaluation Stage. The study participants consisted of 1) parents of 37 pre-school children with malnutrition, 2) 5 teachers of child care centers, 3) 5 health workers. Data were collected by discussion and brainstorming sessions. quantitative data analysis By using frequency, percentage distribution, qualitative data were used for content analysis, and participants were involved in all processes of analysis. The

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

ผู้ประสานงานตีพิมพ์เผยแพร่ E mail: r_nong@windowslive.com

results showed that: regarding the knowledge of foodstuffs of family meal preparers, the results showed that most of the parents had a moderate level of knowledge about eating ($\bar{x} = 12.50$, $SD = 2.357$). Family caterer's meal It was found that most of the parents had a good attitude ($\bar{x} = 3.12$ $SD = 0.570$). In terms of food management practices, it was found that most of the parents had good food management practices ($\bar{x} = 3.58$ $SD = 0.283$)

care for preschool children with malnutrition in the Child Development Center, Thung Fon Subdistrict, Thung Fon District, Udon Thani Province There was an experimental application of the concept. share experiences as well as reflection and can develop a form as follows: 1) There is a clear pattern. 2) There are rules for working with multidisciplinary teams and networks; 3) Able to solve problems and provide comprehensive care for for preschoolers malnutrition.

Key words: Caring for preschoolers, Malnutrition

บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียนช่วงอายุ 3-5 ปีเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ หากร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่มากหรือน้อยเกินไปก็จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้หรืออาจเกิดปัญหาทุพโภชนาการที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้เติบโตและพัฒนาการได้

เด็กปฐมวัยอายุ 3 – 5 ปี ส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการการศึกษาจากสถานศึกษา โดยให้ครูผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้ดูแลเด็ก ร่วมมือกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครอบครัวในการพัฒนาเด็ก การดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กปฐมวัย โดยภาพรวมของเด็กปฐมวัยทั้งด้านการเจริญเติบโต สุขภาพกาย พัฒนาการด้านต่างๆ และการ ดำเนินชีวิต และเป็นต้นทุนสำคัญสำหรับพัฒนาเด็กให้เติบโตเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดี และมีเชาวน์ปัญญาที่พร้อม จะเรียนรู้ ฝึกฝนทักษะ สะสมประสบการณ์ เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ¹ ด้วยเหตุนี้เด็กวัยก่อนเรียนจึงควรได้กินอาหารหลักครบทั้ง 5 หมู่ ในแต่ละชนิดควรกินให้หลากหลาย วันละ 3 มื้อ และดื่มนมเป็นอาหารเสริมให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ตามที่ร่างกายเด็กต้องการ ในแต่ละมื้อ แต่ละวัน เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและปลอดภัย จึงจะสามารถป้องกัน แก้อา และฟื้นฟูภาวะทุพโภชนาการของเด็กได้²

ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) เป็นภาวะที่เกิดจากการบริโภคหรือได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม ทั้งปริมาณและชนิดของอาหาร จากสถานการณ์เด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2018 พบ ปัญหาทุพโภชนาการ แสดงให้เห็นว่าปัญหาทุพโภชนาการในเด็กส่วนใหญ่ เป็น ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคและได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

สำหรับในประเทศไทยพบผลกระทบจากภาวะขาดสารอาหาร ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี³ ด้านโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่าเด็กมีภาวะผอม ปีพ.ศ. 2559-2562 คิดเป็นร้อยละ 47.3, 48.7, 50.0 และ 51.6 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับจังหวัดอุดรธานีพบเด็กที่ภาวะผอม คิดเป็นร้อยละ 6.84, 7.40 และ 6.44 ตามลำดับ

ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลทุ่งฝน พบเด็กที่ภาวะเตี้ยปี 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 16.51, 20.90, และ 14.99 ตามลำดับ ภาวะผอม คิดเป็นร้อยละ 8.90, 9.24 และ 10.64 , ภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 13.35, 13.86, และ 11.24 ตามลำดับตามลำดับ ในขณะที่ ตัวชี้วัดด้านโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ตามแผน ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข คือ สูงดีสมส่วน ซึ่งพบว่า ปีพ.ศ. 2559-2562 คิดเป็นร้อยละ 47.3, 48.7, 50.0 และ 51.6 ตามลำดับ และเป้าหมาย พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 คือ ร้อยละ 57,60 และ 63 ตามลำดับ ของจังหวัดอุดรธานีปี 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 37.92,62.29 และ 66.79 ตามลำดับ ในส่วนของเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลทุ่งฝน พบเด็กที่สูงดีสมส่วนปี 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 40.39,61.93, และ 59.31 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี

การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลทุ่งฝน ปัจจุบันใช้แนวทางการดูแลเด็กที่มีปัญหาน้ำหนักน้อย/เตี้ย/ผอม จังหวัดอุดรธานี เด็กอายุแรกเกิด-5ปี และแนวทางการดูแลเด็กที่มีรูปร่างอ้วน จังหวัดอุดรธานี แต่ยังคงว่าภาวะทุพโภชนาการของเด็กยังไม่ลดลง โดยตัวชี้วัดด้านโภชนาการในเด็กคือ สูงดีสมส่วน ยังต่ำกว่าเกณฑ์ จึงนำได้แนวทางนี้มาวิเคราะห์ว่าขั้นตอนไหนที่ควรปรับปรุงแก้ไข พบว่า แนวทางการดูแลเด็กทั้งสองแนวทางมีการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภค ให้คำแนะนำเรื่องอาหารและกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เติบโตของเด็ก อีกประเด็นคือเด็กวัยนี้ เป็นกลุ่มวัยที่ได้รับการดูแลโดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเด็กจะ

รับประทานอาหารช่วงเวลากลางวันและมีกิจกรรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากการเข้าไปศึกษาและสังเกตในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดูแลเรื่องอาหารว่าง อาหารเที่ยงและกิจกรรมส่งเสริมการเจริญเติบโตตามหลักวิชาการอย่างเหมาะสม และพบว่าขั้นตอนการให้คำแนะนำผู้ปกครองยังขาดรายละเอียดที่สามารถนำไปใช้ได้เพราะเป็นการแนะนำแบบรวม ไม่ได้แยกกลุ่มว่ามีโอกาสพัฒนาเรื่องใดบ้าง เช่น ด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านการเตรียมอาหารของผู้ปกครอง จึงต้องการศึกษาปัจจัยต่างๆ ซึ่งเกี่ยวกับผู้ปกครองที่เตรียมอาหารให้เด็ก เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ แล้วนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

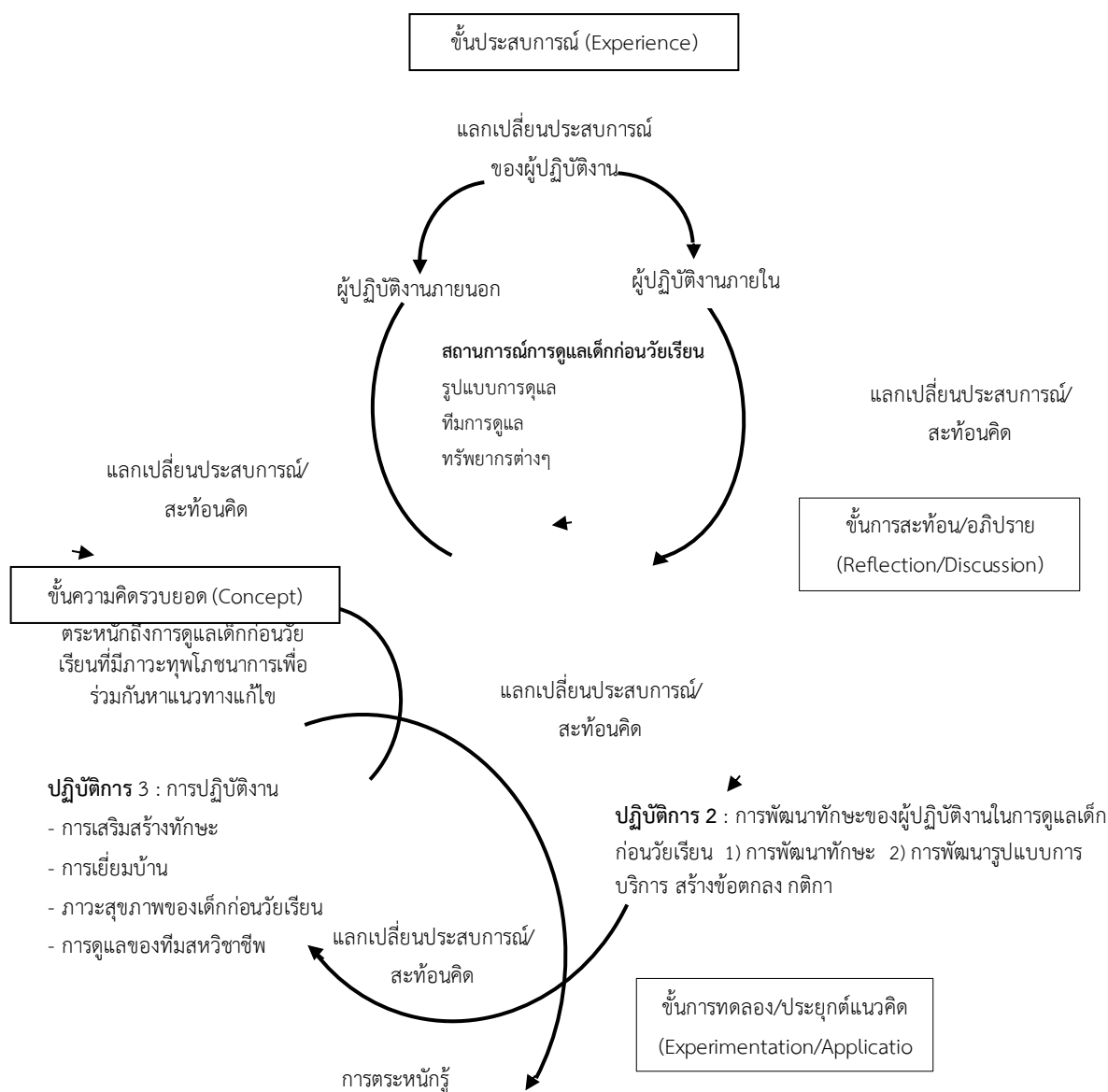
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) กลุ่มตัวอย่าง ผู้ร่วมศึกษา คือ 1) ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการทั้งหมด จำนวน 37 คน 2) ครูศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 5 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง 15 ตุลาคม – 16 พฤศจิกายน 2564 ศึกษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 – พฤษภาคม พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Frame work)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model⁴ มาเป็นกรอบวิธีการจัดการเรียนรู้ เกิดจากความเชื่อที่ว่า การเรียนรู้ของคนเราเป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวของตัวเองซึ่งมีกระบวนการ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) มีการสนทนากลุ่มเป็นการจัดการความรู้ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ด้วยวิธีการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม มารวบรวมข้อมูล สรุป วิเคราะห์ และดำเนินการจัดกลุ่ม ดังภาพที่ 1



รูปแบบการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ

1. มีความตระหนักร่วม/รูปแบบที่ชัดเจน
2. มีกติกาสำหรับการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย
3. แก้ไขปัญหาได้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี พัฒนามาจาก Kurt Lewin's Change model (Lewin, 1951; และ หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ตามแนวคิดรูปแบบของโคลบ Kolb's Model (David A. Kolb, 1991)

วิธีดำเนินการดำเนินการวิจัย แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะประเมินสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนาแนวทาง จำนวน 3 รอบปฏิบัติการ และ 3) ระยะประเมินผล ดังนี้

1. ระยะประเมินสถานการณ์ ระยะนี้เป็นการประเมินสถานการณ์การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก มีกิจกรรมดังนี้ 1) การสนทนากลุ่มทำที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลทุ่งฝน 2) การสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ศึกษาเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกแบบ
2. ระยะพัฒนาแนวทาง ระยะนี้ถือเป็นปฏิบัติการจำนวน 3 รอบปฏิบัติการ
3. ระยะประเมินผล เป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการ โดยการเยี่ยมบ้านและมีการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดสรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลเด็ก ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยและสถิติ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าที่ยอมรับได้ มากกว่า 0.95 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

และแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินก่อนนำไปใช้จริงมีผลลัพธ์ดังนี้

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและของผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.93
- แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก (Guideline for focus group discussion and in-depth interview) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.826
- แนวทางการเสวนากลุ่มย่อย (Guideline for small group dialogue) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.86
- แนวทางการจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด (Guideline for brain storming and reflection) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา 1) ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมศึกษาทุกกิจกรรม ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักความปลอดภัย การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล โดยการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ได้เสนอขอรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการเลขที่ UDREC 0365

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวของเด็ก พบว่าส่วนใหญ่ผู้จัดเตรียมอาหารของครอบครัวคือแม่ ร้อยละ 48.65 มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 35.14 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.16 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.24 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 32.43 และส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 62.16

1.2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มากที่สุดคือ การรับประทานผัก ผลไม้ ทำให้ระบบการขับถ่ายของร่างกายดี อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่เป็นอาหารที่จำเป็นสำหรับเด็ก ร้อยละ 97.30 รองลงมาคือ ควรให้เด็กรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลแทนการรับประทานขนมหวาน หรือขนมกรุบกรอบ อาหารมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อสำคัญ ร้อยละ 94.59 และ 93.70 ตามลำดับ ที่ตอบถูกน้อยที่สุดแก่ อาหารว่างระหว่างมื้อของเด็กควรเป็นอาหารที่หาง่าย เช่น ขนมกรุบกรอบ เป็นต้น ข้าวที่ซัดจนขาวเป็นข้าวที่สะอาดน่ารับประทานและมีคุณค่าทางโภชนาการ สูงกว่าข้าวที่ไม่ผ่านการขัดสีหรือข้าวซ้อมมือ ร้อยละ 16.22 เท่ากัน

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ระหว่างก่อนการให้ความรู้ และหลังให้ความรู้ พบว่า หลังจากให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการให้ความรู้

1.3 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง (11-15 คะแนน) มากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 75.68 รองลงมาคือ ระดับดีมาก (16-20 คะแนน) และระดับน้อย (5-10 คะแนน) จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 18.92 และ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.41 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ระหว่างก่อนการให้ความรู้ และหลังให้ความรู้ พบว่า หลังจากให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการให้ความรู้

1.4 กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้านบวกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.16$, S.D. = 0.457) ตามลำดับเป็นระดับดี ($\bar{X} = 3.12$, S.D. = 0.570) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับเจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้านลบ พบว่ามีเจตคติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.73$, S.D. = 0.291) ตามลำดับเป็นระดับดี ($\bar{X} = 1.863$, S.D. = 0.333) ตามลำดับ

1.5 คะแนนเจตคติด้านบวกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการให้ความรู้มีเจตคติอยู่ในระดับดี (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.24 คะแนน) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 43.24 ส่วนหลังการให้ความรู้มีเจตคติอยู่ในระดับดีมาก (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.25 - 4.00 คะแนน) จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 48.65

เมื่อพิจารณาคะแนนเจตคติด้านบวกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการให้ความรู้ และหลังให้ความรู้ พบว่า หลังจากให้ความรู้มีค่าคะแนนเจตคติด้านบวกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการให้ความรู้ ($\bar{X} = 3.12$ S.D. = 0.570)

1.6 คะแนนเจตคติด้านลบเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการให้ความรู้มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.25 - 2.51 คะแนน) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 72.97 ส่วนหลังการให้ความรู้มีเจตคติอยู่ในระดับดี (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 1.76 คะแนน) จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 59.50

เมื่อพิจารณาคะแนนเจตคติด้านลบเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการให้ความรู้ และหลังให้ความรู้ พบว่า หลังจากให้ความรู้มีค่าคะแนนเจตคติด้านลบเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการให้ความรู้ ($\bar{X} = 1.86$ S.D. = 0.333)

1.7 กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารด้านบวกเพิ่มขึ้นจากระดับดี ($\bar{X} = 2.86$, S.D. = 0.340) ตามลำดับเป็นระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.083) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารด้านลบ พบว่ามีเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 0.477) ตามลำดับเป็นระดับดี ($\bar{X} = 2.13$, S.D. = 3.772) ตามลำดับ

1.8 การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารด้านบวกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการให้ความรู้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.75 - 2.49 คะแนน) จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 64.86 ส่วนหลังการให้ความรู้การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารอยู่ในระดับดีมาก (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.25 - 4.00 คะแนน) จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 91.89

เมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารด้านบวกของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการให้ความรู้ และหลังให้ความรู้ พบว่า หลังจากให้ความรู้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารด้านบวกของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการให้ความรู้ ($\bar{X} = 3.58$ S.D. = 0.283)

1.9 การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารด้านลบของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการให้ความรู้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.75 - 2.49 คะแนน) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 67.57 ส่วนหลังการให้ความรู้การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารอยู่ในระดับดี (ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 1.76 คะแนน) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 62.17

เมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารด้านลบของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการให้ความรู้ และหลังให้ความรู้ พบว่า หลังจากให้ความรู้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารด้านลบของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการให้ความรู้ ($\bar{X} = 2.13$ S.D. = 3.772)

2. พัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี

การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องที่ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model พร้อมทั้งแบ่งออกเป็น 3 ปฏิบัติการ ดังนี้

ปฏิบัติการที่ 1: การสร้างความตระหนักถึงการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข การดูแลต่อเนื่องกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและผู้ดูแลหลัก จำนวน 37 คน และครูศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 5 คน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน ผู้วิจัยได้ใช้ศึกษาสภาพปัญหาของเด็กก่อนวัยเรียน ร่วมกับการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับทีมแกนนำทางสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอทุ่งฝน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดของทีมผู้ดูแลเด็ก และผู้ให้บริการ เพื่อเสนอประเด็นการทำงานการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการหาแนวทางการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นขั้นของประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ในขั้นตอนนี้สามารถทราบถึงสถานการณ์ ในการนำมาวางแผนการแก้ไขและพัฒนา รูปแบบได้

ปฏิบัติการ 2 : การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะของสมาชิกผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ เกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และการประเมินภาวะโภชนาการ การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนเกี่ยวกับการประเมินเบื้องต้น การส่งต่อและการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนาศักยภาพของของทีมดูแล ได้มีการพัฒนาทีมดูแลครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ในทีมเยี่ยม ได้มีการประสานงานกับแม่ข่ายโรงพยาบาลทุ่งฝน ในการใช้ระบบให้คำปรึกษาเป็นรายผู้ป่วยที่มีปัญหา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสะท้อนคิดของผู้ปฏิบัติงาน และทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการ สร้างข้อตกลงและกติการ่วมกัน

ปฏิบัติการ 3 : การปฏิบัติงาน ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการเสริมสร้างทักษะหลังจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้าน การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับกระบวนการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง โดยการมีส่วนร่วมของทีมเจ้าหน้าที่ มีการกำหนดเป้าหมายสร้างแนวทางพัฒนาเพื่อเกิดการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม ได้มีการกำหนดให้มีแพทย์ร่วมประเมินสภาพผู้ป่วยในครั้งแรกที่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยทุกราย แจ้งข้อมูลแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อติดตามเยี่ยมร่วมกัน ให้การดูแลและสนับสนุนครอบคลุมทุกด้าน ตามที่ได้ประเมินความจำเป็นในการดูแล กำหนดแผนติดตามเยี่ยมเป็นต่อเนื่อง ชัดเจน ตามความจำเป็นและส่งต่อเพื่อรักษา โดยสร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อกับ รพ.แม่ข่ายปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ

ซึ่งกระบวนการทุกกระบวนการได้สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม สะท้อนผลการดำเนินการวิจัย โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก และการสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับแผนใหม่ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข การเสริมพัฒนาในจุดแข็ง ระยะเวลาของการสรุปผลและการสะท้อนกลับข้อมูลใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งหลังการดำเนินงานพบว่าเกิดความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 86.2

การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี มีการทดลองใช้ ประยุกต์แนวคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนการสะท้อนคิด และสามารถพัฒนารูปแบบได้ดังนี้ 1) มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีความตระหนักร่วมกัน 2) มีกติกาสำหรับการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย 3) สามารถแก้ไขปัญหาและดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการได้อย่างครอบคลุม

การอภิปรายผล

ด้านความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้จัดเตรียมอาหารในครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.50$, $SD = 2.357$) อาหารเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็กเพราะอาหารทำให้ร่างกายและระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายเป็นปกติการบริโภคอาหารที่ถูกหลัก ครบถ้วน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกข้อจะทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วย ทำให้การดำรงชีวิตเป็นปกติ ทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงข้ามถ้าเด็กบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วน กับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน หรือไม่ได้รับสารอาหารครบถ้วน จะทำให้การทำงานของร่างกาย ผิดปกติหรืออาจเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ หรือเกิดภาวะทุพโภชนาการ ถ้ารับประทานอาหารไม่เพียงพอจะทำให้ขาดสารอาหารแต่ถ้าได้รับสารอาหารมากเกินไปจนความจำเป็นของร่างกายก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรืออ้วนทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, วิภารัตน์ สุวรรณไว พัฒนะ⁵ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะทุพโภชนาการด้านน้ำหนัก ตามอายุเทียบตาม เกณฑ์ของเด็กก่อนวัยเรียนคือการดูแลและแนะนำให้เด็กรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ดูแล เป็นต้น

ด้านเจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้จัดเตรียมอาหารในครอบครัว พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับดี ($\bar{X} = 3.12$ S.D. = 0.570) ความเชื่อในเรื่องของการ รับประทานอาหารของผู้ปกครองจะส่งผลต่อการแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กในด้านการบริโภคอาหาร ที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการ ทำให้เด็กได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนและเพียงพอ สิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องตระหนักคือความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการเพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ลูกมีภาวะโภชนาการที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของสินีพร ยืนยงและคณะ⁶ ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า พฤติกรรมบริโภคของมารดาและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัว ล้วนเป็นแบบอย่างแก่เด็กเกี่ยวกับ พฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะมารดา ซึ่งเป็นบุคคลหลักของครอบครัวในการดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัว เป็นผลให้พบระดับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวมีระดับที่ถูกต้องส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในระดับปานกลาง

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้ปกครองมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารระดับที่ดี ($\bar{X} = 3.58$ S.D. = 0.283) อาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย เพราะมีผลต่อพัฒนาการทางร่างกาย สมอ ระบบประสาทและสติปัญญา รวมทั้งพัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ เด็กจึงต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่โดยเฉพาะทางด้าน อาหารและโภชนาการเด็กจะมีความสนใจเรื่องการรับประทานอาหารน้อยลง เนื่องจากมีความ สนใจสิ่งแวตล้อม จึงมีโอกาสขาดสารอาหารได้ ซึ่งการได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรวัลย์ ศิรินาม⁷ การดูแลเด็กวัยก่อนเรียนให้สุขภาพดี ดีช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วนได้จึงควรมีการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อปัญหาด้าน โภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนในช่วงต่างๆ การฝึกนิสัยการรับประทานอาหาร แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้ เจตคติเรื่องการรับประทานอาหาร และการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครอง หรือผู้จัดเตรียมอาหารของครอบครัว เป็นหัวใจสำคัญที่จะส่งผลกับภาวะโภชนาการของเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่ดีของเด็กก่อนวัยเรียน ในการป้องกันภาวะทุพโภชนาการได้อย่างเหมาะสม

การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลคือ เน้นแนวทางการส่งต่อกับเจ้าหน้าที่ตามบทบาทของผู้ดูแล และการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire⁸ และ Gibson⁹ ที่อธิบายถึงการตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้นๆ กระบวนการนี้เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไขปัญหามาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนเอง¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา เปรื่องธรรมกุล¹¹ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุงจังหวัดเลย พบว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2 รูปแบบคือ รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน และรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

การพัฒนาศักยภาพของทีมนักดูแล จากการสนทนากลุ่ม พบว่าแต่ละหน่วยบริการยังขาดความพร้อมของทีมนักให้บริบาล ทั้งองค์ความรู้ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนบุคลากร บุคลากรขาดประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ขาดสหวิชาชีพในการเป็นทีม ติดตามเยี่ยม เช่น นักโภชนาการ เป็นต้น จึงได้พัฒนาศักยภาพทีมนักดูแลกำหนดให้มีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ ทีมนักสหวิชาชีพผู้ให้บริการ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม และการวางแผนการใช้ทีมนักสหวิชาชีพ ให้ครบครันในการติดตามเยี่ยม โดยการ กำหนดแผนเยี่ยมร่วมกัน ใช้ทีมนักสหวิชาชีพที่บางหน่วยบริการขาดร่วมกัน ในการให้คำปรึกษาแก่ทีม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngoichansri & Kongtalin¹² ในประเด็นของการพัฒนาศักยภาพทีม ได้แก่การประชุมระดมสมองทีมนักให้บริบาล การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมในการดูแล การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของทีมนักดูแล กับทีมนักให้บริบาลสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดมสมองหาวิธี แนวทาง การเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม

การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลทุ่งฝน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็น 3 ปฏิบัติการ คือ ปฏิบัติการที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ปฏิบัติการ 2 การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการดูแล และปฏิบัติการ 3 การปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ตามรูปแบบของโคลบ Kolb's Model⁴ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย จากการสนทนากลุ่มพบว่าการติดตามเยี่ยม ทีมผู้ติดตามเยี่ยมจะเป็นเจ้าหน้าที่ทั้งหมด ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จึงได้ พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย โดยจะมีการทำแผนพัฒนา และเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วม ในการติดตามดูแลผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ได้พัฒนาอาสาสมัครให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยม เปิดโอกาสให้ผู้ให้การ ดูแลร่วมคิดตัดสินใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมนักสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sumangsri¹³ การได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่ บ้านและส่งผลที่ดีขึ้นต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่ามีพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อใช้เป็น แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นทิศทางเดียวกัน ดังนั้นควรมีการประชุมชี้แจงในการดำเนินกิจกรรมในระยะติดตามผลให้มากขึ้น เพื่อให้ดูแลภาวะ สุขภาพ คุณภาพชีวิต ทักษะชีวิตผู้ป่วย และการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม
2. รูปแบบการฝึกอบรมกลุ่มสำหรับทำกิจกรรมกลุ่มของครอบครัว เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถเลือกใช้เป็นแนวทางในการอบรม ให้ ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะ ความรู้ และศักยภาพในการให้บริการกับบุคลากรสุขภาพและผู้สนใจ เพื่อใช้ในการทำกลุ่มกิจกรรมครอบครัวได้
3. ผู้รับผิดชอบงาน หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มี ภาวะทุพโภชนาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการในส่วนของการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งฝน ที่ให้ความกรุณาในการดำเนินการวิจัย คุณนิทยา จินารักษ์ ที่ได้ให้ คำปรึกษา แนะนำ ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคน และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูล ขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือให้จนสำเร็จ ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kodyee S. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ปกครองต่อภาวะโภชนาการ ของเด็กวัยก่อนเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่า เกณฑ์. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(2):191-207.
2. Rungamornrat S, Kraimongkol N, Puttisatean R. การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไป ใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการ เกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. Thai Journal of Nursing Council. 2018 Mar 8;32(4):120-.
3. ชัชฎา ประจตุตตะเก, อัญชลี ภูมิจันทร์, ประดับศรี หมั่นไวย. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขต สุขภาพ ที่ 9 ปี 2560. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสาร ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2019 Aug 31;13(31):159-77.

4. Kolb DA, Osland J, Rubin IM, Rubin IM, Osland J. Organizational behavior: An experiential approach. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1991.
5. ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. Journal of Health and Nursing Education. 2019 Dec 30;25(2):8-24.
6. สนิพร ยืนยง และคณะ. (2555).การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์,90-100
7. วีรวัลย์ ศิรินาม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบล บ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (Doctoral dissertation, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่).
8. Freire P. Pedagogy of the oppressed (revised). New York: Continuum. 1996.
9. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of advanced nursing. 1991 Mar;16(3):354-61.
10. Pinthong T, Charoenbut P, Songserm N. ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารและโภชนาการแก่ เด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี. UBRU Journal for Public Health Research. 2020 Dec 29;9(2):137-47.
11. สุนันทา เป็ธธรรมา. (2550). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุง จังหวัดเลย. วารสารการวิจัยการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. ;1(2), 29-42.
12. Ngoichansri J, Kongtala O. Development of continuing care for the home-bound and bed-bound elders in Phetchabun municipal community. In13th Graduate Research Conference 2012 (pp. 658-69).
13. Sumangsri S. Development of the continuous care guidelines for the home-bound and bed bound elders living in the Vicinity of Family Practice Center. Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. 2015;5(1):53-4.

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Received: 2 December 2021

Revised: 29 December 2021

Accepted: 30 December 2021

ธรรมวรรณ บูรณสรณ์ พย.บ.¹,สายใย ก้อนคำ พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยใช้แนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง: หัวใจในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการผดุงครรภ์ มี 3 ประเด็น ได้แก่ 1)ความต่อเนื่องของข้อมูล 2)ความต่อเนื่องของการจัดการ และ 3)ความต่อเนื่องของสัมพันธ์ภาพร่วมกับเชิงจรการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องของ Edward Deming ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบการดูแลและนำรูปแบบไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า 1) เมื่อนำรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องไปปฏิบัติจริงกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 20 อัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 17 การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัยและการทำงานหนักเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด 2)พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้ทุกกิจกรรม 3)ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก 3 ลำดับแรก คือ เนื้อหามีความชัดเจน ($\bar{x}=4.08$, $SD=0.42$) มีความชัดเจนมากกว่าแนวทางเดิม ($\bar{x}=4.21$, $SD=0.39$) และมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($\bar{x}=4.17$, $SD=0.38$) ขั้นตอนที่ 4 การนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขและวางแผนการพัฒนาใหม่ มีข้อเสนอแนะว่ารูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ควรกำหนดเป็นนโยบายมีการติดตาม กำกับ ประเมินและปรับปรุงให้มีชัดเจนและความเหมาะสมกับหน่วยงาน

คำสำคัญ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง, หญิงตั้งครรภ์, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Development of a Continuing Care Model for Pregnant Woman with Preterm Labor in Nonghan Hospital Udon Thani Province

Thammawan Boornasun ¹, Sayyai Konkham ²

ABSTRACT

This action research aimed to develop and investigate a Continuously Caring Model for pregnant women with preterm labor in Nonghan Hospital, Udonthani Province. The concept of Continuously Caring and Deming Cycle was used to improve the quality of midwifery practices. Continuously Caring concept consisted of 3 components: continuity of data, continuity of management, and continuity of data relationship. The Deming's Cycle comprised of four-steps model which was applied in this action research. The first step was analysis of problems and situations. The second step was to develop Continuously Caring Model and it then was tested on twenty-five pregnant women with preterm labor and ten professional nurses. The third step was to investigate and evaluate the model. After the first 3 steps, the findings showed that the percentage of pregnant women with preterm labor who repeated cycles of treatment was twenty eight. Twenty percentage

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

ผู้ประสานงานตีพิมพ์เผยแพร่ E mail: thammawan2505@gmail.com

of the preterm birth rate was reported. The risks of preterm labor were having sexual intercourse without using a condom and working hard during pregnancy. Professional nurses could follow all of the activities which were created in the model. The context of model was cleared ($\bar{X}$ =4.08, SD=0.42) The context of the present model was clearer than the previous guidelines ($\bar{X}$ =4.21, SD=0.39) There were benefits to the organization when evaluated the model ($\bar{X}$ =4.17, SD=0.38) The last step was related to the PDCA cycle, to improve the model. There are suggestions that Continuously Caring Model can be effectively used in practice and it should be imposed as a policy. The model should be monitored, evaluated and improved to be clear and appropriate for each organization.

Key words: Continuously Caring; Pregnant Women; Preterm Labor

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด หรือ preterm birth เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆ ของทุกประเทศ เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต (neonatal mortality) และยังเป็นสาเหตุของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงตั้งครรภ์อีกด้วย (antenatal hospitalization)¹ การคลอดก่อนกำหนดนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการต่อทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory distress syndrome: RDS) ภาวะเลือดออกในสมอง (intraventricular hemorrhage: IVH) ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร (necrotizing enterocolitis: NEC) ภาวะชัก (convulsion) ระบบประสาทที่ผิดปกติ (cerebral palsy) หรือพัฒนาการช้า โดยอายุครรภ์ที่ทารกคลอดยิ่งน้อยยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น²

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หรือ 259 วันของการตั้งครรภ์³ จากอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดใน 184 ประเทศทั่วโลก พบว่า อยู่ระหว่างร้อยละ 5-18 โดยในแต่ละปีจะมีทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตใน 5 ปีแรก ประมาณ 1 ล้านคน ส่วนทารกที่รอดชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนดต้องเผชิญกับความพิการ ความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็น และพัฒนาการล่าช้า และมากกว่า 3 ใน 4 ของทารกที่คลอดก่อนกำหนดสามารถป้องกันได้⁴ นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานของสตรีมีครรภ์⁵ นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด การตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพจากสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดประเทศไทย พบร้อยละ 10-12 ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยกำหนดไม่เกินร้อยละ 10⁶

จะเห็นได้ว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปของสตรีตั้งครรภ์ เช่น การทำงานนอกบ้านมากขึ้น ต้องเดินทางไกลเพื่อไปทำงานทุกวัน การสูบบุหรี่ หรือมีการใช้ชีวิตที่รีบเร่ง ทำให้เกิดภาวะเครียดที่เพิ่มมากขึ้น สตรีตั้งครรภ์ยุคใหม่มีแนวโน้มการตั้งครรภ์ในอายุที่เพิ่มมากขึ้น และมีการนำเทคโนโลยีที่ช่วยการเจริญพันธุ์มาใช้ ทำให้เกิดภาวะครรภ์แฝดสอง หรือมากกว่านั้น มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสที่จะทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

จากสถิติของจังหวัดอุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 มีการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 8.63, 9.0 และ 8.5 ของอัตราการคลอดตามลำดับ⁷ ห้องคลอดโรงพยาบาลหนองหาน ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป บริการคลอดปกติและผิดปกติ และให้บริการรับและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะวิกฤติ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่าย เช่นเดียวกันสถิติในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น จากร้อยละ 1.42, 1.55 และ 3.09 ตามลำดับ⁸

ทางหน่วยงานได้วิเคราะห์สภาพการณ์และระบบการดูแลที่ผ่านมาพบประเด็นปัญหาที่น่าสนใจ คือ 1) ระยะเวลาการนอนพักในห้องคลอดอย่างน้อย 3 วัน 2) ได้รับการรักษาโดยพยาบาลยังการหดตัวของมดลูกเกิดอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น มือสั่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้อาเจียน 3) ทารกแรกเกิดอายุครรภ์ไม่ครบกำหนด มีภาวะหายใจลำบาก มีน้ำหนักตัวน้อยและภายหลังคลอดต้องแยกจากมารดาและครอบครัวทันทีเพื่อเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยทารกแรกเกิด ส่งผลต่อสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก 4) ครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ 5) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ มีค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น สูญเสียรายได้จากการต้องหยุดงานมาดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือดูแลบุตรคนอื่นๆ แทน 6) การประเมิน

ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี 7) มีการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และกลับมาคลอดก่อนกำหนด เมื่อพิจารณาปัจจัยหรือสาเหตุพบว่าเกิดจากพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการดูแลในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลหนองหานที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความตั้งใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าหน่วยงานจะมีรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีคุณภาพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการอัตรากลับมารักษาซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง ผู้ร่วมศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามวงจรการพัฒนารูปแบบ คือ วงจรที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และวงจรที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลหนองหาน จำนวน 10 คน ศึกษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 – พฤษภาคม พ.ศ. 2564

วิธีดำเนินการดำเนินการวิจัย แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 วงจร ในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงจรที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลและนำรูปแบบไปทดลองใช้ ประกอบด้วย 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) สร้างรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) สร้างแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ 4) ประชุมชี้แจงรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางปฏิบัติแก่ทีมพยาบาล และ 5) นำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 นำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขและวางแผนการพัฒนาใหม่

วงจรที่ 2 : การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งประกอบด้วย สื่อการสอน แนวทางการปฏิบัติ แบบบันทึกการดูแล แบบประเมินพฤติกรรม เป็นต้น มีการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์จากการดำเนินงานของวงจรที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลและนำรูปแบบไปทดลองใช้ ประกอบด้วย 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) สร้างรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) ประชุมชี้แจงรูปแบบอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและแนวทางปฏิบัติแก่ทีมพยาบาล และ 4) นำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 นำผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มาปรับปรุงแก้ไขและวางแผนการพัฒนาใหม่ สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังแผนภาพ พัฒนาจาก รัศมี พิริยะสุทธิ์, สุนันทา สงกา และ พณวรรณ พานิชย์, 2560

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เข้ารับการรักษาในห้องคลอด

ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษา คือ ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก ดูแลให้นอนพัก ปฏิบัติกิจกรรมบนเตียงและให้ความช่วยเหลือ และใช้เครื่องตรวจติดตาม (monitor) การเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูก

หลังเข้ารับการรักษา 24 ชั่วโมง

1. บันทึกข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
4. การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 4.1 ให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการรับความรู้
 - 4.2 ให้ความรู้ตามการประเมินความเสี่ยงและการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 4.3 แจกแผ่นพับเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
5. การวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ METHOD

ภายหลังจำหน่ายวันที่ 5

1. ส่งต่อข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปยังหน่วยบริการฝากครรภ์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อฝากครรภ์ต่อตามนัด และดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ติดตามเยี่ยมทางโปรแกรมไลน์หรือทางโทรศัพท์โดยพยาบาลห้องคลอด
3. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
4. ให้ความรู้ วางแผนและความช่วยเหลือเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1. ติดตามเยี่ยมทางโปรแกรมไลน์หรือทางโทรศัพท์โดยพยาบาลห้องคลอด
2. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
3. ให้ความรู้ วางแผนและความช่วยเหลือเป็นรายบุคคล

แผนภาพที่ 1 แสดงแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ อัตราการคลอดก่อนกำหนดและ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ใช้เมื่อเข้ารับการรักษาในหออคลอด 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ใช้เมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยใช้โปรแกรมไลน์หรือทางโทรศัพท์ 3) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 4) แผ่นพับและภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา 1) ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมศึกษาทุกกิจกรรม ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ระหว่าง 13-32 ปี เฉลี่ย 22.5 ปี จบมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบอาชีพแม่บ้าน รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท เป็นลักษณะครอบครัวขยายและมีสามีเป็นผู้ดูแลหลัก เป็นการตั้งครรภ์หลัง อายุครรภ์ระหว่าง 32-35⁶⁷ สัปดาห์ เฉลี่ย 33 สัปดาห์ ให้ประวัติว่ามาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 26-58 ปี เฉลี่ย 39.45 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 1-31 ปี เฉลี่ยปฏิบัติงาน 13.45 ปี

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามบริบทของโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ดังนี้

2.1 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการรักษา คือ ให้ยาช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูกดูแลให้นอนพัก ปฏิบัติกิจกรรมบนเตียงและให้ความช่วยเหลือ และใช้เครื่องตรวจติดตามการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูก (monitor)

2.2 หลังเข้ารับการรักษา 24 ชั่วโมง ดำเนินการ ดังนี้

1) บันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อบรรณข้อมูลอย่างครบถ้วนโดยพิจารณาข้อมูลว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพหรือไม่อย่างไร สำหรับนำไปใช้ในการดูแล ติดตามปัญหา และวางแผนการดูแล และมีการส่งต่อข้อมูลไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) คัดกรองความเสี่ยงตามแบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3) ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

4) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย

4.1) สนับสนุนให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วม

4.2) ให้ความรู้ตามการประเมินความเสี่ยงและการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแจกแผ่นพับเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

5) การวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ METHOD

2.3 ภายหลังจากจำหน่ายวันที่ 5 ดำเนินการ ดังนี้

1) ส่งต่อข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปยังหน่วยบริการฝากครรภ์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อฝากครรภ์ต่อตามนัด และการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) ติดตามเยี่ยมทางโปรแกรมไลน์หรือทางโทรศัพท์โดยพยาบาลหออคลอด

3) ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

4) ให้ความรู้ วางแผนและช่วยเหลือเป็นรายบุคคล

2.4 ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดำเนินการ ดังนี้

- 1) ติดตามเยี่ยมทางโปรแกรมไลน์หรือทางโทรศัพท์โดยพยาบาลห้องคลอด
- 2) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
- 3) ให้ความรู้ วางแผนและช่วยเหลือเป็นรายบุคคล

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

3.1 อัตราการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 20 อัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 17 ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย มากที่สุด ทำงานหนัก/งานที่ต้องยืนนานต่อเนื่อง > 3 ชั่วโมง มีภาวะเครียด มีประวัติคลอดก่อนกำหนด/ประวัติแท้งบุตรในไตรมาสที่ 2 ภาวะโลหิตจาง และการตั้งครรภ์อายุ < 15 ปี / อายุ > 33 ปี ตามลำดับ

3.2 การประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทุกกิจกรรม และการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาล โดยเปลี่ยนการมอบหมายงานในลักษณะการทำงานตามหน้าที่เป็นจุดๆ เป็นระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ รวมทั้งการติดตามและประสานงานต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์นั้น มีความคิดเห็นว่ายังไม่สามารถปฏิบัติได้สะดวกในการติดตามและดูแลเป็นรายบุคคล แต่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้ทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน ให้เหตุผลว่าจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีน้อยเมื่อเทียบกับผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น

3.3 พยาบาลแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก 3 ลำดับแรก คือ เนื้อหาที่มีความชัดเจน ($\bar{X} = 4.08$, $SD = 0.42$) มีความชัดเจนมากกว่าแนวทางเดิม ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.39$) และมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.38$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.33$) และรูปแบบที่สะดวกเหมาะสมกับการใช้งาน ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.60$)

การอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ใช้แนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง: หัวใจในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการดูแลครรภ์มาเป็นกรอบแนวคิดรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการดูแลที่มีความต่อเนื่องของข้อมูล ความต่อเนื่องของการจัดการ และความต่อเนื่องของสัมพันธภาพ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด โดยทีมพยาบาลร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ให้ข้อคิดเห็นและแนวทางในการสร้างรูปแบบให้มีความสอดคล้องกับบริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลหนองหาน ซึ่งมีความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังการศึกษาของ⁹ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1)การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ 2)การประสานส่งต่อสูติแพทย์ 3) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 4)การวางแผนจำหน่ายโดยใช้ M-E-D-T-H-O-D 5)การติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทางโทรศัพท์ 6)การให้ความรู้โดยสามีและญาติมีส่วนร่วม และอุบัติการณ์การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า 1)อัตราการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 5 ราย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 7 คน มีแนวโน้มลดลงจะเห็นได้ว่าแต่ละกิจกรรมของรูปแบบฯ มีส่วนสำคัญในการช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ 2) พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทุกกิจกรรม โดยมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก 3 ลำดับแรก คือ เนื้อหาที่มีความชัดเจน ($\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.44$) มีความชัดเจนมากกว่าแนวทางเดิม ($\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.44$) และมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.44$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.33$) และรูปแบบที่สะดวกเหมาะสมกับการใช้งาน ($\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.60$) มากกว่านี้ เช่น แบบบันทึกข้อมูลที่มีรายละเอียดมากไม่สามารถบันทึกได้หมด เพราะผู้รับบริการมีจำนวนมากในแต่ละวัน การมอบหมายงานโดยใช้ระบบเจ้าของไข้ แต่ก็ยังทำงานตามหน้าที่เป็นจุดๆ ดังนั้น การใช้ระบบเจ้าของไข้ ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ และมอบหมายให้มีพยาบาลผู้ช่วยเพื่อช่วยติดตาม วางแผนและช่วยเหลือหากพยาบาลเจ้าของไข้ ไม่สามารถดำเนินการได้ ดังการศึกษาของ

¹⁰ ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ใช้ระบบเจ้าของใช้ในการดูแลพบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.08$, $SD=0.59$) และพยาบาลมีการปฏิบัติตามรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=2.89$, $SD=0.35$) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.49$, $SD=0.57$) การยืดอายุครรภ์และอายุครรภ์เมื่อคลอดแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อัตราการกลับมารักษาพบว่าไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาแบบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นทิศทางเดียวกัน ดังนั้นควรมีการประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในระยะติดตามผลให้มากขึ้น เพื่อให้ดูแลภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตทัศนคติต่อผู้ป่วย และการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม

2. รูปแบบการฝึกอบรมกลุ่มสำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถเลือกใช้เป็นแนวทางในการอบรม ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะ ความรู้ และศักยภาพในการให้บริการกับบุคลากรสุขภาพและผู้สนใจ เพื่อใช้ในการทำกลุ่มกิจกรรมครอบครัวได้

3. ผู้รับผิดชอบงาน หรือเจ้าหน้าที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดนั้น ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการในส่วนของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน ที่ให้ความกรุณาในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคน และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูล ขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือให้จนสำเร็จ ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics T. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. Obstetrics and gynecology. 2012 Oct;120(4):964.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 171: management of preterm labor. Obstetrics and gynecology. 2016 Oct;128(4):e155-64.:
3. ประพนธ์ จารุวงศ์. มาตรการทางสถิติ ศาสตร์กับปัญหาการคลอดก่อนกำหนด. ใน: วิทยา ถิฐาพันธ์, นิสารัตน์ พิทักษ์ วัชร, พงนิยน์ผดุงเกียรติ วัฒนา, บรรณาธิการ. วิกฤติในเวชปฏิบัติปริ กำเนิด. กรุงเทพฯ: พีโอ ลิฟวิ้ง; 2555.
4. World Health Organization [WHO]. Preterm birth [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 20]. Available from: <http://www.who.int/newroom/factsheet/detail/preterm-birth>
5. Maloni JA, Chance B, Zhang C, Cohen AW, Betts D, Gange SJ. Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. Nursing research. 1993 Jul 1;42(4):197-203.
6. อุ่นใจ กอนันตกุล. บทความวิชาการ: การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2562;28(1):8-15
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2562). รายงานตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก. จาก URL;<http://www.udo.moph.go.th/the-post/upload>.
8. เวชระเบียนงานห้องคลอดโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี (2562). รายงานสถิติแม่และเด็กประจำปี 2560-2562.: งานห้องคลอดโรงพยาบาลหนองหาน อุดรธานี.
9. ศิริพร พรเสน. (2559). การพัฒนาสื่อการสอนสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความ ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (ปรับปรุง มกราคม 2564)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย **ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน** เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้าน การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมี กิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมี ความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจาก การทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหา มีการถกเถียงโต้แย้ง หรือมี นวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการ ต้องเข้าสู่ กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาที่แสดงถึง ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อ เจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาว ไม่เกิน 10 หน้า **บทความพิเศษไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมา นำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่อาจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้อง ศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงาน ความก้าวหน้าของโครงการ รายงาน ผลการศึกษาวินิจฉัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มี ประเด็นที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน ควร ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า **บทความทั่วไปไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควร มีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น หรือกำลังอยู่ในระหว่างพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือ รับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า 9**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย
2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 14 point ตลอดทั้งบทความ และมี

เนื้อหารวมบทความและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า จัดพิมพ์โปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้น กระชับ ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

3.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุ สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดง รายละเอียดด้านล่าง

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียง ก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง **บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 250 คำ**

3.4 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำ การวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือสมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำ เต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 **วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยแล้ว

3.6 **ผลการวิจัย (Results)** นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 **สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations)** ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 **ข้อเสนอแนะ (Recommendations)** เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่ อยู่ท้ายเล่ม ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์และการแพทย์ สามารถศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ใน Website :

<http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

http://www.med.cmu.ac.th/library/Citation_Styles/Vancouver_Thai.htm

http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_RA/admin/download_files/48_71_1.pdf

https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/VancouverSWU_Citation-260121.pdf

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้

การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัว ยก” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้ เคยอ้างอิงมา ก่อนแล้วในเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศานุภาค (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้ เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุรวัย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

[อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:

[http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20 citation3.pdf](http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามหมายเลขที่อ้างอิงในเรื่อง โดยไม่ต้องแยกภาษา และประเภทของเอกสารอ้างอิง
2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า การเว้นวรรคในการพิมพ์ หลังเครื่องหมาย (.) เว้นวรรค 2 ระยะ หลังเครื่องหมาย (,) เว้นวรรค 1 ระยะ และหลังเครื่องหมาย (;) (;) ไม่ต้องเว้นระยะในการพิมพ์

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) รูปแบบในการเขียน ดังนี้.-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author).// ชื่อบทความ (Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, Khan M, Agha M, Agha R. Evidence based management Guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. International Journal of Surgery. 2020;77:206-16.
2. ภูวนา ตระกูลศิริศักดิ์, ธีรยุทธ นัมคณิสสรณ.การรักษาเมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. Kahalley LS, Peterson R, Ris MD, Janzen L, Okcu MF, Grosshans DR, et al. Superior intellectual outcomes after proton radiotherapy compared with photon radiotherapy for pediatric medulloblastoma. J Clin Oncol 2020;38:454-61.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา นิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่ () มีรูปแบบการเขียน ดังนี้.-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้นิพนธ์./ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]/./เมืองที่พิมพ์มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

4. จินตนา ชูติระกะ.ผลของโปรแกรมโยคะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย วัยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562

5. Zhang N. Hospital and patient predictors of healthcare disparities among type2 diabetes inpatients in tertiary and county hospitals of inner Mongolia, China. PhD [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016.

6. Tolmie EP. Pressure sores: an investigation into the clinical nursing management of the prevention and management of pressure sore within an acute hospital trust [Thesis]. Glasgow: University of Glasgow; 2020.

Available from: <https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2165834802/95052D169B364AD4PQ/1?accountid=28431>

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุงหรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)/./ชื่อบทความ (Title of the article)/./ชื่อวารสาร(Title of the journal)(ประเภทของสื่อ/วัสดุ)/./ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่;ปีที่: [หน้าabout screen]/./เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

7. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med

[Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from:

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

8. ทักษิณ ไทยเล็ก, วันธนี วิรุฬห์พานิช, บุษกร พันธเมธาทธิ. ผลของนโยบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วัยเด็ก

วัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564];41:37-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/249999>

9. ศุภพร ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions https://he02.tci-	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการ พิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงหาประโยชน์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่า ถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการ ตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้ง ผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธ การรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรง ประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมิน และให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2 ท่านผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้ กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการ แก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับ คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดย ดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความกรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อ และบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณีผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำ อีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วพบว่าบทความมีการปรับแก้ครบ ทุกประเด็นตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผล การประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อ ดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3.	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติมกรณีผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพ ของบทความดียิ่งขึ้น	ผู้เขียน	N/A
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 1,300 บาท มาที่บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านทาง E-mail : journal@bcnu.ac.th	ผู้เขียน	N/A
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ บทความวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา และใบเสร็จรับเงิน จัดส่ง ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่คุณเขียนไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษรและ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการ และผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน เม.ย. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ส.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ธ.ค.	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
16	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2
17	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความเป็นรูปเล่ม ประมาณ 8-12 สัปดาห์ขึ้นไป
(ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ช่วงเวลาที่คุณส่งบทความว่าสอดคล้องกับรอบการออกวารสารฉบับรูปเล่มหรือไม่)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ

ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใด ๆ และยินดีปรับแก้บทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 1,300 บาท (โดยโอนเข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8) เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาแล้ว(

(.....)

ผู้ส่งบทความวิจัย/(ผู้พิมพ์หลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงานและส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

88 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี

รหัสไปรษณีย์ 41330