

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ดร.พิศิษฐ์ พลชนะ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
นางสาววิลาวัณย์ ธนวรรณ	รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการพิเศษ

บรรณาธิการ

ดร.เนติยา	แจ่มทิม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
-----------	---------	-------------------------------------

กองบรรณาธิการ

- | | | |
|---------------|-----------|---|
| 1.ดร.จารุวรรณ | สนองญาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 2.นางขวัญฤทัย | พันธุ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 3.นางเรวดี | โพธิ์รัง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 4.ดร.สมชาย | ไชยจันทร์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 5.ดร.เมทนี | ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกรั่นกรองผลงานวิชาการ

- | | | |
|---------------------|--------------------|--|
| 1. รศ.ดร.สมใจ | พุทธาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์ |
| 2. รศ.ดร.วันเพ็ญ | แก้วปาน | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.พร้อมพิไล | บัวสุวรรณ | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง | เดชะบุญเสริมศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ.ดร.ยุวดี | ลีลคณาวิระ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. ผศ.ดร.สาโรจน์ | เพชรมณี | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 7. ผศ.ดร.วรรณวดี | เนียมสกุล | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. ดร.พรชัย | จุลเมตต์ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 9. ดร.จอม | สุวรรณโณ | สำนักพยาบาลมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 10. ดร.ภาวดี | เหมทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 11. ดร.จามจุรี | แซ่หลู่ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกรั่นกรองผลงานวิชาการ (ต่อ)

12. ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
13. ดร.ชูศักดิ์	ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
14. ดร.บุศริน	เอื้อวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
15. ดร.ทักษิภา	ชัชวรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
16. ดร.สุภาวดี	นพจรจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
17. ดร.ชุติกาญจน์	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18. ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. รอ.หญิง ดร.จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ดร.จารุวรรณ	สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวนิภาพร พึ่งดี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. นางสาวเกศสรา ศีคำ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
3. นายอมรเทพ ศรีวิเชียร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม – ธันวาคม

ISSN 1905-1859

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มีบทความนำเสนอทั้งหมด 6 เรื่อง จำแนกเป็นบทความวิชาการ 1 เรื่อง บทความวิจัย 5 เรื่อง เป็นผลงานด้านการศึกษาและจากผู้ปฏิบัติงานที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลบุคลากร ดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายการกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช :เรื่ออากาศเอกหญิง จริญญาภรณ์ ป้องเจริญ	5
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ และมีภาวะแพ้อย่างรุนแรงหลังทำ GI study : กรณีศึกษา :กิ่งดาว เพชรวัตร	19
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ :กรพินท์ ปานวิเชียร	31
เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อน และหลังการพัฒนาศมรรถนะ พยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤต กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช :กันยารัตน์ ม้าวิไล	43
คุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี :เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, สุนทรี ชะชาตย์ และอุษณียาภรณ์ จันท	61
ความสูงในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช :ณิรดา พราหมณ์ชู	81

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอมราช**Roles of Nurse Case Manager in Hemorrhagic Stroke Patients : A Case Study at Choapraya Yommarraj hospital**

เรืออากาศเอกหญิง จริญญาภรณ์ ป้องเจริญ, ประด.*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงอันประกอบด้วย ลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง หรือมีอาการเลือดออกในสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก ส่งผลต่อระบบประสาทเกิดอันตรายต่อชีวิตและหลงเหลือความพิการ สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เน้นการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุดและป้องกันการเกิดซ้ำ จากปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีถือเป็นหนึ่งในแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีการจัดการเพื่อลดความแปรผันในกระบวนการรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิกและค่าใช้จ่าย และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต กรณีศึกษาครั้งนี้นำเสนอบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตกตามแนวคิดของ โพลเวลล์และทาฮาน (Powell & Tahan)

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองแตก/บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

E-mail: jeabsmart@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้ (World Stroke Organization , 2019) สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 รายในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย(สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561) จากผลกระทบดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่ง ปัจจุบันมีการกำหนดให้สถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลภาครัฐ จัดบริการทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในหลอดเลือดสูงที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถควบคุมโรคได้ รวมไปถึงปัจจุบันได้มีการกำหนดแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามพบสถิติการเสียชีวิตและการเกิดโรคยังเพิ่มสูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณีถือเป็นหนึ่งในแนวคิดสำคัญหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีการจัดการเพื่อลดความแปรผันในกระบวนการรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิกและค่าใช้จ่าย และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต (ศิริอร สิ้นธุ, 2555)

รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นิยมแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 โดยนักสังคมสงเคราะห์ได้เริ่มนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชครั้งแรกในปี ค.ศ.1920 และในปีค.ศ.1930 พยาบาลสาธารณสุขได้นำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเน้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและจิตเวช สำหรับประเทศไทยหลังจากที่มีการตื่นตัวกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ จึงมีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการจัดการรูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลัง เช่น การนำระบบ DRG มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าใช้จ่ายหรือการใช้ทรัพยากรต่างๆ ประกอบกับมีแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งบริหารจัดการระบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดโดยลดขั้นตอนบริการ

ปรับปรุงคุณภาพ การดูแลโดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (เรวดี ศิรินคร ชูวดี เกตสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนาและสุวภา นิตยงกูร, 2000) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการร่วมมือในการประเมิน วางแผนงาน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสาร และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า และเป็นการจัดระบบการดูแลที่มุ่งผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม (Powell, S.K.&Tahan, H.A., 2010) สำหรับ สมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการสมาคมผู้จัดการรายกรณีแห่งประเทศไทยได้กำหนดสมรรถนะที่เป็นมาตรฐานว่า ผู้จัดการรายกรณีต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ครอบคลุมองค์รวมและการรักษาที่ได้รับ วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น วางแผนการจัดการรายกรณีที่ครอบคลุมและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีการกำกับติดตามและ ประเมินผลลัพธ์ มีการประสานการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ยึด ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นหลัก (Case Management Society of America, 2016)

บทความนี้จึงขอนำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก เนื้อหาของบทความจะกล่าวถึงโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก บทบาทพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก ผลลัพธ์การจัดการผู้ป่วยรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก กรณีศึกษาและบทเรียน

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) หรือสโตรก (stroke) คนไทยมักเรียกว่า“อัมพาต”หรือ“อัมพฤกษ์” องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงอันประกอบด้วย ลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการและอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง สาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง หรือมีอาการเลือดออกในสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก ซึ่งตามความหมายขององค์การอนามัยโลกโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงเฉพาะภาวะที่มีลิ้มเลือดหรือสิ่งอุดตันในหลอดเลือดสมอง (thrombotic หรือ embolic occlusion) ทำให้เนื้อสมองตายบางส่วนหรือมีการแตกของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวและเกิดความบกพร่องทางระบบประสาทที่อาการจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง สำหรับโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามพยาธิสภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน พบได้ร้อยละ 80 และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด พบได้ร้อยละ 20 (สถาบันประสาทวิทยา, 2559) สำหรับโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (hemorrhagic stroke) สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอ ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตก ของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด เกิดการอักเสบ หากถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือดและเกิดเนื้อสมองตายและ

ปัญหาสำคัญ คือก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่ ที่กดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (brain herniation) ได้ถ้าการแตกของหลอดเลือดสมองไม่มากนัก ก้อนเลือดที่กดเนื้อสมองจะค่อย ๆ ซึมเข้าสู่หลอดเลือดสมองจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งของสมองที่เกิดภาวะเลือดออกได้บ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus, cerebellum และ pons (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง อาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรงโดยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกกด อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด โดยเฉพาะที่มีอาการเพียงข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อนและเวียนศีรษะบ้านหมุน การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากประวัติการตรวจร่างกายทางระบบประสาทและการวินิจฉัยโรค เพื่อแยกแยะว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดหรือการแตกของหลอดเลือด การวินิจฉัยที่ได้ผลดีที่สุด คือการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (computed tomography) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) สำหรับเป้าหมายของการรักษาพยาบาล ในระยะแรกคือการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งแนวทางการรักษาครอบคลุมการรักษา 3 ด้าน คือการรักษาด้วยยา การผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2553) สำหรับการรักษาในเบื้องต้นคือการพยายามควบคุมไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนเกินไป โดยใช้ยาลดความดันโลหิต (antihypertensive drug) กรณีที่ SBP > 180 มิลลิเมตรปรอท อาจลดความดันโลหิตลงด้วยการให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ พิจารณานิดของยาเช่นเดียวกับผู้ที่มีสมองขาดเลือด โดยมีเป้าหมายให้ความดันโลหิตลดลงร้อยละ 15 ของค่าความดันโลหิตเริ่มต้น หรือ SBP ต่ำกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท การลดความดันโลหิตอาจช่วยให้ขนาดของก้อนเลือดในสมองไม่เพิ่มขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรก แต่ไม่ควรลด SBP ให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทเพราะไม่มีประโยชน์และอาจมีผลเสีย กรณีที่ SBP ≤ 180 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีอาการแสดงของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ อาจใช้วิธีติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดโดยยังไม่ให้ยาลดความดันโลหิต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) นอกจากนี้การดูแลรักษาด้วยยากันชัก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสชัก ร้อยละ 8-10 โดยเฉพาะใน lobar hemorrhage ดังนั้นควรให้ยากันชักในรายที่เป็น Lobar hemorrhage และเคยมีประวัติชักทุกราย ส่วนการผ่าตัดรักษามีเป้าหมายเพื่อลดความดันในช่องกะโหลกสมองเพื่อไม่ให้เกิดอันตราย มักจะหวังผลในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการพอสมควร แต่ในรายที่จะพิจารณาไม่ผ่าตัดนั้นจะมีผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มผู้ป่วยที่อาการรุนแรงไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้หรืออาการแย่ลงอย่างรวดเร็วจากกรณีที่มีเลือดออกปริมาณมากๆ (massive bleeding) และกลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการน้อยหรือขนาดก้อนเลือดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร นอกจากนี้องค์ประกอบอื่นที่ช่วยพิจารณาก็มีหลายประการ เช่น การเบียดดันแนวกึ่งกลาง โดยทั่วไปถ้าเบียดดันออกไปเกินกว่า 0.5 เซนติเมตร ใน CT scan จะพิจารณาทำการผ่าตัด หรือกรณีเลือดออกบางบริเวณที่สำคัญ จำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัด และสุดท้ายคือการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พึงพาตนเองให้ได้มากที่สุด ลดการพึ่งพาผู้อื่น (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) สำหรับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกตั้งแต่แรกเริ่มห้องอุบัติเหตุ หอผู้ป่วย จนจำหน่าย คือการดูแลตั้งแต่ในระยะวิกฤต

การประเมินระบบประสาท การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด การให้ยาลดความดันโลหิตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยากันชักป้องกันการชักและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การประสานการดูแลกับแพทย์ระบบประสาท ต่อมาเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตก็จะเป็นระยะฟื้นฟู พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทีมการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น พยาบาลจะให้คำแนะนำการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และร่วมวางแผนจำหน่ายกับเวชกรรมสังคมเพื่อส่งผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (สถาบันประสาทวิทยา, 2559)

แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาฯ

สำหรับแนวทางการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกเน้นการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำของโรค (สถาบันประสาท, 2559) สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาฯ เริ่มที่จุดเกิดเหตุและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาล แรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ/หรือแผนกผู้ป่วยนอก โดยเริ่มต้นที่คัดกรองว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ โดยประเมินตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันดังนี้ อ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีก สื่อสารไม่เข้าใจ พูดไม่ชัด เดินเซ ตามัวหรือมองไม่เห็น ชีพจรลง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยเพื่อแยกตีบ ตัน แตก โดยผู้ป่วยจะถูกส่งไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เมื่อผลออกมาว่าเป็นหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม จะมีระบบ FAST track เป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ให้ทันกับเวลาที่มีจำกัดของผู้ป่วยที่จะสามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ก่อนที่สมองจะเสียหายจากการขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจะเข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะโทรศัพท์แจ้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาประเมินเพื่อเข้าแผนการดูแล (care map) ที่ได้กำหนดร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ

รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาฯ

โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาฯ นำรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมาใช้ตามแนวคิดของโพลเวลและทาฮาน (Powell & Tahan) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการดูแล 5) การประเมินผลและ 6) การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการร่วมมือในการประเมิน วางแผนงาน ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมินทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า และเป็นการจัดระบบการดูแลที่มุ่งผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม (Powell, S.K&Tahan, H.A., 2010) สำหรับองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีอยู่ด้วยกัน 3 ส่วน คือ 1) การประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล (collaborative practice) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์สหสาขาวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล เกษตรกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด โภชนาการ

และเวชกรรมสังคม ภายใต้การบริหารของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการที่ผู้ปฏิบัติงานมักเรียกกันว่าทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team: PCT) ซึ่งแบ่งออกตามสาขาที่ให้บริการ ปัจจุบันโรงพยาบาลใช้การสื่อสารโดยใช้บันทึกความก้าวหน้าของการดูแล (Progress note) และแผนการดูแลผู้ป่วยวิชาชีพมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ถึงบันทึกอาการสำคัญ เพื่อสื่อสารให้วิชาชีพอื่นรู้อาการร่วมกันและเป็นเจ้าของใช้ร่วมกันทำให้ทุกวิชาชีพ นำเอาความรู้ของแต่ละวิชาชีพมาร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ซึ่งการทำงานเช่นนี้ทำให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเกิดขึ้นจริง ภายใต้ความจำกัดด้านต่างๆ ของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานศัลยกรรม 2) แผนการดูแล ทีม PCT ศัลยกรรมได้มีการจัดทำ clinical pathway และแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นการสื่อสารร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ที่ถูกแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ในการดูแลตามแผนการดูแลที่สหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันจัดทำ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก (Expert) ทำหน้าที่ในการดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการเข้าสู่ระบบการดูแลโดยผู้ป่วยที่จะเข้าแผนการดูแลจะต้องเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและมีระดับความรู้สึกตัว GCS มากกว่า 10 และไม่มีโรคแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สภาวะทางอารมณ์ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ตลอดจนระบบการสนับสนุนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้ป่วย รวมทั้งสถานภาพทางการเงิน หลังจากนั้นวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดเป็นผู้ตัดสินใจสั่งการให้เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาแผนการดูแล พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเตรียมบุคลากรได้แก่ ทีมงานสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนการดูแลรักษาพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน เครื่องมือที่สำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาที่ร่วมกันกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการตามแผนการดูแล พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติตามแผนการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละวัน รวมทั้งเป็นผู้เสนอความคิดเห็นแก่ทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

ของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือทีมการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน มีหน้าที่วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและประสานงานกับพยาบาลเวชกรรมสังคม ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และทีมการพยาบาลทุกวัน ประชุมปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลที่ประเมินและรวบรวมได้ ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการอภิปรายถึงแผนการดูแล ลำดับของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าอาจจะเกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน โดยทำหน้าที่ประสานกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพ ในการประสานงานกับผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในวันแรกที่รับการดูแล อธิบายแนวคิดของการใช้แผนการดูแลให้ผู้ป่วยเข้าใจ เริ่มใช้แผนการดูแลเมื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ติดตามผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความช่วยเหลือตลอดการรักษา รวมทั้งติดตามเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สำหรับการประสานงานกับแพทย์ ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะติดตามแพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย รายงานความก้าวหน้าที่เป็นปัจจุบัน ตอบคำถามที่เกี่ยวข้องและร่วมปรับแผนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล การสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องในแผนกต่างๆ ในการประสานให้เกิดผลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะต้องเป็นผู้ประเมินผลการดูแล ได้แก่การประเมินคุณภาพการดูแลรักษา เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้ผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อน การประเมินค่าใช้จ่ายระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะมีการติดตามกำกับเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลาและสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง โดยกิจกรรมของการติดตามคือ ทบทวนแผนการดูแลทุก 24 ชั่วโมง ร่วมกับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมและผลลัพธ์ต่างๆ ที่กำหนดเป็นไปตามกำหนด นอกจากนี้เป็นผู้นำการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการ conference ทุกครั้งที่มียุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยเบี่ยงเบนไปจากแผนที่กำหนดไว้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ติดตามควบคุมกำกับกับการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผน และผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยตามระบบนี้ด้วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเข้าร่วมวางแผน เพื่อช่วยแก้ไขสิ่งสำคัญในการติดตามกำกับ ทำการบันทึกรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง และปัญหาความแปรปรวนที่เกิดขึ้นให้สมบูรณ์ การติดตามความแปรปรวน (Variance) ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความแตกต่างใดๆ ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเวรแต่ละวันกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล ซึ่งจะส่งผลทำให้วันที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่กำหนด ในการติดตามความแปรปรวนต้องมีการเก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นและตรวจสอบเป็นระยะๆ หากตรวจพบต้องหาสาเหตุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 สาเหตุ คือ 1) สาเหตุเกี่ยวกับพยาธิสภาพ/ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัวปฏิเสธการจำหน่ายภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป 2) สาเหตุเกี่ยวกับระบบ ได้แก่ อุปกรณ์ไม่พร้อม การเลื่อนการตรวจรักษาจากจำนวนผู้ใช้บริการมาก แหล่งส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่างทำให้จำหน่ายผู้ป่วยไม่ได้ และ 3) สาเหตุจากตัวผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจรักษา หลังจากตรวจพบความแปรปรวน หากเป็นความแปรปรวนที่เกิดจากปฏิบัติต้องได้รับการ

จัดการแก้ไขทันที หากเกิดจากระบบต้องค้นหาว่ามาจากสาเหตุใด ส่วนการแก้ปัญหาต้องพิจารณาว่าต้องแก้ทันทีหรือไม่ ขึ้นกับลักษณะของสาเหตุนั้นแต่ต้องมีการรายงานให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ อาจเปลี่ยนวิธีการรักษา (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545, เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาภรณ์ ป้องเจริญ, 2557)

ผลลัพธ์การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยทั่วไป แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ต้องติดตามคืออัตราการรอดชีวิต 2) ผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน (Subacute phase) ผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ต้องติดตามคือ คืออัตราการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การติดเชื้อในระบบปัสสาวะ การติดเชื้อจากปอดอักเสบจากการสำลัก การเกิดแผลกดทับ และการเกิดทุพพลภาพ และ 3) ระยะการฟื้นฟู (Rehabilitation phase) เป็นระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ในระยะนี้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งสามารถประเมินได้ถึงความพร้อมก่อนกลับบ้าน (สถาบันประสาทวิทยา, 2559) สำหรับการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าผลลัพธ์การดูแลตามแนวคิดการจัดการรายกรณีประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ โดยพบว่าบุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีและสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ครบ 2) ด้านผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายสูงขึ้นหลังการดูแล ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงและค่าใช้จ่ายลดลง และ 3) ด้านผู้ดูแล พบว่าญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นและพึงพอใจต่อการดูแลรูปแบบนี้ (กฤษดา จนวนวันเพ็ญ และบุญจง แซ่จิ่ง, 2557; วิไลวรรณ โพธิ์ทอง และธนันณัฐ, 2555) และจากผลการศึกษาของแซทเธอร์แลนด์และเฮย์เตอร์ (Sutherland & Hayter, 2009) ศึกษาเรื่องการประเมินผลประสิทธิผลของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อการพัฒนาผลลัพธ์ในโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มใหญ่ โดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 18 เรื่อง พบว่าการจัดการรายกรณีมีผลลัพธ์ดีต่อสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคลินิก ด้านคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ ด้านความพึงพอใจ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและด้านการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการ และจากผลการวิจัยของอุไร ดวงแก้วและอภิญญา จำปามูล (2561) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลลดลง จำนวนวันนอนลดลง สหสาขาวิชาชีพพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี และจากผลงานวิจัยของผู้เขียนและคณะ (จรรยาภรณ์ ป้องเจริญ และคณะ, 2562) พบว่าบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม และจากการสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ทุกคนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยรวมเท่ากับ 17.73 ($M=17.73, SD=7.50$) สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เองเกือบทั้งหมดและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วัน มากกว่าก่อนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$) และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดสมองแตกมีระยะวันนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 7.57 วัน ($M=7.57, SD=3.159$) และผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายโดยรวมเท่ากับ

18.43 ($M=18.43$, $SD=1.331$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายมากกว่าแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$) และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=2.89$, $SD=.154$)

กรณีศึกษาของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

สำหรับรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ประกอบด้วย 1) แผนการดูแล กำหนดไว้ 9 วัน 4 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 วันแรก ช่วงที่ 2 วันที่ 2-3 ช่วงที่ 3 วันที่ 4-6 และช่วงที่ 4 วันที่ 7-9 2) สหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบในแต่ละสาขา และ 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยติดตามกำกับให้เป็นไปตามแผนการดูแลทุกวัน

ผู้ป่วยชาย อายุ 52 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุ เวลา 12.00 น ด้วยอาการแขนขาด้้นซ้ายอ่อนแรง และลุกไม่ขึ้น ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 รวม GCS score 15 คะแนน ขนาดของรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้งสองข้าง แขนขาด้้นซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 แขนขาข้างขวาแข็งแรงดี เกรด 5 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาประมาณ 2 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยามาประมาณ 6 เดือน มารดา มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง บิดาเสียชีวิตเป็นโรคเบาหวาน แพทย์สั่งเจาะเลือดเพื่อตรวจ CBC, BUN, Cr, FBS Electrolyte, PT, PTT ให้สารน้ำ NSS 1000 ซีซี อัตรา 100 ซีซีต่อชั่วโมง และส่งตรวจ CT brain เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค ผลการตรวจ CT brain พบมีเลือดออกในสมองบริเวณเบซัลแกงเกลีย (basal ganglia) ด้านขวา ขนาด 0.2 X 0.4 เซนติเมตร ไม่มี mid line shift และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 8,050 cells/cu.mm, Haematocrit 42.5 %, Platelet 230,000 cells/cu.mm, PT sample 9.05 (10.2-12 second), PTT sample 24.8 (23.6-29.7 second), Blood sugar 210 mg/dl, BUN 16.2 mg/dl, Cr 0.84 mg/dl, Serum sodium 140 mmol/L, Serum potassium 3.6 mmol/L, Serum chloride 102 mmol/L และ Serum bicarbonate 24 mmol/L

วันแรก แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทชาย 2 เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขน ขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มีนสิริยะ ปัสสาวะเองได้เอง ความดันโลหิตสูง 200/110 มิลลิเมตรปรอท ชักประวัติเพิ่มเติม ผู้ป่วยไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ชอบรับประทานอาหารหวาน และของมัน เล่นกีฬาบาสเก็ตบอลและเป็นโค้ช น้ำหนักตัว 100 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 38.5 พยาบาลผู้จัดการประสานแพทย์เพื่อให้แพทย์สั่งการรักษา เริ่มให้ยา Nicardipine (ความเข้มข้น 1:5) IV drip 5 mg/hour ปรับในอัตรา 5-15 mg/hour เพื่อ keep BP < 160/90 mmHg, MAP ไม่มากกว่า 130 mmHg และวัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazole ขนาด 40 mg IV OD เจาะ DTX bid ac keep < 200 mg% ให้เจาะ Lab เพิ่ม Lipid profile, FBS พุ่งนี้ เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงนอกจากประวัติความดันโลหิตสูง ตรวจสอบ Neuro signs ทุก 2 ชั่วโมง งดน้ำและอาหาร พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ประเมินปัญหา/ความต้องการผู้ป่วย/ผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (oxygen saturation) เท่ากับ 100 % ขณะให้ออกซิเจนทาง cannula 5 lit/min สามารถปัสสาวะได้เอง งดทำกิจกรรมนอนอยู่

บนเตียง (bed rest) จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง 30 องศา ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ได้คะแนน 4 จาก 20 คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูงมาก ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินบราเดน (The Braden Scale assessment) ได้ 14 คะแนน มีความเสี่ยงปานกลาง ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (fall risk assessment) ได้ 70 คะแนน มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม ให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ สอนญาติและแนะนำเรื่องการทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย ให้ใช้กระบอกปัสสาวะและขับถ่ายบนเตียง พยาบาลผู้จัดการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อน และพบญาติสอบถามเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลที่โรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแล ลูกสาวเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดขณะอยู่โรงพยาบาล มีมารดาผู้ป่วยและภรรยาเยี่ยมทุกวัน แจ้งพยาบาลเวชกรรมสังคมเพื่อประเมินซ้ำการเตรียมความพร้อม เกสซอร์รับคำสั่งการใช้ยาตามการกำหนดแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังการใช้ยา มีการปรับขนาดความดันโลหิตจนถึง 15 mg/hour (ความเข้มข้น 1:5) keep BP 160/90 mmHg พยาบาลผู้จัดการประเมินภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามแผนการดูแล

วันที่สอง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ประเมินการขับถ่าย สามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % OFF ออกซิเจนทาง canular 5 lit/min ได้งดทำกิจกรรมนอนอยู่บนเตียง (bed rest) ศีรษะสูง 30 องศา ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) ได้เท่ากับ 4 (20) คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูงมาก ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินบราเดน (The Braden Scale assessment) ได้ 14 คะแนน มีความเสี่ยงปานกลาง ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (fall risk assessment) ได้ 70 คะแนน มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม ความดันโลหิตเท่ากับ 160/90 mmHg ปรับลดขนาดความดันโลหิต Nidardipine เป็น 10 mg/hour (ความเข้มข้น 1:5) keep BP 160/90 mmHg ผลทางห้องปฏิบัติการ FBS 180 mg% Lipid profile Cholesterol 123 mg/dl, Triglyceride 77 mg/dl, HDL cholesterol 48 mg/dl, LDL cholesterol 59.6 mg/dl แพทย์ให้รับประทานอาหารได้ ปรับลดขนาดความดันโลหิต keep BP ไม่เกิน 160/90 mmHg เพิ่มยาเบาหวาน metformin 2 x 2 ทางปากหลังอาหารเข้าเย็น losac 40 mg 1 x 2 ทางปากก่อนอาหารเข้าเย็น ประเมินความสามารถในการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนตามมาตรฐาน (Standardize swallowing assessment) ผลผ่าน ปรีกษาโภชนาการเรื่องจัดอาหาร โจ๊กเหลวข้น และปรีกษาเกสซอร์เรื่องปรับลดขนาดความดันและเพิ่มยาเบาหวาน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและยาได้ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแนะนำเรื่องการบริหารร่างกายอยู่บนเตียงเพื่อป้องกันข้อติด แนะนำเรื่องการจัดทำในขณะรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามแผนการดูแล

วันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดี เกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ประเมินการจับถ้วย สามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL Index) 7(20) คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูง ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินบราเดน (The Braden Scale assessment) ได้ 18 คะแนน มีความเสี่ยงเล็กน้อย ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (fall risk assessment) ได้ 70 คะแนน มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด นอนศีรษะสูง 30 องศา เริ่มให้ออกกำลังกายแขนและขาเพื่อป้องกันข้อติดในตอนเช้าหลังรับประทานอาหาร 08.00 น ความดันโลหิตสูงเท่ากับ 160/90 mmHg พยาบาลผู้จัดการประสานแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูเนื่องจากความดันโลหิตสูงและได้จัดนักกายภาพบำบัดมาฟื้นฟูให้ผู้ป่วยในตอนบ่ายที่หอผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการปรึกษาแพทย์สัลยกรรมเรื่องความดันโลหิตสูงแพทย์สั่งปรับเพิ่มยาความดันโลหิตชนิดรับประทาน Amlodipine 20 mg 1x 2 ทางปากหลังอาหาร เช้าเย็น และลดขนาดความดันโลหิต Nifedipine เป็น 5 mg/hour (ความเข้มข้น 1: 5) พยาบาลผู้จัดการแจ้งพยาบาลเวชกรรมสังคมเยี่ยมผู้ป่วยและซักประวัติลงแบบฟอร์มประเมินผังกอบครัวผู้ป่วยและค้นหาผู้ดูแลหลัก พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามแผนการดูแล

วันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ประเมินการจับถ้วย สามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางจิตใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี มีมารดาและบุตรสาวเฝ้าใกล้ชิด ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ 9(20) คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูง ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับได้ 18 คะแนน มีความเสี่ยงเล็กน้อย ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้ 50 คะแนน ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ความดันโลหิตเท่ากับ 140/90 mmHg พยาบาลผู้จัดการประสานแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่งทำกายภาพบำบัดเพื่อเข้าโปรแกรม hemi paresis และกิจกรรมบำบัดพร้อมญาติเพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยประเมินความบกพร่องตาม performance areas รับประทานอาหารอ่อนเป็นข้าวต้มไม่มีรสจัด พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมทุกกิจกรรมสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการดูแล

วันที่ 5, 6, 7 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงดีเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ประเมินการจับถ้วย สามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจ สามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางจิตใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี มีมารดาและบุตรสาวเฝ้าใกล้ชิด ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ 9(20) คะแนน ต้องการการพึ่งพาสูง ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับได้ 20 คะแนน ไม่มีความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้ 50 คะแนน เฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม รับประทานอาหารอ่อนไม่มีรสจัด ส่งทำกายภาพบำบัดโปรแกรม hemi paresis และกิจกรรมบำบัดพร้อมญาติ เพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยประเมิน

ความบกพร่องตาม performance areas และในวันที่ 7 ปรีกษาโภชนาการเรื่องอาหารเบาหวานมาให้แนะนำผู้ป่วยและญาติ ส่งทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดพร้อมญาติเพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แพทย์สั่งจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลเวชกรรมสังคมเยี่ยมผู้ป่วยประเมินก่อนกลับบ้าน พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมินการเตรียมบ้าน เติง รวบันได อุปกรณ์การช่วยเหลือในการเดิน พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามแผนการดูแลในแต่ละวัน

วันที่ 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คะแนน GCS เท่ากับ E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงดีทั้งสองข้าง กำลังแขนขาข้างขวาแข็งแรงเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ขาข้างซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ประเมินการขับถ่ายสามารถปัสสาวะได้เอง ประเมินการหายใจสามารถหายใจได้เอง ความเข้มข้นออกซิเจนเท่ากับ 100 % ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ 11 คะแนน ความต้องการพึ่งพาปานกลาง ประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มได้ 50 คะแนน เฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม รับประทานอาหารอ่อนเป็นก๋วยเตี๋ยวและดื่มน้ำได้ดีไม่ลำบาก แพทย์สั่งยาลดการขับถ่ายส่งจำหน่าย ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูก่อนจำหน่ายผู้ป่วย พบนักกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเพื่อนัดผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเป็น OPD case เกษักรประจำแผนกศัลยกรรมแนะนำการรับประทานยาและภาวะแทรกซ้อน พยาบาลเวชกรรมสังคมให้คำแนะนำผู้ป่วยการมาตรวจตามนัดและส่งตัวผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลใกล้เคียงบ้าน พยาบาลผู้จัดการประเมินความรู้และภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยและญาติเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประเมินการเตรียมบ้าน เติง รวบันได อุปกรณ์การช่วยเหลือในการเดิน กิจกรรมทุกกิจกรรมสามารถปฏิบัติได้ตามแผนการดูแล ผู้ป่วยจำหน่ายเวลา 14.00 น. ภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 วัน พยาบาลเยี่ยมบ้านที่โรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลโทรไปสอบถามอาการผู้ป่วยและนัดเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อตรวจสอบความพร้อมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการเช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รวบันได เติงที่ใช้นอน การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย ที่บ้านผู้ป่วยทำไม้ไผ่เป็นราวไว้ให้ผู้ป่วยหัดเดิน และมีราวบันไดให้ผู้ป่วยจับเวลาขึ้นบ้าน 4 ชั้น (บ้านชั้นเดียวยกพื้นสูง)

บทเรียนรู้

จากกรณีศึกษาแสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนและรุนแรง ด้วยพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยหลายระยะ ตั้งแต่ระยะวิกฤตจากผลของความดันในกะโหลกสูง ระยะผ่านพ้นวิกฤติและระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาวะที่ตึงเครียด การรักษาพยาบาลจึงต้องใช้การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ ดังนั้นรูปแบบการจัดการรายกรณีจึงมีความสำคัญมากรูปแบบหนึ่งที่นำมาใช้ เพราะเป็นรูปแบบการดูแลที่ใช้แผนการดูแลเป็นเครื่องมือ กำหนดแบบแผนการรักษาได้ล่วงหน้าและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ควบคุมติดตามให้เป็นไปตามแผนการดูแลตามผลลัพธ์ของแต่ละช่วงเวลาและสามารถจำหน่ายได้ตามเวลาที่คาดหวัง ติดตามความแปรปรวน (Variance) ที่เกิดขึ้นและแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย/ผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าการนำ

รูปแบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกนั้นมีผลลัพธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดี ซึ่งการนำไปใช้จำเป็นต้องปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและบริบทของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2562, จาก <http://bps.moph.go.th>
/สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2560.
- เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน.(2553). โรคหลอดเลือดสมอง : *Cerovascular diseases* . เชียงใหม่ : ภาควิชา
สัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาภรณ์ ป้องเจริญ.(2557).การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข* ,
21(1), 4-21.
- จรรยาภรณ์ ป้องเจริญ รสริน วรรณจิรวีไล รุ่งนิภา ช่างทอง อุมกร มณีวงษ์และศมินา สุวรรณประทีป.
(2562).การพัฒนาแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
แตก.รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.
- เรวดี ศิรินคร ชูดี เกดสัมพันธ์ ผ่องพรรณ ธนาและ สุวิภา นิตยางกูร. (2000). CASE MANAGEMENT.
ในการประชุม 2 nd national forum on Hospital Accreditation. กรุงเทพมหานคร: J.S. การพิมพ์.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ.(2545). การจัดการทางการพยาบาล : กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ =
Nursingcase management : strategies and applications / บรรณาธิการ วันเพ็ญ พิชิตพรชัย
และอุษาวดี อัครวิเศษ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป *Clinical Nursing Practice Guidelines for Stroke*.
กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรสจำกัด.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2556).แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือด
สมองแตก สำหรับแพทย์. ในนพ.สวิง ปันจยสิทธิ์ ศ.นพ.นครชัย เพื่อนปฐม นพ.กุลพัฒน์ วีรสาร
(บ.ก.), แนวทางการบำบัดโรคหลอดเลือดสมองแตก (3-21) กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรสจำกัด.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society).(2562). แนวทางการรักษาโรค
ความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริล ชิงค.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2561). รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- ศิริอร สันธู และพิเชต วงรอด.(2557).การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.

(พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์.

อุไร ดวงแก้วและอภิญญา จำปามูล.(2018). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ.

Journal of Nursing and Health Care. volume 36 no.3 : July -September : 42-50.

Case Management Society of America.(2016). *Standards of practice for case management*.

Little Rock, AR : CMSA .

Powell, S.K & Tahan,H.A. (2010). *Case management : A practical guide for education and practice*. 3nd edition. Philadelphia : F.A Davis company.

Sutherland,D.,&Hayter,M.(2009).Structured review : Evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *Journal of Clinical Nursing*.18(21),2978-2992.

World Stroke Organization.สืบค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2562, จาก <https://www.world-stroke.org/>

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอาหารส่วนปลายตีบ และมีภาวะแพ้อย่างรุนแรงหลังทำ GI study

: กรณีศึกษา

กิ่งดาว เพชรวัตร, พย.บ.*

บทคัดย่อ

ภาวะภาวะอาหารส่วนปลายตีบ เป็นภาวะที่ส่วน Pylorus ของกระเพาะอาหารส่วนปลายหนาตัวขึ้น ทำให้มีการตีบแคบของส่วนทางออกแต่ไม่ถึงกับตัน มักมีอาการอาเจียน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ อาเจียนพุ่ง ลักษณะสีขาว มีกลิ่นเปรี้ยว ไม่มีน้ำดีปน กรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นเด็กชายไทยอายุ 1 เดือนมาโรงพยาบาลด้วยอาการอาเจียนพุ่งลักษณะสีขาว ไม่มีน้ำดีปน มีการประเมินที่รวดเร็วเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ consult กุมารศัลยแพทย์ ทำการตรวจ U/S , Upper GI study พบภาวะ Anaphylaxis จากการแพ้ Barium หลังทำ Upper GI study ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดร่วมกับการรักษาที่รวดเร็ว จนผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะ Anaphylactic shock ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis (IHPS) และได้รับการผ่าตัด Pyloromyotomy ผู้ป่วยได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในเรื่องการป้องกันแก้ไขภาวะพร่องสารน้ำ, สารอาหาร, ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์, การบรรเทาอาการท้องอืด/อาเจียน, การป้องกันภาวะ Anaphylactic shock ร่วมกับการให้ข้อมูลกับญาติในเรื่องการปฏิบัติตัว ก่อนได้รับการผ่าตัดและได้รับยาสลบ ส่วนของการพยาบาลหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดแผล, การป้องกันภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น Hypovolemic shock, แผลติดเชื้อ, ทางเดินหายใจอุดกั้น/สำลัก, การให้ความรู้กับญาติในการดูแลหลังจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยปลอดภัยแผลแห้งดี ไม่มีอาการปวดแผล ปราศจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมวันนอนพักที่โรงพยาบาล 9 วัน และได้มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยอาการทุเลาลง รับประทานอาหารได้ดีขึ้น ไม่มีอาเจียน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 7.3 กิโลกรัม ตอนอายุ 4 เดือน ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พัฒนาการปกติ

ผลการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ทำให้นำมาพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการดูแลผู้ป่วย Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis, การพยาบาลผู้ป่วย Anaphylaxis และจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังผ่าตัด, การแปลผลทางห้องปฏิบัติการในเด็ก

คำสำคัญ: ภาวะอาหารส่วนปลายตีบในเด็ก (Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis), ภาวะแพ้อย่างรุนแรง (Anaphylaxis), การพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังผ่าตัด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี

E-mail: kingdoa2511@gmail.com

Nursing Care in Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis and Anaphylaxis Patient : case study

Kingdoa Petchawat, B.N.S.

Abstract

Infantile hypertrophic pyloric stenosis is a condition that muscle of pylorus; lower portion of the stomach that connects to the small intestine, becomes abnormally thickened and manifests as narrowing the opening between stomach and small intestine. The infant presents with forcefully projectile vomiting which is often characterized as white, nonbilious and sour-smelled vomiting.

In this case, a 1-month-old infant boy was admitted to the hospital with symptoms of non-bile stained as well as projectile vomiting and was referred to pediatric surgeon to do ultrasound and upper GI study after appropriately initial assessment. Thanks to careful medical care and immediate emergency treatment of professional medical team, the infant was safe without anaphylactic shock and fully recovered from anaphylaxis allergy that was caused by barium after doing upper GI study. Eventually, the infant patient's illness was diagnosed as infantile hypertrophic pyloric stenosis (IHPS) and treated with pyloromyotomy surgery. The patient was well prepared before surgery in order to prevention of dehydration, nutrition deficiency, electrolyte imbalance, anaphylactic shock and relief of flatulence as well as emesis. Moreover, the patient's family were given instruction about how to take care of the patient before doing surgery and going under general anesthesia. After surgery, the patient was relieved pain by nursing care team together with precaution of dehydration, mineral insufficiency and complication such as hypovolemic shock, wound infection, aspiration and airway obstruction. In addition, the patient's relatives were received advice about post-surgery home care. After admitted in hospital for 9 days, the patient was safe and had healed wound without pain and any complications after surgery. Three months later, following up process of 4-month-old infant patient found that the infant could drink milk without vomiting as well as had weight gained to 7.3 kg with normal development and get vaccines following a recommended guideline.

Case study results bring about development of nursing care in infantile hypertrophic pyloric stenosis and anaphylactic patients. Creating guideline for nursing care in infantile patients before and after surgery including interpretation of lab results in infantile patients as well.

Key words: Infantile hypertrophic pyloric stenosis, Anaphylaxis, Nursing care before and after surgery

บทนำ

หอผู้ป่วยกุมารชั้น 5 โรงพยาบาลเจ้าพระยา
ยมราชเดิมรับผู้ป่วยเด็กหลังคลอดถึง 2 ปีที่ป่วยด้วยโรค
ทางอายุรกรรม ในรายที่เป็นโรคทางศัลยกรรมจะปรึกษา
ศัลยแพทย์ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพใน
การดูแลรักษาสูงกว่า ต่อมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ทาง
โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราชมีแพทย์เฉพาะทางด้าน
กุมารศัลยศาสตร์เพิ่ม 1 ท่าน จึงทำให้โรงพยาบาล
เจ้าพระยา ยมราชมีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ป่วย
ด้วยโรคทางศัลยกรรม และสามารถรับรักษาผู้ป่วยเด็ก
โรคทางศัลยกรรมที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในเขต
สุขภาพที่ 5 ได้ ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า
โรคทางศัลยกรรมที่พบบ่อยได้แก่ Hirschsprung's
disease, Intussusception, Hernia, Orchitis, Anal abscess,
NEC ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 - 2561 จึงได้มีการพัฒนา
ศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางกุมาร
ศัลยศาสตร์ที่พบบ่อย พัฒนาทักษะการทำหัตถการต่างๆ

ในปี พ.ศ. 2562 ได้รับรักษาผู้ป่วยในกรณีศึกษา
เป็นเด็กชายไทยอายุ 1 เดือนมาโรงพยาบาลด้วยอาการ
อาเจียน การวินิจฉัยเบื้องต้นคือ R/O Acute gastritis with
poor intake หลังพักรักษาพบภาวะผิดปกติจาก gastritis
ทั่วไปคืออาเจียนพุ่ง ลักษณะอาเจียนเป็นสีขาวที่ไม่มีน้ำดี
ปน ส่งปรึกษากุมารศัลยแพทย์ ได้ทำการตรวจ
Ultrasound , Upper GI study เพิ่มเติม หลังทำ Upper GI
study พบภาวะ Anaphylaxis จากการแพ้ Barium ผลการ
ทำพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Infantile Hypertrophic Pyloric
Stenosis with gastric outlet obstruction ได้รับการผ่าตัด
Pyloromyotomy ซึ่งเป็น Pyloric stenosis ในเด็กกรายแรก
ที่ตรวจพบและให้การผ่าตัดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยม
ราช เป็นกรณีที่พบได้น้อย และมีความยุ่งยากซับซ้อนใน
การรักษา และการให้การพยาบาลตั้งแต่การประเมิน
ผู้ป่วย การประเมินซ้ำ การตรวจพิเศษต่างๆ การวินิจฉัย

การรักษา การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดต้องอาศัยความรู้
ความสามารถของทีมสุขภาพ ในการประเมินสภาพ
อาการผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้ารักษา ความรีบด่วนในการดูแล
รักษาพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่เหมาะสม
การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตลอดจนการ
วางแผนจำหน่าย การให้ข้อมูลสำคัญครบถ้วนเพื่อให้
ญาติสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน จาก
ความสำคัญดังกล่าวผู้จัดทำจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วย
เฉพาะราย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอาหาร
ส่วนปลายตีบและมีภาวะแพ้อย่างรุนแรงหลังทำ GI
study เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาการ
พยาบาลผู้ป่วยเด็กต่อไป

โรคกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบในเด็ก (Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis : IHPS)

โรคกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบเป็นภาวะที่
ส่วน pylorus ของกระเพาะอาหารหนาตัวขึ้นในทารก ทำ
ให้มีการตีบแคบของส่วนทางออก เกิดการอุดตันไม่ถึง
ต้นที่ส่วนปลายของกระเพาะอาหาร

สาเหตุเกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อแบบ
เรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการหนาตัวขึ้นของทั้งกล้ามเนื้อ
กระเพาะอาหาร และ pylorus จนกระทั่งมีการตีบแคบ
มากที่บริเวณ pylorus, จากการมีปริมาณกรดในกระเพาะ
อาหารสูงกว่าปกติหรืออาจเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม

อาการพบในเด็กเพศชาย มากกว่าเพศหญิง และ
พบในเด็กที่เป็นบุตรคนแรกมากกว่า มักจะเริ่มอย่างน้อย
สัปดาห์หลังคลอด 2 มีอาการดังนี้ อาเจียนเป็นนมที่จับ
ตัวเป็นก้อน (curd) สีขาวกลิ่นเปรี้ยว ไม่มีน้ำดีปน อาจมี
เลือดปนจากการแตกของเยื่อผิว ระยะแรกอาเจียนเป็น
บางมื่อ ต่อมาก็มักขึ้น หรือทุกมื่อ ลักษณะอาเจียนจะพุ่ง
ระหว่างให้นมจะพบกระเพาะอาหารเคลื่อนไหว เป็น
คลื่น (wave like) จากซ้ายไปขวา มีลักษณะขาดน้ำ ขาด
อาหาร น้ำหนักน้อยลง มีภาวะเป็นด่าง จากการเสีย

คลอไรด์ไปกับการอาเจียน มักมีภาวะตัวเหลืองร่วมด้วย (indirect hyperbilirubinemia)

การวินิจฉัยโรคได้จากการซักประวัติ ประกอบด้วยอาการ และอาการแสดงดังที่ได้กล่าวไปแล้ว นอกจากนั้น ถ้าคลำทางหน้าท้องช่วงที่ทารกไม่ดิ้น และกระเพาะอาหารว่าง จะคลำได้ก้อน pylorus ลักษณะคล้ายลูกมะกอก (olive liked) ตำแหน่งที่คลำได้อยู่ตรงกลางลำตัว 1/3 ถึง 1/2 จากสะดือถึงกระดูกลิ้นปี่ หากคลำก้อนไม่ได้ อาจพิจารณาทำอัลตราซาวด์ หรือตรวจทางรังสีเพิ่มเติม

การรักษา ได้แก่การผ่าตัด และต้องแก้ไขภาวะขาดน้ำ ความเป็นด่าง ความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ก่อนผ่าตัด ถ้าช่วงแรกรับประทานได้บ้าง ก็จะได้รับประทานจนกว่าจะงดน้ำงดอาหารการผ่าตัดรักษาที่เป็นมาตรฐานคือ การทำ pyloromyotomy (Ramstedt operation) การดูแลหลังผ่าตัดมักจะต้องติดตามค่าฮีมาโตคริต และคลาสาสนวกระเพาะไว้ เพื่อระบายของเหลว เมื่อของเหลวมีน้อย และสำไส้เริ่มทำงานประมาณ 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัดก็จะเริ่มให้อาหารทางปาก การผ่าตัดส่วนใหญ่ มักจะได้ผลดีทั้งระยะสั้น และระยะยาว อาจมีปัญหาอยู่บ้างในกรณี ผ่า pylorus ไม่ลึกพอ ก็จะทำให้มีการอุดตันเหลืออยู่ และส่งผลให้ทารกยังอาเจียนอยู่เรื่อย ๆ หรือผ่าตัดลึกเกินไป จนทะลุก็ทำให้มีการแตกทะลุตามมาได้

Anaphylaxis

Anaphylaxisหมายถึง อาการแพ้อย่างรุนแรง และรวดเร็วทั่วร่างกาย และอาจรุนแรงมากจน ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ อาการดังกล่าวเป็นผลจากการปฏิกิริยา IgE mediated hypersensitivity reaction ทำให้เกิดการหลั่งสาร active mediator จาก mast cell

สาเหตุ ในทางคลินิก พบว่า anaphylaxis ในเด็ก ส่วนใหญ่จะแพ้อาหาร ยา และแมลงกัดต่อย อาหารที่พบว่าแพ้บ่อยคือ อาหารทะเล นมวัว ถั่วชนิดต่าง ๆ ไข่

ผลไม้ และธัญพืชที่พบเป็นสาเหตุของ anaphylaxis ในเด็กได้แก่ ceftriaxone, cefaclor, penicillin, NSAIDs และ muscle relaxant การออกกำลังกาย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่า สามารถกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยา ผู้ป่วยบางรายสามารถเกิดขึ้นภายหลังกินอาหารชนิดใดก็ได้ แต่บางรายจะเกิดขึ้นกับการกินอาหารเฉพาะอย่างเช่น คื่นฉ่าย (celery) แป้งสาลี(wheat) และอาหารทะเล การแพ้ยาง latex มีอุบัติการณ์สูงขึ้น เกือบทั้งหมดของผู้ป่วยที่แพ้ latex เกิดขึ้นในขณะที่อยู่โรงพยาบาล เนื่องจากมีโอกาสสูงที่จะสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ผลิตจากยางธรรมชาติ เช่น balloon สายยาง ถุงมือ เป็นต้น และในระยะหลังนี้อุบัติการณ์การแพ้ยาง latex ลดลงมากแล้ว เมื่อมีการแนะนำให้หลีกเลี่ยง โดยหันมาใช้ถุงมือยางที่ไม่ได้ใส่แป้ง หรือที่ทำจากยางสังเคราะห์แทน

อาการและอาการแสดง Anaphylaxis มีอาการและอาการแสดงได้ตั้งแต่อาการเล็กน้อย เป็นผื่นลมพิษ คันตามผิวหนัง จนถึงช็อก เสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่นาที ส่วนใหญ่ปฏิกิริยาแพ้จะเกิดขึ้นภายใน 5 ถึง 60 นาที หลังจากผู้ป่วยได้รับสารก่อแพ้ที่สำคัญคือ ความรุนแรงของโรคจะมากถ้าอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่บางรายอาจจะเกิดล่าช้าเป็นหลาย ๆ ชั่วโมงได้ ระยะเวลาที่เกิดอาการนี้ ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ คือ ปริมาณสารก่อแพ้ที่ได้รับ วิธีการที่ได้รับ (ฉีด กิน สัมผัสฯ) และระดับการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในตัวผู้ป่วยเอง มีผู้ป่วยเด็กประมาณร้อยละ 5 – 7 เกิดการตอบสนองในลักษณะ biphasic anaphylaxis คือเกิดอาการเฉียบพลันซ้ำภายใน 1 – 24 ชั่วโมงหลังจากอาการของ acute anaphylaxis หายไปแล้ว ดังนั้นควรที่จะเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างน้อย 12 – 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำดังกล่าว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแสดงอาการของโรคที่ระบบสำคัญ 4 ระบบ คือ ผิวหนัง ทางเดินหายใจทางเดินอาหารและระบบไหลเวียนเลือด ลักษณะสำคัญที่พบ

เห็นคือ เริ่มต้นด้วยผู้ป่วยมีความรู้สึกคล้ายจะเป็นลม ร่วมกับอาการ flushing ใจสั่นหัวใจเต้นเร็ว และรู้สึกถึงอาการคันฝ่ามือ ฝ่าเท้า ต่อมาอาการต่าง ๆ ของ anaphylaxis ก็จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตามมามี ลมพิษ angioedema น้ำมูกไหล มีเสมหะมากขึ้น คัดจมูก หอบหืด laryngeal edema แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องมาก หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเป็นลม เหงื่อแตกตัวตัว และช็อก เสียชีวิต

พยากรณ์โรค มีผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่หายขาดจากอาการของ anaphylaxis ภายหลังให้การรักษาเบื้องต้น อีกประมาณร้อยละ 25 จะค่อย ๆ ดีขึ้นจากการรักษา โดยใช้ระยะเวลาเป็นชั่วโมงจนกระทั่งหลาย ๆ วัน (protracted anaphylaxis) และอีกร้อยละ 25 ที่เหลือจะดีขึ้นจนเป็นปกติ จากการรักษาในระยะแรก แต่ภายหลังจากนั้นประมาณ 1 – 24 ชั่วโมง จะมีอาการของ anaphylaxis ขึ้นมาอีก (biphasic anaphylaxis) ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมาก ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น anaphylaxis ควรมีการติดตามอาการจนกว่าจะพ้นขีดอันตรายภายในโรงพยาบาล อย่างน้อยที่สุดควรใช้เวลา 12 – 24 ชั่วโมง

การพยาบาลผู้ป่วย Anaphylaxis

1. การให้ออกซิเจน เพื่อให้แก้ไขภาวะขาดออกซิเจน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบ หายใจลำบาก และความดันโลหิตต่ำ พร้อมทั้งแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด

2. การจัดทำผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยนอนหงาย อาจยกขาสูงประมาณ 15 องศา (Trendelenburg position) แต่ควรระวังการยกขาสูงในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจ หรือมีอาการอาเจียน ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หรือมีอาการช็อกแบบรวดเร็ว มักเกิดขึ้นขณะเปลี่ยนท่าผู้ป่วยจากนอนเป็นนั่งหรือยืน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของ anaphylaxis จึงไม่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางเร็ว ๆ หรือยืนขึ้น

3. การให้สารน้ำ ขณะที่เกิดภาวะ anaphylaxis พลังหลอดเลือดจะมีการเพิ่ม permeability ทำให้มีการรั่วซึมของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดได้มาก ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ หลังจากให้ epinephrine แล้ว ต้องรีบให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที โดยชนิดของสารน้ำที่ให้ ควรเป็น crystalloid เช่น saline 10 – 20 มล./กก. ภายใน 5 – 10 นาที หลังจากนั้น ปรับอัตราความเร็วของการให้สารน้ำตามความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย หรือไตวาย ควรระวังการให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว

4. Vasopressor agents ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีภาวะ anaphylaxis ร่วมกับความดันโลหิตต่ำ ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย epinephrine และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรพิจารณาให้ dopamine 2 – 20 มก./กก./นาที ปรับตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต systolic ในผู้ใหญ่ให้สูงกว่า 90 mmHg หรือความดันโลหิต systolic ในเด็กตามอายุ ดังนี้

มากกว่า 60 mmHg ในเด็กอายุ 0–28 วัน

มากกว่า 70 mmHg ในเด็กอายุ 1 เดือน – 1 ปี

มากกว่า 70 mmHg + (2 x อายุเป็นปี) ในเด็กอายุ 1–10 ปี

มากกว่า 90 mmHg ในเด็กอายุ 11–17 ปี

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะ anaphylaxis การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสอนการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการแก่ผู้ป่วย (anaphylaxis emergency action plan)

6. ให้บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่บอกถึงโรค และการรักษาเบื้องต้น

7. ให้ผู้ป่วยพกยาฉีด epinephrine ติดตัวตลอดเวลา และได้รับการสอนแสดงวิธีการใช้ที่ถูกต้อง โดยพิจารณาให้ epinephrine แบบพกแก่ผู้ป่วยดังต่อไปนี้

7.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะ anaphylaxis ทุกราย

7.2 ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้พิษแมลงตระกูล Hymenoptera ได้แก่ ผึ้ง ต่อ แตน และมดมีพิษ โดยพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้แบบรุนแรงในระบบใดระบบหนึ่ง เช่น ลมพิษทั่วตัว อาการหอบหืด หรือหมดสติ เป็นต้น

8. ให้ผู้ป่วยพกยาใช้ฉุกเฉินกรณีเกิด anaphylaxis เช่น non – sedating H1 – antihistamine prednisolone ยาขยายหลอดลม และยาอื่น ๆ ที่แพทย์เห็นสมควร

9. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ anaphylaxis จากการแพ้พิษแมลงตระกูล Hymenoptera ได้แก่ ผึ้ง ต่อ แตน และมดมีพิษ ควรแนะนำให้ไปพบแพทย์เฉพาะทาง และพิจารณาการฉีดวัคซีนภูมิแพ้ (allergen immunotherapy) เพื่อป้องกันการแพ้ซ้ำหลังถูกแมลงต่อยครั้งต่อไป

10. หลีกเลี่ยงการใช้ยาเหล่านี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติ anaphylaxis

- Beta – adrenergic blocker
- Angiotensin – converting enzyme inhibitors (ACEI)
- Tricyclic antidepressants

11. ผู้ที่แพ้สารทึบรังสี ควรประเมินตามความรุนแรงของ anaphylaxis หากไม่รุนแรง ไม่มีความเสี่ยงเสียชีวิต และตอบสนองดีต่อการให้ยารักษาเบื้องต้น ถ้าจำเป็นต้องใช้สารทึบรังสีอีก ควรเลือกใช้สารทึบรังสีที่มี osmolality ต่ำลง ร่วมกับให้ยาป้องกัน

แต่หากเป็น anaphylaxis รุนแรง เช่น มีความดันโลหิตต่ำมาก หรือภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ควรหลีกเลี่ยงการใช้ทึบรังสีทั้งกลุ่มเนื่องจากมีโอกาสที่จะแพ้แบบ IgE – mediated จึงควรเปลี่ยนไปใช้การตรวจวิธีอื่น หรือตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยไม่ฉีดสารทึบรังสี และปรึกษาแพทย์

เฉพาะทาง เพื่อทดสอบยืนยันการแพ้ยา หรือพิจารณาหา ยาใช้แทน

ข้อมูลกรณีศึกษา

เด็กชายไทย อายุ 1 เดือน 10 วัน เข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ด้วยอาการอาเจียนหลังดูดนม 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล โดย 2 วันแรกอาเจียนหลังดูดนมเป็นบางครั้ง ต่อมาในวันที่ 3 อาเจียนเป็นสีเหลืองขุ่น คล้ายตะกอน หลังกินนม 5-10 นาที และ 3 ชม.ก่อนมาอาเจียนอีก 4 ครั้ง จึงพามาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อ 17 มิ.ย. 2562 วินิจฉัย R/O Acute gastritis with poor intake หลังนอนโรงพยาบาล ดูเพิลีมีอาเจียนพุ่งสีขาว ไม่ถ่ายอุจจาระ ปรีกษากุมารศัลยแพทย์ ให้ NPO, on NG ต่อลงถุง ส่งเอกซเรย์ช่องท้อง ทำ ultrasound abdomen และทำ Upper GI Study ผลตรวจพบว่า มี pyloric stenosis with gastric outlet obstruction หลังกลับจากทำ upper GI Study ผู้ป่วยมีภาวะ anaphylaxis พบอาการผื่นคัน ตรวจร่างกายฟังปอดมีเสียง wheezing จึง consult กุมารแพทย์เวร ให้ยา Adrenaline, CPM, Ranidine เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด จนผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Anaphylactic shock แพทย์ลงความเห็นเห็นว่า ภาวะดังกล่าว เกิดจากการแพ้สาร Barium ระหว่างทำ upper GI Study ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explor lab c pyloromyotomy 20/6/2562

การพยาบาลกรณีศึกษา

1. การประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอาการอาเจียน 4 ครั้ง 3 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล, 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไม่ถ่ายอุจจาระ มีอาเจียนหลังกินนมบางครั้ง, 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาเจียนเป็นสีเหลืองขุ่นคล้ายตะกอน หลังเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีอาเจียนพุ่งสีขาว ไม่มีสีน้ำตาลปนหลังกินนม จึงมีการปรึกษา กุมารแพทย์ ถึงอาการผิดปกติ กุมารแพทย์ให้ปรึกษากุมารศัลยแพทย์ต่อ ทำ

U/S Upper Abdomen และ Upper GI Study ผลตรวจ :

Finding are Suggestive of pyloric stenosis with gastric outlet obstruction หลังกลับจากทำ Upper GI Study พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะ Anaphylaxis มีผื่นขึ้นทั้งตัว lung มี Wheezing both lung ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ clinical chemistry พบ $\text{CO}_2 = 14.8 \text{ mmol/L}$ ต่ำกว่าปกติจากการอาเจียนและการอดอาหาร ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Pyloromyotomy ส่วน ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นบุตรคนแรกและเป็นเด็กเล็ก จึงซักถามถึงการผ่าตัดอันตรายจากการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้อง NPO ต่อ On NG Tube และ Foley cath มี urine ออกดี, มีอาการปวดแผล ร้องอแง pain score = 4 จึงให้ยาแก้ปวด หลังจากนั้น อาการทุเลาลง ไม่ปวดแผล แผลแห้งดี

2. การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องสารน้ำ สารอาหาร และภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากมีการอาเจียน และการตีบแคบของ pylorus

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา คือ 5/D/N/₃ vein drip 25 ml/hr.
2. ประเมินภาวะ dehydration ชั่งน้ำหนักทุกวัน วันละครึ่ง ตอนเช้า
3. I/O record urine output ทุก 4 ชม. Keep > 16 ml/4 hr.

4. เจาะเลือด และติดตามผล Lab Electrolyte ปรับเปลี่ยน IV Fluid ตามแผนการรักษา

ผลการประเมิน

- หลังให้ IV Fluid ผล Lab Electrolyte, Co_2 ปกติ คือ 15.6 mmol/L

- มีปัสสาวะออกมากกว่า 16ml/ 4hr. ไม่พบภาวะ dehydration

2. ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องอืด และอาเจียนพุ่ง หลังดูนม

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอน ศีรษะสูง หรือนอนตะแคงถ้ามี อาเจียนจัดทำ ช่วย suction

2. On NG เปิดปลายสายระบายลม บันทึกลักษณะ และ จำนวน Content ทุก 8 ชม

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ท้องอืดลดลง กลับได้ ไม่ มีไข้ ไม่มีภาวะสุดสัณฐาน NG Content สี เหลืองขุ่น 10 – 20 ml/8 ชม.

3. มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด anaphylactic shock จากการได้รับ Barium ในการทำ upper GI Study

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน V/S, ความรู้สึกตัวทุก 5 นาที พัง ปอด สังเกตผื่นตามตัว

2. ดูแลให้ on O2 cannular 3 l/min

3. ดูแลให้ได้ Adrenaline (1:1000) 0.04 mg ฉีด เข้ากล้ามเนื้อ , CPM 0.4 mg vein, Ranidine 4 mg vein stat then ทุก 6 ชม.

4. ประสานทีมเภสัช เพื่อประเมินอาการแพ้ที่เกิดขึ้น พร้อมกับออกบัตรแพ้แนะนำญาติ ต้องนำบัตร แพ้ที่ได้ให้แพทย์ พยาบาลดูทุกครั้งไปตรวจรักษาครั้งต่อไป

5. Observe อาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะใน 24 ชม. เพราะอาจจะมี biphasic anaphylaxis

ผลการประเมิน

- หลังได้ Adrenaline, CPM, Ranidine ฉีด 5 นาที ผู้ป่วยอาการทุเลาลง พัง lung clear ผื่นตามตัวลดลง V/S stable ไม่พบอาการ Anaphylaxis ซ้ำ จากการประเมิน

ทีมลงความ เห็นว่าผู้ป่วยแพ้สาร Barium ที่ใช้ทำ upper GI study และให้บัตรแพ้กับญาติ

4. อาจเกิดการเลื่อนการผ่าตัด เนื่องจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม

กิจกรรมการพยาบาล

1. Identify โดยติดป้ายข้อมือผู้ป่วยที่ระบุชื่อ – สกุล, HN, อายุ พร้อม Double Check กับญาติให้ถูกต้อง

2. Set OR ส่งข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ถ้าพบปัญหาที่อาจส่งผลถึงการผ่าตัด เป็นผู้ประสานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องทันที

3. เน้นกับผู้ดูแลเรื่องการงดน้ำงดนม ติดป้ายงดน้ำงดนม เพื่อให้ได้ NPO time ตามเกณฑ์

4. ประเมิน V/S ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบ อาจต้องเลื่อนผ่าตัด

5. ให้ข้อมูลญาติให้ครบถ้วนถึงสาเหตุ การดูแลก่อน/ขณะ/หลังผ่าตัด การลดความปวดหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลำดับคิวที่ผ่าตัด ในวันผ่าตัดให้ญาติไปส่ง แล้วรอเด็กหน้าห้องผ่าตัด และให้ญาติลงนามยินยอมรับการผ่าตัด

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างครบถ้วน ได้รับการผ่าตัดถูกต้อง ถูกตำแหน่งไม่ต้องเลื่อนการผ่าตัด ญาติได้รับข้อมูลถึงการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดครบถ้วน

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด เช่น ทางเดินหายใจอุดตัน สำลัก การเสียเลือดจากแผลผ่าตัด แผลติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล แบ่งตามวัตถุประสงค์ 3 ข้อ

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะทางเดินหายใจอุดตัน สูดสำลัก

1. จัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง หรือนอนตะแคง หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก หรือ ลื่นตกไปอุดทางเดินหายใจ

2. ดูแลเสมหะ น้ำลายในปาก และคอ

3. วัด และบันทึกสัญญาณชีพ สีผิว อาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนทุก 15 นาทีในช่วง 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ในช่วง 1 ชั่วโมงต่อมา และทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งอาการไม่เปลี่ยนแปลง ดูแลให้ On O₂ hood 5 l/min keep O₂ sat $\geq$ 95%

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด

1. สังเกตอาการแสดงของภาวะช็อค

2. ตรวจสอบแผลผ่าตัด ว่ามีเลือดออกผิดปกติหรือไม่

3. วัด และบันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับ ปริมาณ urine และปริมาณเลือดที่ ออกจากแผล ผ่าตัด น้ำย่อยจาก NG Tube และอาเจียน

วัตถุประสงค์ที่ 3 แผลผ่าตัดไม่เกิดการติดเชื้อ

1. ล้างมือก่อน และหลังสัมผัสผู้ป่วย สัมผัสแผลผู้ป่วย

2. ทำแผลด้วยความระมัดระวัง ถูกเทคนิค

3. ระมัดระวังไม่ให้เปียกน้ำระหว่างเช็ดตัว ไม่ให้ปนเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะ

4. ดูแลให้ได้รับยา cefotaxime 100 mg vein ทุก 6 ชม.

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน O₂ Sat $\geq$ 95% ไม่พบภาวะสูดสำลัก อัตราการ หายใจ 36–42 ครั้ง/นาที หลังผ่าตัด On O₂ hood 5l/min และ off O₂ วันรุ่งขึ้น V/S stable, urine ออกดี ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock แผลไม่มี Discharge แผลแห้งดี

2. ไม่สุขสบายจากการปวดแผล กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน pain score โดยใช้ NIPS (Neonatal Infant Pain Score) ถ้ามี pain score ≥ 4

ให้ fentanyl 4 Mcgm vein ทุก 4 ชม. โดยต้องมีการ ประเมิน Sedation score ก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง ถ้า sedation score ≤ 2 สามารถให้ ยาได้ตามแผนการรักษา

2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณแผลผ่าตัด โดยไม่จำเป็น

3. ควรทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังจากผู้ป่วยได้รับ ยาแก้ปวดแล้ว

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยมีอาการปวด แผลหลังกลับห้องผ่าตัด 8 ชม. (Pain Score = 4 มีจุกยื่น/ก๊วย่น ร้องกราง แขนขา งอ กระสับกระส่าย) ได้รับยา fentanyl 1 ครั้ง หลังจาก นั้นกลับได้ sedation score = 1

3. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำ และเกลือแร่จากการ งดน้ำ และนม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ IV Fluid ตามแผนการ รักษา คือ 5% D/N/3 vein drip 25 ml/hr

2. Record urine ทุก 2 ชม. 2 ครั้ง keep ≥ 8 ml/2 ชม. Then ทุก 4 ชม. Record NG content ทุก 4 ชม.

3. ดูแลให้นม หลังจาก off NPO ดูด content ก่อน feed ถ้าเหลือ ≥ 5 ml งด feed และดูแลเพิ่มปริมาณ นมที่ให้ตามแผนการรักษา ถ้า feed รับได้ไม่อาเจียน

4. หลัง off NG ดูแลให้นมทางปาก

ผลการประเมิน

- ไม่พบภาวะ dehydration urine ออกดี $\sim 100 - 200$ ml/ 8 ชม. รับ feed ได้ดี ไม่มี content ผล lab electrolyte ปกติ

4. ญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการ เลี้ยงดูผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ญาติได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ โรงพยาบาล เช่น การเช็ดตัว, เปลี่ยนผ้าอ้อม, การให้นม และแจ้งให้ญาติทราบว่า แผลผ่าตัดเป็นอย่างไรบ้าง

2. แนะนำให้ไปเปิดแผลอีกครั้งในวันที่ 7 หลัง ผ่าตัด ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

3. ให้มาตรวจตามนัด หลังกลับบ้านถ้ามีอาการ ผิดปกติ คือ แผลบวมแดง มีเลือด หรือหนองซึม มีไข้ อาเจียน ไม่ดูดนม ให้รีบพามาโรงพยาบาล ไม่ต้องรอถึง วันนัด

4. คำแนะนำในการเลี้ยงดูอื่น ๆ ได้แก่

- หลีกเลี่ยงการพาไปแหล่งชุมชน
- หลีกเลี่ยงการให้เล่นของเล่นที่มีเชือก หรือ สายอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ในบริเวณที่เด็กอยู่
- ไม่ดื่มเครื่องดื่มร้อน ขณะกำลังอุ้มเด็ก
- ถ้าลูกร้อง ควรหาสาเหตุ เช่น หิว เหลือ นอน ง่วง กลัว และให้การช่วยเหลือ

- อาหารเสริม เริ่มเมื่ออายุ 6 เดือน รับวัคซีน ครั้งต่อไปเมื่อเด็กอายุ 2 เดือน ติดตามพัฒนาการ เช่น อายุ 2 เดือน จับนอนท่าคว่ำจะชันคอได้ 45 องศา, อายุ 4 เดือน ท่าคว่ำชันคอได้ 90 องศา ท่าเสียงอ้อแอ้ หัวเราะ เวลาสนุก

ผลการประเมิน

- บิดามารดามีสีหน้าแจ่มใส ดูแลผู้ป่วยเป็น อย่างดี เช็ดตัว ป้อนนม เช็ดทำความสะอาดหลังขับถ่าย โดยไม่รู้สึกลัวขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ก่อนกลับ สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัว ข้อควรระวังในการเลี้ยงดู ต่าง ๆ ได้ถูกต้อง

3. การวางแผนการจำหน่าย

วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับโดยใช้ข้อมูลตั้งแต่การประเมินแรกรับ และต่อเนื่องจนกลับบ้าน โดยจัดการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทำกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมพัฒนาการ ให้คำปรึกษารอบครัวในการปรับตัว จัดแบบแผนการดำเนินชีวิตระหว่างเจ็บป่วย และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และสรุปการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

4. การบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลอย่างมีระบบ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อทีมการพยาบาล และแผนการรักษาของแพทย์ และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพได้

5. การให้ข้อมูล และการเคารพสิทธิผู้ป่วย

ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจ และร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ก่อนลงนามรับการรักษาได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ตามขอบเขตวิชาชีพ ก่อนให้การพยาบาลแจ้งให้ญาติทราบปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ซึ่งพบว่าครอบครัวรับทราบภาวะสุขภาพเป็นอย่างดี ไม่เกิดการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

สรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Pyloric stenosis with gastric outlet obstruction จากการทำ Upper GI study ได้รับการผ่าตัด Explor lab c pyloromyotomy เมื่อ 20/6/2562 หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะ และหลังผ่าตัด จำหน่ายอาการทุเลาและญาติมีความรู้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อ 26/6/2562 โดยมีการนัดตรวจอีกครั้งในวันที่ 1/7/2562

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพบว่าผู้ป่วย แข็งแรงดี แผลผ่าตัดแห้งดี สามารถดูแลตนเองและนมผสมได้ ต่อมาได้ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยตอนอายุ 4 เดือน มีน้ำหนัก 7.3 กก. พัฒนาการปกติ ได้รับวัคซีนตามนัดจากการเรียนรู้กรณีศึกษานำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลดังนี้

1. เป็นแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลโรคทางกุมาร-ศัลยกรรม
2. เป็นแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเด็กเล็กก่อนผ่าตัด/หลังผ่าตัด
3. เป็นแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเด็กเล็กส่งตรวจพิเศษ GI study และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะตรวจ และหลังตรวจ
4. เป็นแนวทางการใช้ Pain score ในเด็กเล็ก
5. พัฒนา Specific competency การดูแลผู้ป่วยโรคทางกุมาร-ศัลยกรรม
6. พัฒนาแนวทางการส่งผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัยโดยใช้ surgical safety checklist

วิจารณ์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นเด็กเล็ก มาด้วยอาการอาเจียน ซึ่งพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อักเสบ ทำให้วินิจฉัยแรกรับเป็น Acute gastritis การรักษาช่วงแรกเป็นการรักษาเช่นเดียวกับโรคลำไส้อักเสบท้องเสีย แต่จากการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดของทีมดูแล ทำให้เห็นความแตกต่างจาก ลำไส้อักเสบทั่วไป เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมีอาเจียนพุ่ง ไม่มีไข้ สีลักษณะอาเจียนที่ออกมา แตกต่างจากผู้ป่วยลำไส้อักเสบทั่วไป คือ อาเจียนสีเนื้อซัด ๆ ไม่ใช่สีเหลือง สีเขียว หรือสีเหมือนนมที่ผู้ป่วยรับประทานโดยทั่วไป ถึงแม้ว่าไม่สามารถคลำได้ก้อนทางหน้าท้อง แต่ก็ทำให้เห็นอาการ

แสดงที่ผิวดำ ปกติจากลำไส้อักเสบโดยทั่วไป ทำให้เกิดการ consult กุมารศัลยแพทย์ที่รวดเร็ว ทำให้ได้รับการตรวจ U/S, ทำ Upper GI Study และได้รับการผ่าตัดและการรักษาทันตแพทย์

ผู้ป่วยเด็กที่ต้องมีการส่งตรวจพิเศษ เช่น ทำ upper GI study , CT อาจมีการแพ้สารที่ใช้ในการตรวจพิเศษ ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา , อาหารและอื่นๆ ของตัวผู้ป่วยเองร่วมกับประวัติแพ้ของบิดา , มารดา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสแพ้สารจากการตรวจพิเศษได้มากเด็กทั่วไป ขณะตรวจและหลังตรวจพิเศษต้องมีการเฝ้าระวังภาวะ Anaphylaxis , Anaphylactic shock อาการแสดงที่พบบ่อยคือ ลมพิษ , อาการบวมของปากและลิ้น , ภาวะหลอดลมตีบ , หอบเหนื่อย , ความดันโลหิตลดลง , อาเจียน , ปวดท้อง อาการมักเกิดภายใน 5 – 30 นาที

หลังได้รับสิ่งกระตุ้น กรณีเกิดอาการซ้ำมักเกิดภายใน 2 ชม.หลังได้รับสิ่งกระตุ้น อาจเกิดอาการซ้ำ หรือเกิดอาการติดต่อกันหลายวัน ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง การพยาบาลใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติทั่วไป คือ การแก้ไขเรื่องทางเดินหายใจ (airway) , การหายใจ (breathing) , ระบบไหลเวียนโลหิต(circulation) , พร้อมกับการให้ยา (drug) ควรมีขนาดยาฉุกเฉิน ขนาด endotracheal tube ตามน้ำหนักตัว เพื่อให้การช่วยเหลือช่วงวิกฤติฉุกเฉินรวดเร็วและปลอดภัย ก่อนกลับบ้านแนะนำให้ญาติพกบัตรประจำตัวที่บ่งบอกชนิดของสารหรือยาที่แพ้ ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งที่ผู้ป่วยแพ้ พร้อมกับการสอนการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ เพื่อญาติจะได้ช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งรพ.ได้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการเพื่อการรักษาและป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรง
แห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติ
สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง*
พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: คณะทำงานเพื่อการรักษา
และป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรงแห่งประเทศไทย.

งามนิษฐ์ รัตนานุกูล , วรรณิ์ ตปทียากร และคณะ.
2552). *การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล.*
เล่ม 2. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันบรมราชชนก.

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และ จุฬารณณ์ สมรูป. (2550).
คู่มือการใช้ยา และการจัดการพยาบาล. พิมพ์
ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการพยาบาล
สภากาชาดไทย.

ดุสิต สถาพร,เฉลิมไทย เอกศิลป์,รุจิภัตต์ สำราญ
สำราญกิจ,กวีวรรณ ลิ้มประยูร และ ณัฐชัย
อนันตสิทธิ์ (บรรณาธิการ). (2560) *Pediatric
Critical Care:Every day Practical.* กรุงเทพฯ:
สมาคมโรคระบบหายใจและ เวชบำบัดวิกฤตใน
เด็กแห่งประเทศไทย.

พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์,วันัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิ้งสา
นนท์ และประสพศรี อึ้งถาวร.(บรรณาธิการ).
(2557). *Guideline in child Health supervision.*

กรุงเทพฯ: สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
พรทิพย์ สิริบุรณ์พิพัฒนา. (บรรณาธิการ).(2555). *การ
พยาบาลเด็กเล่ม 3.* กรุงเทพฯ: โครงการ
สวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

รุจา ภูไพบูลย์. (บรรณาธิการ). (2556). *การวางแผนการ
พยาบาลเด็กสุขภาพดี และเด็กป่วย.* กรุงเทพฯ:
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัฒนา วัฒนาภา, สุพัตรา โล่ศิริวัฒน์ และ สุพรพิมพ์ เจีย
สกุล.(บรรณาธิการ). (2552).*สรีรวิทยา 2.*พิมพ์
ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสรีรวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สมพร ชินโนรส. (บรรณาธิการ). (2557). *การพยาบาล
ทางศัลยศาสตร์ เล่มที่ 1.*พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ราไทยเพรส.

สุจินดา ริมศรีทอง ,สุดาพรรณ ชัญจิรา, อรุณศรี เดชชัย
หงส์ และ สุภา มาศ พาติประจักษ์.
(บรรณาธิการ). (2556).*พยาธิสรีรวิทยาทางการ
พยาบาล เล่ม 2.* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์

กรพินธุ์ ปานวิเชียร, ปร.ศ.ราชาโยคะ*

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลด้านพฤติกรรมของประชาชนมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชาและการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และเพื่อวิเคราะห์การทำนายอิทธิพลของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาต่อพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ศึกษากลุ่มตัวอย่างประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 350 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 – มีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์และระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ สถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Chi-Square Tests และวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียง 3 ลำดับแรก ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ย อาชีพ และโรคประจำตัว ลักษณะการใช้กัญชา ได้แก่ วัตถุประสงค์การใช้กัญชารักษาโรค ใช้ลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก รักษาโรคมะเร็ง, เหตุผลที่ไม่ใช้กัญชา ได้แก่ ไม่เชื่อในประสิทธิผลของกัญชา กลัวได้รับอันตรายจากกัญชา มีความยุ่งยากในการใช้ เข้าถึงบริการยากถ้าต้องรับจากโรงพยาบาล, รูปแบบลักษณะการใช้กัญชา ได้แก่ ใช้คู่กับการออกกำลังกาย ใช้คู่กับการพักผ่อนหรือนันทนาการ ใช้คู่กับยาแผนปัจจุบัน, แหล่งที่มาของกัญชา ได้แก่ วัต ปลุกเอง และหมอฟันบ้าน, เหตุผลที่เลือกใช้ยาเสพติด ได้แก่ เชื่อในประสิทธิผลของยาและความปลอดภัย หมอฟันบ้านแนะนำ และระยะเวลาที่ใช้กัญชา, อาการผิดปกติหลังใช้กัญชารักษาโรค ได้แก่ ผื่นขึ้นตามผิวหนัง มีผื่น เวียนศีรษะ ใจสั่น ใจเต้นเร็วกว่าปกติ และเสียความสมดุล การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า มีปัจจัยการรับรู้ที่สามารถพยากรณ์อิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน มีจำนวน 10 ปัจจัย (ทั้งหมด 17 ปัจจัย) 3 ลำดับแรก คือ การรับรู้เรื่องสารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชามากที่สุด ($\text{adj.}R^2 = 0.138$) รองลงมาคือ การรับรู้ขนาดของยาควรพิจารณาตามผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก (X_2 , $\beta = 0.327$, $\text{adj.}R^2 = 0.105$) และยาเสพติดใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และอารมณ์ (X_3 , $\beta = 0.319$, $\text{adj.}R^2 = 0.099$) ตามลำดับ สรุป ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้ และการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร

E-mail: korapinphan@hotmail.com

Factors Associated with Cannabis Usage on Behavioral Level for Medical Benefits of the people

Korapin phanwichian, Ph.D. Raja Yoga

Abstract

Introduction: The Ministry of Public Health had established a policy on the use of hemp extracts for medical benefits. This study was to apply in the nursing process to the public correctly and appropriately and maximize the benefits to patients, which will result in better quality of life for the public. This research aimed to study factors associated between personal characteristics, characteristics of Cannabis use and recognition of advantages-disadvantages of medical Cannabis usage with behavioral level for medical Cannabis use of the people in Suphan Buri province.

Methods: Cross sectional descriptive research was conducted 350 people in Suphan Buri province, between December 2019 - March 2020. Using the questionnaire included personal characteristics IOC=0.95, characteristics of Cannabis use IOC=0.84, recognition of advantages-disadvantages of Cannabis use IOC=0.89 and behavioral Level for Cannabis use alpha=0.91. By using statistics such as frequency percentage mean standard deviation, Chi-Square tests and multinomial logistic regression.

Results: the personal characteristics, characteristics of medical Cannabis usage and recognition of advantages-disadvantages of Cannabis use associated with behavioral level for Cannabis use with statistical significance at 0.05 level in the first 3 sequences: personal characteristics: gender, age, education, income, occupation and congenital disease. Characteristics of Cannabis use: Reasons for Cannabis use joint pain, back pain, bone pain, cancer treatment. Reasons for not using Cannabis: not believe the effectiveness, afraid of harmed, difficult to use and access from hospital. Model characteristics for using Cannabis: use with exercise, use with recreation, use with modern medicine. Sources of cannabis drugs: Temple, own planting and herbal. Reasons for using Cannabis: believe in the effectiveness of Cannabis and safety, introduction of herbal doctors and period use of Cannabis. Abnormal symptoms after using Cannabis: skin rash, dizziness, palpitations, heart beat faster than usual and lose balance. Stepwise multiple regression found that there were factors that can predict the influence of the behavior of people on medical Cannabis use with statistical significance less than 0.05 which based on the hypothesis there were 10 factors (a total of 17 factors). In 3 sequences the first of the hemp plant ($\text{adj.R}^2 = 0.138$) Second, the dosage should be mainly based on the outcome of the treatment (X_2 , $\beta = 0.327$, $\text{adj.R}^2 = 0.105$) and Cannabis drugs can be used for patients with dementia and mood (X_3 , $\beta = 0.319$, $\text{adj.R}^2 = 0.099$) respectively. **Conclusion** personal characteristics, characteristics of Cannabis use and recognition of advantages-disadvantages of Cannabis use associated to the behavior of people in the use of medical Cannabis with statistical significance.

Key words: Medical Cannabis Usage Behavior

บทนำ

จากสถานการณ์ พบว่าหลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค เช่น รายงานการศึกษาที่พบว่า สาเหตุของการรักษาโดยใช้ยา กัญชาที่พบมากที่สุดคือ ใช้ระงับความปวด การนอนหลับ ความเครียด และอาการคลื่นไส้ (30%) ซึ่งลักษณะพฤติกรรมในการใช้กัญชามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการใช้น้ำมันกัญชาผิวกัญชามา (Lake, et al, 2019) และจากการสำรวจแห่งชาติในสหรัฐอเมริกา พบว่า ลักษณะการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 12 (1.1%) และ ในผู้ใหญ่ (17%) ความชุกของการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ระหว่าง <1.7% ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศอิสราเอล ถึง 17.4% ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของชาวอเมริกัน รายงานความชุกของการใช้ยา กัญชาด้วยตนเองอยู่ในช่วงตั้งแต่ 15% ในผู้ป่วยชาวแคนาดาที่มีอาการปวดเรื้อรัง ถึง 30% ในผู้ป่วยชาวอังกฤษที่มีภาวะเส้นโลหิตตีบ (Parka & Wua, 2017) สำหรับกระทรวงสาธารณสุขไทยมีแผนรองรับนโยบายเร่งรัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ประเด็นการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ และรัฐบาลได้มีการประกาศนโยบายให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่จำเป็นต้องมีกระบวนการในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประโยชน์ทางการแพทย์ และผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด โดยกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมานจากกลุ่มโรคร้ายแรงเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยเท่าใดนัก โดยรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล มอบนโยบายเร่งด่วนเพื่อให้มีการบริการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทาง การแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างปลอดภัย รวดเร็วและ

ครอบคลุม จึงให้มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์แบบผสมผสานปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 5 เตรียมความพร้อมรับ นโยบายโดยมีเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกกัญชาทาง การแพทย์ (รพศ./รพท.) จังหวัดละ 1 แห่งใน 6 เดือน และ(รพช.) ร้อยละ 25 ในแต่ละจังหวัดใน 9 เดือนและ 12 เดือน (นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, 2562) เพื่อสร้างโอกาส ในการรักษา ให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาด้วยยา กัญชาอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย (สุชุม กาญจนพิมาย, 2562)

ลักษณะการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ของโรงพยาบาล พยาบาลมีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย การพยาบาล (Nursing) ตาม พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ฉบับปี 2540 ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้กัญชาจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาล ที่ต้องร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาอย่าง ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การรักษาโดยใช้กัญชาที่เช่นเดียวกันกับการประเมิน ความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยที่ต้องมีความ รอบรู้ข้อมูลทุกด้านของกระบวนการรักษานี้ จึงเป็น หน้าที่สำคัญที่พยาบาลต้องมีบทบาทในการวางแผนการ พยาบาลที่เหมาะสม (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) และการรักษาโดยใช้กัญชาที่เช่นเดียวกันกับการประเมิน ความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยที่ต้องมีการรับรู้ ข้อดีข้อเสียและข้อมูลทุกด้านของกระบวนการรักษา จึง เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการให้ ความรู้ความเข้าใจเพื่อจัดการพยาบาลที่ เหมาะสม (มณฑกา ชีรชัยสกุลและคณะ, 2559)

จังหวัดสุพรรณบุรี มีลักษณะและพฤติกรรมการใช้กัญชาของประชาชนบางส่วน พบปัญหาจากการที่มี การทดลองใช้น้ำมันกัญชารักษาโรคมะเร็งและโรคอื่นๆ

อีกหลายโรค จากการที่ผู้วิจัยได้ไปอยู่ร่วมและสังเกตพฤติกรรมเบื้องต้นของกลุ่มคนที่ใช้กัญชา พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่มีอุปสรรคในการรับรู้และการสื่อสาร อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่ยอมเปิดเผยตัว มีความกังวลกลัว เพราะยังไม่แน่ชัดว่ากัญชาผิดกฎหมายหรือไม่ จึงส่งผลให้การได้มาของข้อมูลการใช้กัญชาก่อนข้างยาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการใช้กัญชาในด้านประโยชน์ทางการแพทย์ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของประชาชน จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้มีความท้าทาย คือจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการทำวิจัยในเรื่องนี้มาก่อน กัญชาเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย ทั้งองค์ความรู้ที่ยังไม่สิ้นสุด แต่มีการนำมาใช้ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ผลการวิจัยนี้เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆ เป็นข้อบ่งใช้กับลักษณะอาการป่วยต่างๆ ใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ใช้กัญชากับประชาชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยอันจะส่งผลทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชาและการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการทำนายอิทธิพลของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาต่อพฤติกรรมการใช้กัญชาของประชาชน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชาและการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์
2. ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ของประชาชน

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน – 2562 มีนาคม 2563 ศึกษาตัวแปรอิสระคือ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา ประยุกต์จาก Woodbridge (2562) การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ ประยุกต์จาก Suryadevara, et al (2017) ตัวแปรตาม คือ ระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ประยุกต์จาก Bachhuber, et al (2019: 1-6)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาคือ ประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรสัดส่วนที่ต่ำกว่า คือ 15–20 หน่วยข้อมูลต่อ 1 ตัวแปรต้น กรณีทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรผลสัมพัทธ์กับ ตัวแปรต้น (จรนิต แก้วกังวาน และ ประตป สิงหวิวานนท์, 2558) ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในสมการทำนายค่าจากหลายตัวแปร คือ $n > 50 + 8m$ โดยที่ $m =$ จำนวนตัวแปรต้น, กำหนด $n =$ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย, ตัวแปรต้น จำนวน 35 ตัว ($m=35$) แทนค่า $n > 50 + (8 \times 35) = 330$ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างที่ศึกษามากกว่าที่คำนวณได้ เป็น $n=350$ คน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างที่ศึกษามากกว่าที่คำนวณได้ เป็น $n = 350$ คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ประชาชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี อายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ประชาชนทั่วไปหรือผู้ที่ไม่ได้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ให้เลือกตอบ (Multiple choice) และปลายเปิด (Open-ended) มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา รายได้ อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ลักษณะการใช้กัญชา จำนวน 13 ข้อ ประยุกต์จากเอกสาร ข้อมูลเบื้องต้น การส่งจ่ายยากัญชาทางการแพทย์ ฉบับภาษาไทย (Woodbridge, 2562) คำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการใช้กัญชา เช่น ลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก การรักษามะเร็ง ใช้เพื่อทดลอง เป็นต้น มีทั้งแบบให้เลือกตอบและคำถามแบบเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของ Suryadevara และคณะ (2017) เกี่ยวกับการรับรู้ข้อดีข้อเสียของการใช้กัญชารักษาโรค การแปลผลระดับการรับรู้ มี 5 ระดับข้อเลือก คือ ตอบ ไม่ใช่/ไม่ทราบ (รหัส 1) ถึงระดับ ใช่ที่สุด (รหัส 5)

ส่วนที่ 4 ระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ จำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จาก

การศึกษาของ Bachhuber และคณะ (2019) ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับอาการดีขึ้นหลังใช้ยาแก้ปวดรักษาโรค ระดับความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและผลการรักษาของกัญชา เชื่อมั่นจากการได้รับคำอธิบายเปรียบเทียบการใช้กัญชาทดแทนยาแผนปัจจุบันของแหล่งบริการกัญชา และใช้เพราะกัญชามีราคาถูก ช่วยให้ประหยัดเงิน เป็นต้น แบบสอบถามเป็นชนิดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับข้อเลือก คือระดับการปฏิบัติ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) มากที่สุด (5)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล (IOC=0.95) และลักษณะการใช้กัญชา (IOC=0.84)

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน โดยนำแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่นข้อมูลระดับ Likert scale ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์ ($\alpha = 0.89$) และระดับพฤติกรรมการใช้กัญชา ($\alpha = 0.91$)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05
วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลแบบกลุ่ม (nominal

scale) โดยใช้ Chi-Square Tests (χ^2) และวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบ Stepwise Multiple Regression

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการใช้กัญชา การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาในทางการแพทย์

ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ย อาชีพ และโรคประจำตัว ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ (n=350)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม			df	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
เพศ ชาย	22(6.3)	74(21.1)	12(3.4)	2	16.13	<0.001*
หญิง	5(1.4)	55(15.7)	182(52.0)			
อายุ น้อยกว่า 45 ปี	7(2.0)	13(3.7)	10(2.9)	5	25.51	<0.001*
45-60 ปี	5(1.4)	55(15.7)	91(26.0)			
มากกว่า 60 ปี	5(1.4)	56(16.0)	108(30.9)			
การศึกษาประถมศึกษา	4(1.1)	13(3.7)	140(40.0)	1	29.56	<0.001*
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา/ปวส.	2(0.6)	32(9.1)	16(4.6)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3(0.9)	37(10.6)	103(29.4)			
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)				3	47.87	<0.001*
น้อยกว่า 5,000 บาท	2(0.6)	11(3.1)	111(31.7)			
5,000 – 10,000 บาท	3(0.9)	9(2.6)	170(48.6)			
มากกว่า 10,000 บาท	5(1.4)	12(3.4)	27(7.7)			
อาชีพ แม่บ้าน	2(0.6)	3(0.9)	124(35.4)	2	52.07	<0.001*
รับจ้าง	3(0.9)	4(1.1)	68(19.4)			
เกษตรกร	5(1.4)	5(1.4)	56(16.0)			
รับราชการ	0(0.0)	1(0.3)	49(14.0)			
ค้าขาย	0(0.0)	1(0.3)	15(4.3)			
รัฐวิสาหกิจ	0(0.0)	2(0.6)	12(3.4)			
โรคประจำตัว				5	117.67	<0.001*
ไม่มี	0(0.0)	3(0.9)	166(47.4)			
มี	0(0.0)	4(1.1)	177(50.6)			

ลักษณะการใช้กัญชา ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีดังนี้ ใช้เพื่อลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก ช่วยให้นอนหลับ อายากลอง ลดความเครียด ใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหาร และรักษาอาการคัดจมูกจากภูมิแพ้ ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการใช้กัญชา กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชา (n=350)

ลักษณะการใช้กัญชา	ระดับพฤติกรรม			df	χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก				3	36.0	<0.001*
ไม่ใช่	66(18.9)	136(38.9)	57(16.3)			
ใช่	0(0.0)	50(14.3)	41(11.7)			
การรักษามะเร็ง (Anticancer effect)				1	23.54	<0.001*
ไม่ใช่	66(18.9)	133(38.0)	74(21.1)			
ใช่	0(0.0)	53(15.1)	24(6.9)			
ช่วยให้นอนหลับ				2	34.04	<0.001*
ไม่ใช่	66(18.9)	122(34.9)	60(17.1)			
ใช่	0(0.0)	64(18.3)	38(10.9)			
ใช้เพราะอายากลอง				1	9.07	0.011*
ไม่ใช่	0(0.0)	10(2.9)	0(0.0)			
ใช่						
ลดความเครียด				3	11.43	0.003*
ไม่ใช่	66(18.9)	177(50.6)	86(24.6)			
ใช่	0(0.0)	9(2.6)	12(3.4)			
ลดภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity)				1	8.72	0.013*
ไม่ใช่	66(18.9)	164(46.9)	90(25.7)			
ใช่	0(0.0)	22(6.3)	8(2.3)			
ใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหาร				1	7.35	0.025*
ไม่ใช่	66(18.9)	183(52.3)	92(26.3)			
ใช่	0(0.0)	3(0.9)	6(1.7)			
รักษาอาการคัดจมูกจากภูมิแพ้				1	6.34	0.042*
ไม่ใช่	66(18.9)	169(48.3)	90(25.7)			
ใช่	0(0.0)	17(4.9)	8(2.3)			

ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์อิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน มีจำนวน 10 ปัจจัยจากปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมด 17 ปัจจัย ทั้งนี้ปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนมากที่สุด คือ การรับรู้เรื่องสารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชา (X_1 , $\beta = 0.375$, $\text{adj.}R^2 = 0.138$) รองลงมาคือ ขนาดของยาควรพิจารณาตามผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก (X_2 , $\beta = 0.327$, $\text{adj.}R^2 = 0.105$), ยา กัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และอารมณ์ (X_3 , $\beta = 0.319$, $\text{adj.}R^2 = 0.099$), อาการข้างเคียงของกัญชาคือ เดี๋ยวเซ (X_4 , $\beta = 0.315$, $\text{adj.}R^2 = 0.096$), ยา กัญชาห้ามใช้ในคนตั้งครรภ์/ให้นมบุตร (X_5 , $\beta = 0.285$, $\text{adj.}R^2 = 0.079$), ผู้ใช้กัญชาสามารถเพิ่มขนาดได้เองอย่างช้าๆ (X_6 , $\beta = 0.266$, $\text{adj.}R^2 = 0.068$), ยา กัญชาที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยสังเวยครวญได้และไม่ทรมาน (X_7 , $\beta = 0.265$, $\text{adj.}R^2 = 0.067$), กัญชาเป็น

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่าง การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์ กับระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (n=350)

การรับรู้ข้อดีข้อเสีย	beta	F change	R ² change	Adj.R ²	p-value
สารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชา	0.375	56.795	0.140	0.138	<0.001*
ขนาดของยาควรพิจารณาตามผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก	0.327	41.736	0.107	0.105	<0.001*
ยา กัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และอารมณ์	0.319	39.351	0.102	0.099	<0.001*
อาการข้างเคียงของกัญชาคือ เดี๋ยวเซ	0.315	38.249	0.099	0.096	<0.001*
ยา กัญชาห้ามใช้ในคนตั้งครรภ์/ให้นมบุตร	0.285	30.733	0.081	0.079	<0.001*
ผู้ใช้กัญชาสามารถเพิ่มขนาดได้เองอย่างช้าๆ	0.266	26.458	0.071	0.068	<0.001*

สิ่งผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติฯ (X_8 , $\beta = 0.251$, $\text{adj.}R^2 = 0.060$), อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ง่วงซึม มีนงง ปวดศีรษะ (X_9 , $\beta = 0.247$, $\text{adj.}R^2 = 0.058$) และอาการข้างเคียงของกัญชา (X_{10} , $\beta = 0.228$, $\text{adj.}R^2 = 0.049$) ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางบวก (ค่าคงที่ $b = 8.258$, $\beta = 0.538$, $\text{adj.}R^2 = 0.288$) หมายความว่า หากประชาชนมีการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชามากขึ้น ร้อยละ 0.288 จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.288

สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ รายได้ ยา กัญชาสามารถสั่งใช้กันเองได้ อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ปากแห้ง อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ความดันต่ำ ยา กัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยอารมณ์ 2 ขั้ว/ไบโพลาร์ และหลังใช้กัญชาไปนานๆ อาจทำให้เกิดความเกียจคร้านและความจำเสื่อม ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (ต่อ) (n=350)

การรับรู้ข้อดีข้อเสีย	beta	F change	R ² change	Adj.R ²	p-value
ยาแก้ปวดที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายผู้ป่วยพึงเสียครบถ้วนได้	0.265	26.241	0.070	0.067	<0.001*
กัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย	0.251	23.463	0.063	0.060	<0.001*
อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ง่วงซึม มึนงง ปวดศีรษะ	0.247	22.643	0.061	0.058	<0.001*
อาการข้างเคียงของกัญชา	0.228	19.014	0.052	0.049	<0.001*
ยาแก้ปวดสามารถสั่งใช้กันเองได้	0.071	1.765	0.005	0.002	0.185
อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ปากแห้ง	-0.060	1.251	0.004	0.001	0.264
อาการข้างเคียงของกัญชาคือ ความดันต่ำ	0.103	3.735	0.011	0.008	0.054
ยาแก้ปวดใช้ได้กับผู้ป่วยอารมณ์ 2 ขั้ว/ ไบโพลาร์	0.041	.576	0.002	-0.001	0.448
หลังใช้กัญชาไปนานๆ อาจทำให้เกิด ความเกียจคร้านและความจำเสื่อม	0.034	.406	0.001	-0.002	0.524
อายุ	0.034	0.414	0.001	-0.002	0.521
รายได้	-0.002	0.001	0.000	-0.003	0.973
รวม (ค่าคงที่ b= 8.258)	0.538	142.114	0.290	0.288	<0.001*

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการใช้กัญชาแบ่งตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด เรียง 3 ลำดับแรก ได้แก่ วัตถุประสงค์การใช้กัญชา รักษาโรค ลดอาการปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกระดูก รักษาโรคมะเร็ง, เหตุผลที่ไม่ใช้กัญชา ได้แก่ ไม่เชื่อในประสิทธิผลของกัญชา กลัวได้รับอันตรายจากกัญชา เชื่อในประสิทธิผลของยาและความปลอดภัย ทั้งนี้เนื่องจาก ขั้นตอนการรักษากรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ตามช่องทางพิเศษ (Special Access Scheme: SAS) คือ สถานพยาบาลมีใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

เฉพาะกัญชา แพทย์ที่ผ่านการอบรมการวินิจฉัยและสั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วย ในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตติดตามและประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัย คุณภาพผลิตภัณฑ์และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา (ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abuhassira และคณะ (2018) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ในการรักษาโรคอาการปวด และมะเร็งและการศึกษาของ Sexton และคณะ (2016) ที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ใช้กัญชาแก้ อาการปวด ความวิตกกังวล ความเครียด อาการปวดศีรษะ ปวด

ไมเกรน และปวดกล้ามเนื้อ นอกจากนี้การศึกษาของ วีรยา ภาอุปชิต และคณะ (2560) ยังพบว่า ข้อบ่งใช้กัญชาทางการแพทย์หลักคือ แก้วปวด เจริญอาหาร ช่วยให้นอนหลับ เป็นต้น

จากผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่สามารถพยากรณ์อิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นตามสมมุติฐาน มีจำนวน 10 ปัจจัยจากปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมด 17 ปัจจัย ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของประชาชนมากที่สุด คือ สารสกัดกัญชาที่ได้มาจากส่วนของต้นกัญชา รองลงมาคือ ขนาดของยาควรพิจารณาตามผลการรักษาที่ได้รับเป็นหลัก ยา กัญชาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และอารมณ์ อาการข้างเคียงของกัญชาคือ เคนเซ ยา กัญชาห้ามใช้ในคนตั้งครรภ์/ให้นมบุตร ผู้ใช้กัญชาสามารถเพิ่มขนาดได้เองอย่างช้าๆ ยา กัญชาที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยสังเวยครอบครัวได้และไม่ทรมาน ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในทางบวก อธิบายได้ว่า หากประชาชนมีการรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชามากขึ้น จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Volkow, et al (2016: 1-6) ที่ศึกษาพบว่า ปรากฏการณ์ในการใช้ยา กัญชาเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อการทำงานของสมอง การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นวาทกรรมทางการเมืองที่ไม่ทราบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์กับการรับรู้ แรงจูงใจและโรคจิต ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาการใช้กัญชา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการรับรู้ข้อดีข้อเสียของการใช้กัญชาทางการแพทย์ เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ต่อไป

1.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานสนับสนุนพฤติกรรมและการให้ความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์

1.3 พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการเพื่อให้บริการที่เหมาะสมกับการป่วยแต่ละประเภท

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนาต่อยอดด้านศักยภาพพยาบาลผู้ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และพัฒนา รูปแบบบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้บริการยา กัญชาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

จรณ์ด แก้วกังวาน และ ประดาป สิงห์นิวานนท์. (2558).

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก: การ
แชร์ประสบการณ์จากการเข้าร่วมประชุม
ASTMH. [ม . ป . ท .]. สืบค้นจาก :
<https://km4ors.wordpress.com>

นิยดา เกียรติยิ่งอังสุลี. (2562). *เวทีสุขภาพ เสวนา ครั้งที่ 19*
เรื่อง “กัญชาเพื่อเยียวยาสุขภาพ?”. ศูนย์วิชาการ
เฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.). กรุงเทพฯ:

[ม.ป.ท.]. สืบค้นจาก: <https://www.chula.ac.th>

ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล. (2562). *การนำกัญชามาใช้เพื่อ*
ประโยชน์ทางการแพทย์. การประชุมสัมมนา
เรื่อง “การใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์
สำหรับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข” ณ
โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ:
[ม.ป.ท.].

ผู้จัดการออนไลน์. (2562). “*หมอน้ำมันกัญชา*” ยันแจก
ฟรีล้านแคปซูล ปลุกกระแสแก้กฎหมายให้
ชาวบ้านเข้าถึง-สกัดนายทุน. สืบค้นจาก:
<https://mgronline.com>

พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562.
เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก ราชกิจจานุเบกษา วันที่
18 กุมภาพันธ์ 2562.

พิรพจน์ ปิ่นทองดี. (2561). กัญชา กฎหมายยาเสพติดอัน
เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนากัญชาทางการแพทย์.
วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 6(3),
1182-1198.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน , สิริธนา ศรีจงใจ, สิริภัทรา
จุฑามณี, สุจินตนา พันกล้า. (2560). *กฎหมาย*
จริยธรรมทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

มณฑกา ชีรชัยสกุล, วรรณศิริ นิลเนตร, อานนท์ วรยิ่งยง.

(2559). การสำรวจการให้บริการด้าน
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี
พ.ศ. 2557. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*,
10(2), 117-127.

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชนิตา ภาวสุทธิไพจิตร.
(2561). ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจาก
การใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรี
การใช้กัญชา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*,
12(1), 71-91.

วีรยา ภาณุปจิต และ นุศราพร เกษสมบุรณ์. (2560). การ
ใช้กัญชาทางการแพทย์. *วารสารเภสัชศาสตร์*
อีสาน, 13, 226-240.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2562).
สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ รอบที่ 2
ปีงบประมาณ 2562. [ม.ป.ท.].

สุขุม กาญจนพิมาย. (2562). *กระทรวงสาธารณสุข เตรียม*
เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล
12 แห่ง สร้างโอกาสการรักษา ประชาชน
เข้าถึงการรักษาด้วยยากัญชาอย่างปลอดภัย.
น น ท บุรี : [ม . ป . ท .]. สืบค้นจาก :
<https://pr.moph.go.th>

องค์การเภสัชกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย. (2561). *การ*
วิจัยและพัฒนาสารสกัดกัญชาและกัญชงทาง
การแพทย์เพื่อการพัฒนาประเทศ. รายงาน
สรุปผลการประชุมวิชาการ ณ โรงแรมรามาร
การ์เด้นส์, 1-5. [ม.ป.ท.].

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, อาภาศรี ดุสสวัสดิ์, เมธา อภิวัฒนากุล,
สมชาย ธนะสิทธิชัย, ปฐมพร ศรี ประภาศิริ,
เฉลิมพล ไชยรัตน์ และคณะ. (2562). *รูปแบบ*
คลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทาง

การแพทย์. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- Abuhasiraa, R., Schleidera, L.B.L., Mechoulamc, R., Novack, V. (2018). Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly. *EJINME*, 49, 44–50. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29398248>.
- Bachhuber, M., Arnsten, J.H., Wurm, G. (2019). Use of Cannabis to Relieve Pain and Promote Sleep by Customers at an Adult Use Dispensary. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1-6. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31264536>
- Lake, S., Walsh, Z., Kerr, T., Cooper, Z.D., Buxton, J., Wood, E. (2019). Frequency of cannabis and illicit opioid use among people who use drugs and report chronic pain: A longitudinal analysis. *PLOS Med*, 16(11): 2967-73.
- Lintzeris, N., Driels, J., Elias, N., Arnold, J.C., McGregor, L.S., Allsop, D.J. (2018, August). Medicinal cannabis in Australia: the Cannabis as Medicine Survey. *Med J Aust*, 211-215. Retrieved from <https://www.mja.com.au/journal/2018/209/5/medicinal-cannabis-australia>.
- Parka, J.Y., Wua, L.T. (2017). Prevalence, reasons, perceived effects, and correlates of medical marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 177: 1-13.
- Sexton, M., Cuttler, C., Finnell, J.S., Mischley, L.K. (2016). Cross-Sectional Survey of Medical Cannabis Users: Patterns of Use and Perceived Efficacy. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 1(1), 131-138. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Suryadevara, U., Bruijnzeel, D.M., Nuthi, M., Jagarine, D.A., Tandon, R, Bruijnzeel, A.W. (2017). Pros and Cons of Medical Cannabis use by People with Chronic Brain Disorders. *Current Neuropharmacology*, 15, 800-814. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis. *JAMA Psychiatry*, 1-6.
- Woodbridge, M. (2562). ธรรมชาติของพืชกัญชา (ผู้แปล). ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์. *Bedrocan International ฉบับภาษาไทย*. [ม.ป.ท.]. สืบค้นจาก : <https://mdresearch.kku.ac.th>
- WHO. (2014). “Cannabis and cannabis resin information Document, Agenda item 8.2”. Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-sixth Meeting Geneva, 16-20. Retrieved from <http://www.who.int/medicines>.

เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อน และหลังการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤต กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กันยารัตน์ ม้าวิไล, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกลุ่มอาการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เสี่ยงสูงพยาบาลจึงควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย โอกาสเสียชีวิตจะลดลง การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาศมรรถนะเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ทั้งหมดจำนวน 15 คน และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 91 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) รูปแบบการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลเพื่อการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2) แบบประเมินและพัฒนาศมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามและแบบสังเกตสมรรถนะที่พึงประสงค์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจหาความเที่ยงของแบบสอบถามประเมินความรู้, ทักษะ, ทักษะ ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.72, 0.92, 0.94 ตามลำดับ และภาพรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83 และ 2) ทะเบียนการรับและจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสถิติค่าที่และไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยรวมหลังการพัฒนา ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.31$) สูงกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) 2) อัตราการเสียชีวิตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนการพัฒนาศมรรถนะพยาบาลร้อยละ 34.78 และหลังการพัฒนาร้อยละ 17.78 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($\chi^2 = 3.387$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 1) พัฒนาศมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ 2) นำรูปแบบสมรรถนะที่พึงประสงค์ไปประยุกต์ใช้พัฒนาศมรรถนะพยาบาลรายโรคที่มีความเสี่ยงสูง Top 5 ของการเสียชีวิต

คำสำคัญ : อัตราตาย, การติดเชื้อในกระแสเลือด, สมรรถนะพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

E-mail: patararuk@gmail.com

The Comparison of Mortality Rate Among Patients with Sepsis Before and After Nursing Competency Development for Finding and Crises Management in The Group of Patients with Sepsis in Medical Intensive Care Unit Chaophrayayommarat Hospital

Gunyarat Mawilai, M.S.N.

Abstract

The purpose of this quasi experimental research were 1) to compare the mortality rate among patients with sepsis before and after nursing competency development for finding and crises management in the group of patients with sepsis in Medical Intensive Care Unit. Chaophrayayommarat Hospital and 2) to study nursing competency for finding and crises management in the group of patients with sepsis in Medical Intensive Care Unit. Chaophrayayommarat Hospital before and after the development.

Research population consisted of 15 professional nurses who working in Medical Intensive Care Unit. Chaophrayayommarat Hospital. and 91 patients with sepsis in Medical Intensive Care Unit. Chaophrayayommarat Hospital. Tools for experiment were 1) nursing competency development model for finding and crises management in patients with Sepsis 2) evaluation and development form of individual nursing competency for finding and crises management in the group of patients with Sepsis. Tools for data collection data were 1) questionnaires and desirable performance observation form which verified the content validity by experts and validity of questionnaires with Cronbach's alpha coefficient of 0.83 and 2) register of patients in Medical Intensive Care Unit. Data analysis were conducted by using statistics which consists of mean, percentage, S.D., T-Test and Chi-square.

Results from the study show that 1) there were mortality rate of patients with Sepsis before and after nursing competency development for finding and crises management in patients with Sepsis in Medical Intensive Care Unit, Chaophrayayommarat Hospital. were 34.78 % and 17.78% respectively. The trend was decreased statistics significantly at the level of 0.05 ($\chi^2 = 3.387$ and $p = .046$) and 2) the average score of nursing competency for finding and crises management in patients with Sepsis in Medical Intensive Care Unit, Chaophrayayommarat Hospital. after the development ($\bar{X} = 4.62$) is higher than before the development ($\bar{X} = 4.17$) statistical significantly at the level of .05 ($p \leq .01$)

Key words: Mortality Rate, Sepsis, Nurse Competency

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นปัญหาวิกฤตทางการแพทย์ที่พบบ่อย โดยเฉพาะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (severe sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ทั้งนี้เกิดจากการติดเชื้อร่วมกับการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ (systemic inflammatory response syndrome: SIRS) (Al-Khafaji & Sharma, 2010) ที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติของระบบการไหลเวียนเลือด (poor tissue perfusion) หรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ (multiple organ dysfunction syndrome : MODS) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที จะเห็นได้จากข้อมูลการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 31 ล้านคนทั่วโลก พบว่า การวินิจฉัยที่ล่าช้ายังเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตผู้ป่วยรวมถึงการเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากถึง 5 ล้านคน (ทรง พิราลัย, 2562)

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่ม พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และ เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง นับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย แม้ปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อ คือ มียาด้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ 2560 ยังคงสูงถึง

ร้อยละ 32.03 (สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข , 2561)

ดังนั้นจึงมีหลายหน่วยงานในระบบสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพร้อมกันวางแผนบริการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างเป็นระบบ (service plan: sepsis) ในขณะที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้มีการรวบรวมองค์ความรู้จากชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice :CoP) และผู้เชี่ยวชาญนำมาจัดทำหนังสือ “เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย” (patient safety goals: SIMPLE Thailand 2018) สำหรับสถานบริการสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้ขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (patient and personnel safety : 2 P Safety) โดยแนวทางการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) จัดอยู่ในหมวด E2: Medical Emergency สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักของสถานพยาบาลในมิติคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือด

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรีเป็นหนึ่งในสถานพยาบาลที่มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามนโยบาย 2 P safety และ service plan โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร ผู้ให้บริการจนเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร (safety culture) ดังนั้นจึงกำหนดให้กลุ่มผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาพยาบาลต้องอาศัยผู้มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ร่วมกันดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care) จัดให้มีระบบช่องทางด่วน (fast track) และยาด้านจุลชีพที่ดีไว้รองรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ภายใน 1 - 6 ชั่วโมงแรก

แต่ยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ภาพรวมของโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 27.88 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 34.14 และร้อยละ 35.42 ในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเป็นหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (severe sepsis, septic shock) มีอัตราการเสียชีวิตในปี 2559 สูงถึงร้อยละ 38.89 ในปี 2560 มีการจัดช่องทางด่วน (fast track) ให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลงเป็นร้อยละ 28.81 แต่ในปี 2561 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลับสูงขึ้นเป็นร้อยละ 31.68 (ทะเบียนรับ-จำหน่ายผู้ป่วย) จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการทบทวนเวชระเบียน พบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น คือ การมีแพทย์ พยาบาลใหม่ ประสบการณ์น้อย ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤต กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดยังไม่ดีเท่าที่ควร จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า จนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ตามมา และเสียชีวิตในที่สุด จากการศึกษาตำราและงานวิจัย พบว่าการมีสมรรถนะของบุคลากรช่วยลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ และช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้ (Taylor, 2000) สอดคล้องกับ Marrelli, Tondora, & Hoge (2005) กล่าวว่า สมรรถนะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล

สมรรถนะ (competency) หมายถึง พฤติกรรม การแสดงออกถึงความสามารถเกี่ยวกับความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติ ตลอดจนบุคลิกลักษณะของบุคคล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2560) เป็นคุณลักษณะของบุคคลมีจุดเน้นสำคัญอยู่ที่พฤติกรรมมากกว่ารายละเอียดของการวิเคราะห์งาน (task analysis) สอดคล้องกับ Boyatzis

(1992), McLagan (1997) และ Gavavan (2001) ตามแนวคิดของสหรัฐอเมริกา (US Approach) กล่าวว่า ในมุมมองของตัวบุคคล สมรรถนะเป็นลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี ตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ เป็นความสามารถอย่างแท้จริงของตัวบุคคลแต่ยากในการยกตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรม (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2556) Benner (1984) แบ่งความสามารถเชิงสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 5 ระดับ คือ 1) ระดับเริ่มต้น (novice) 2) ระดับก้าวหน้า ระดับต้น (advance beginner) 3) ระดับผู้มีความสามารถ (competency) 4) ระดับผู้ชำนาญการ (proficient) และ 5) ระดับผู้เชี่ยวชาญ (expert) ซึ่งระดับสมรรถนะ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันเป็นเวลานาน สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผนการพยาบาล วิเคราะห์ปัญหา คาดการณ์ และสามารถแก้ปัญหาสถานการณ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2560)

ดังนั้น สมรรถนะพยาบาลที่พึงประสงค์จึงหมายถึงความรู้ (knowledge) ทักษะ (skills) ทักษะคิด ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (self concept) บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (traits) แรงขับภายใน (motive) ของพยาบาลวิชาชีพที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย S1 การประเมินและการวางแผนพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด S2 การบริหารยาในผู้ป่วย S3 การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด S4 การให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด S5 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์การทำงาน การประเมินและพัฒนาสมรรถนะ

ของพยาบาลให้มีระดับตามเกณฑ์ที่ต้องการจึงเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลและแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จึงวางแผนพัฒนาความสามารถเชิงสมรรถนะที่พึงประสงค์สำหรับพยาบาลและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เพื่อขับเคลื่อนสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายในของปัจเจกบุคคลจนเกิดการแสดงออกเป็นพฤติกรรมสำคัญ (critical behavior) ต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว มุ่งเน้นการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม โดยกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (competency sepsis model) ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ คือ S1 การประเมินและการวางแผนพยาบาลผู้ป่วย S2 การบริหารยาในผู้ป่วย S3 การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย S4 การให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการในผู้ป่วย S5 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย โดยแต่ละสมรรถนะมีองค์ประกอบ 5 อย่าง คือ 1) ความรู้ (knowledge) 2) ทักษะ (skills) 3) ทักษะ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (self concept) 4) บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (traits) และ 5) แรงจูงใจภายใน (motive) (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2560) เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลเป็นรายบุคคลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมาย ได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการค้นหาและ

จัดการกับภาวะวิกฤต กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองสมรรถนะของพยาบาลในการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังการทดลองอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถเชิงสมรรถนะและนำแนวคิดการสร้างสมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (Competency CVT Nursing) ของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2560) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบสมรรถนะพยาบาลที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Competency Sepsis Model) ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ คือ S1 การประเมินและการวางแผนพยาบาลผู้ป่วย S2 การบริหารยาในผู้ป่วย S3 การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย S4 การให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการในผู้ป่วย S5 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย โดยกำหนดระดับสมรรถนะพยาบาลที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดออกเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิด Benner (1984) คือ 1) ระดับเริ่มต้น (Novice) 2) ระดับก้าวหน้าระดับต้น (Advance beginner) 3) ระดับผู้มีความสามารถ (Competency) 4) ระดับผู้ชำนาญการ (Proficient) และ 5) ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) โดยสมรรถนะมีองค์ประกอบ 5 อย่าง คือ 1) ความรู้ (Knowledge) 2) ทักษะ (Skills) 3) ทักษะ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Self concept)

4) บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (Traits) และ 5) แรงจูงใจภายใน (Motive) (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ, 2560) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้บุคคลสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำองค์ประกอบดังกล่าวมาออกแบบเครื่องมือประเมินสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาตามรูปแบบสมรรถนะพยาบาลที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดว่าเป็นอย่างไร และมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหรือไม่

ระเบียบวิธีการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest design)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมทุกคนที่ปฏิบัติงาน ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จำนวน 15 คน และ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ที่มารับบริการในช่วงเวลาเดียวกัน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) แพทย์วินิจฉัย Sepsis, Septic Shock ทั้งโรคหลัก และ โรคร่วม 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสำหรับการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Competency Sepsis Model) 5 สมรรถนะ คือ S1

การประเมินและการวางแผนพยาบาลผู้ป่วย S2 การบริหารยาในผู้ป่วย S3 การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย S4 การให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการในผู้ป่วย S5 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย 2) แบบประเมินและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรายบุคคล (Competency Sepsis Evaluation) เป็นชุดกิจกรรมที่ประกอบด้วย การประเมินสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคนที่มีอยู่จริงเปรียบเทียบกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ (ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น) ในแต่ละระดับตามประสบการณ์การทำงาน นำมาวิเคราะห์หาส่วนขาด (Gap Analysis) พร้อมวางแผนพัฒนาสมรรถนะแบบมีส่วนร่วม เช่น การสอนงาน (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) หรือ เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติงาน (On the job training) พร้อมติดตามประเมินผลเข้าสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Action) เพื่อให้ได้มาซึ่งสมรรถนะในระดับที่พึงประสงค์ทั้ง 5 สมรรถนะ ในระยะเวลาระหว่างเดือนธันวาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามและแบบสังเกตสมรรถนะที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามประเมินสมรรถนะที่พึงประสงค์ มีทั้งหมด 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นแบบสอบถาม มีตัวเลือกให้ตอบ จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะด้านความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นลักษณะข้อคำถามมี 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว จำนวน 25 ข้อ ซึ่งคำถามสะท้อนถึง

องค์ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ตามสมรรถนะที่พึงประสงค์ (S1 -S 5)

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะด้านทัศนคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Self concept) ด้านบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (Traits) และด้านแรงขับภายใน (Motive) ต่อสมรรถนะที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (S1 -S 5) ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ ชุดที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (S1 -S 5) เป็นแบบสังเกตองค์ประกอบด้านทักษะ (Skills) ทั้ง 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อ เป็น check list ปฏิบัติครบได้ 2 คะแนน ปฏิบัติไม่ครบได้ 1 คะแนน ไม่มีการปฏิบัติได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 ทะเบียนการรับและจำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลเพศ อายุ จำนวนวันนอน จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่รับเข้ามาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม และจำนวนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเสียชีวิตในแต่ละเดือน (กันยายน 62 – กุมภาพันธ์ 63) นำมาวิเคราะห์ร้อยละอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแต่ละเดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านทางเดินหายใจและทรวงอก อายุรแพทย์ด้านการติดเชื้อ อายุรแพทย์ด้านระบาดวิทยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และอาจารย์พยาบาล นำผลไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) และตรวจหาความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามประเมินสมรรถนะที่พึงประสงค์ ทั้งฉบับมีค่าความเที่ยง 0.83 ผลการพิจารณาแต่ละตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผลการพิจารณา IOC อยู่ในช่วง 0.8 – 1

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะด้านความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการพิจารณา IOC อยู่ในช่วง 0.6 – 1 ค่าความเที่ยง 0.72

ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะด้านทัศนคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Self concept) ด้านบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (Traits) และด้านแรงขับภายใน (Motive) ต่อสมรรถนะที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (S1 -S 5) ผลการพิจารณา IOC อยู่ในช่วง 0.6 – 1 ค่าความเที่ยง 0.92

ชุดที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (S1 -S 5) เป็นแบบสังเกตองค์ประกอบด้านทักษะ (Skills) ทั้ง 5 ด้าน ผลการพิจารณา IOC อยู่ในช่วง 0.6 - 1ค่าความเที่ยง 0.94

วิธีการทดลองและการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการทดลอง (กันยายน 2562 – พฤศจิกายน 2562)

1. เตรียมเครื่องมือและเอกสารที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) รูปแบบสมรรถนะพยาบาลที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Competency Sepsis Model) 2) แบบประเมินและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นรายบุคคล (Competency Sepsis Evaluation) และเครื่องมือเก็บข้อมูล คือ 3) แบบสอบถามและแบบสังเกตสมรรถนะที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 4)

เวชระเบียนและทะเบียนรับ – จำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

2. ประสานกับบุคลากรพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย
ระยะที่ 2 ดำเนินการศึกษาค้นคว้า (ธันวาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563)

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre - test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลจำนวน 15 คน ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยทำแบบสังเกตสมรรถนะที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อประเมินระดับสมรรถนะพยาบาลสำหรับการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนการพัฒนา (เดือน 1-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562) โดยวิธีการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย หรือตั้งแต่รับเวรดูแลผู้ป่วย Sepsis จนถึงการส่งเวรโดยหัวหน้าเวร เป็น check list ตามแบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลใน 5 สมรรถนะ ปฏิบัติครบได้ 2 คะแนน ปฏิบัติไม่ครบได้ 1 คะแนน ไม่มีการปฏิบัติได้ 0 คะแนนพร้อมทบทวนทะเบียนรับ-จำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนการพัฒนา (กันยายน – พฤศจิกายน 2562)

2. ผู้วิจัยนำรูปแบบสมรรถนะพยาบาลที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Competency Sepsis Model) และแบบประเมินเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นรายบุคคล (Competency Sepsis Evaluation) เป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคนที่มีอยู่จริงเปรียบเทียบกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ในแต่ละระดับตามประสบการณ์การทำงาน นำมาวิเคราะห์หาส่วนขาด

(Gap Analysis) พร้อมวางแผนพัฒนาสมรรถนะแบบมีส่วนร่วม

3. ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลตามส่วนขาดที่ได้จากการร่วมกันทำ Gap Analysis เป็นรายบุคคล (ธันวาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563) เน้นพัฒนาสมรรถนะสำหรับการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้วิธี 1) การสอนงาน (Coaching) 2) การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) 3) On the job training พร้อมกำหนดรอบติดตามประเมินซ้ำ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามวงล้อ PDCA (Plan – Do – Check – Action) ซึ่งเป็นการพัฒนาจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยมีพี่เลี้ยงกำกับดูแลให้คำปรึกษา สอนงาน จนผลการประเมินสมรรถนะอยู่ในระดับที่พึงประสงค์

ระยะที่ 3 การประเมินผล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post - test) โดยให้กลุ่มตัวอย่าง 15 คน (กลุ่มเดิม) ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยทำแบบสังเกตสมรรถนะที่พึงประสงค์สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อประเมินระดับสมรรถนะพยาบาลสำหรับการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการพัฒนา (กุมภาพันธ์ 63) และทบทวนทะเบียนรับ - จำหน่ายผู้ป่วยของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 – กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563)

จริยธรรมการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร หมายเลข YM003/2563 โดยการวิจัยยึดหลักจริยธรรมในมนุษย์ 3 ประเด็นสำคัญ คือ เคารพในตัวตนบุคคล หลักผลประโยชน์และความยุติธรรม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล ทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1–2 ปี (RN1) ร้อยละ 26.67 ประสบการณ์ 3–4 ปี (RN2) ประสบการณ์ 5–7 ปี (RN3) และประสบการณ์ 8–10 ปี (RN4) ร้อยละ 20.00 เท่ากัน และประสบการณ์ > 10 ปี (RN5) ร้อยละ 13.33 ผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 4 เดือน ร้อยละ 20.00 ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ/อบรมเฉพาะเรื่อง ร้อยละ 60.00

2. ประชากรในส่วนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (เดือนกันยายน 2562 – กุมภาพันธ์ 2563) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.85 มากกว่า

เพศชายซึ่งมีร้อยละ 46.15 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 70–79 ปี (ร้อยละ 30.77) รองลงมาอยู่ระหว่าง 60–69 ปี (ร้อยละ 27.47) มีจำนวนวันนอนอยู่ในช่วง 1–10 วัน สูงสุด (ร้อยละ 50.55) รองลงมาอยู่ในช่วง 11–20 วัน (ร้อยละ 25.27) และอยู่ในช่วง 21–30 วัน (ร้อยละ 15.38) ตามลำดับ ส่วนมากเกิดภาวะอวัยวะหรือระบบทำงานล้มเหลวมากกว่า 1 ระบบ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome : MODs) (ร้อยละ 76.09) จำหน่ายเสียชีวิต ร้อยละ 26.37

3. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามองค์ประกอบ และภาพรวม (N = 15) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สมรรถนะที่พึงประสงค์ (n = 15)

สมรรถนะที่พึงประสงค์	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ความรู้ (Knowledge)	3.43	0.39	ปานกลาง	4.72	0.30	สูงมาก
ทัศนคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Self concept)	4.48	0.40	สูง	4.61	0.44	สูงมาก
บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (Traits)	3.97	0.41	สูง	4.32	0.41	สูง
แรงจูงใจภายใน (Motive)	4.48	0.47	สูง	4.71	0.36	สูงมาก
ทักษะ (Skills)	4.47	0.92	สูง	4.73	0.70	สูงมาก
ภาพรวม	4.17	0.35	สูง	4.62	0.31	สูงมาก

4.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามองค์ประกอบ และภาพรวม (n=15) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 15)

สมรรถนะที่พึงประสงค์	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ความรู้ (Knowledge)	3.43	0.39	4.72	0.30	15	9.89	.000*
ทัศนคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Self concept)	4.48	0.40	4.61	0.44	15	1.02	.324
บุคลิกลักษณะประจำตัว บุคคล (Traits)	3.97	0.41	4.32	0.41	15	3.22	.006*
แรงจูงใจภายใน (Motive)	4.48	0.47	4.71	0.36	15	1.86	.084
ทักษะ (Skills)	4.47	0.92	4.73	0.70	15	2.26	.041*
ภาพรวม	4.17	0.35	4.62	0.31	15	8.74	.000*

จากตารางเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันในทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

5. เปรียบเทียบจำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล (n = 46)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	χ^2	Cramer's V	p-value
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Sepsis ก่อนพัฒนา (N = 46)	16	34.78	3.387	.193	.046*
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Sepsis หลังพัฒนา (N45)	8	17.78			

จากตารางเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อน (ร้อยละ 34.78) และหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (ร้อยละ 17.78) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 3.387, p < .05$)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดน้อยกว่าก่อนการพัฒนา

จากผลการศึกษา พบว่า จำนวนการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร น้อยกว่าก่อนการพัฒนา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 3.387, p < .05$) โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยก่อนการพัฒนาสูงถึงร้อยละ 34.78 หลังการพัฒนาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวลดลงเหลือร้อยละ 17.78 ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการพัฒนาสมรรถนะตามส่วนขาดของพยาบาลรายบุคคล มุ่งเน้นให้พยาบาลแต่ละคนสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย S1 การประเมินและการวางแผนพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด S2 การบริหารยาในผู้ป่วย S3 การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด S4 การให้การพยาบาลและช่วยทำหัตถการในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด S5 การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

จะเห็นว่าสมรรถนะดังกล่าวข้างต้นเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการวินิจฉัยดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว เหมาะสม

และมีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลจึงทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาพยาบาลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยพัฒนาขึ้น (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2560) เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของสมรรถนะ พบว่าองค์ประกอบด้านความรู้ (knowledge) ซึ่งก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.43$, $SD = 0.39$) และคะแนนเฉลี่ยของบุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (traits) ไม่สูงเท่าที่ควร ($M = 3.97$, $SD = 0.41$)

ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ทั้งสององค์ประกอบดังกล่าว อาจส่งผลต่อความไม่มั่นใจของบุคลากรพยาบาลในการเป็นคนที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดของประสิทธิภาพการปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมของพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1 - 4 ปี (RN1, RN2) (ร้อยละ 46.67) ประกอบกับบุคลากรพยาบาลกลุ่มดังกล่าวไม่ผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต หลักสูตร 4 เดือน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80) เมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต (วิจิตร กุศลภูมิ และคณะ, 2560) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ร่วมกับการเกิดภาวะ MODs (Multiple organ dysfunction syndrome) จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูงขึ้น โดยอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 28 - 80 (Nee, 2006) จึงทำให้ก่อนการพัฒนาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสูง (ร้อยละ 34.78) แต่หลังการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ (knowledge) เกี่ยวกับ 5 สมรรถนะที่พึงประสงค์ เพื่อการค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤต ทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ (Knowledge) เพิ่มขึ้น ($M = 4.72$, $SD = 0.30$) อยู่ในระดับสูงสุด ในขณะที่บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (traits) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($M = 4.32$, $SD = 0.41$) ตามมา ร่วมกับทักษะ (skills) ทักษะการ

และความเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน (self concept) แรงจูงใจภายใน (motive) ที่คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.73$, 4.61 , และ 4.71 ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรพยาบาลมีสมรรถนะพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วย ส่งผลทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงเปลี่ยนจากการดูแลแบบตั้งรับเป็นการดูแลแบบเชิงรุก มุ่งเน้นการประเมินและค้นหาพร้อมจัดการกับอาการ อาการแสดงก่อนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต (early warning sign) มีความมั่นใจในการรายงาน ให้ข้อมูลเสนอความคิดเห็นต่อสหสาขาวิชาชีพในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามหลักฐานทางวิชาการอย่างถูกต้องเหมาะสม ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อก หรือแก้ไขผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะช็อกโดยเร็ว รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรักษาพยาบาล จะช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจึงลดลง (ร้อยละ 17.78) บรรลุเป้าหมายขององค์กรสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Scott B. Parry (1997), ศศิธร อินทุคม (2555), วัชรภรณ์ เชษฐบุรี (2555) และ พงศธร ลิ้มปนเวทย์สกุล (2559) ที่พบว่า ความรู้ ทักษะ และ คุณลักษณะจะทำให้เกิดผลสำเร็จในการทำงาน ปฏิบัติงานได้โดดเด่นกว่าคนอื่น ทำให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

2. สมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดใน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร หลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนา

จากผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาล

เจ้าพระยาบรมราช โดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ไว้อย่างชัดเจนและนำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์หาส่วนขาดของพยาบาลเป็นรายบุคคล (gap analysis) ทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะอย่างตรงประเด็นทั้ง 5 สมรรถนะที่พึงประสงค์ ส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช โดยรวมหลังการพัฒนาจึงสูงขึ้น ($M = 4.62, SD = 0.31$) อยู่ในระดับสูงมาก จากก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ($M = 4.17, SD = 0.35$)

เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบด้านความรู้ (knowledge) บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (traits) และทักษะ (skills) ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) สำหรับทัศนคติ ค่านิยม ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (self concept) และแรงจูงใจภายใน (motive) ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p = .324$ และ $.084$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากทัศนคติ ค่านิยม ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (self concept) และแรงจูงใจภายใน (motive) ของพยาบาลก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงอยู่แล้ว ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากันทั้งสององค์ประกอบ ($M = 4.48$) ดังนั้นหลังการพัฒนาแม้จะมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($M = 4.61, M = 4.71$ ตามลำดับ) แต่ไม่อาจทำให้สมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ (knowledge) บุคลิกลักษณะประจำตัวบุคคล (traits) และทักษะ (skills) จึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มสมรรถนะสู่ระดับตามเกณฑ์ให้มีผลต่อความสำเร็จขององค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยของอิทธิศักดิ์ พลงาม (2550) ที่ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลประจำการ กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน (บำบัดยา) ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าความรู้ และทักษะ ส่งผลทำให้พยาบาลประจำการสามารถเขียนและพัฒนาโครงการวิจัยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับตามเกณฑ์ความคาดหวังของหน่วยงาน โดยการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช แบบรายบุคคลจะอยู่ที่การมอบหมายงานให้รับผิดชอบและเรียนรู้จากงาน (on the job training) การสอนงาน (coaching) โดยระบบพี่เลี้ยงเป็นวิธีการพัฒนาที่บุคลากรพยาบาลต้องการสอดคล้องกับการศึกษาของอนุชตรา วรรณเสวก (2562)

ข้อเสนอแนะ การนำไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดมีความแตกต่างกันในทิศทางลดลงหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ดังนั้นจึงควรนำองค์ความรู้ที่ได้ไปขยายผลพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในกลุ่มที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื่อในกระแสเลือดต่อไป ดังนี้

1. นำรูปแบบสมรรถนะที่พึงประสงค์ไปใช้พัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยวิกฤต กิ่งวิกฤต ให้ครอบคลุมทุกหน่วยที่ให้บริการกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว

1. นำรูปแบบสมรรถนะที่พึงประสงค์ไปประยุกต์ใช้พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน เสี่ยงสูงทางคลินิกเป็น Top 5 ของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลต่อไป

2. นำไปใช้พัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล รายโรค นำไปสู่ competency ของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ชลธิชา โกชนกิจ. (2560). *การพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.)
- ชุดิมา เขตต์อนันต์. (2557). *ปัจจัยทำนายสมรรถนะพยาบาลไตเทียม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.)
- ทรนง พิราลัย. (2562). *HA UPDATE 2019*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- ธีรวิภา เอกะกุล. (2550). *การวัดเจตคติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซตการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูเอสดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์กรพยาบาลในศตวรรษที่ 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีศนี อัมพฐ. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต่อความเป็น*

อิสระในงานของพยาบาลวิชาชีพ. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.)

- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2549). *Siriraj Nurses Competency Dictionary*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- พงศธร ลิมนเวทย์สกุล. (2559). *การพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะหลักด้วยองค์ประกอบร่วมของคุณลักษณะแรงงานในห่วงโซ่อุปทานธุรกิจ การจัดงานแสดงสินค้าและนิทรรศการ*. (วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.)
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราคูล และบุญผาวัลย์ ศรีล้ำ. (2560). *การพยาบาลเพื่อความปลอดภัย สมรรถนะพยาบาล CVT*. (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, อุไร พานิชยานุสนธิ์, ลัดดาวัลย์ ทัดศรี, เสาวลักษณ์ เจริญสิทธิ์, พรพิมลพร สาครชัยพิทักษ์, มยุรี ปริญญาวัฒน์, ... รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย (2549). *การจัดการทางการ*

พยาบาลสู่การเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:
สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.

ภัทรจิตร ตันกุล. (2542). การสอนฝึกประสบการณ์ของ
อาจารย์พยาบาล ระดับความเครียดที่มี
ความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
ภาคปฏิบัติ และความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง
ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 โรงเรียน
พยาบาลรามธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาวิณี วยัปทะ. (2552). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ
หน่วยผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด.
(วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.)

มยุรฉัตร ค้วนคร. (2558). การพัฒนารอบสมรรถนะ
ของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (การ
ค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตร ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.)

มุกดา พรหมแก้วงาม. (2549). การพัฒนาแบบพฤติกรรม
สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามบันได
วิชาชีพการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤตศัลยกรรม. (การค้นคว้าแบบอิสระ
หลักสูตร พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย, วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.)

วรรณดี ภูภิรมย์. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริม
สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการเก็บ
ตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อของพยาบาล
วิชาชีพ และอัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ใน

ตัวอย่างเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ.
วารสารวิชาการแพทย์. เขต 11 32(3).

วัชรภรณ์ เชษฐบุริ. (2555). การพัฒนารอบสมรรถนะ
ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ
โรงพยาบาลลำพูน.(การค้นคว้าแบบอิสระ
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.)

วิจิตรา กุสมภ์ (บรรณาธิการ). (2560). การพยาบาลผู้ป่วย
ภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม = *Critical Care
Nursing : A Holistic Approach*. พิมพ์ครั้งที่ 6
กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล
สหประชาพานิชย์.

วิจิตรา กุสมภ์.(2556). กระบวนการพยาบาล : การ
นำไปใช้ในคลินิก. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

วิเชียร ทวีลาภ. (2534). นิเทศการพยาบาล. กรุงเทพฯ:
รุ่งเรืองธรรม.

วิณา จิระแพทย์ และ เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์.(2550). การ
บริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยของผู้ป่วย.
กรุงเทพฯ: ด่านสุทธการพิมพ์.

ศศิธร อินทุคม. (2555). การพัฒนารอบสมรรถนะของ
ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ
โรงพยาบาลแพร่.(การค้นคว้าแบบอิสระ
หลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.)

ศิริบุญ รุ่งหิรัญ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะ
การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี.
(วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล,
มหาวิทยาลัยอีสเทิร์น.)

ศิริพร จิรวัดน์กุล, อรพรรณ ลีอนุชวรัชย์, ศรีประภา ปี
ยะศิริศิลป์, รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลส, ดวงตา
กุลรัตนญาณ, จินตนา ยูนิพันธ์, ...วิภาวี เผ่า
กันทรากกร (มกราคม-มิถุนายน 2540).
สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารวิจัย
ทางการพยาบาล*, 1(1), 53-70.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
(2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของ
ประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goals :
SIMPLE Thailand 2018*. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี:
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน).

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.(2557). *Critical
Care Medicine: The Smart ICU*
กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2561).
*แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*.นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข.

สุจินต์ วิจิตรกาญจน์. (2559). *การพัฒนานุเคราะห์
พยาบาล ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
ประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาลหน่วยที่ 6-
10* นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สุรัตน์ ทองอยู่, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล.(2556). *แนวทางการ
รักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic
shock. (ฉบับปรับปรุง) โรงพยาบาลศิริราช คณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล :
มหาวิทยาลัยมหิดล.*

สุวิทย์ มูลคำ, อรทัย มูลคำ. (2545). *21 วิธีจัดการเรียนรู้
เพื่อพัฒนาระบบความคิด*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

อนุชตรา วรรณเสวก. (2562). *กลยุทธ์การเสริมสร้าง
สมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านโรคมะเร็ง
ในโรงพยาบาลมะเร็ง สังกัดกรมการแพทย์.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฌีบัณฑิต สาขาวิชา
ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค, มหาวิทยาลัย
ราชภัฏอุบลราชธานี.)*

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และ กิตตินันท์ อนรรฆมณี. (2560).
HA Update 2017. นนทบุรี:สถาบันรับรองคุณภาพ
สถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

อภิญญา จำปามูล. (2548). *สมรรถนะของพยาบาลและ
การสร้างแบบประเมิน. เอกสารประกอบการ
ประชุมวิชาการเรื่องการพัฒนาสมรรถนะด้าน
การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. ขอนแก่น :
โรงพยาบาลขอนแก่น.*

อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิคย์. (2539). *การศึกษาการ
ประเมินผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอ
ผู้ป่วย ในโรงพยาบาลของรัฐ. (วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร
การพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.)*

อัจฉรา สุทธิพรหมณีวัฒน์. (2545). *สมรรถนะในการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ใน
โรงพยาบาลชุมชนเขต 10 เชียงใหม่ (การ
ค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.)*

อัญชลี อ้วนแก้ว. (2552). *การพัฒนาศาสนา
บุคลากรพยาบาลเชิงสมรรถนะพยาบาล
วิชาชีพ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาล
อุดรธานี. (การศึกษานิพนธ์หลักสูตรปริญญา*

พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.)

อิทธิศักดิ์ พลงาม.(2550). *การพัฒนาสมรรถนะด้านการ
วิจัยของพยาบาลประจำการ กลุ่มงานการ
บริการผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด
ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. (ปริญา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.)*

Al-Khafaji, A.H. & Sharma, S. (2010), Multisystem Organ
Failure of Sepsis.
<http://emedicine.com/orficle/169640->
Overview Retrieved 2/14/2010.

Benner, P (1984) *From Novice to Expert: Excellence
and Power in Clinical Nursing Practice*
California : Addison-Wesley

Boyatzis, R. (1992). *The Competency Manager-A Modes
for Effective Performance*. New York: John
Wiley & Sons.

Burns, N., & Grove, S.K. 2005. *The practice of nursing
research : Conduct, critique and Utilization.*
5th ed. Philadelphia : Elsevier

Fey, M., & Miltner, R. (2000). A competency-based
orientation program for new graduate nurses.
Journal of Nursing Administration, 30, 126-
132.

Garavan, T.N. and McGuire, D. (2001). Competencies
and Workplace Learning: Some reflections on
the Rhetoric and the Reality. *Journal of
Workplace Learning*. 13 (4): 144-163.

Haas, S. A. (1992). Coaching: Developing key players.
Journal of Nursing Administration, 22(6), 54-
58.

Jones, I., and Johnson. M. (2008). What is the role
coronary care nurse?. A review of the
literature. *European Journal of Cardiovascular
Nursing*? 7 : 163-170.

Laframboise, L.N. (2005). Manage of Client with Shock
and Multisystem Disorders. In J.M. Black &
J.H. Hawks. *Medical-Surgical Nursing
Clinical Management for Positive Outcomes.*
7th ed. pp. 2443-2478. St. Louis : Elsevier
Sauders.

Lindberg, E (2006). Competence in critical care what is
it and how to gain it : A qualitative study from
the staff's point of view. *Dimension of Critical
Care Nursing* 25 :77 – 81.

Marrelli, A. F. Tondara, J., & Hoge, M.A. (2005).
Strategies for developing competency model.
Administration and Policy in Mental Health,
32(5), 533-561.

McLagan, P.A. (1997). Competencies: The Next
Generation Training &
Development, 51 (4) (1997), pp. 40-47

Nee, P.A. (2006). Critical Care in The Emergency
Department: Severe Sepsis shock.
<http://amj.bmj.com/cgi/content/abstract/23/9/7>
13. Retrieved 9/10/2007.

Ramos, O.L. (2007). Severe sepsis.
[http://www.uspharmacist.com/oldformat.asp?](http://www.uspharmacist.com/oldformat.asp?uri=newlook/fole/feat/sepsis.htm)
[uri=newlook/fole/feat/sepsis.htm](http://www.uspharmacist.com/oldformat.asp?uri=newlook/fole/feat/sepsis.htm). Retrieved
9/10/2007

Scott B. Parry. (1997). Evaluating the impact of Training. Alexandria, Virginia: American Society for Training and Development.

Taylor, K. (2000). Tackling the issue of nurse competency. Nursing Management (September 2000) 35-37

Timby, B.K, & Smith, N.E. (2014). Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

คุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ

และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.*

สุนทรี ขะชาตย์, พย.ม.**

อุษณียาภรณ์ จันทร, พย.บ.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2560 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ใช้บัณฑิตที่เป็นผู้บังคับบัญชาของผู้สำเร็จการศึกษา เป็นผู้ประเมินบัณฑิต จำนวน 83 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต (SAP) 3 ด้าน และแบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต (SUPRAN) 6 ด้าน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์บัณฑิตของผู้สำเร็จการศึกษาจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด ด้วยการทดสอบความแปรปรวน (One – way ANOVA) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษา ในสมรรถนะด้านคุณธรรม จริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะสูงที่สุด ($M = 4.61$, $SD = 0.33$) ส่วนด้านทักษะทางปัญญามีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 4.13$, $SD = 0.52$)

2. ผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความถี่ของการแสดงพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา ในสมรรถนะด้านจิตบริการมีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะสูงที่สุด ($M = 4.55$, $SD = 0.39$) ส่วนด้านการคิดเชิงวิเคราะห์มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 4.18$, $SD = 0.47$)

3. ผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต (SUPARN) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ในสมรรถนะด้านจิตบริการมีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะสูงที่สุด ($M = 4.61$, $SD = 0.40$) ส่วนด้านการคิดวิเคราะห์มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 4.11$, $SD = 0.53$)

4. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของผู้สำเร็จการศึกษาด้านความรู้เมื่อจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลมีระดับสมรรถนะ สูงกว่าผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

5. อัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษา ด้านการคิดวิเคราะห์ เมื่อจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีอัตลักษณ์ด้านการคิดวิเคราะห์สูงกว่าทุกโรงพยาบาล

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการศึกษาพยาบาล เพื่อวางแผนปรับจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษา

คำสำคัญ: คุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ, อัตลักษณ์บัณฑิต, ผู้สำเร็จการศึกษา, ความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

E-mail: NS-nurse@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

***พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

Qualifications of Graduates according to Thai Qualifications Framework for Higher Education and Desirable Characteristics according to Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

Saowalak Sripho, M.S.N.

Soontree Khachat, M.S.N.

Ausaniyaphon Chantorn, B.N.S.

Abstract

This survey research aimed to study the Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi desired characteristics as follow: 1) Thailand Qualifications Framework (TQF.) 2) identities of graduates (SAP) and 3) identities of graduates (SUPRAN) in Bachelor of Nursing Science Program in academic year 2017 B.E. after worked for in June 2019 as perceived by their supervisors and to compare between hospital and department. Subjects were 83 supervisors of SNC, Suphanburi graduates. Data were analyzed by descriptive statistics: mean, standard deviation and one-way ANOVA. The results of study were as followed:

1. The supervisors were most satisfied with ethics and moral domain in Nursing ($M=4.61$, $SD = 0.33$) and the lowest average of satisfaction was cognitive skills ($M= 4.13$, $SD = 0.52$)
2. The supervisors were most satisfied with the identities of graduates (SAP) in service mind ($M= 4.55$, $SD = 0.39$) and the lowest average of satisfaction was analytical thinking ($M=4.18$, $SD = 0.47$)
3. The supervisors were most satisfied with the Identities of graduates in Bachelor of Nursing Science Program (SUPHAN) in service mind ($M = 4.61$, $SD = 0.40$) and the lowest average of satisfaction was analytical thinking ($M =4.11$, $SD = 0.53$)
4. The Thailand Qualifications Framework (TQF.) of the graduates in Knowledge domain: there was a significant different between primary hospital and secondary/tertiary hospital. ($p < 0.05$). The graduates who worked at primary hospital had higher skill in this domain than secondary/tertiary hospital.
5. The identities of graduates (SAP) in cognitive skills: there were a significant different between primary hospital and secondary/tertiary hospital. ($p < 0.05$) The graduates who worked at primary hospital had highest skill in participation.

The results of research can be used as basic information for nursing education administrators. order to plan and adjust the teaching and learning processes that enhance students' critical thinking and improve English language skill.

Key words: Desired Characteristics of Graduate for Thailand Qualifications Framework, Identities, Graduates of Bachelor of Nursing Science Program, Employers' Perception

บทนำ

สถาบันอุดมศึกษา มีพันธกิจที่สำคัญ คือการผลิตบัณฑิต หรือการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีความรู้ในทางวิชาการและวิชาชีพ มีคุณลักษณะตามหลักสูตรที่กำหนด ซึ่งคุณภาพบัณฑิตในแต่ละหลักสูตรจะสะท้อนไปที่คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยพิจารณาจากผลลัพธ์การเรียนรู้ การปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาในแต่ละปีการศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา, 2558) ซึ่งถือเป็นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 ที่กำหนดให้สถานศึกษาทุกแห่งจัดให้มีระบบประกันคุณภาพภายใน และให้มีสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพการศึกษาภายนอก โดยสถาบันการศึกษาได้มีการดำเนินการให้สอดคล้องกับกฎหมายที่กำหนดไว้ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงานก.พ.ร.) กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการประเมินผลที่สถาบันอุดมศึกษาต้องรับไปปฏิบัติเพื่อให้สถาบันอุดมศึกษาสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามพันธกิจหลักตอบสนองการพัฒนาประเทศ และการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคณะกรรมการการอุดมศึกษามีการกำหนดกรอบมาตรฐานการอุดมศึกษา เพื่อเป็นการประกันคุณภาพของบัณฑิตในแต่ละระดับคุณวุฒิและสาขาวิชา รวมทั้งเพื่อใช้เป็นหลักในการจัดทำมาตรฐานด้านต่าง ๆ เพื่อให้การจัดการศึกษามุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันในการผลิตบัณฑิตได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งหมดนี้ โดยมี วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นกรอบ

มาตรฐานให้สถาบันอุดมศึกษาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน และพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพและเพื่อประโยชน์ต่อการรับรองมาตรฐานคุณวุฒิในระดับอุดมศึกษาต่อไป ด้วยเหตุนี้การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาสำหรับผลิตบัณฑิต จำเป็นต้องมีการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการศึกษา โดยกำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาให้สถาบันอุดมศึกษาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ตลอดจนการรักษาคุณภาพและมาตรฐานของสถาบันทุกแห่งให้มีมาตรฐานเทียบเคียงกันได้ในระดับชาติและระดับสากล สอดคล้องกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการ ตามประกาศกระทรวงศึกษา เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2552 ประกอบกับสภาการพยาบาลได้มีการกำหนดตัวบ่งชี้ในการรับรองสถาบันการศึกษาสำหรับสถาบันการศึกษาที่มีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยให้มีการประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ ทั้ง 6 ด้านของบัณฑิตโดยผู้ใช้บัณฑิต ซึ่งประเมินหลังสำเร็จการศึกษาอย่างน้อย 1 ปี (สภาการพยาบาล, 2556) สอดคล้องกับแนวทางการติดตามคุณภาพบัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก โดยพิจารณาคุณสมบัติที่ครอบคลุม คุณสมบัติทั้ง 3 ด้านของบัณฑิตที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ได้แก่ ด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ ความรู้ความสามารถพื้นฐาน และคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณในวิชาชีพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลัก คือการผลิตบัณฑิตพยาบาล ซึ่งปัจจุบันวิทยาลัย ฯ มีบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 20 รุ่น หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) จำนวน 3 รุ่น และหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง) ภาคพิเศษ จำนวน 3 รุ่น ซึ่งในปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยต้องดำเนินการติดตามคุณภาพของบัณฑิต ในบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2560 ได้แก่ บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 20 จำนวน 91 คน โดยมีการติดตามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาแห่งชาติ อัตลักษณ์บัณฑิต และความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต รวมทั้งสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ดังนั้นเพื่อให้การติดตามคุณภาพของบัณฑิตดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานทะเบียน วัดและประมวลผลทางการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จึงได้จัดทำวิจัยเรื่องการศึกษาติดตามคุณภาพบัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2560 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เพื่อนำผลวิจัยมาพัฒนาการจัดการศึกษาที่จะนำไปสู่การสร้างบัณฑิตพยาบาลให้เป็นผู้มีความรู้ มีทักษะทางปัญญา มีความรับผิดชอบ และสามารถสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีทักษะการคิดวิเคราะห์ ตลอดจนจนปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาล ศาสตร์ พ.ศ.2555เป็นไปตามความต้องการของสังคมและอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สถาบันกำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์บัณฑิต ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2560 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี ตามความเห็นของผู้ใช้บัณฑิต

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์บัณฑิต ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2560 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพบัณฑิตที่ครอบคลุม ตามที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2558) ได้อธิบายเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิต ในแต่ละหลักสูตรซึ่งจะสะท้อนไปที่คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยพิจารณาจากผลลัพธ์การเรียนรู้ การปฏิบัติงานซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่ 2.1 ในระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตร โดยกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ได้มีการกำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามที่หลักสูตรกำหนดไว้ในมคอ.2 ซึ่งครอบคลุมผลการเรียนรู้ 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การ

สื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติเฉพาะสาขา และผู้วิจัยได้ศึกษาการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตตามอัตลักษณ์บัณฑิตทั้ง 3 ด้าน S –Service mind A-Analysis Thinking P-Participant /Patient Right และความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิตตามอัตลักษณ์บัณฑิต (SUPARN) ทั้ง 6 ด้าน ตามที่สถาบันกำหนด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **คุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ** หมายถึง คุณลักษณะหลักของบัณฑิต 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติวิชาชีพซึ่งสกอ.และสภาการพยาบาลได้กำหนดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 และมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์

2. **อัตลักษณ์บัณฑิต (SUPARN)** หมายถึง พฤติกรรมของบัณฑิตในการให้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี กำหนด ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตบริการ (S=service Mind) 2) ใฝ่เรียนรู้ (U=universal learning) 3) ด้านการมีส่วนร่วม (P=Participation) 4) ด้านความรับผิดชอบต่อ (R = Responsibility) 5) ด้านคิดวิเคราะห์ (A=Analytical Thinking) และ 6) ด้านทักษะทางวิชาชีพ (N=nursing skills)

3. **อัตลักษณ์ของบัณฑิต** หมายถึง พฤติกรรมของบัณฑิตในการให้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ประกอบด้วย จิตบริการ คิดวิเคราะห์และการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม

4. ผู้ใช้บัณฑิต หมายถึง นายจ้างหรือ

ผู้บังคับบัญชาขั้นต้นของบัณฑิตซึ่งมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษามาแล้วเป็นเวลา 1 ปี

5. บัณฑิต หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาจาก

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2560

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์บัณฑิต ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2560 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ นายจ้างหรือผู้บังคับบัญชาขั้นต้นของบัณฑิตซึ่งมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2560 ของผู้สำเร็จหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 20 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มาแล้วใน 1 ปีจำนวน 91 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

(Inclusion criteria) ดังนี้

1. นายจ้างหรือผู้บังคับบัญชาขั้นต้นของบัณฑิตซึ่งมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษาที่

สำเร็จการศึกษา รุ่นที่ 20 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มาแล้วใน 1 ปี

2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

(Exclusion criteria)

ผู้ใช้นวัตกรรมไม่สมัครใจ หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้นวัตกรรม

2. แบบประเมินการรับรู้ของผู้ใช้นวัตกรรมต่อ

คุณภาพนวัตกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้คุณสมบัติทั้ง 6 ด้านกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 และมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ได้กำหนดคุณภาพนวัตกรรมทุกระดับ คุณวุฒิและสาขาต้องเป็นไปตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่คณะกรรมการการอุดมศึกษากำหนด คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติเฉพาะสาขา โดยคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

3. แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต (SAP) ที่สถาบันพระบรมราชชนกจัดทำเป็นเครื่องมือกลาง ประกอบด้วย จิตบริการ คิดวิเคราะห์ และการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยได้ปรับรูปแบบเพื่อให้สอดคล้องต่อการประเมิน แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงเนื้อหาของแบบประเมิน โดยคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

4. แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต (SUPARN) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สร้างขึ้นประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านจิตบริการ 2) ใฝ่เรียนรู้ 3) ด้านการมีส่วนร่วม 4) ด้านความรับผิดชอบ 5) ด้านคิดวิเคราะห์ และ6) ด้านทักษะทางวิชาชีพ โดยคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

สำหรับการวิเคราะห์หาความเที่ยงของจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาปรับปรุงความถูกต้องทางด้านภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 3 คน และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ของผู้ใช้นวัตกรรมต่อคุณภาพบัณฑิตโดยคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต (SAP) ที่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และแบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต (SUPARN) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

5. แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการผู้ใช้นวัตกรรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยปรับข้อคำถามโดยให้ผู้ใช้นวัตกรรมมีความต้องให้นวัตกรรมมีการพัฒนาในด้านใด โดยระบุตามลำดับความสำคัญ สามลำดับแรก

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งโครงร่างให้คณะกรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เพื่อพิจารณาโครงร่าง

2. ผู้วิจัยส่งแบบเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยใน

มนุษย์ (ตามรหัสจริยธรรมที่ 008/2562)

3. ผู้วิจัยส่งหนังสือพร้อมกับแบบสอบถามไปยัง
ผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2560
จำนวน 91 คน ทางไปรษณีย์จากวิทยาลัยพยาบาลถึง
หน่วยงานที่บัณฑิตปฏิบัติงาน

4. หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน จะส่งสำรวจ
แบบสอบถามและส่งแบบสอบถามครั้งที่ 2 สำหรับผู้ที่
ยังไม่คืนแบบสอบถาม เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนครั้งที่ 2
แล้ว บัณฑิตยังไม่ส่งคืนก็จะไม่นำแบบสอบถามนั้นมา
วิเคราะห์

5. นำแบบสอบถามที่ได้คืนจากบัณฑิต และ
ผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตไปวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล
ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัณฑิต โดยใช้
การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์คุณลักษณะของแบบประเมิน
สมรรถนะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ
ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์
ตามอัตลักษณ์บัณฑิต ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน
ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดง
ลักษณะของข้อมูลและระดับของสมรรถนะ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิต
ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ
และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์บัณฑิต ของ
ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา
2560 หลังปฏิบัติงานครบ 1 ปี ตามความเห็นของผู้ใช้

บัณฑิต จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด
โดยใช้สถิติการทดสอบวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง
เดียว (One- way ANOWA)

4. วิเคราะห์ข้อมูลปลายเปิดเกี่ยวกับคุณลักษณะ
บัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการผู้ใช้บัณฑิต
จำแนกตามรายด้าน

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจและติดตาม
คุณภาพบัณฑิตโดยการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพ
บัณฑิต ความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต และอัตลักษณ์บัณฑิต
ในบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2560 ของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี โดยสอบถาม
ไปยังผู้ใช้บัณฑิตในสถานบริการทางสุขภาพที่บัณฑิต
ปฏิบัติงาน ซึ่งกลุ่มประชากร คือนายจ้างหรือ
ผู้บังคับบัญชาขั้นต้นของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ใน
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 20 ซึ่งมี
ประสบการณ์ทำงานร่วมกับบัณฑิต มาแล้วภายใน
ระยะเวลา 6 เดือน - 1 ปี เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้
บัณฑิต แบบประเมินการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพ
บัณฑิต แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต และ
แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึง
ประสงค์ตามความต้องการผู้ใช้บัณฑิต ผู้วิจัยได้รับ
แบบสอบถามตอบกลับ จำนวน 83 ฉบับ จาก 91 ฉบับ
คิดเป็นร้อยละ 91.21 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วย
ตารางประกอบการบรรยายและวิเคราะห์ข้อมูลจาก
แบบสอบถามปลายเปิดตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 20
จำแนกตามผู้ประเมิน n=91

ข้อ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1	หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่		
1.1	โรงพยาบาลศูนย์	44	53.00
1.2	โรงพยาบาลทั่วไป	6	7.20
1.3	โรงพยาบาลชุมชน	28	33.70
1.4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	6.00
2	ตำแหน่ง		
2.1	หัวหน้างาน / หัวหน้าหอผู้ป่วย	67	80.70
2.2	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	6.00
2.2	พยาบาลวิชาชีพ	8	9.60
2.3	รองหัวหน้าหอผู้ป่วย	3	3.60
3	สถานที่ที่บัณฑิตปฏิบัติงาน		
3.1	ห้องคลอด	2	2.40
3.2	ห้องผ่าตัด	4	4.80
3.3	แผนกผู้ป่วยใน	55	66.30
3.3	แผนกผู้ป่วยนอก	1	1.20
3.4	อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	10	12.00
3.5	หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	1	1.20
3.6	หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	5	6.00
3.7	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	6.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2560 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 53.00 ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 80.70 และสถานที่ที่บัณฑิตปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นแผนกผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 66.30

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 20 ในภาพรวม

ข้อ	รายการประเมิน	M	SD	แปลผล
1	ด้านคุณธรรม จริยธรรม	4.61	0.33	ดี
2	ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.48	0.40	ดี
3	ทักษะการปฏิบัติวิชาชีพ	4.26	0.45	ดี
4	ด้านความรู้	4.21	0.46	ดี
5	ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.17	0.47	ดี
6	ทักษะทางปัญญา	4.13	0.52	ดี
	รวม	4.33	0.36	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิต ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2560 จำแนกรายด้านโดยภาพรวม มีค่าเท่ากับ 4.33 อยู่ในระดับดี ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 รองลงมาคือ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มี

ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.40 ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 รองลงมา คือ ทักษะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่ออัตลักษณ์บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 20 ในภาพรวม

ข้อ	รายการประเมิน	M	SD	แปลผล
1.	จิตบริการ	4.55	0.39	ดี
2.	การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ	4.26	0.43	ดี
3.	การคิดเชิงวิเคราะห์	4.18	0.47	ดี
รวม		4.34	0.39	ดี

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2560 ต่ออัตลักษณ์บัณฑิต โดยภาพรวม มีค่าเท่ากับ 4.34 อยู่ในระดับดี ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านจิตบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.39

รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.43 ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การคิดวิเคราะห์ เท่ากับ 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่ออัตลักษณ์บัณฑิต (SUPARN) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 20 ในภาพรวม

ข้อ	รายการประเมิน	M	SD	แปลผล
1.	ด้านจิตบริการ	4.61	0.40	ดี
2.	ด้านใฝ่เรียนรู้	4.23	0.48	ดี
3.	ด้านการมีส่วนร่วม	4.56	0.41	ดี
4.	ด้านความรับผิดชอบ	4.60	0.44	ดี
5.	ด้านคิดวิเคราะห์	4.11	0.53	ดี
6.	ด้านทักษะทางวิชาชีพ	4.30	0.44	ดี
รวม		4.36	0.39	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่ออัตลักษณ์บัณฑิต (SUPARN) ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2560 ต่ออัตลักษณ์บัณฑิต โดย

ภาพรวม มีค่าเท่ากับ 4.36 อยู่ในระดับดี ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านจิตบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.40 รองลงมาคือ

ด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.60 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.44 ส่วนด้านที่มีคะแนน
เฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การคิดวิเคราะห์ เท่ากับ 4.11 ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 รองลงมาคือ ด้านใฝ่
เรียนรู้ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เท่ากับ 0.48 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา
แห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด (n = 83)

TQF	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	ระหว่างกลุ่ม	3	.15	.05	.42	.738
	ภายในกลุ่ม	79	9.05	.116		
	รวม	82	9.20			
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	2.39	.80	4.23	.008**
	ภายในกลุ่ม	79	14.79	.19		.
	รวม	82	17.17			
ทักษะทางปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	3	1.30	.44	1.67	.181
	ภายในกลุ่ม	79	20.62	.26		
	รวม	82	21.92			
ทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.15	.38	2.51	.064
	ภายในกลุ่ม	79	12.06	.15		
	รวม	82	12.21			
ทักษะการวิเคราะห์เชิง ตัวเลขการสื่อสารและการ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.26	.42	1.95	.128
	ภายในกลุ่ม	79	16.97	.22		
	รวม	82	18.22			
ทักษะการปฏิบัติงานวิชาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.72	.58	3.00	.036
	ภายในกลุ่ม	79	15.18	.19		
	รวม	82	16.90			

** $p < .05$

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของด้านความรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด

สถานที่ทำงาน	รพ.ศูนย์	รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน	รพ.สต
รพ.ศูนย์	-	-.064	.257	-.397
รพ.ทั่วไป		-	.321	-.333
รพ.ชุมชน			-	-.654**
รพ.สต				-

** $p < .05$

จากตารางที่ 5 และตารางที่ 6 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด พบว่า ด้านความรู้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 8) โดยพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติด้านความรู้สูงกว่าผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด (n = 83)

SAP	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
จิตบริการ	ระหว่างกลุ่ม	3	.79	.27	1.78	.158
	ภายในกลุ่ม	79	11.82	.15		
	รวม	82	12.62			
การคิดวิเคราะห์	ระหว่างกลุ่ม	3	3.50	1.17	6.43	.001**
	ภายในกลุ่ม	79	14.32	.18		
	รวม	82	17.82			
การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	ระหว่างกลุ่ม	3	1.43	.48	2.69	.52
	ภายในกลุ่ม	79	14.04	.18		
	รวม	82	15.47			

** $p < .05$

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการคิดวิเคราะห์ของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลต้นสังกัด

สถานที่ทำงาน	รพ.ศูนย์	รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน	รพ.สต
รพ.ศูนย์	-	.326	.329**	-.406
รพ.ทั่วไป		-	.002	-.733
รพ.ชุมชน			-	-.736**
รพ.สต				-

** $p < .05$

จากตารางที่ 7 และ ตารางที่ 8 พบว่า ผลการเปรียบเทียบอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ต้นสังกัด พบว่า ด้านการคิดวิเคราะห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 7) โดยพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล มีอัตลักษณ์ด้านการคิดวิเคราะห์สูงกว่าทุกสถานที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีอัตลักษณ์ด้านการคิดวิเคราะห์สูงกว่าทุกแห่ง ดังตารางที่ 8

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2560

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการผู้ใช้บัณฑิตจากคำถามปลายเปิด จำแนกรายด้านดังนี้

1. ความรู้ความสามารถทางวิชาการ วิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ การพยาบาล สูติความรู้ในด้านการวิเคราะห์โรค และการประเมินคนไข้ที่มีโรคซับซ้อน
2. ทักษะวิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ การทำคลอดปกติ ทักษะการคิดและการวิเคราะห์อย่างรวดเร็ว
3. คุณลักษณะอื่นๆที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ ภาวะผู้นำ กล้าคิดกล้าตัดสินใจและความขยันหมั่นเพียร

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการติดตามคุณภาพบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2560 ของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 20 จำนวน 91 คน โดยกลุ่มประชากรเป็นนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชาขั้นต้นของบัณฑิตซึ่งมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับ วิทยาลัยได้รับ

แบบประเมินกลับคืน จำนวน 83 ฉบับ จาก 91 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.21 สรุปผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัณฑิต สรุปได้ดังนี้

ผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2560 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 53.00 ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 80.70 และสถานที่ที่บัณฑิตปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นแผนกผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 66.30

2. การรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2560 รุ่นที่ 20

ผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตมีความเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษา หลังปฏิบัติงานเป็นเวลา 1 ปี เมื่อพิจารณาครบทั้ง 6 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยสมรรถนะด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนที่เน้นการให้บริการด้วยความเอื้ออาทร การเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความเมตตา ความสนใจ ความเอาใจใส่ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และจุดเน้นที่ให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตลอดจนแผนการส่งเสริมการเรียนการสอนที่สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในรายวิชา และกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เน้นคุณธรรม จริยธรรมที่ทางวิทยาลัยฯ จัดให้มีเพิ่มเติม เช่น โครงการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 2560) จึงทำให้บัณฑิตพยาบาลมีทักษะด้านคุณธรรม จริยธรรม ตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต

ที่สอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม ต่อผลการเรียนรู้ของบัณฑิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ, 2556) และผลความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2554 (ประภาพรรณ และคณะ, 2559) และผลประเมินคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรี ที่สำเร็จปีการศึกษา 2556-2557 วิทยาลัยเซาธ์อีสท์บางกอก (เพลินพิศ ศิริสมบุญ , 2559) ซึ่งผู้ใช้นักศึกษามีความต้องการ บัณฑิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ การบัณฑิตที่เป็นคนดีมีคุณธรรม จริยธรรมมีวินัย มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีความเสียสละ เห็นประโยชน์ของส่วนรวมมีความอ่อนน้อมถ่อมตน มีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความตรงต่อเวลา ซึ่งเป็นคุณธรรม จริยธรรมที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล (ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์ ,พริยา สุธีรางกูร และอรนันท์ หาญยุทธ, 2556) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะทางปัญญา สอดคล้องกับการศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ตามความเห็นของผู้ใช้บัณฑิต (วิดาพร ทับทิมศรี, 2562) อธิบายได้ว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เคยชินกับการเรียนการสอนแบบบรรยาย แม้ว่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ได้มีการปรับการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ครูผู้สอนทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (learning facilitator) ปรับวิธีการสอน ออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เน้นใช้

คำถามกระตุ้น เน้นลงมือทำ (learning by doing) เช่น การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem-based learning) การเรียนจากสถานการณ์จริง (simulation-based learning) การเรียนจากกรณีศึกษา (case study) เพื่อให้เกิดความกระตือรือร้น อย่างตื่นตัว (active) และเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สร้างความรู้ด้วยตนเอง (construction) ส่งเสริมให้พัฒนาพหุปัญญา (multiple intelligences) สอนให้เข้าใจเกี่ยวกับมโนทัศน์และแนวคิดที่สำคัญมากกว่าการท่องจำ กระตุ้นให้ผู้เรียนเห็นคุณค่า มีทัศนคติที่ดี และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริงตามสถานการณ์ต่างๆในการปฏิบัติงาน ซึ่งการเรียนการสอนแบบนี้เป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จของการพัฒนาทักษะทางปัญญา ซึ่งผู้สำเร็จการศึกษาอาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว และฝึกทักษะกระบวนการคิดใหม่ เมื่อพบกับงานใหม่ๆ ที่ท้าทาย ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ควรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลายอย่างต่อเนื่องให้กับนักศึกษาตั้งแต่เริ่มเข้ามาศึกษาในวิชาชีพพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญาอย่างสม่ำเสมอ

3.การรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตต่ออัตลักษณ์บัณฑิตของบัณฑิต (SAP, SUPARN) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2560 รุ่นที่ 20

ผู้ใช้นักศึกษามีความเห็นเกี่ยวกับอัตลักษณ์บัณฑิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพบว่าผู้ใช้นักศึกษามีความเห็นเกี่ยวกับความถี่ในการแสดงพฤติกรรม ด้านจิตบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของอรนันท์ หาญยุทธ และรัชชา รัตนธาวรร (2555) ได้ศึกษาอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย พบว่า

คุณลักษณะบัณฑิตตามอัตลักษณ์บัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจทุกด้าน อยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือด้านประสิทธิภาพและจริยธรรม และรจนารถ ชูใจ (2557) พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านพฤติกรรมบริการ สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และสายสวาท เผ่าพงษ์และคณะ (2555) ได้ศึกษาความคิดเห็นของบุคคลภายในและภายนอก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ต่ออัตลักษณ์ของบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พบว่า บุคคลภายในและภายนอก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เห็นด้วยต่ออัตลักษณ์ของบัณฑิตโดยรวม อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในเรื่องการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีผู้รับบริการ และนิลอุบล แก้วอินทร์ และคณะ (2553) ได้ติดตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตและประเมินพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตพยาบาล ซึ่งด้านพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยภาพรวมทุกด้าน บัณฑิตแสดงพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บ่อยครั้ง เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านจิตบริการ ด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการมีส่วนร่วม และด้านการคิดวิเคราะห์ ทั้งนี้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ได้สอดแทรกเนื้อหา กิจกรรม กลยุทธ์ต่างๆ ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณในวิชาชีพให้นักศึกษาทุกชั้นเรียนทุกรายวิชา และมีการจัดกิจกรรมนอกชั้นเรียนที่รับการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณในวิชาชีพ และด้านอื่นๆ อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การคิดวิเคราะห์ เนื่องจากการคิดที่อยู่บนพื้นฐานของการมีข้อมูลที่

หลากหลาย ตามสภาพจริง เพื่อเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง โดยสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับสภาพจริงของผู้รับบริการ ซึ่งอาจต้องใช้ประสบการณ์ที่หลากหลายรวมถึงการใช้เวลาในการสะสมประสบการณ์ด้วย

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ปีการศึกษา 2560

เปรียบเทียบคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษา จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่าคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของผู้สำเร็จการศึกษาด้านความรู้ เมื่อจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล ต้นสังกัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติด้านความรู้สูงกว่าผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าบัณฑิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ผลิตเพื่อชุมชน สมรรถนะด้านความรู้ที่นำไปใช้ในชุมชนจึงสูง เพราะมีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ มีเป้าหมายหลักเพื่อให้บัณฑิตสามารถวางแผนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ปฏิบัติการพยาบาลชุมชนได้จริง และได้จัดการเรียนการสอนที่ทำให้บัณฑิตพยาบาลเกิดความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ควบคู่ไปกับการมีองค์

ความรู้ทางการพยาบาล และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ (2559) พบว่า ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนมีการปรับรูปแบบวิธีการ และเทคนิคที่หลากหลาย เน้นให้ผู้เรียนคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ท้นต่อเหตุการณ์และเทคโนโลยี แสวงหาองค์ความรู้ใหม่ด้วยตนเอง จึงกล่าวได้ว่า การจัดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองทำให้นิสิตเกิดการเรียนรู้ตามบริบท มีความรับผิดชอบด้านการปฏิบัติ มีความริเริ่มในการเรียน มีการพัฒนาองค์ความรู้และประสบการณ์ (Hiemstra, 1994; Knowles, 1975; Skager & Dave, 1977) ดังนั้น ผู้สำเร็จการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลต้องศึกษาหาความรู้อยู่ตลอดเวลาเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของตนเอง และให้บริการทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพต่อไป

5. ความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อความต้องการคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตจากคำถามปลายเปิด จำแนกรายด้านดังนี้

1. ความรู้ความสามารถทางวิชาการ วิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ การพยาบาลสูติ

ศาสตร์ ความรู้ในด้านการวิเคราะห์โรค และการประเมินคนไข้ที่มีโรคซับซ้อน

2. ทักษะวิชาชีพที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ การทำคลอดปกติ ทักษะการคิดและการวิเคราะห์อย่างรวดเร็ว

3. คุณลักษณะอื่นๆที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการมากที่สุด ได้แก่ ภาวะผู้นำ กล้าคิดกล้าตัดสินใจและความขยันหมั่นเพียร

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มงานวิชาการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนที่เน้น Active Learning สร้างระบบครู Coach เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพครู ครูเน้น Teach Less, Learn More ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (learning facilitator) ทำหน้าที่ empower ปรับวิธีการสอน ออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เน้นใช้คำถามกระตุ้น เน้น ลงมือทำ (learning by Doing): PBL Co-operation เพื่อให้เกิดความกระตือรือร้น อย่างตื่นตัว (Active) และเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สร้างความรู้ด้วยตนเอง (Construction) ส่งเสริมให้พัฒนาพหุปัญญา (Multiple intelligences) และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริง (Application)

2. กลุ่มงานกิจการนักศึกษาจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมภาวะผู้นำให้นักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงศึกษาธิการ. (2552). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่องมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2552*

เกศสุดา เหมทานนท์. (2553). *คุณภาพบริการของ สถานีนอนามัยตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.*

ชญากรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ และคณะ.(2554). *การศึกษาติดตามบัณฑิตที่สำเร็จปีการศึกษา 2552. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ.*

ประภาพรพรณ และเนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช. (2559). *ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(1), 136-144.*

นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ. (2556). *ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามต่อผลการเรียนรู้ของบัณฑิต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. การประชุมวิชาการ มหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 10 นิธิวัช เหล็กปาน. (2554). ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยทักษิณ.)*

นิลอุบล แก้วอินทร์ และคณะ. (2554). *การติดตามประเมินคุณภาพของบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษาที่สำเร็จปีการศึกษา 2550-2552. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี.*

เพลินพิศ ศิริสมบุญ. (2559). *คุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรีที่*

สำเร็จปีการศึกษา 2556-2557 (รุ่นที่15) วิทยาลัยเซาธ์อีสท์บางกอก. SOUTHEAST BANGKOK JOURNAL, 2(2), 55-67.

รจนารถ ชูใจ. (2557). *ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ปีการศึกษา 2555. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.*

วิดาพร ทับทิมศรี เพ็ญวรรณ เข้มขัน วราภรณ์ วานิช และปราโมทย์ สิงวัฒนากุล. (2562). *คุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ตามความเห็นของผู้ใช้บัณฑิต. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 35(1), 252-263*

ศศิกาญจน์ สกุล ปัญญวัฒน์ ร.ต.อ.หญิงพริษา สุธีรางกูร และพล.ต.ตหญิง อรนนท์ หาญยุทธ. (2556). *คุณลักษณะบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2555. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี , 8(2), 229-234.*

ศิริณีย์ อินทรหนองไผ่ และจุฑามาศ คชโคตร. (2559). *ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต.วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(2), 104-114.*

ศิริขวัญ พรหมจำปา และคณะ. (2555). *การศึกษาคัดตามคุณภาพบัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา*

2553 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุพรรณบุรี

ศิริวรรณ ทุ่มเชื้อ และคณะ. (2556). การประเมินคุณภาพ
ของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ
ระดับปริญญาตรี ที่สำเร็จปีการศึกษา 2553-
2554 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7(2), 10-17.

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือประกัน
คุณภาพการศึกษา.

สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข. (2555). หลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ.
2555.

สายสวาท เผ่าพงษ์ จุฑาทิพย์ ศิริณภาดล สิริเพ็ญโสภา
จันทร์สถาพร และภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์.
(2555). อัตลักษณ์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนี นครราชสีมา. วารสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 18(1), 5-
16.

สุนทรี ขะชาตย์ และเสาวลักษณ์ แสนฉลาด
(2556). การศึกษาติดตามคุณภาพบัณฑิตที่สำเร็จ
ปีการศึกษา 2554. วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี สุพรรณบุรี.

สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพ
การศึกษา. (2554). คู่มือการประเมินคุณภาพ
ภายนอกกรอบสาม.

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2558). คู่มือ
การประกันคุณภาพการศึกษาภายใน
ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557. นนทบุรี: ห้าง
หุ้นส่วนจำกัดกราฟิมพ์.

หนึ่งฤทัย โพธิ์ศรี และวิจิตรา กุสุมภ์. (2559). อัตลักษณ์
ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวน
สุนันทา. วารสารวิจัยและพัฒนา ฉบับ
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 9(1), 135-145.

อรนันท์ หาญยุทธ และรัชชา รัตนธาวาร (2555).

คุณภาพบัณฑิต และอัตลักษณ์ของบัณฑิตคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียที่
สำเร็จปีการศึกษา 2553. วารสารวิชาการ
มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, 1(2).

ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ณิรดา พรหมณัฐ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 268 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพัฒนามาจาก จิราภรณ์ ภูสมบุญ (2556) พัฒนาจากแนวคิดของ Warr (2007) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความสุขในการปฏิบัติงาน และความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 1.0 และ 0.81 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 3.55, SD = 0.67$) 2) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ด้านรายได้และค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($r_{sp} = 0.114$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงาน 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 ($r_{sp} = 0.628$) กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีปัจจัยที่หลากหลาย ปัจจัยที่สำคัญ คือ รายได้ และค่าตอบแทน ดังนั้นผู้บริหารของโรงพยาบาลจึงควรให้ความสนใจในการพัฒนาบุคลากรให้มีความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาล และจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ความสุขในการปฏิบัติงาน, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน, จังหวัดนครศรีธรรมราช

* พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

E-mail: addrot022519@gmail.com

HAPPINESS WORK PLACE OF PROFESSIONAL NURSE IN COMMUNITY HOSPITAL, NAKHONSRI TAMMARAT PROVINCE

Nirada Promchoo

ABSTRACT

The purpose of this study were to study the level of happiness at work place for professional nurse, factors related to the happiness at work place of professional nurse in community hospitals, Nakhonsritammarat Province. The samples of this study were selected from 268 professional nurse in community hospitals, Nakhonsritammarat Province by stratified random sampling sampling. The research instrument was a questionnaire developed from Jiraporn Phusomboon, (2010). Which created from Warr, (2007). Concept of happiness work place. Consisted of third parts; personal factors, environmental factors happiness work place of professional nurse, and happiness in the work place of professional nurse. The Content validity index (CVI) values of questionnaire part no.2 and no.3 were 1.0, 0.81 respectively. Cronbach Alpha reliability were .88. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, Spearman's rank correlation coefficients and Pearson's product moment correlation coefficients.

The result findings were as follows. 1) Professional nurse rated their happiness in the work a high level statistical significance ($M = 3.55$, $SD = 0.67$). 2) The personal factors: income and compensation related to happiness at work place for professional nurse were low level statistical significance $< .05$ ($r_{sp} = .114$). As for other personal factors, it was found that there was no correlation with work happiness. 3) The environmental factors, overall related to the happiness at work place for professional nurses were high level statistical significance $< .01$ ($r_{sp} = .628$).

Conclusion: The happiness in working of professional nurses. There are many factors Important are income and compensation, Therefore, the management of the hospital should pay attention to the development of personnel to be happy in the performance of the nurse and will affect the work efficiency more efficiently.

Key Words : happiness work place, professional nurse, community hospital

บทนำ

ทรัพยากรบุคคลถือเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะนำความสำเร็จมาสู่องค์กร ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจุบันในเกือบทุกองค์กรมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลมากขึ้น โดยเน้นในเรื่องของการทำงานอย่างมีความสุข เนื่องจากบุคคลมีความสุขในการทำงาน ก็จะทำให้การทำงาน ประสบความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากคายเนอร์ กล่าวไว้ว่า ความสุขเป็นสิ่งสำคัญหรือเป็นรากฐานของการดำรงชีวิต เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่ดีที่ใช้ประเมินความเป็นอยู่หรือเป้าหมายหลักของชีวิต ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อชีวิต (Diener, 2003, อ้างถึงในรัชนิ หาญสมสกุล, 2553) การให้บริการทางด้านสาธารณสุขนั้นกำลังสำคัญในการทำงาน คือพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในทีมสุขภาพ และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีบทบาทสำคัญมากที่สุดของระบบบริการสาธารณสุข มีบทบาทในด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้รับบริการ อันเป็นงานที่มีประโยชน์ต่อมวลมนุษย์ (วิรญา ศิริจรรยาพงษ์, 2556)

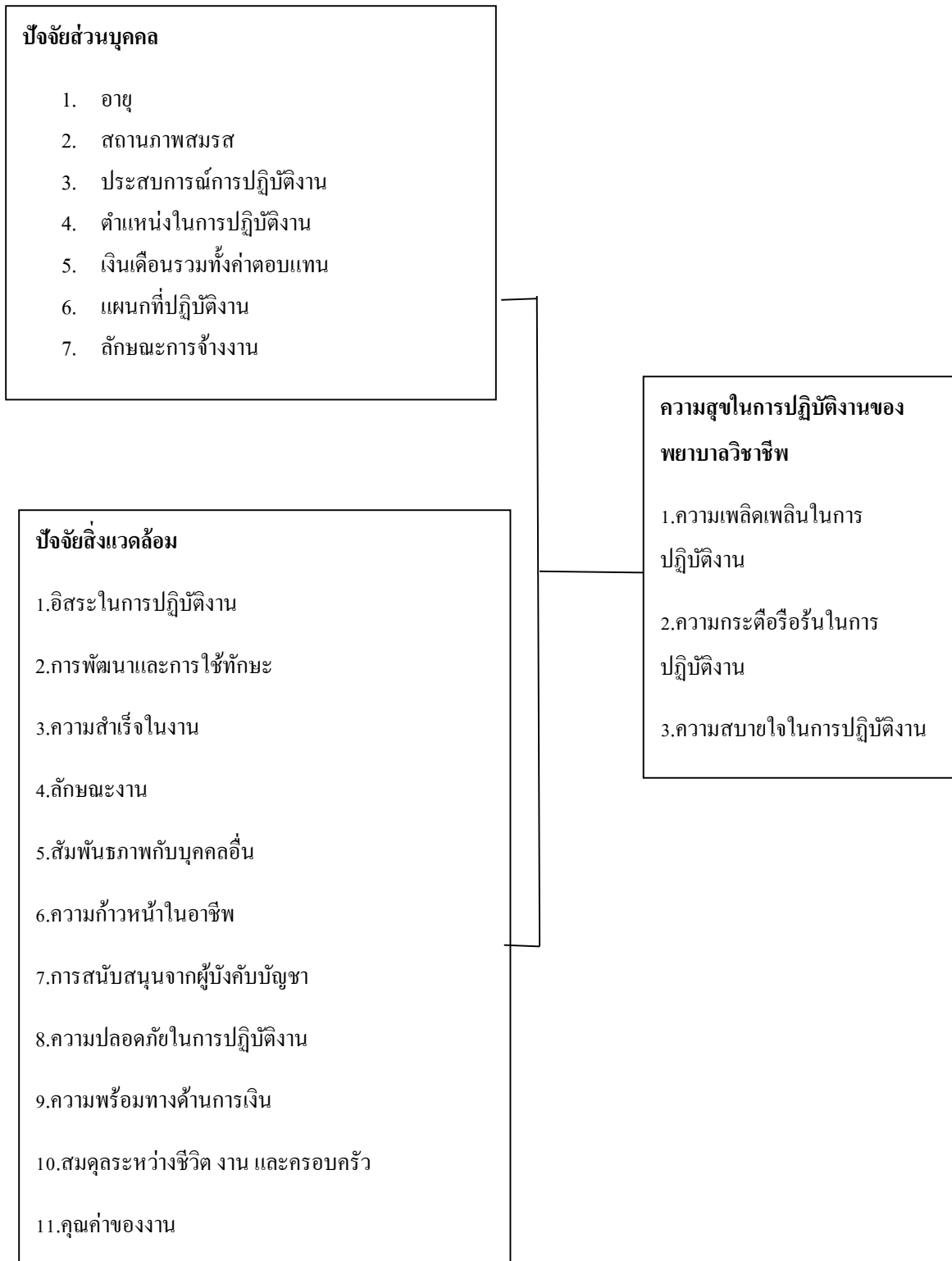
ความสุขในการปฏิบัติงานเป็นความรู้สึกที่เกิดจากภายในจิตใจของบุคคล ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ในการทำงาน การที่จะพัฒนาให้องค์กรให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องให้ความสำคัญกับบุคลากร องค์กรพยาบาลก็เช่นเดียวกันเป็นองค์กรที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาล โดยที่มีพยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรหลักที่สำคัญมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการจัดให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องมากกว่าบุคลากรสุขภาพกลุ่มอื่นๆ พยาบาลจะต้องปฏิบัติงานเป็นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน

สลับกันไปเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นการดำเนินชีวิต ในเรื่องของเวลาทำงาน และการพักผ่อนของพยาบาลจึงต่างจากคนปกติทั่วไป อีกทั้งต้องปฏิบัติงาน ในสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่ต้องอยู่กับสภาพความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย สัมผัสกับเชื้อโรคที่มองไม่เห็นและสิ่งปฏิกูลต่างๆ รวมถึงการดูแลสถานะจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความคาดหวังและต้องการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้นด้วย (ลักขมี สุดดี, 2550) นอกจากนี้พยาบาลยังต้องรับภาระงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่งานการพยาบาลโดยตรง เช่น งานหลักประกันสุขภาพ งานนโยบายและแผน งานพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐานโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องรับภาระงานมากขึ้น จึงเกิดความอ่อนล้า ทั้งทางร่างกายและทางอารมณ์เพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติงาน (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2552) ส่งผลให้ความสุขในการปฏิบัติงานลดลง

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นสถานบริการที่ให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ พยาบาลวิชาชีพต้องทำหน้าที่หลายบทบาท ทั้งงานประจำที่เป็นภารกิจหลัก คือ ให้บริการแก่ผู้รับบริการ ซึ่งต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความหลากหลายโรคและมีความซับซ้อน ภาระงานมาก จำนวนผู้รับบริการที่ไม่ได้สัดส่วนกับอัตรากำลังของพยาบาลที่มีอยู่ และการทำงานเกินหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยเฉพาะนอกเวลาราชการที่ต้องปฏิบัติหน้าที่แทนวิชาชีพอื่น ก่อให้เกิดความกดดัน ความคับข้องใจ และความเครียดแก่พยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดผลลบต่อการทำงาน ความพึงพอใจในงาน ลดต่ำลง อันจะนำไปสู่การไม่มีความสุขในการทำงาน ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ก้องบุลยาพงศ์ , (2560) ที่พบว่า สภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอกับการะงาน ต้องปฏิบัติหน้าที่ แทนวิชาชีพอื่น รู้สึกงานที่ทำจำเจ น่าเบื่อ และเมื่อทำงาน ไม่ประสบความสำเร็จ รู้สึกผิดหวัง เป็นทุกข์ หาก พยาบาลไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ส่งผลให้อารมณ์ ทางลบมากกว่าทางบวก จึงทำให้ไม่มีความสุขในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ จิราภรณ์ ภูสมบัติ, (2556) ที่ ได้ศึกษาความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง จังหวัดสกลนคร พบว่า ด้านความสบายใจในการปฏิบัติงานมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวว่ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาระงานมากและงานหนัก บางครั้งเกิดความขัดแย้งจาก บทบาท และเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความเครียด ส่งผลเชิงผกผันกับความสุขของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้การนำระบบประกัน คุณภาพมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสู่การรับรอง คุณภาพ จึงทำบุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพ จำเป็นต้องหาความรู้ และปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ไปสู่ การเป็นบุคลากรที่มีคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุลจิตรม, 2556 ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล บริหารจัดการ และ วิชาการทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ความสุขในการ ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพลดลง (นภาพร รักผกา, 2553)

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความสุขในการ ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ ว่าการมีความสุขในการทำงาน ทำให้ผลงานที่เกิดขึ้นมี ประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ควรมีความรู้ ความเข้าใจตลอดจนมีการสำรวจความสุข ของพยาบาลวิชาชีพในองค์กรว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำผลที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพื่อเสริมสร้างความสุข ในการปฏิบัติงานของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมและรายด้าน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช แตกต่าง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
ศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (correlation studies)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน
19 โรงพยาบาล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของการศึกษากำหนด
ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro
Yamane, 1967 อ้างใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ที่ระดับ
ความเชื่อมั่น 95%

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามชั้น
(stratified random sampling sampling) ซึ่งใช้หลักความ
น่าจะเป็น (probability sampling) ตามจำนวนกลุ่ม
ตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล

การศึกษากำหนดครั้งนี้มี N = ขนาดประชากร 895 คน
ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 268 คน และทำการกำหนด
สัดส่วน จำแนกตามรายโรงพยาบาลดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายโรงพยาบาล (n = 268)

ลำดับ	โรงพยาบาล	ประชากร จริง	กลุ่ม ตัวอย่าง	ลำดับ	โรงพยาบาล	ประชากร จริง	กลุ่ม ตัวอย่าง
1	ท่าศาลา	150	45	12	พรหมคีรี	31	9
2	ฉวาง	85	25	13	เฉลิมพระ	23	7
3	ร่อนพิบูลย์	67	20		เกียรติ		
4	หัวไทร	66	20	14	พระพรหม	19	6
5	ชะอวด	64	19	15	พ่อท่านคล้าย	20	6
6	ปากพนัง	59	18		วาจาสิทธิ		
7	ทุ่งใหญ่	51	15	16	ถ้ำพรรณรา	17	5
8	เชียรใหญ่	45	14	17	นบพิตำ	14	4
9	ลานสกา	43	13	18	พิปูน	33	10
10	จุฬาภรณ์	40	12	19	นาบอน	38	10
11	บางขัน	30	9				
รวม				n = 268 คน			

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทำงาน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน เงินเดือนรวมทั้งค่าตอบแทน แผนกที่ปฏิบัติงาน และลักษณะการจ้างงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ศึกษาพัฒนามาจาก จิราภรณ์ ภูสมบัติ (2556) จำนวน 48 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้ศึกษาปรับใช้แบบสอบถามของ จิราภรณ์ ภูสมบัติ (2556) ที่สร้างจากแนวคิดความสุขในการ

ทำงานของ Warr, (2007) จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็นลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีระดับคะแนนและความหมายของตัวเลือกดังนี้

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

มากที่สุด คะแนน 5

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 4

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ปานกลาง คะแนน 3

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย

คะแนน 2

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

น้อยที่สุด คะแนน 1

การแปลความหมายคะแนนความสุขในการทำงานของพยาบาล โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย และใช้หลักการแปลความหมายเฉลี่ยของตัวแปรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

4.50 – 5.00 มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด

3.50 - 4.49 มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก

2.50 – 3.49 มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

1.50 – 2.49 มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย

1.00 1.49 มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลและแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 30 คน

แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) เท่ากับ 1.0 และ 0.81 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าคำถามของแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และคำนิยามศัพท์ (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา 19 แห่ง

2.เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 เดือน มีนาคม 2561 - 30 มีนาคม 2561 โดยชี้แจงผ่านการประชุมประจำเดือนของหัวหน้าพยาบาล และส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ ไปที่โรงพยาบาลที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่กำหนดไว้แบบสอบถามทั้งสิ้น จำนวน 268 ฉบับ

3.ผู้วิจัยนัดหมายรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับคำตอบกลับ มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ทั้งหมด 249 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.29 และนำแบบข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย (IRB)

ผู้วิจัยได้แนบรายละเอียดในเรื่องการแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแบบสอบถาม ขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ตามมา โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาออกมาในลักษณะภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ข้อมูล

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) วิเคราะห์ข้อมูลระดับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยบุคคล ปัจจัย สิ่งแวดล้อม กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta) สหสัมพันธ์เพียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แปลความหมายระดับความสัมพันธ์ ดังนี้

ค่า $r + 1$ หรือ -1 แสดงว่า ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างสมบูรณ์

ค่า r ที่ใกล้เคียงบวก $+1$ หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัว มีความสัมพันธ์ต่อกันสูง (Burns & Grove, 1996) แบ่งระดับความสัมพันธ์ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

$r = 0.1$ ถึง 0.3 แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์ต่ำ

$r = 0.3$ ถึง 0.5 แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

r สูงกว่า 0.5 แสดงถึงการมีระดับความสัมพันธ์สูง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 249 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 36.92 ปี มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 30.50) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.90) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพในช่วงอายุ 16-20 ปี (ร้อยละ 23.69) ปฏิบัติงานในระดับชำนาญการมากที่สุด (ร้อยละ 72.69) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท (ร้อยละ 45.78) ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยใน (ร้อยละ 32.90) และเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 58.20)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.46$, $SD = 0.65$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านคุณค่าของงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด และอยู่ในระดับมาก ($M = 3.98$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือ ด้านอิสระในการปฏิบัติงาน ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการพัฒนาและการใช้ทักษะ ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งหมด ($M = 3.86$, $SD = 0.56$) ($M = 3.85$, $SD = 0.66$) ($M = 3.81$, $SD = 0.60$) และ ($M = 3.72$, $SD = 0.67$) ตามลำดับ ส่วนด้านความก้าวหน้าในอาชีพ ด้านลักษณะงานที่หลากหลาย ด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ด้านการได้รับค่าตอบแทน และรายได้ที่เพียงพอ ความสำเร็จของงาน และด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ($M = 3.46$, $SD = 0.75$) ($M = 3.29$, $SD = 0.85$) ($M = 3.29$, $SD = 0.79$) ($M = 3.16$, $SD = 0.75$) ($M = 2.94$, $SD = 0.50$) และ ($M = 2.78$, $SD = 0.53$) ตามลำดับดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกเป็นรายด้านรายข้อและโดยรวม (n=249)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	M	SD	ระดับ
คุณค่าของงาน	3.98	0.57	มาก
อิสระในการปฏิบัติงาน	3.86	0.56	มาก
สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	3.85	0.66	มาก
การพัฒนาและการใช้ทักษะ	3.81	0.60	มาก
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	3.72	0.67	มาก
ความสำเร็จของงาน	2.94	0.50	ปานกลาง
ความสมดุลระหว่างชีวิต การทำงาน และครอบครัว	2.78	0.53	ปานกลาง
ความก้าวหน้าในอาชีพ	3.46	0.75	ปานกลาง
ลักษณะงานที่หลากหลาย	3.29	0.85	ปานกลาง
ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	3.29	0.79	ปานกลาง
ด้านการได้รับค่าตอบแทนและรายได้ที่เพียงพอ	3.16	0.75	ปานกลาง
สิ่งแวดล้อมโดยรวม	3.46	0.65	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.55, SD=0.67$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความกะตือรือร้นในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับมาก ($M=3.94, SD=0.51$) รองลงมาคือ ความเพียรพยายามในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=3.63, SD=0.84$) ส่วนความสบายใจในการปฏิบัติงานคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.10, SD=0.68$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกรายชื่อและโดยรวม (n= 249)

ข้อมูล	M	SD	ระดับ
ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน	3.94	0.51	มาก
ความเพลิดเพลินในการปฏิบัติงาน	3.63	0.84	มาก
ความสบายใจในการปฏิบัติงาน	3.10	0.68	มาก
ความสุขในการปฏิบัติงานโดยรวม	3.55	0.67	มาก

จากตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ด้านรายได้และค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ($r_{sp} = .114$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน แผนก/หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะการจ้างงานปัจจุบัน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความสุขในการปฏิบัติงาน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่า โดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ ($r_{sp} = .628$) กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสำเร็จของงาน มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ ($r = .525$) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนา และใช้ทักษะมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = .520$) และด้านระดับต่ำที่สุด คือ ด้านลักษณะงานที่หลากหลาย อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ ($r = .252$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมพันธระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	ความสุขในการปฏิบัติงาน	
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	r	0.044
สถานภาพสมรส	Eta	0.393
ประสบการณ์ในการทำงาน	r	0.013
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	Eta	0.130
รายได้ต่อเดือน	r	0.114
แผนก/หน่วยงานที่ปฏิบัติ	Eta	0.035
ลักษณะการจ้างงานปัจจุบัน	Eta	0.495
ปัจจัยสิ่งแวดล้อมโดยรวม	r	0.628
ด้านลักษณะงานที่หลากหลาย	r	0.352
ด้านการได้รับค่าตอบแทน และรายได้ที่เพียงพอ	r	0.369
ด้านความปลอดภัยในการทำงาน	r	0.384
ด้านความสมดุลระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว	r	0.413
ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	r	0.441
ด้านคุณค่าของงาน	r	0.452
ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	r	0.461
ด้านอิสระในการทำงาน	r	0.466
ด้านความก้าวหน้าในอาชีพ	r	0.489
ด้านการพัฒนาและการใช้ทักษะ	r	0.520
ด้านความสำเร็จของงาน	r	0.525

* $p < .05$ ** $p < .01$ $r =$ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

$r_{sp} =$ Spearman's Rank Correlation Coefficients

การอภิปรายผล

1. ศึกษาระดับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.55, SD = 0.67$)) อาจเนื่องจากองค์ประกอบของความสุขด้านความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานและ ความเพลิดเพลินในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง เกิดจากการแสดงออกด้วยรู้สึกพอใจ พอใจ และยินดีในการปฏิบัติงานของตน ส่วนความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานเป็นความรู้สึกตื่นตัว มีชีวิตชีวาในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้มีความสุขในการปฏิบัติงาน (จิราภรณ์ ภู่มสมบูรณ์, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับที่ กิดานัล กังแฮ (2559) ได้กล่าวว่า ความกระตือรือร้นในการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข เพราะความกระตือรือร้นช่วยให้งานสำเร็จ มีพลังและมีแรงบันดาลใจในการทำงานและเป็นเคล็ดลับการทำงานให้มีความสุข เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.94, SD = 0.51$) รองลงมาคือ ความเพลิดเพลินในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.63, SD = 0.84$) ทั้งนี้เนื่องจากทางโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราชทำงานเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกันระหว่างโรงพยาบาลมีทีมพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งถือเป็นผู้เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ ทำให้สามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ดีและเร็ว จึงป้องกันและแก้ไขไม่ให้เกิดปัญหา กับผู้ป่วยได้ สามารถบริหารจัดการ สอน ชี้แนะ รวมทั้งเป็นแบบอย่างแก่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ทำ

ให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน เกิดความภาคภูมิใจ มองว่างานที่มีคุณค่า รู้สึกรักและผูกพันในงานที่ทำส่งผลให้มีความสุขในการปฏิบัติงาน (เบญจพร ก้องบุญยาพงษ์, 2559) การให้รางวัลจิตใจสำหรับผลงานดีเด่น ทำให้บุคลากรกระตือรือร้นสร้างสรรค์ผลงานหรือนวัตกรรมใหม่ๆ ให้แก่หน่วยงาน เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีการกระตุ้นความกระตือรือร้นในการทำงานส่งผลให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุข เพราะความกระตือรือร้นช่วยให้งานสำเร็จ มีพลังและมีแรงบันดาลใจในการทำงานและเป็นเคล็ดลับการทำงานให้มีความสุข (กิดานัล กังแฮ, 2559) ส่วนความสบายใจในการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10, SD = 0.68$) อธิบายได้ว่า ความสบายใจเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลในขณะที่ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาระงานมาก และงานหนัก บางครั้งเกิดความขัดแย้งจากบทบาทหน้าที่ และเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่งผลให้เกิดความเครียด และไม่สบายใจในการปฏิบัติงาน (ทรรศวรรณ ขาวพราย, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับที่ณัฐวุฒิ พงศ์สิริ (2557) กล่าวว่า บุคคลจะทำงานด้วยความสุข ถ้าได้ทำงานที่ชอบและปราศจากแรงกดดันในงาน

2. ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า รายได้และค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($r_{sp} = .114$) ซึ่งอธิบายได้ว่า รายได้และค่าตอบแทน มีผลต่อการตอบสนองต่อ

ความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต ปัจจัยสี่ และฐานะทางสังคม มีผลต่อการรับรู้ต่อภาวะเครียด และเพิ่มความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ไตรทิพย์ ภาษา (2552) เนตร สวรรค์ จินตนาวัลี (2553) และ จิราภรณ์ ภูสมบัติ (2556) ที่พบว่า ความสุขในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับรายได้และค่าตอบแทน ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่ง ในการปฏิบัติงาน แผนก/หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะ การจ้างงานปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัด นครศรีธรรมราช สอดคล้องกับการศึกษาของ Lu & Shin (1997) รัชณี หาญสมสกุล (2550) บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2551) ประทุมทิพย์ เกตุแก้ว (2551) เนตรสวรรค์ จินตนาวัลี (2553) และ จิราภรณ์ ภูสมบัติ (2556) และ สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินันท์ ขุนเพชร (2560) ที่พบว่า รายได้และค่าตอบแทนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r_{sp} = .628$) กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสำเร็จของงาน มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = .525$) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาและใช้ทักษะ มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = .520$) และด้านที่มีความสำเร็จในระดับต่ำที่สุด คือ ด้านลักษณะงานที่หลากหลายอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = .252$)

2.2.1 ความสำเร็จของงาน มีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$

($r = 0.525$) กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับ Manion (2003) ที่อธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานหลักของพยาบาลวิชาชีพ คือการดูแลผู้ป่วยให้หายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วย ก็ถือว่าประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน

2.2.2 การพัฒนาและใช้ทักษะ มีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = 0.520$) อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลวิชาชีพได้รับโอกาสในการสร้างเสริม และพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานและใช้ศักยภาพในการทำงานอย่างเต็มที่ การได้รับการเตรียมความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายงานตรงกับความสามารถ สามารถทำให้พยาบาลมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Warr, 2007)

2.2.3 ความก้าวหน้าในอาชีพมีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = 0.489$) อธิบายได้ว่า การเลื่อนตำแหน่งบ่งบอกถึงความก้าวหน้าในหน้าที่การงานที่สูงขึ้น เปรียบเสมือนรางวัล ที่ได้รับจากการปฏิบัติงานที่ทุกคนต้องการ (Warr, 2007) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เนตรสวรรค์ จินตนาวัลี (2553) ที่พบว่าขวัญกำลังใจดี และมีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.2.4 ความอิสระในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = 0.466$) อธิบายได้ว่า ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน เนื่องจากทำให้เกิดการคิด วางแผน และสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติของตนเองได้ มีความคล่องตัวในการตัดสินใจ ได้ใช้ความคิดอย่างเต็มที่ส่งผล

ทำให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน (ประทุมทิพย์ เกตุแก้ว, 2551)

2.2.5 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = 0.461$) อธิบายได้ว่างานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นงานที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดเวลาทั้งภายในและภายนอกแผนก ไม่สามารถทำงานคนเดียวได้ ต้องทำงานโดยการมีส่วนร่วม หรือมีเพื่อนร่วมงานคอยเป็นกำลังใจในการทำงานจะนำไปสู่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (ไตรทิพย์ ภาขา, 2552)

2.2.6 คุณค่าของงานมีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = 0.452$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (ทรรศวรรณ ขาวพราย, 2560) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่คำนึงถึงคุณค่าของงานการพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องของคุณค่าทางด้านจิตใจ ทำให้มีความสุขในการปฏิบัติงาน คุณค่าที่คาดหวังจากการปฏิบัติงานทำให้บุคคลมีความรู้สึก และอารมณ์ทางบวก ดังนั้นการตระหนักในคุณค่าของงาน จึงส่งผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.2.7 การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = 0.452$) อธิบายได้ว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลที่ให้การส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้โอกาสตัดสินใจแก้ไข ปัญหาการปฏิบัติงาน พัฒนา หรือปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ให้ข้อมูลสนับสนุนการวางแผนในการดำเนินการ และการตัดสินใจ มีการยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน ยอมรับในความผิดพลาด การแสดงความยินดีในงานที่ทำสำเร็จ ทำให้มีคุณค่าและมีความสุขในการปฏิบัติงาน (อารีวรรณ อ่วมธานี, 2551)

2.2.8 สมดุล ระหว่างชีวิต งาน และครอบครัว มีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ $< .01$ ($r = 0.413$) เนื่องจากครอบครัวนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสำเร็จในหน้าที่การงาน โดยสามารถเป็นได้ทั้งแรงบวกและแรงผลักดันนำไปสู่ความสำเร็จในหน้าที่การงาน ด้วยการทำหน้าที่เสมือนเป็นทัพหลังที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคนานาประการ ให้คำปรึกษาหารือในยามที่มีปัญหา ให้ความรัก ห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2553)

2.2.9 ความปลอดภัยในการทำงาน มีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = 0.413$) อธิบายได้ว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน มีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจระดับสูงมีความสุขในการปฏิบัติงาน มากกว่าบุคลากรที่มีการรับรู้ไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (ไตรทิพย์ ภาขา, 2552) ที่พบว่าความสุขในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความผาสุกและมีความพึงพอใจในงาน

2.2.10 การได้รับค่าตอบแทนและรายได้ที่เพียงพอมีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = .369$) อธิบายได้ว่า ค่าตอบแทนเป็นผลมาจากการทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เพียงพอในการดำรงชีวิตประจำวัน หากรายได้ไม่พอใช้กับความต้องการส่งผลให้ไม่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (ไตรทิพย์ ภาขา, 2552)

2.2.11. ลักษณะงานที่หลากหลาย มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ระดับ $< .01$ ($r = 0.252$) อธิบายได้ว่า งานพยาบาลมีความหลากหลายแผนก ซึ่งแต่ละแผนกมีลักษณะงานเฉพาะที่ต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายๆ ด้าน เป็นลักษณะงานที่ท้าทายความสามารถให้เกิดการพัฒนาตนเองไม่รู้เบื่อหน่าย เกิดความกระตือรือร้น

สนุกสนาน เมื่อได้ปฏิบัติงานทำให้มีความสุขในการ
ปฏิบัติงาน จิราภรณ์ ภู่มบูรณ์ (2556)

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย พบว่า ความสุขในการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีปัจจัยที่หลากหลาย
ปัจจัยที่สำคัญ คือ รายได้ และค่าตอบแทน ดังนั้น
ผู้บริหารจึงควรให้ความสนใจ เพื่อความสุขในการ

ปฏิบัติงานของพยาบาล และจะส่งผลต่อประสิทธิภาพ
การทำงานมากขึ้น สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัย
ครั้งต่อไป ควร พิจารณาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลกับ
ความสุขในการทำงาน อาทิ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัย
ด้านสุขภาพ เป็นต้น และควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะ
สามารถอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน
ของพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กิดานัล กังแฮ. (2559). 10 เคล็ดลับการทำงานให้มี
ความสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560,
จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content>.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2553). การคิดเชิงวิเคราะห์
(*Analytical Thinking*). พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ: ชัคเชสมิเดีย.
- จิราภรณ์ ภู่มสมบูรณ์. (2556). ความสุขในการปฏิบัติงาน
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนขนาด
30 เตียง จังหวัดสกลนคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย
บูรพา.)
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ
และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS.
ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ณัฐวุฒิ พงศ์ศิริ. (2557). การสร้างความสุขในการทำงาน.
HR Magazine, 12(141), 29-31.
- ไทรทิพย์ ภาษา. (2552). ความสุขในการทำงานของ
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน สำนักงานพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดกำแพงเพชร.
(วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตร
มหาบัณฑิตสาขาวิชาบริหารการพัฒนา สำนัก
บริหารและพัฒนาวิชาการ, มหาวิทยาลัยแม่โจ้.)
- ทรรศวรรณ ขาวพราย. (2560). ความสุขในการทำงาน
ของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารมจร
นครน่านปริทรรศน์*, 1(1), 111-124.
- นภาพร รักผกา. (2553). ผลการใช้โปรแกรมพัฒนาจิต
ลักษณะต่อพฤติกรรมการทำงานด้วยหัวใจของ

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.
วารสารกองการพยาบาล, 37(3),
กันยายน - ธันวาคม 2553.

เนตรสวรรค์ จินตนาวลี. (2553). ความสุขของการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
จังหวัดสมุทรสาคร. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปกร.)

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทาง
พยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดียจำกัด.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2551). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การ
จัดการองค์กรพยาบาล ในศตวรรษที่ 21.
(พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจพร ก้องบุญยาพงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(2), 151-160.

ประทุมทิพย์ เกตุแก้ว. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการ
รับรู้คุณลักษณะของงาน ความสามารถในการ
เผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค กับความสุขในการ
ทำงานของพยาบาล งานการพยาบาลผ่าตัด:
กรณีศึกษา โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง.
(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปะ
ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.)

รัชณี หาญสมกุล. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการ
ทำงานลักษณะงานกับความสุขในการทำงาน
ของบุคลากรพยาบาลประจำการสถานพยาบาล

- สังกัดกรมราชทัณฑ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.)
- รัตนาทองสวัสดิ์. (2552). *วิชาชีพการพยาบาล: หลักการและแนวโน้ม = Professional nursing: Principles and trends*. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- ลักขมิ สดดี. (2550). ความสัมพันธ์แรงจูงใจในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร กับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคกลาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.)
- วีรญา สิริจรรยาพงษ์. (2556). *ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโรงพยาบาลราชพิบัติ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหาร, สาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล.)
- สิรินันท์ ขุนเพชร. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4(2), กรกฎาคม-ธันวาคม 2560.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินฤจิตรม. (2556). *HA Update 2016*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- อารีวรรณ อ่วมตานี. (2551). *การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยปัจจัยเชิงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ของพยาบาลวิชาชีพ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- Davis, K. (1992). *Human Behavior at Work Human Relation and Organization Behavior Four edition*. New York: McGraw-Hill.
- Diener, E. (2003). New direction in subjective well-being: The science of happiness and proposal For a national index. *The American Psychologist Association*, 1(2): 34-43.
- Manion, J (2003). Joy at Work: Creating a positive workplace. *Journal of Nursing Administration*, 33 (12), 652-655.
- Lu, L. and Shih, J.B. (1997). *Personality and happiness: Is mental health a mediatoy Personality and Individual Differences*. 22(1997): 137-155.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd ed. New York: Haper and Row.
- Warr, P (2007). Searching for happiness at work. *The Psychologist*, 20(12), 726-729.



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้
 - 1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา
 - 1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
 - 1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
 - 1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
 - 1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
 - 1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใด สถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)
- 2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
- 2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
- 2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา
- 2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน
- 2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ
- 2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
- 2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- 2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป
- 2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์(Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

- 3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
- 3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
- 3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้
- 3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจัย เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่าง ๆ มาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำความยากลำบาก สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

4.2 วารสาร

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชญิ กิจระการ และสมนึก ภัททิยชนิ. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

4.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน : กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปูละตา. ใน *ฉลาด จันทรมบดี (บรรณาธิการ)*,

ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549 (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม :

สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Coopper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

4.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้พิมพ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก

<http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12). *Influencing attitudes and behaviors for social change*. Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับคำว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวม บทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจพบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏในวารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสัตว์(Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้อง โดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวันสิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่น และแสดงให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยไม่เสียค่าธรรมเนียม

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 095-4591161 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

