

วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข

Journal of Nursing and Public Health Research



ISSN: 2985-0916 (Online)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 Vol.3 No.3 September - December 2023





วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double-Blind peer review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

กำหนดเผยแพร่

- ปีละ 3 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
201 หมู่ 4 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัตน์
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วนิดา ชื่นทองแก้ว	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย
ดร.อมวาลี อัมพันศิริรัตน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัตมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร	นักวิชาการอิสระ
	พญ.สุภารัชต์ กาญจนะวนิชย์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	ดร.นภชา สิงห์วีธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ดร.พยางค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
	ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา
	ดร.เสนห์ ขุนแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์
	ดร.เมทนี ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นนทบุรี
	ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.พิมพ์พรหม เนียมหอม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	อาจารย์วรางคณา บุญมา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	William Leslie	นักวิชาการอิสระ (ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ)

บรรณาธิการ

ดร.อัมภิกา นาไวย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ปุลวิษฐ์ ทองแดง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กองจัดการ

นางสาวปณิสยา พรหมดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.3 No.3 September - December 2023

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn	Professor Dr.Areewan Klanklin	Panyapiwat Institute of Management School of
President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunsem	Health Science, Mae Fah Luang University
Professor Wanicha Chuenkongkaew	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science
Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
Dr.Amavasee Ampansirirat	Assist.Prof. Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
Director of Boromarajonani College of Nursing,	Assist.Prof. Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Chiang Mai	Assist.Prof. Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Assist.Prof. Dr.Tassanee Krirkgulthorn	Independent Scholar
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Assist.Prof. Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Dr.Noppcha Singweratham	Faculty of Public Health, Chiang Mai University
	Assist.Prof. Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Dr.Saneh Khunkaew	Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit
	Dr.Mataneer Radabutr	Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi
	Dr.Choosak Yuennan	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Sarinyaporn Chandeekeawchakool	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Warangkhan Bunma	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	William Leslie	Independent Scholar (English Language Consultant)

Editor

Dr.Ampicha Nawai
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Assistant Editor

Dr.Pulawit Thongtaeng
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Journal Manager

Panutsaya Promdee
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Publish

3 issues per year
No.1 January – April
No.2 May – August
No.3 September - December

Copyright

Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม 2566 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิด ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 3) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง และการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ 4) ผลของการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ต่อการลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับ และความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ 5) การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอใน พื้นที่ ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน 6) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน จังหวัดปัตตานี 7) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก และ 8) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสารขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ดร.อัมมิษา นาไว้ย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์.....1-15

Quality Improvement of Nursing Handover in a Trauma Unit, Uttaradit Hospital

สุภัทราพร แพรขาว, อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

Supakaraporn Phreakhao, Apiradee Nantsupawat, Petsunee Thungjaroenkul

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัด
ทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.....16-31

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Care of Neonatal Patients with

Congenital Heart Disease Undergoing Systemic-to-Pulmonary Artery Shunt in the Neonatal

Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ปิยะมาส ผาสุก, นวพรรณ ปะปานา

Piyamas Phasook, Navapun Papana

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และการติดเชื้อ
ในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่.....32-47

The Effects of an Empowerment Program on Knowledge, Prevention Behaviors for Peritoneal

Infection, and Peritoneal Infection in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal

Dialysis, Fang Hospital, Chiang Mai Province

นฤมล มาชะเถิก

Narumon Makatuek

ผลของการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ต่อการลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับ และความพึงพอใจ
ของผู้ใช้นวัตกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ.....48-61

The Effects of Applying the 3-Plus Innovation to Eliminate Bed Sore on Reducing

the Severity of Pressure Sores and the Satisfaction of Innovative Users in the Female

Medicine Unit, Thabo Crown Prince Hospital

กัญญาพร สุขवासนะ, สุวินี ประเสริฐศรี, เมธิวดี นาหอคำ, นกชา สิงห์วีระธรรม,

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, อัจฉรา คำมะতিย์

Kunyaporn Sukwasana, Suwinee Prasertsri, Methiwadee Nahokham, Noppcha

Singweratham, Kittiporn Nawsuwan, Adchara Khammathit

บทความวิจัย :

การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอน
ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน.....62-76

*The Development of an Operation Model for Village Health Volunteers in Collaboration with
the Lee District Public Health Office in the Area Transferred to the Lamphun Provincial
Administrative Organization*

พงศกร ตันติวารังกูร

Pongscon Tantivarangkul

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน
จังหวัดปัตตานี.....77-94

*Development of an Adverse Event Surveillance Model Following Basic Immunizations,
Pattani Province*

สุธีพร แสงรัตน์, สี่เปื้อะ และสมสา

Sutheeporn Sangratn, Sripoh Laesomsa

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก.....95-109

*The Relationships between Knowledge, Self-Efficacy, and Attitude Towards Breastfeeding and
Breastfeeding Behaviors in First-Time Postpartum Mothers*

รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, จิราจันท์ คนหา, นิตยา ศรีแจ่ม, รุ่งนภา คักดีตระกูล

Rapeepan Viboonwatthanakitt, Jirachan Kantha, Nittaya Sricham,

Rungnapha Saktrakul

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงาน
ที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข
.....110-125

*Relationship between Personal Factors and Safety Management of Wards and Patient
Safety Performance as Professional Nurses' Perceptions in Community Hospitals,
the Ministry of Public Health*

สุทธิชาร์ต เจริญพงศ์, เนีรนุช วงศ์เจริญ, วลัยนารี พรมลา, ชัชวาล วงศ์สารี, ชญาณิศา เขมทัตน์,
พร บุญมี, โสภา เจ็นจัด, ชุตติกาญจน์ เต็งเกียรติตระกูล

Sudthicharat Charoenphong, Neeranuch Wongcharoen, Walainaree Pommala,

Chutchavarn Wongsaree, Chayanisa Kemathad, Porn Boonmee, Sopha Jenjud,

Chutikarn Tengkiattrakul

การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

Quality Improvement of Nursing Handover in a Trauma Unit,
Uttaradit Hospital

สุภัทรรพ แพรขาว^{1*}, อภิรดี นันทศุภวัฒน์², เพชรสนีย์ ทั้งเจริญกุล²

Supakaraporn Phreakhao^{1*}, Apiradee Nantsupawat², Petsunee Thungjaroenkul²

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²
Uttaradit Hospital^{1*}, Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: May 25, 2023; Revised: June 15, 2023; Accepted: June 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) ดำเนินการปรับปรุง 8) ตรวจสอบผล และ 9) ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสื่อสารแบบเอสบาร์ (SBAR) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) รายงานสถานการณ์ 2) ให้ข้อมูลภูมิหลัง 3) รายงานข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย และ 4) ให้ข้อเสนอแนะกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 18 คน แบ่งเป็น 2 ทีม คือ ทีมพัฒนาคุณภาพ จำนวน 3 คน และทีมปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม แนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล และแบบบันทึกอุบัติการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) และกระบวนการสื่อสารแบบเอสบาร์ (SBAR) ทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติการรายงานรับส่งเวรได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 และไม่พบอุบัติการณ์ใด ๆ จากการรับส่งเวร ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวมาพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการรับส่งเวรทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ, การรับส่งเวรทางการพยาบาล, หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

*ผู้ให้การติดต่อ สุภัทรรพ แพรขาว e-mail: supakaraporn.p@bcnnv.ac.th

Abstract

The objective of this study was to develop a quality improvement for nursing handover in a trauma unit, Uttaradit Hospital. This study used the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process, which included nine steps: 1) identify a process to improve; 2) organize to improve the process; 3) clarify current knowledge of the process; 4) understand the source of process variation; 5) select the process improvement; 6) plan the improvement; 7) do the improvement; 8) check the results and act to hold the gain; and 9) make improvements continuously. The study also concurrently used the concept of the SBAR communication process, consisting of four steps: 1) situation; 2) background; 3) assessment; and 4) recommendation. The purposive sampling technique was used to select participants. Participants were 18 registered nurses from the trauma unit at Uttaradit Hospital, organized into two teams: three from the quality development team and 15 from the operations team. The research instruments were interview guidelines, an observation checklist guideline for nursing handover, and an incident report. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency and percentages).

Results revealed that after applying the FOCUS-PDCA continuous quality improvement process and the SBAR communication process, registered nurses could correctly and completely perform more than 80% of the nursing handover protocol, and no incidents were found from nursing handover. Therefore, nursing administrators in other departments can apply this nursing handover development as a guideline to improve their nursing handover in order to continuously improve the quality of patient care

Keywords: Quality Improvement of Nursing, Nursing Handover, A Trauma Unit

บทนำ

การรับส่งเวรทางการพยาบาล (Nursing Handover) เป็นการสื่อสารทางสุขภาพของทีมพยาบาลวิชาชีพที่มารวมกันระหว่างช่วงผลัดเวร เพื่อถ่ายทอดปัญหา อาการและความต้องการของผู้ป่วย เป็นการรับส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจากทีมพยาบาลเวรปัจจุบันสู่ทีมพยาบาลเวรถัดไป (Hada & Coyer 2022) การรับส่งเวรทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้ส่งเวร คือ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรผู้รายงานข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมรายงานข้อมูลของผู้ป่วย และผลของการปฏิบัติงานตามแผนการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ตนได้รับมอบหมายให้แก่พยาบาลวิชาชีพและสมาชิกทีมที่มารับงานในเวร ผลัดต่อไป 2) ผู้รับเวร คือ พยาบาลวิชาชีพและสมาชิกทีมการดูแลที่จะมาปฏิบัติงานเวรต่อไป เพื่อรับทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ดูแลในเวรที่ผ่านมา 3) ข้อมูลที่ใช้ในการส่งเวร ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่มีใจความสำคัญ สั้น กระชับ เป็นข้อมูลที่ประกอบด้วยเหตุผลของผู้ป่วยที่ต้องมานอนโรงพยาบาล การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ชื่อและสกุล อายุ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วย ข้อจำกัด ของผู้ป่วย แผนการดูแล และประวัติการใช้ยา เหตุผลที่ต้องเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4) เวลาในการรับส่งเวร การรับส่งเวรจะดำเนินการในช่วงการผลัดเปลี่ยนเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลและมีระยะเวลา ที่เหมาะสมในการสื่อสารข้อมูลไว้อย่างครบถ้วน และ 5) สถานที่รับส่งเวร คือ สถานที่ที่จัดไว้โดยเฉพาะไม่มีการรบกวนการส่งเวร ส่วนมากจะเป็นบริเวณที่ทำงานพยาบาล ซึ่งอาจมีการส่งเวรข้างเตียงผู้ป่วยร่วมด้วย (Zolkefli, 2022)

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับส่งเวรทางการพยาบาลนั้น พบปัญหาด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ส่งเวร ได้แก่ สื่อสารข้อมูลไม่ชัดเจน (ลัดดา มีจันทร์, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ส่งเวรเตรียมข้อมูลในการส่งเวรไม่พร้อม ทำให้ส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ หรือส่งข้อมูลมากเกินไป (มนนพรัตน์ อุเทน, 2558) นอกจากนี้ผู้ส่งเวรไม่มีการสรุปความสำคัญของปัญหาการพยาบาลตามลำดับ ทำให้ผู้รับเวรไม่ทราบข้อมูลสำคัญที่ต้องติดตามปัญหาหรือไม่ทราบความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังต่อไป (ลัดดา มีจันทร์, 2560) 2) ผู้รับเวรไม่มีการจดบันทึกข้อมูลหรือจดลงกระดาษซึ่งอาจสูญหาย และ 3) สถานที่และสิ่งแวดล้อม ไม่เหมาะสม เช่น ขณะรับส่งเวรมีแพทย์มาเยี่ยมอาการผู้ป่วย มีเสียงพูดคุย มีเสียงโทรศัพท์ รบกวนระหว่างการรับส่งเวร ทำให้ถูกขัดจังหวะขณะรายงานข้อมูลส่งผลให้ผู้ส่งเวรและผู้รับเวรขาดสมาธิ (พิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัฒน์, 2561)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุรับรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทุกประเภท เป็นผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบเดียวหรือหลายระบบพร้อม ๆ กัน การบาดเจ็บดังกล่าวมักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากการล้มเหลวในการทำงานและ/หรือการติดเชืของอวัยวะสำคัญของร่างกายในหลาย ๆ ระบบ เช่น ระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และ ระบบประสาท โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บมีภาวะคุกคามถึงชีวิต คือ การเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดตันหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ หรือสมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง (นวลทิพย์ ธีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และนงลักษณ์ พลแสน, 2561) วัตถุประสงค์การช่วยเหลือผู้ป่วย คือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษารวมถึงรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุที่เข้ามารับการผ่าตัดนั้นหายจากโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว (ธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา, 2563) พยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเนื่องจาก เป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา เมื่อสังเกตปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถแจ้งทีมทราบและวางแผนให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที (จันทร์ทิรา เจียรณีย, อาทินุช เบญจะรักษ์, กนกนาถ กิ่งสันเทียะ และสุรางคณา พรหมมาศ, 2562) ในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงนั้น พยาบาลอาศัยกระบวนการทำงานหมุนเวียนเป็นผลัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าเวรมีหน้าที่รับส่งข้อมูลทางการพยาบาล สมาชิกทีมร่วมรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล โดยวิธีดูแลแบ่งเป็นการมอบหมายงานแบบตามหน้าที่ (Functional Assignment) จากการสังเกตของผู้ศึกษาการรับส่งเวรบริเวณเคาน์เตอร์พยาบาลวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เป็นเวลาจำนวน 5 วัน ใช้การเผชิญหน้า

สื่อสารด้วยวาจาโดยใช้ Kardex เป็นเครื่องมือในการรับส่งเวรทางการพยาบาล มีการมอบหมายการทำงานเป็นทีม โดยมีลักษณะการส่งเวร คือ หัวหน้าเวรเป็นผู้ส่งเวรทั้งหมด โดยการรายงานและใช้เอกสารสรุปข้อมูลผู้ป่วยประกอบจากการสังเกตการรับส่งเวร ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน บันทึกข้อมูลที่ได้รับฟังจากการส่งเวรทั้งหมด ในสมุดรับเวรไม่มีรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งผู้ส่งเวรและผู้รับเวร กระบวนการส่งเวร บุคลากรสื่อสารส่งเวรไม่เป็นแนวทางเดียวกันขาดความถูกต้อง ไม่ลำดับเหตุการณ์ขั้นตอน การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น การส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การเตรียมตรวจพิเศษไม่ชัดเจน ไม่ส่งต่อผลการตรวจห้องทดลองที่ผิดปกติ และไม่ส่งต่อผลการติดตามผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลการซักประวัติที่ได้เพิ่มเติมจากญาติ อีกทั้งผู้ป่วยที่ต้องประเมินอาการอย่างใกล้ชิดมีอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ขาดการติดตาม ส่งต่อ และไม่ต่อเนื่อง

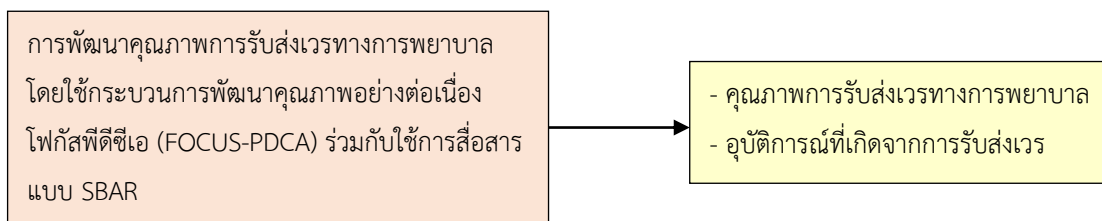
ในปีงบประมาณ 2564 จากการเก็บข้อมูลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เกิดจากการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเวรไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งหมด 12 ครั้ง ได้แก่ การเลื่อนผ่าตัด 2 ครั้ง การรายงานแพทย์ไม่ครบถ้วน 5 ครั้ง การสื่อสารและประสานงานกับหน่วยงานอื่นผิดพลาด 5 ครั้ง (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2563) จากอุบัติการณ์ดังกล่าว ซึ่งเกิดจากปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ของ (Deming 1994) อ้างใน McLaughlin and Kaluzny (1999) และแนวทางการสื่อสาร SBAR (Leonard et al., 2004) ในการปรับปรุงคุณภาพ โดยการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันมีการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA (Deming, 1999) มาใช้ในการแก้ไขปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลอย่างกว้างขวาง ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) การสร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) การทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) การทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) การเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) การวางแผนในการปรับปรุง 7) การนำไปปฏิบัติ 8) การตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การใช้แนวทางการสื่อสาร SBAR ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย จะช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหน่วยบริการทางสุขภาพ ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Shahid & Thomas, 2018; The Joint Commission, 2017) ซึ่งแนวคิดนี้อาศัยทีมงานที่มีความชำนาญและเข้าใจในการทำงานมาร่วมเป็นทีมพัฒนา มีการระดมสมองทีมพัฒนาและพยาบาลผู้ปฏิบัติเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนแนวทางในการแก้ปัญหา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกขั้นตอนของการพัฒนาและทำให้เกิดความคิดเห็นที่หลากหลายมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การรับส่งเวรทางการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ FOCUS-PDCA ร่วมกับการสื่อสารแบบ SBAR

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ของ (Deming 1994) อ้างใน McLaughlin and Kaluzny (1999) ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานที่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจในกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนการปรับปรุง 7) นำแผนสู่การปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้การสื่อสารแบบ SBAR (Leonard et al., 2004) ในการให้ข้อมูล 4 ประเภท ประกอบด้วย 1) รายงานสถานการณ์ 2) ให้ข้อมูลภูมิหลัง 3) รายงานข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย และ 4) ให้ข้อเสนอแนะ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental Study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัส พีดีซีเอ FOCUS-PDCA ร่วมกับการใช้การสื่อสารแบบ SBAR มีระยะเวลาศึกษา 1 มีนาคม พ.ศ. 2565 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาล อุดรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ทีมพัฒนา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่พัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้ศึกษาซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างาน 1 คน และพยาบาลอาวุโสที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 20 ปี 1 คน

2. ทีมผู้ปฏิบัติ คือ ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่

1.1 แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นข้อคำถามปลายเปิด มีจำนวน 3 ข้อ

1.2 แนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ทีมพัฒนาคุณภาพพัฒนาขึ้นจากการระดมสมอง เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลของทีมปฏิบัติ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเวร และการอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวรของทีมปฏิบัติ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด

2.2 แบบตรวจสอบรายการการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาร่างขึ้นเป็นแบบสังเกต ซึ่งประกอบด้วย รายการส่งเวรตามรูปแบบ SBAR จำนวน 26 ข้อ และบทบาทหน้าที่ของผู้รับเวรและผู้ส่งเวร จำนวน 19 ข้อ เพื่อใช้สังเกตทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล ตามรายการที่กำหนดเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) คือ ปฏิบัติถูกต้องและครบถ้วน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน และไม่ปฏิบัติ

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อให้ทีมพัฒนาคุณภาพได้บันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้ศึกษานำเครื่องมือ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม แบบสังเกตและตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล แบบบันทึกจำนวนอุบัติการณ์จากการรับส่งเวรทางการพยาบาล และแนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาลไปตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ พยาบาลหัวหน้างานศัลยกรรมอุบัติเหตุที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 คน

และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านการบริหารทางการพยาบาล 1 คน โดยการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของคำถาม และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของการสังเกต (Interrater Reliability) ผู้ศึกษานำแบบสังเกตการณ์ การปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น ไปทดสอบความเที่ยงของการสังเกต (Inter Rater Reliability) โดยทีมพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลจำนวน 2 คน และนำแบบสังเกตตรวจสอบทีมผู้ปฏิบัติ 10 ครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของการสังเกต ได้ค่าเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน การศึกษาการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัส ฟิตชีเอ FOCUS-PDCA มี 9 ขั้นตอน ดังดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหากระบวนการที่ต้องการพัฒนา ผู้ศึกษาค้นหาปัญหาการรับส่งเวรทางการพยาบาล ของหน่วยงาน โดยการทบทวนเอกสาร รายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างทีมงานพัฒนาที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ประกอบด้วยผู้ศึกษาซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างาน จำนวน 1 คน และพยาบาลอาวุโสที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 20 ปี จำนวน 1 คน

ขั้นตอนที่ 3 การทำความเข้าใจกระบวนการทำงานที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ทีมพัฒนาคุณภาพประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติการรับส่งเวร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่มครั้งนี้ ตลอดจนเหตุผลที่เชิญทีมปฏิบัติการรับส่งเวร มาร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด และทำความเข้าใจกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติในปัจจุบันของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยจะใช้ผังการไหลของกระบวนการรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือสร้างความกระจ่าง และสรุปขั้นตอนและกระบวนการรับส่งเวร หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการรับส่งเวร ขั้นรับส่งเวร และขั้นหลังการรับส่งเวร

ขั้นตอนที่ 4 การทำความเข้าใจที่มาของความแปรปรวน สาเหตุที่พบในการรับส่งเวรทางการพยาบาล ทีมพัฒนาร่วมกับทีมปฏิบัติการประชุมระดมสมองช่วยกันค้นหาปัญหาของการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพ และสรุปปัญหาทั้งหมดในรูปผังก้างปลา

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกระบวนการที่ต้องการพัฒนา ทีมพัฒนาคุณภาพและทีมผู้ปฏิบัติประชุม โดยทีมพัฒนาคุณภาพนำเสนอปัญหาและสาเหตุของการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากผลการประชุมกลุ่มครั้งที่ผ่านมา ซึ่งใช้ผังก้างปลาที่ได้หลังจากจัดสาเหตุไว้เป็นหมวดหมู่แล้ว ดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเป็นไปได้ในการแก้ไข โดยใช้วิธีการการระดมสมอง ให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหา

เปิดโอกาสพูดแสดงความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่นได้ เพื่อลดการมีอิทธิพลของสมาชิกคนใดคนหนึ่งในกลุ่ม สำหรับความคิดเห็นทุกชนิดลงความเห็น ตัดสินใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และใช้เทคนิคการลงคะแนนพหุผลวิเคราะห์ยึดตามความพ้องต้องกันของสมาชิกกลุ่ม เพื่อหาข้อสรุปและเลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการรับส่งเวรที่เหมาะสมกับหน่วยงาน ทีมพัฒนาคุณภาพจึงนำเสนอแนวทางการสื่อสารรูปแบบ SBAR มาใช้ในหน่วยงาน โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทการรับส่งเวรทางการพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ขั้นตอนที่ 6 การวางแผนการปรับปรุง ทีมพัฒนางานวางแผนเกี่ยวกับการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล จัดทำแบบสังเกตการปฏิบัติตามคู่มือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ขั้นตอนที่ 7 การนำแผนไปปฏิบัติ ครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยทีมพัฒนาคุณภาพ ประชุมทีมผู้ปฏิบัติ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ทุกคนรับทราบเกิดความเข้าใจและร่วมมือในการปฏิบัติ โดยทีมพัฒนาคุณภาพคอยให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วนตามแนวทาง ซึ่งขณะทดลองปฏิบัติมีการรายงานข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่เป็นไปตามแนวทาง ทีมพัฒนาคุณภาพได้เข้าชี้แจงอธิบายทำความเข้าใจเพิ่มเติมถึงแนวทางการรับส่งเวรนอกจากนี้ ขณะทดลองปฏิบัติพบทีมผู้ปฏิบัติไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้รับเวรและผู้ส่งเวร เช่น ผู้ส่งเวรไม่รายงานยอดผู้ป่วยหรือรายงานแต่ไม่ครบ ขาดการเตรียมเอกสารให้พร้อมและผู้รับเวรไม่ตรวจเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ ก่อนรับเวร ทีมพัฒนาคุณภาพจึงเข้าไปสะท้อนผลการปฏิบัติที่สังเกตพบขณะทดลองปฏิบัตินี้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันโดยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับและกำกับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและทีมพัฒนาคุณภาพได้จัดทำคู่มือขึ้นมาจำนวน 6 เล่ม และแนวทางการรายงานข้อมูลผู้ป่วยตาม SBAR ได้แจกทีมปฏิบัติทุกคนให้สามารถทบทวนทำความเข้าใจได้ตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 8 การตรวจสอบผลการปฏิบัติ ครั้งที่ 1 หลังจากทีมผู้ปฏิบัติได้ทดลองปฏิบัติแล้วนั้นทีมพัฒนาคุณภาพทำการตรวจสอบการปฏิบัติตามคู่มือการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่เป็นการสังเกตเพื่อหาความเชื่อมั่นของการสังเกต 10 ครั้ง โดยแต่ละครั้งของการสังเกตผู้ศึกษาและทีมพัฒนา 1 คน สังเกตทีมผู้ปฏิบัติคนเดียวกันในเวลาเดียวกัน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความสอดคล้องของการสังเกตได้ค่าเท่ากับ 0.96 หลังจากนั้น ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพคนเดิมสังเกตทีมผู้ปฏิบัติโดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามแนวทางในคู่มือที่กำหนดขึ้นซึ่งใช้เป็นแบบสังเกตที่ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาสร้างขึ้นตามแนวทางการรับส่งเวรผ่านการปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และถูกสังเกตบทบาทของผู้ส่งเวรและผู้รับเวรครบทุกเวรเวรเข้าเวรบายเวรดีกรวมทั้งหมด 42 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 9 การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หลังจากนำแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลไปใช้ไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ทีมพัฒนาคุณภาพได้ตรวจสอบการปฏิบัติครั้งที่ 1 พบปัญหา 3 รายการ คือ ภูมิหลังประเด็นปัญหา การรักษา และการพยาบาล การพยาบาลที่ให้ปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อให้แก้ไข/ เฝาระวังในเวร ประเมินที่ทีมผู้ปฏิบัติยังปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วน น้อยกว่า ร้อยละ 80 จึงสะท้อนข้อมูลกลับ เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติร่วมหาแนวทางแก้ไขและ

เกิดการปฏิบัติตามแนวทางได้มากขึ้น นำสู่การพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 2 ซึ่งทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติในทุกรายการตามแนวทางได้ถูกต้องและครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 และไม่พบอุบัติการณ์อุบัติเหตุการเคลื่อนการผ่าตัดที่เกิดจากการรับส่งเวรทางการพยาบาล จึงหาข้อตกลงร่วมกัน โดยที่ประชุมมีมติให้ยึดถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันในการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกรายงานการเกิดอุบัติการณ์ และแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 075/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ผู้ศึกษาขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ตามหนังสือรับรองเลขที่ 29/2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล

ทีมผู้ปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล จำนวน 15 คน อายุเฉลี่ย 35 ปี โดยร้อยละ 40 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และร้อยละ 100 ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.93 ปี และร้อยละ 73.30 ไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาล

2. เปรียบเทียบคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลภายหลังการพัฒนา ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

พบว่า คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลของทีมผู้ปฏิบัติภายหลังการพัฒนาคุณภาพ ครั้งที่ 2 ทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนในทุกการประเมิน ร้อยละ 100 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีเพียง 2 รายการประเมิน ที่ทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 97.60 ได้แก่ 1) ผู้ส่งเวร ขึ้นก่อนการรับส่งเวร (ประเด็นศึกษาข้อมูลจากชาร์ตผู้ป่วย และเอกสารต่าง ๆ) และ 2) ผู้รับเวร ขึ้นก่อนส่งเวร (ประเด็นตรวจเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ) และมี 4 รายการประเมินที่ทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 95.25 ได้แก่ 1) Background: ภูมิหลัง (เฉพาะรายใหม่) (ประเด็นภูมิหลังประเด็นปัญหา การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ) 2) Recommendation: ข้อเสนอแนะ (ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อให้แก้ไข/ ฝ้าระวังในเวร) 3) ขึ้นรับส่งเวร (ประเด็นตอบข้อซักถาม และอภิปรายได้) และ 4) ผู้รับเวร ขึ้นก่อนส่งเวร (ประเด็นเตรียมตนเองให้พร้อม ไม่ลุกออกขณะกำลังรับฟังข้อมูล) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบรายการประเมินเหล่านี้จากการพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 1 พบว่ามีร้อยละการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 หอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

รายการประเมิน	การพัฒนาครั้งที่ 1		การพัฒนาครั้งที่ 2	
	ถูกต้องและครบถ้วน	คิดเป็น (ร้อยละ)	ถูกต้องและครบถ้วน	คิดเป็น (ร้อยละ)
Situation: สถานการณ์ ทั้งรายเก่า รายใหม่				
เลขเตียง	42	100.00	42	100.00
ชื่อ-สกุล	42	100.00	42	100.00
อายุ	42	100.00	42	100.00
การวินิจฉัยล่าสุด	38	90.50	42	100.00
วันที่ Admit (เฉพาะรายใหม่)	42	100.00	42	100.00
Ward แรก Admit	42	100.00	42	100.00
การวินิจฉัยแรกรับ	40	95.25	42	100.00
วันที่รับย้าย	40	95.25	42	100.00
ชื่อ Ward ที่ส่งผู้ป่วยมา	42	100.00	42	100.00
การผ่าตัด/วันที่ผ่าตัด (ถ้ามี)	42	100.00	42	100.00
Background: ภูมิหลัง (เฉพาะรายใหม่)				
อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล	42	100.00	42	100.00
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันก่อน admit	42	100.00	42	100.00
ประวัติการรักษาที่ได้รับ	40	95.25	42	100.00
ประวัติโรคประจำตัว (ถ้ามี)	42	100.00	42	100.00
ประวัติการผ่าตัด (ถ้ามี)	40	95.25	42	100.00
ประวัติการแพ้ยา (ถ้ามี)	42	100.00	42	100.00
ภูมิหลังประเด็นปัญหา การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ	31	73.80	40	95.25
Assessment: การประเมิน				
ปัญหา/ความเสี่ยง	37	88.01	42	100.00
อาการแสดง	42	100.00	42	100.00
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	39	92.85	42	100.00
ผลเอ็กซเรย์/ผลตรวจพิเศษอื่น	36	85.70	42	100.00
การรักษา/ยา/หัตถการ	36	85.70	42	100.00
การพยาบาลที่ให้	31	73.80	42	100.00
Recommendation: ข้อเสนอแนะ				
ปัญหา/ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อให้แก้ไข/	31	73.80	40	95.25
เฝ้าระวังในเวร กิจกรรมที่ยังค้างค้าง/การให้ยาที่ต่อเนื่อง	42	100.00	42	100.00

รายการประเมิน	การพัฒนาครั้งที่ 1		การพัฒนาครั้งที่ 2	
	ถูกต้องและครบถ้วน	คิดเป็น (ร้อยละ)	ถูกต้องและครบถ้วน	คิดเป็น (ร้อยละ)
ผู้ส่งเวร ชั้นก่อนการรับส่งเวร				
ศึกษาข้อมูลจากชาร์ตผู้ป่วย และเอกสารต่าง ๆ	41	97.60	41	97.60
ติดตามผลตรวจต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ครบ	38	90.50	42	100.00
ตรวจเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วย	42	100.00	42	100.00
เตรียมเอกสารให้พร้อม	40	95.25	42	100.00
ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ของการบันทึกทุกประเภทให้พร้อม	40	95.25	42	100.00
มอบหมายให้พยาบาลร่วมทีมทำหน้าที่แทนขณะตนเองส่งเวรอยู่	42	100.00	42	100.00
ส่งต่อผู้ป่วยที่จองเตียงรับใหม่หรือรับย้ายไว้และสรุปยอดผู้ป่วย	42	100.00	42	100.00
ชั้นรับส่งเวร				
ใช้เสียงรายงานข้อมูลดังให้พอได้ยินชัดเจน	42	100.00	42	100.00
ตอบข้อซักถาม และอธิบายได้	36	85.70	40	95.25
ชั้นหลังการรับส่งเวร				
ทบทวนความเข้าใจในงาน	42	100.00	42	100.00
ส่งมอบใบ recommendation	42	100.00	42	100.00
ผู้รับเวร ชั้นก่อนส่งเวร				
ตรวจเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ	36	85.70	41	97.60
เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมบันทึก	42	100.00	42	100.00
เตรียมตนเองให้พร้อม ไม่ลืกลักษณะกำลังรับฟังข้อมูล	36	85.70	40	95.60
ชั้นรับส่งเวร				
รับฟังการส่งข้อมูลด้วยความตั้งใจ ไม่ทำกิจกรรมอื่นร่วม	42	100.00	42	100.00
ยกเว้นการเปิดชาร์ตผู้ป่วย				
บันทึกข้อมูลสำคัญลงในเอกสารบันทึกการรับส่งเวรส่วนบุคคล	42	100.00	42	100.00
ชั้นหลังการรับส่งเวร				
ทบทวนทำความเข้าใจร่วมกันกับสมาชิกทีมในงานที่ต้องติดตาม หรือปฏิบัติต่อในเวร	42	100.00	42	100.00
ตรวจสอบเอกสาร ข้อมูลสำคัญต่าง ๆ อีกครั้ง	42	100.00	42	100.00

3. เปรียบเทียบอุบัติการณ์จากการรับเวรส่งเวรภายหลังการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

พบว่า ไม่พบอุบัติการณ์ใด ๆ จากการรับเวรส่งเวรหลังการพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาหลังการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดซีเอ (FOCUS-PDCA) ร่วมกับการสื่อสาร SBAR พบว่า ทีมผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 80 ขึ้นไป และไม่เกิดอุบัติการณ์ใด ๆ จากการรับเวรส่งเวร นอกจากนี้การนำแนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA มาใช้ทำให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุทั้งทีมพัฒนาและทีมผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ การค้นหากระบวนการในการปรับปรุง การสร้างทีมงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการ การทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ การทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุงวางแผนในการปรับปรุง รวบรวม ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และทำการปรับปรุง การตรวจสอบผลการปฏิบัติ และยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งขั้นตอนทั้งหมดก่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนา จนเกิดการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้สามารถปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้ อีกทั้งการใช้กระบวนการสื่อสารแบบ SBAR มาร่วมปฏิบัติ ช่วยให้การสื่อสารการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น จึงช่วยให้การส่งต่อรายละเอียดเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย (Ibrahim, 2014) รวมถึงกระบวนการสร้างทีมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการ ทำให้บุคลากรมีส่วนร่วมในทีมพัฒนาคุณภาพ และนำเสนอผลการปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาล เพื่อสะท้อนข้อมูลกลับให้แก่ทีมปฏิบัติทราบและเปิดโอกาสให้ทีมปฏิบัติได้แสดงความคิดเห็นร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุและข้อเสนอแนะ จนได้แนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันและเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้ไม่เกิดอุบัติการณ์การเลื่อนการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ibrahim (2014) ที่ได้พัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามรูปแบบ SBAR ในหอผู้ป่วยหนักระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้จำนวนอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งเวรลดลง และการศึกษาของพิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัฒน์ (2561) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้การพัฒนาคุณภาพ PDCA พบว่า พบว่าทีมปฏิบัติการรับส่งเวรทางการพยาบาลทั้งหมด มีการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 ส่งผลให้การรับส่งเวรทางการพยาบาลคุณภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของมนต์ธิกัญญา สราญศิริกุล (2561) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัส พีดซีเอ (FOCUS-PDCA) หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาล พุทธชินราช พบว่า พยาบาลวิชาชีพในบทบาทของผู้ส่งเวรและผู้รับเวร

ได้ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งเวรทางการพยาบาลตามแนวทางการรับส่งเวรได้ถูกต้อง ครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 80 และการศึกษาของลัดดา มีจันทร์ (2563) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัส ฟิตซีเอ (FOCUS-PDCA) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า คุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล เป็นการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาล ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 96 และไม่พบอุบัติการณ์จากการรับส่งเวร

สำหรับปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรในการศึกษานี้ พบปัญหาที่ปฏิบัติไม่ครบถ้วน คือ สถานการณ์ ภูมิหลังประเด็นปัญหา การรักษา และการพยาบาลที่ปัญหาความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อให้แก้ไขเฝ้าระวังในเวร การเตรียมตัวเองให้พร้อมไม่ลูกออกขณะกำลังรับฟังข้อมูลปฏิบัติได้ยังไม่ครอบคลุมนั้น เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุอยู่ในภาวะวิกฤตและมีการบาดเจ็บหลายระบบ มีปัญหาที่ต้องการการดูแลมาก ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องนี้โดยทบทวนทำความเข้าใจร่วมกันในประเด็นปัญหาที่ต้องติดตามเพื่อความเข้าใจในข้อมูลสำคัญที่ตรงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tucker & Fox (2014) ที่กล่าวว่านอกจากจะส่งต่อจากการบันทึกกระบุรายละเอียดการดูแลผู้ป่วยแล้วควรมีการอภิปรายร่วมพูดคุยระหว่างทีมพยาบาลเพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลที่ชัดเจน และไม่เกิดข้อผิดพลาด นอกจากนี้ทีมได้ให้ข้อเสนอแนะให้มีการส่งต่อกิจกรรมการดูแล และบริหารจัดการเวลาในเวร ได้เตรียมส่งเวรเพื่อการรายงานข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรกำหนดนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีการนำคู่มือแนวทางการรับส่งเวรด้วยการสื่อสารแบบ SBAR มาใช้อย่างต่อเนื่อง
2. พยาบาลควรมีการใช้คู่มือแนวทางการรับส่งเวรเป็นแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมพัฒนาเป็นระยะเพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
3. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการรับส่งเวรทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับส่งเวรด้วยการสื่อสารแบบ SBAR แก่บุคลากรพยาบาลทุกคน และนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ไปพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรให้แก่หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาคุณภาพของบุคลากรส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาที่ยั่งยืน
2. ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA เกี่ยวกับการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอื่น
3. ศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในด้านอื่น ๆ ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์ทิรา เจริญชัย, อาทินุช เบญจรักษ์, กนกนาถ กิ่งสันเทียะ และสุรางคณา พรหมมาศ. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), 1-12.
- ธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น*, 2(1), 125-138.
- นวลทิพย์ อีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และนงลักษณ์ พลแสน. (2561). ประสิทธิภาพการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 33(2), 165-177.
- พิมพ์กษมา ศรีชาติธนวัฒน์. (2561). *การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนนพรัฐ อุเทน. (2558). *การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดา มีจันทร์. (2560). *การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. (2563). *การประชุมทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. อุดรดิตถ์: โรงพยาบาลอุดรดิตถ์.
- Deming, W. E. (1994). *The new economics: For industry, government, education* (2nd ed.). Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advance Education Service.
- Hada, A., & Coyer, F. (2021). Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes—Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nursing & Health Sciences*, 23(2), 337-351.
- Ibrahim, M. A. (2014). *Improving nursing handoff process in the cardiovascular intensive care unit* (Doctoral dissertation, Royal College of Surgeons in Ireland).
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Quality & Safety*, 13(suppl 1), i85-i90.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). *Continuous quality improvement in health care: Theory, implementation, and application*. Maryland: Aspen.

- Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, background, assessment, recommendation (SBAR) communication tool for handoff in health care—a narrative review. *Safety in Health*, 4(1), 1-9.
- The Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert Newsletter*, 12(58), 1-6.
- Tucker, A., & Fox, P. (2014). Evaluate nursing handover: The REED model. *Nursing Standard*, 28(20), 44-48.
- Zolkefli, Y. (2022). Greater accountability in nursing handover. *Belitung Nursing Journal*, 8(1), 84-85.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิด ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี

หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Care of Neonatal Patients with Congenital Heart Disease Undergoing Systemic-to-Pulmonary Artery Shunt in the Neonatal Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ปิยะมาส ผาสุก^{1*}, นวพรรณ ปะปนา¹

Piyamas Phasook^{1*}, Navapun Papan¹

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹

Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital, Faculty of Medicine, ChiangMai University¹

(Received: March 2, 2023; Revised: June 15, 2023; Accepted: August 16, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และ 3) ประเมินผลและเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 30 คน และผู้ป่วยทารกที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี จำนวน 5 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้น และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 หมวด ได้แก่ 1) การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของช่องทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ 2) การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปปอดมาก ได้คะแนนคุณภาพร้อยละ 72 หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ไม่พบอุบัติการณ์ในภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมากภายหลังการผ่าตัด ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก นี้ มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมากหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารีในทารก และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอื่น ๆ สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก นี้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะดังกล่าวได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี, ภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ, ภาวะเลือดไปปอดมาก, ทารกแรกเกิด

*ผู้ให้การติดต่อ ปิยะมาส ผาสุก e-mail: ptangnom23@gmail.com

Abstract

The objective of this research and development was to develop a clinical nursing practice guideline for the care of neonatal patients with congenital heart disease undergoing systemic-to-pulmonary shunts in the Neonatal Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The research process consisted of three phases: 1) guideline development; 2) guideline trials; and 3) evaluation and dissemination of the guideline. Participants were selected using a purposive sampling technique, consisting of four members of the guideline development team, 30 registered nurses working in the neonatal intensive care unit, and five infant patients undergoing systemic-to-pulmonary shunts. The research instruments were: 1) a clinical nursing practice guideline that was developed; and 2) the feasibility assessment form of the guideline implementation. The data were analyzed by descriptive statistics.

The results showed that the clinical nursing practice guideline (CNPG) included two main categories: 1) nursing care for the prevention of shunt occlusion and 2) nursing care for the prevention of pulmonary overcirculation. This CNPG was being evaluated by qualified experts according to the criteria of AGREE II with a score of 72 percent. The result after implementing this CNPG showed that no incidence of shunt occlusion or pulmonary overcirculation after the operation. Thus, this CNPG is effective in preventing shunt occlusion and pulmonary over circulation in infants, and other NICUs can apply this CNPG to prevent such complications.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Systemic-to-Pulmonary Artery Shunt Operation, Shunt Occlusion, Pulmonary Overcirculation, Neonatal Patients

บทนำ

โรคหัวใจแต่กำเนิดแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่มีการเขียวและกลุ่มโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียว (Suluba, Shuwei, Xia, & Mwangi, 2020) อุบัติการณ์โรคหัวใจแต่กำเนิดทั่วโลกมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 6-8 ราย ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 ราย สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหัวใจแต่กำเนิดประมาณ 8-9 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ในจำนวนนี้พบว่าเป็นโรคหัวใจชนิดไม่เขียวประมาณร้อยละ 65 และโรคหัวใจชนิดเขียวประมาณร้อยละ 35 (แรกขวัญ สิริวิวงศ์กุล, 2556) ซึ่งโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวมีความรุนแรงมากกว่าชนิดไม่มีการเขียว โดยจะมีความรุนแรงและแสดงอาการตั้งแต่เกิด เนื่องจากการปรับเปลี่ยนการไหลเวียนของเลือดจากภายในครรภ์มารดาที่ไม่ต้องอาศัยปอดของทารก

ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนมาสู่การไหลเวียนของเลือดที่ต้องใช้ปอดในการหายใจ (Garcia & Peddy, 2018; Price, 2019).

โรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวที่แบ่งย่อยได้ 2 ชนิด คือ ชนิดที่มีเลือดไปปอดน้อย (Decrease Pulmonary Blood Flow) พบได้ประมาณร้อยละ 10 เช่น โรคหัวใจแต่กำเนิดชนิด Tetralogy of Fallot (TOF), โรคหัวใจพิการชนิดลิ้นหัวใจพัลโมนารีตัน (Pulmonary Atresia) และโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดลิ้นหัวใจไตรคัสปิดตัน (Tricuspid Atresia) และชนิดที่มีเลือดไปปอดมาก (Increase Pulmonary Blood Flow) พบได้ประมาณร้อยละ 2 เช่น การที่มีหัวใจสลับกัน (Transposition of Great of Aorta (TGA)) (Garcia & Peddy, 2018; Price, 2019) เป็นต้น โดยปกติหัวใจจะส่งเลือดไปยังปอดเพื่อนำเลือดไปพอกให้มีออกซิเจนมากขึ้น แต่ในผู้ป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อยจากการอุดตัน การตีบแคบของลิ้นหัวใจ หรือมีขนาดของหลอดเลือดเล็กกว่าปกติ เลือดที่ถูกส่งไปพอกที่ปอดน้อยลง ทำให้ปริมาณเม็ดเลือดแดงที่กลับจากการพอกที่ปอดที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเขียว โดยอาการเขียวจะขึ้นกับระดับความตีบของทางออกของเลือดในหัวใจห้องล่างขวา ผู้ป่วยจะมีอาการหอบ หายใจเร็วและเขียว (กมลทิพย์ สุกุลกันันต์ และพิมลนาฏ ชื้อสัตย์, 2562; Martin, & Jonas, 2018)

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อยนั้นแก้ไขได้ด้วยการผ่าตัดเพื่อประคับประคองผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี (Systemic to Pulmonary Artery Shunt (SPS)) (Küçük et al., 2016; Singh et al., 2014; Vitanova et al., 2019) โดยการทำการเชื่อมระหว่างระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบหลอดเลือดปอด (Pulmonary Artery) เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปปอด ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Shunt Occlusion) และ ภาวะเลือดไปปอดมาก (Pulmonary Overcirculation) เป็นภาวะแทรกซ้อนจำเพาะที่เป็นอันตรายคุกคามถึงชีวิต ภาวะอุดตันมักเกิดจากลิ่มเลือด หรือขนาดของเส้นทางเบี่ยงที่มีขนาดเล็กเกินไป เมื่อเกิดการอุดตันเลือดจะไหลผ่านเส้นทางเบี่ยงน้อยลง ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจไปที่ปอดน้อย ค่าออกซิเจนในกระแสเลือดของผู้ป่วยจะต่ำอย่างรุนแรงในทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยไม่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ สีผิวคล้ำลง เซลล์ขาดออกซิเจน และประเมินไม่ได้ยินเสียง Murmur ของการอุดตันทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Shunt) ค่าความดันโลหิตอาจจะปกติหรือต่ำกว่าปกติ (วรวิทย์ จิตติถาวร, 2561; Begg, 2015)

ส่วนภาวะเลือดไปปอดมาก เกิดจากการไหลเวียนของเลือดผ่าน Shunt ไปปอดมากเกินไป จากการที่ Shunt มีขนาดใหญ่ มีทางลัดของเลือดผ่านทางเส้นเลือดเกิน (Patent Ductus Arteriosus (PDA)) และ เส้นเลือดผิดปกติแบบ Major Aortopulmonary Collateral Anastomosis (MAPCA) หรือใช้ความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO₂) ที่สูงเกินความจำเป็น ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดแย่ลง มีเลือดคั่งในปอดมากขึ้น (Lung Congestion) ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ ตรวจร่างกายพบเสียง Crepitation ในปอด หัวใจเต้นเร็ว วัดความดันโลหิตพบ Diastolic Blood Pressure ต่ำลง

จากเดิม หากอาการรุนแรงผู้ป่วยอาจมีเลือดออกในปอด มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ปัสสาวะออกน้อยหรือไม่มีปัสสาวะ กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน หลอดเลือดดำต่ำลง มีความเป็นกรดในเลือดสูง และอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Begg, 2015; Vitanova et al., 2019) ผู้ป่วยทารกและผู้ป่วยเด็กอายุ 1-10 ปี มีความเสี่ยงต่อการอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าวัยอื่น (Singh et al., 2014) และมีโอกาสเกิดตั้งแต่หลังผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมงจนถึงหลายเดือนหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลโดยพบการอุดตันทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหลังการผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.8 ถึง 18.1 และมีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 7.2 ถึง 21.4 (Guzzetta, Foster, Mruthinti, Kilgore, Miller, & Kanter, 2013) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตแล้ว ในส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไขภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลยาวนาน กว่าเดิม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นด้วย

หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เริ่มมีการรักษาทารกแรกเกิดโรคหัวใจ พิกัดด้วยการผ่าตัด มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นการรักษาแบบประคับประคองหรือ การรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคหัวใจและความซับซ้อนของโรค ในส่วนของ การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเดียวที่มีปริมาณเลือดไปปอดน้อยด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบ หลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน ทั้งหมด 94 ราย เกิดภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Shunt Occlusion) หลังการผ่าตัดขณะพักรักษา ในโรงพยาบาลจำนวนทั้งหมด 14 ราย นำผู้ป่วยไปผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไข จำนวน 5 ราย และทำการสวนหัวใจเพื่อการ แก้ไข จำนวน 1 ราย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่าเสียชีวิตทุกราย และพบผู้ป่วย เสียชีวิตจากภาวะเลือดไปปอดมาก (Pulmonary Overcirculation) หลังการผ่าตัด Central Shunt จำนวน 1 ราย (งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2561)

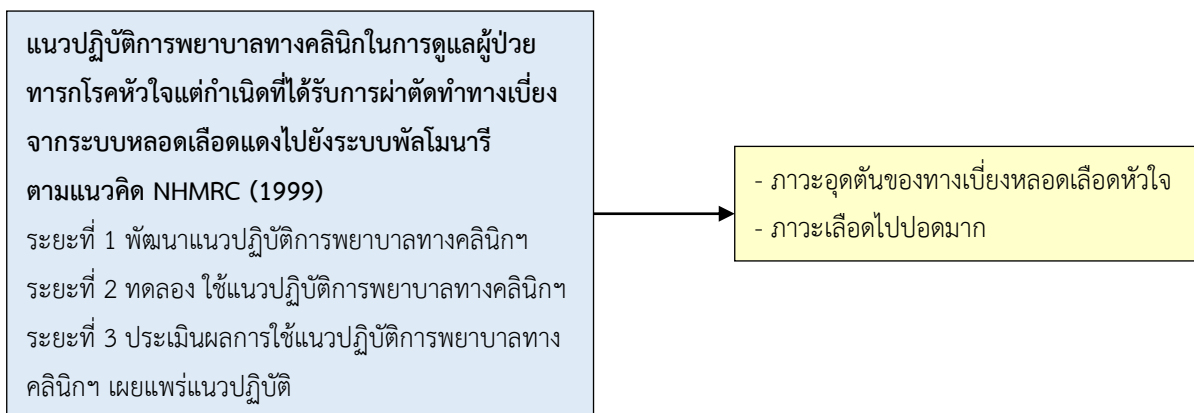
การดูแลผู้ป่วยทารกหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารีของโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่จะมีทีมแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง แต่การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดชนิดนี้ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษร อีกทั้งยังไม่มีกรณีศึกษาเฉพาะ สำหรับการผ่าตัดชนิดนี้ ตลอดจนไม่มีแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด อันจะส่งผลต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะบูรณาการความรู้ ด้านการพยาบาลและการพยาบาลเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลหลังผ่าตัด โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบ พัลโมนารีเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมาก เพื่อพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี เพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมาก
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี เพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research council (NHMRC), 1999) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารีเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมาก ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และ ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและเผยแพร่การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯไปใช้ในการปฏิบัติจริง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ณ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้แก่ พยาบาลผู้วิจัย และพยาบาลกลุ่มความเป็นเลิศโรคหัวใจงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 4 คน

2) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564 จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ลาคลอดและพยาบาลวิชาชีพที่ลาศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2564

3) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้แก่ ทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี จำนวน 5 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยทารกหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีการติดเชื้อรุนแรง เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หรือภาวะปอดอักเสบ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี เพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปคอดมาก ที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด การได้รับความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทารก ได้แก่ เพศ และชนิดของการผ่าตัด

2.3 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของ พิกุล นันทชัยพันธุ์ (2549) มาใช้ในงานวิจัยนี้ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด คำถามปลายเปิดเป็นคำถามเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการ

ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ส่วนคำถามปลายปิด ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ 1) ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ 2) ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ 3) ความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงาน 4) ความประหยัด 5) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ และ 6) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก เท่ากับ 3 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน และน้อย เท่ากับ 1 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีประสิทธิภาพมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67- 2.33 หมายถึง มีประสิทธิภาพปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีประสิทธิภาพน้อย

2.4 แบบบันทึกเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และภาวะเลือดไปปอดมากภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารีในทารก ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี ตรวจสอบคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับงานวิจัยและการประเมินผล (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation, 2009) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์โรคหัวใจเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยทารก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กโรคหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลทารกและเด็กจำนวน 1 ท่าน ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ โดยรวมได้ค่าร้อยละ 72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council (NHMRC), 1999) โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ (Determining the Need for and Scope for Guideline) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาโดยเลือกเรื่องที่มีความสำคัญจากการเก็บข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยทารกแรกเกิดโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี และพิจารณาปัญหาที่มีความเสี่ยงสูงจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมากหลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ (Converse a Multidisciplinary Panel to Oversee the Development of the Guideline) โดยทีมสหสาขาที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทารก

โรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี ประกอบด้วย พยาบาลที่มีความสามารถในการสืบค้นวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 3 ท่าน และในจำนวนนี้มีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านทารกและเด็กจำนวน 1 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Define the Purpose and Target Audience for the Guideline) โดยงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมากในทารกที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี และตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ ตลอดจนศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 คน และผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารีที่เข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Review the Scientific Evidence) ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ จากหนังสือ วิทยานิพนธ์ที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ วารสารทางการพยาบาล ข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ และแนวปฏิบัติทางคลินิกจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในการดูแลทารกที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี เช่น Science direct, PubMed, Cochrane Collaboration, Joanna Briggs Institute, Thai List เป็นต้น โดยกำหนดคำในการสืบค้นตามกรอบ PICO ดังนี้

1) P (Population) คือ ทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี

2) I (Intervention) คือ แนวทางการดูแลหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี

3) C (Context, Compare) คือ บริบทที่ใช้ในการศึกษา คือ ในโรงพยาบาล หรือการเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้การดูแล

4) O (Outcome) คือ ภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมาก
 คำสำคัญในการสืบค้น คือ Congenital Heart Disease, Systemic to Pulmonary Shunt, Clinical Nursing Practice Guideline, Prevention Shunt Occlusion, Prevention Pulmonary Over-Circulation กำหนดช่วงการตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2020 จากนั้นประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อร่วมกันประเมินคุณภาพ และสรุปสาระสำคัญของข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น ร่วมกันจัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of Evidence) โดยใช้ The Joanna Briggs Institute Guides (2013) ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติได้ประชุมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ผลดี ผลเสียหรืออันตรายจากการปฏิบัติตาม

หลักฐานเชิงประจักษ์ (Determine Benefits and Harms) และข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์ จากนั้น ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติจะเลือกเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ให้ผลดีแก่ผู้รับบริการ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 9 เรื่อง ซึ่งผ่านเกณฑ์ทั้งหมดจำนวน 4 เรื่อง แบ่งออกเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการวิจัยโดยการออกแบบเชิงทดลอง (Experimental Designs) (Level 1b) 1 เรื่อง, หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการวิจัยโดยการออกแบบเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Designs) (Level 2a) จำนวน 1 เรื่อง และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการวิจัยโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ (Observational Analytic Designs) (Level 3b) จำนวน 2 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ (Formulate the Guideline) โดยผู้วิจัย และทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ดำเนินการรวบรวมข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการคัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ พิจารณาทำการยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อป้องกันภาวะอุดตัน ของทางเป็ยงหลอดเลือดหัวใจ และภาวะเลือดไปปอดมากในทารกโรคหัวใจแต่กำเนิด ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเป็ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี โดยกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ โดยผู้วิจัยจัดส่งร่างแนวปฏิบัติให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์โรคหัวใจเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล เชี่ยวด้านการดูแลผู้ป่วยทารก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กโรคหัวใจ 1 ท่าน และ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลทารกและเด็ก จำนวน 1 ท่าน โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับงานวิจัยและการประเมินผล (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: The AGREE II, 2009) โดยครอบคลุมหัวข้อเป็นหมวดหมู่ดังต่อไปนี้ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ และส่วนเสีย 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 5) การนำไปใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ จากนั้นนำคะแนนคุณภาพที่ได้จากข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาตัดสินใจ ในการใช้แนวปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทการใช้งาน

ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน โดยชี้แจงความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ โดยใช้เวลา ในระหว่างประชุมของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนทำงานทุกเวอร์ (Pre-Conference)

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมทำความเข้าใจ เพื่อขอความร่วมมือจากบุคลากรพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯไปใช้ เปิดโอกาสให้ซักถามและ ตอบข้อสงสัยโดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ

ขั้นตอนที่ 3 จัดอบรมบุคลากรผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ชี้แจงขั้นตอนของการ พัฒนา และวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯใช้เวลาในการอบรม 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ (Pilot Test) โดยดำเนินการใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี จำนวน 5 ราย ในระยะเวลา 3 เดือน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ จากผู้ใช้นโยบาย หลังใช้แนวปฏิบัติในระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้โดยรวมของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ ของพิบูล นันทชัยพันธุ์ (2549) จากนั้นนำผลจากการประเมินแนวปฏิบัติและข้อคิดเห็นของผู้ทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่นำไปใช้ได้จริงสำหรับใช้ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ โดยประเมินภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และภาวะเลือดไปปอดมากในทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี หลังนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำรายงานรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ และรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว เพื่อเตรียมเผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ ข้อมูลความเป็นไปได้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชุดที่ 4 (EXPD) (2563- 2565) เอกสารรับรองเลขที่ 139/63 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติแล้ว โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา ซึ่งการศึกษานี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่องานทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา หรือสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาในระหว่างการศึกษา โดยจะไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน ส่วนกลุ่มตัวอย่างทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี ผู้วิจัยเข้าพบบิดามารดาหรือผู้ดูแลตามกฎหมายเพื่อชี้แจงข้อมูลการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การปกป้องข้อมูลของทารก การเข้าร่วมงานวิจัยต้องเป็นไปด้วยความยินยอมพร้อมใจ และไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของทารก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 30 ปี (ช่วงอายุ 23-58 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี 26 คน (ร้อยละ 86.66) และระดับปริญญาโท 4 คน (ร้อยละ 13.33) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ช่วง 1-10 ปีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) ช่วง 11-20 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.66) และอายุการทำงานช่วง 21-30 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทารกที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปทอด จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.66) ไม่เคยได้รับการอบรมจำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) โดยจำนวนผู้ที่เคยได้รับการอบรม มีผู้เคยได้รับการอบรมทั้งหมด 4 ครั้งจำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) อบรม 2 ครั้ง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) อบรม 1 ครั้ง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทารก เป็นทารกเพศชายจำนวน 4 คน (ร้อยละ 80) เพศหญิงจำนวน 1 คน (ร้อยละ 20) และได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปทอดชนิด Modified Blalock Taussig Shunt จำนวน 4 คน (ร้อยละ 80) และชนิด Central Shunt จำนวน 1 คน (ร้อยละ 20)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี เพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และภาวะเลือดไปทอดมาก

พบว่า สารสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ประกอบด้วย 2 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของ shunt โดยแบ่งเป็นหัวข้อย่อยดังนี้

1) การให้การพยาบาลหลังการรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (ICU CVT 2) การให้การพยาบาลต่อเนื่องหลังรับผู้ป่วยจาก ICU CVT และ 3) การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเกิดการอุดตันทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ (Shunt) หลังการผ่าตัด โดยทั้ง 3 หัวข้อย่อยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการอุดตันของ Shunt โดยการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา Heparin ทางหลอดเลือดดำและดูแลให้ได้รับประทานยา Aspirin ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยการรับประทานวันละ 1 ครั้งโดยให้ Aspirin หลังได้รับ Heparin ทางหลอดเลือดดำครบ 24 ชม. และหลัง Aspirin ครบ 24 ชม. ให้หยุดการให้ยา Heparin ทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการเกิดการอุดตันของ Shunt ประเมินสัญญาณชีพ และ Shunt Murmur ของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมงและลงข้อมูลในแบบบันทึกเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุการเกิดภาวะอุดตันของ Shunt เฝ้าระวังและประเมินสัญญาณชีพ เมื่อผู้ป่วยมีค่า SpO₂ ต่ำกว่าที่แพทย์กำหนด SpO₂ น้อยกว่า 75- 80 % ให้ใช้ระบบทางเดินหายใจโดยใช้ Deterioration After Intubation เป็นแนวทางในการตรวจเช็คโดยใช้ Differential Diagnosis ดังนี้ คือ DOPE ได้แก่ D: Displaced ET position, O: Obstruction ET, P: Pneumothorax, E: Equipment

Failure หากประเมินและแก้ไขแล้วผู้ป่วยค่า SpO_2 ยังต่ำกว่าที่แพทย์กำหนดหรือมีค่าที่ต่ำลงเรื่อย ๆ ร่วมกับ ประเมิน Shunt Murmur ได้ยินเสียงเบาลงหรือหายไป ให้แจ้งกุมารแพทย์ทันที เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจและ วินิจฉัยว่าเกิดการอุดตัน ของ Shunt ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา PGE_1 ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อเปิดเส้นเลือด Ductus Arteriosus ช่วยให้มีเลือดไหลลัดผ่านไปปอด ส่งผู้ป่วยเพื่อทำการสวนหัวใจหรือได้รับการผ่าตัด Re-operation for Systemic-to-Pulmonary Artery Shunt ตามแผนการรักษาของแพทย์ทันที และช่วย ฟื้นคืนชีพตามแนวปฏิบัติ ในการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีที่ผู้ป่วย Arrest

หมวดที่ 2 การให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะ Pulmonary Overcirculation โดยการเฝ้าระวัง สัญญาณชีพ และประเมินเสียง Shunt Murmur ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินความแรงของชีพจรส่วนปลาย อุณหภูมิ ปลายมือปลายเท้า และ Capillary Refill Time ประเมินสีผิว แรงในการหายใจ อัตราการหายใจ อาการของภาวะ หายใจลำบาก และติดตามค่าออกซิเจนหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO_2) ถ้าค่า $SpO_2 > 90\%$ มี Wide Pulse Pressure มากกว่า 20 mmHg และค่า Diastolic Blood Pressure ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติของผู้ป่วยให้รายงานกุมาร แพทย์ทันที และลดการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วยโดยใช้ FiO_2 เท่ากับ 0.21, ติดตามผล Blood Gas เพื่อติดตาม ค่า $PaCO_2$ ที่ลดลง, ดูแลให้ได้รับสารน้ำเพิ่มเพื่อเพิ่มปริมาณของเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายเพื่อเพิ่ม Systemic Blood Flow หรือดูแลให้ได้รับยา Inotropic Drug เพื่อเพิ่มการบีบรัดตัวของหัวใจตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีที่แพทย์ได้ทำการตรวจและวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเกิดภาวะ Pulmonary Overcirculation ให้เตรียมส่งผู้ป่วย เพื่อทำการผ่าตัดเปลี่ยนขนาด Shunt ให้เล็กลงตามแผนการรักษาของแพทย์ทันที และช่วยฟื้นคืนชีพตามแนว ปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีที่ผู้ป่วย Arrest

3. การประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

3.1 ผลประเมินภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมากหลังนำ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้

พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ เกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุดตันของทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจร้อยละ 14.89 และภาวะเลือดไปปอดมาก ร้อยละ 1.06 หลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิกฯ ไปใช้ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมาก

3.2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้

พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ทั้งหมดจำนวน 30 คน มีความ คิดเห็นในด้านความง่ายและสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60 และ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40 ส่วนความชัดเจนของแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ในหน่วยงานของท่าน ความประหยัด (การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้งานสามารถประหยัด และลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ (สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดี ต่อผู้รับบริการ) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ ในหน่วยงานของท่านกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นตรงกัน ร้อยละ 100 สามารถนำไปปฏิบัติ ได้จริงในหอผู้ป่วยเพื่อช่วยป้องกันการอุดตันของทางเบี่ยง

หลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดในทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปยังระบบพัลโมนารี

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมากในทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปยังระบบพัลโมนารีที่พัฒนาขึ้นนี้ มีองค์ประกอบ คือ 1) การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของ Shunt โดยแบ่งเป็นหัวข้อย่อย ดังนี้ 1.1) การให้การพยาบาลหลังการรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (ICU CVT) 1.2) การให้การพยาบาลต่อเนื่องหลังรับผู้ป่วยจาก ICU CVT 1.3) การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเกิดการอุดตันของ Shunt หลังการผ่าตัด 2) การให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะ Pulmonary Overcirculation หลังการผ่าตัด ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ นี้ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมาก เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ นี้ ได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council (NHMRC), 1999) และได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือ จำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง ส่งผลให้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ มีคุณภาพ ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ในหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ กันทะรักษา, ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธุ์, สุภาพร วรมรรคไพสิษฐ์, อัจฉรา คำแหง และวินัส จันทรแสงสี (2555) กล่าวว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นวิธีการพัฒนาระบบการดูแลให้มีคุณภาพ ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย และจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้ พบว่าไม่มีปัญหาและอุปสรรคใด ๆ นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ มีขั้นตอนตามกระบวนการการพยาบาลทารกที่สอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมายของหน่วยงานที่มีการประกันคุณภาพการพยาบาลในส่วนของการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไปปอดต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอุดตันของท่อทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเทียมหรือเกิดภาวะเลือดไปปอดมากอุบัติการณ์ต้องเท่ากับศูนย์ และผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นเท่ากับศูนย์ ซึ่งผลสำเร็จที่เป็นไปตามเป้าหมายในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ และเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความร่วมมือของพยาบาลที่ได้รับการประชาสัมพันธ์ ซึ่งแจ้งความสำคัญ of แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ จัดประชุมทำความเข้าใจ เพื่อขอความร่วมมือจากบุคลากรพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ตลอดจนผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากมีการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้สอดคล้องกับแนวทางของ National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999) ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฯ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและเกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สามารถ

นำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ผู้มารับบริการได้รับบริการที่เหมาะสม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ลดเวลาการอยู่โรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและภาวะเลือดไปปอดมากในผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในแผนกให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะของการอุดตันทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยทารกกลุ่มนี้จะต้องรับประทานยา Aspirin เพื่อป้องกันการอุดตันของทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หากผลการวิจัยพบว่ามีอุบัติการณ์ของการอุดตันของการอุดตัน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้สามารถนำมาพัฒนาต่อในด้านการให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยทารกก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ สกุกกันบัณฑิต และพิมลนาฏ ซื่อสัตย์. (2562). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเตตราโลจีออฟฟาลโลต์ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมดในระยะผ่าตัด. *งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล*.
- กรรณิการ์ กันทะรักษา, ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธุ์, สุภาพร วรบรรคไพสิษฐ์, อัจฉรา คำแหง และวินัส จันทรแสงสี. (2555). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาระยะแรก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลสาร*, 39(4), 72.
- งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2561). *สถิติผู้ป่วยทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวเลือดไปปอดน้อยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากระบบหลอดเลือดแดงไปยังระบบพัลโมนารี หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.

- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2549). *การประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก*. ในเอกสารประกอบการบรรยายการอบรม เรื่อง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดโดยศูนย์บริการการพยาบาล ระหว่างวันที่ 3-4 มิถุนายน 2549. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แรกขวัญ สิทธิวงศ์กุล. (2556). Critical Congenital Heart Disease in infants. ใน พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ, สุขญา ศิลป์ไธรัตน์, รุ่งโรจน์ เนตรศิริณิลกุล, อรรพรรณ เล่าห์เรณู และเสาวลักษณ์ โอภาสศิริกุล, *Pediatric Emergencies กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน*. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- วรวิทย์ จิตติถาวร. (2561). ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Modified Blalock – Taussig Shunt. ใน วรวิทย์ จิตติถาวร และสุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา (บ.ก.), *ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดทรวงอกและการดูแลรักษา Complication of Thoracic Surgery and Management* (น. 338). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- Begg, C. (2015). *Immediated post-operative management of blalock-taussig shunt*. Scotland: Royal hospital for sick children.
- Garcia, R. U. & Peddy, S. B. (2018). Heart disease in children. *Primary Care*, 45(1), 143–154. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.10.005>
- Guzzetta, N.A., Foster, G.S., Mruthinti, N., Kilgore, P.D., Miller, B.E., & Kanter, K.R. (2013). In hospital shunt occlusion in infants undergoing a modified blalock –taussig shunt. *The Annals of Thoracic Surgery*, 96(1), 176-182. doi: 10.1016/j.athoracsur.2013.03.026.
- Küçük, M., et al., (2016). Risk factors for thrombosis, overshunting and death in infants after modified blalock-taussig shunt. *Acta Cardiologica Sinica*, 32(3), 337-342. doi: 10.6515/ACS20150731A
- Martin, G. R. & Jonas, R. A. (2018). Surgery for congenital heart disease: Improvements in outcomes. *American Journal of Perinatology*, 35(6), 557–560. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639358>
- National Health and Medical Research Council. [NMRC]. (1999). *A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved April 10, 2017, from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf
- Price, J. F. (2019). Congestive heart failure in children. *Pediatrics in Review*, 40(2), 60–70. <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0168>
- Singh, S. P., et al. (2014). Modified blalock taussig shunt: Comparison between neonates, infants and children. *Annals of Cardiac Anesthesia*, 17(3), 191-197. doi: 10.4103/0971-9784.135847.

- Suluba, E., Shuwei, L., Xia, Q., & Mwango, A. (2020). Congenital heart diseases: Genetics, non-inherited risk factors, and signaling pathways. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 21(11), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s43042-020-0050-1>
- The Agree Research Trust. (2013). *The Appraisal of guidelines for research & evaluation II 2009*. Retrieved April 10, 2017, from <http://www.agreetrust.org/>
- The Joanna Briggs Institute. New JBI levels of evidence. *Level of evidence and grades of recommendation working party October 2013*. April 20, 2017 from www.Joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php
- Vitanova, K., Leopold, C., Ohain, V.P.J., W, C., L, R., & C, J. (2019). Reasons for failure of systemic to pulmonary artery shunts in neonates. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 67(1), 2-7. doi: 10.1055/s-0037-1621706.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ในเยื่อช่องท้องและการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of an Empowerment Program on Knowledge, Prevention Behaviors
for Peritoneal Infection, and Peritoneal Infection in Patients Undergoing
Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Fang Hospital, Chiang Mai Province

นฤมล มาชะเถิก*
Narumon Makatuek*
โรงพยาบาลฝาง*
Fang Hospital*

(Received: May 20, 2023; Revised: August 22, 2023; Accepted: August 28, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและอัตราการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการล้างไตทางช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติ Chi-Square

ผลการศึกษา พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องดีกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในกลุ่มทดลอง ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพหน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง

*ผู้ให้การติดต่อ นฤมล มาชะเถิก e-mail: puijui8@gmail.com

Abstract

The objectives of this quasi-experimental study were to develop and examine the effects of an empowerment program on knowledge, prevention behaviors for peritoneal infection, and peritoneal infection rates in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis at Fang Hospital, Chiang Mai Province. Participants were selected using a purposive sampling technique, consisting of seventy-six patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis, divided into experimental and control groups, with 38 participants in each group. The research instrument was an empowerment program on knowledge, prevention behavior for peritoneal infection, and peritoneal infection in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis that was developed. Data collection instruments consisted of a socio-demographic form, a peritonitis assessment form, and a peritoneal dialysis knowledge and behavior assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics. The independent t-test was used to compare the difference in scores of knowledge and prevention behavior for peritoneal infection between the experimental group and the control group after attending the program. The chi-square test was used to compare the peritoneal infection rate between the experimental group and the control group after applying the program.

The results showed that after receiving the program, the experimental group had statistically significantly more knowledge of continuous peritoneal dialysis than the control group ($p\text{-value} < 0.001$). The experimental group had statistically significantly better prevention behavior against peritonitis than the control group ($p\text{-value} < 0.001$). There was no incidence of peritonitis in the experimental group. Therefore, other health care provider teams can apply this empowerment program to promote knowledge, change self-care behaviors, and reduce peritonitis infection in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Keywords: Empowerment Program, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Knowledge, Self-Care Behaviors, Peritoneal Infection

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease (CKD)) คือ ภาวะที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือหน้าที่การทำงานของไตติดต่อกันนานเกินกว่า 3 เดือน ทำให้การกำจัดของเสียออกจากเลือดและการกำจัดสารพิษออกจากร่างกายมีความบกพร่อง ส่งผลให้ไม่สามารถขับของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากกระแสเลือดได้

โดยในระยะแรกจะไม่แสดงอาการใด ๆ หากปล่อยเอาไว้เป็นเวลานานและไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอาจทำให้เสี่ยงเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ (Chen, Knicely, & Grams, 2019; Vaidya & Aeddula, 2022) โรคไตเรื้อรังจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีมูลค่าที่สูงมาก จากสถิติอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2565 พบอุบัติการณ์ 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 420,212 คน ระยะที่ 4 จำนวน 420,212 คน และระยะที่ 5 จำนวน 62,386 คน และมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ.2560 จำนวน 28,260 คน ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 30,024 คน และปี พ.ศ. 2562 จำนวน 30,722 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)) เป็นทางเลือกแรกที่ใช้บำบัดทดแทนไตที่มากที่สุด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558; Wearne et al., 2017) เนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้าน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกรายก่อนที่จะได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฝังท่อล้างไตไว้ในช่องท้อง (Tenckhoff Catheter) ร่วมกับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4-6 ครั้ง วิธีการที่ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองมีข้อดี คือ ผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านได้ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและลดการเสียโอกาสในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างไรก็ตามการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีข้อเสีย คือ หากไม่สามารถควบคุมเรื่องความสะอาดในขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาอาจทำให้เกิดติดเชื้อได้ ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามมา (Shi, Du, Zhang, & Zhou, 2022) และพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต คือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) ซึ่งเป็นการอักเสบของเยื่อช่องท้องอาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา ซึ่งการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการ จากการศึกษาระบาดวิทยาของการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (เฉลิมพล ณ เพ็ชรวิจารณ์, 2563) พบว่า การติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องส่วนใหญ่เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกซึ่งอาจสัมพันธ์กับการปนเปื้อนระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยา เนื่องจากปราศจากเทคนิคปลอดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาขาดความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องซึ่งเป็นผลให้เกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ดังเช่นการศึกษาเชิงพรรณนาในเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 ไม่ได้ล้างแผลด้วยตนเองเพราะกลัวไม่สะอาด ทำแผลเองไม่ถนัด มีอุปสรรคและปัญหาในการจัดหาวัสดุและอุปกรณ์ในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต และทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อไม่ถูกต้อง เป็นต้น (พัชรภรณ์ วงศ์ชาบุตร, วรณภา ประไพพานิช และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2560) การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและญาติ คือ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เกิดพังผืดในช่องท้องเกิดการสูญเสียพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนของเสียในช่องท้องทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดทำการล้างไต

ทางช่องท้องชั่วคราวและบางรายต้องหยุดทำแบบถาวรและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (Bieber & Mehrotra, 2019; Sahlawi et al., 2020) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยล้างไตเองทางช่องท้องได้มีความรู้ สามารถปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) เป็นแนวคิดแบบพลวัต (Dynamic Concept) ที่มีการแลกเปลี่ยนและมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ความพึงพอใจหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางบวก สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อน และจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้ ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง (แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2558) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคและลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาไต การจัดการบริการสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าการผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ แตกต่างกันไปตาม วัตถุประสงค์ของโปรแกรมกลยุทธ์ที่พบมี 3 รูปแบบ คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Educating) การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และการเป็นพี่เลี้ยงสุขภาพหรือโค้ชสุขภาพ (Health Coaching) (รสสุคนธ์ วาริตสกุล, 2560) ดังจากผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (จุฑามาส พรหมใจมั่น, 2563) ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จึงควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ

โรงพยาบาลฝางเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 210 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 44, 51 และ 48 คน ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้องปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 1.78, 2.27 และ 3.13 ตามลำดับ (งานสถิติกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลฝาง, 2565) ปัจจุบันโรงพยาบาลฝาง มีวิธีการเตรียมผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเป็นรายกลุ่มและสอนการปฏิบัติตัวโดยการดูวิดีโอ มีการประเมินความรู้และการปฏิบัติโดยใช้แบบประเมิน แต่ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในการล้างไตทางช่องท้องจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากการสำรวจสถานการณ์การเข้ารับบริการของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยขาดความตระหนักในปัญหาที่ตนเองเผชิญเมื่อสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ยังขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว

จึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมและการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วย รับรู้ถึงความสามารถของตนและเกิดความเชื่อมั่นในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ถูกขั้นตอนและสามารถลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

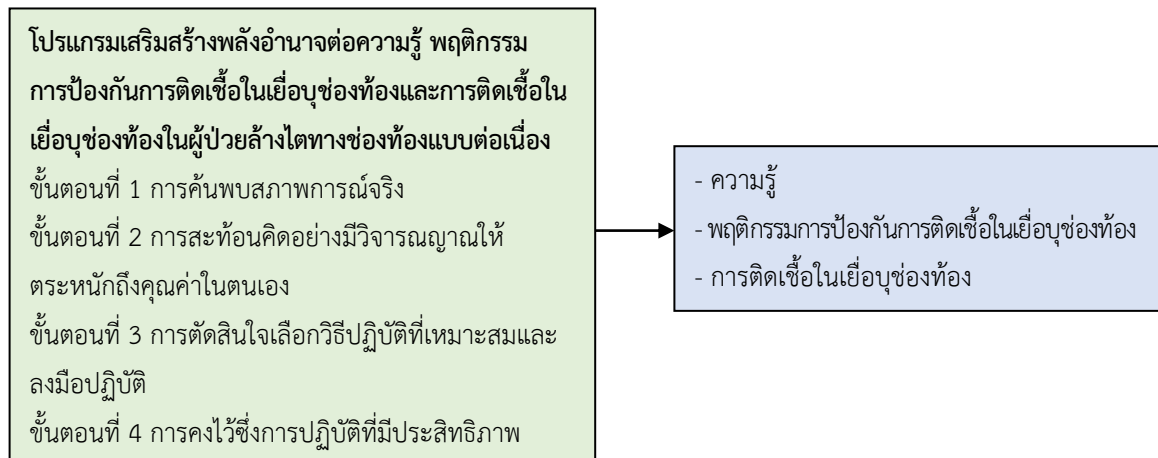
1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจความรู้ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องดีกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีอัตราการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้น ให้อุทิศค้นพบปัญหาด้วยตนเอง โดยมีบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นผู้สนับสนุนหรือชี้แนะ ส่งเสริมพัฒนาทักษะ ที่จำเป็นเพื่อให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการ ปฏิบัติอย่างยั่งยืนผ่านทางโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมและ ลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มระดับความรู้ พฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและลดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ดังแสดง ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม ชนิดวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 – มีนาคม พ.ศ. 2566 ณ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566 จำนวน 76 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป Stata โดยใช้สูตร Two Sample Comparison of Proportion การสำรวจอุบัติการณ์การเกิดติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง พบ 0.32 (งานสถิติกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลฝาง, 2565) และคาดว่าหลังใช้โปรแกรมจะไม่เกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 20% แบ่งเป็นตัวอย่างกลุ่มละ 38 คน รวมทั้งหมดจำนวน 76 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องที่มีอาการคงที่
2. ผู้ป่วยเข้าใจภาษาไทยในระดับที่อ่าน ออก เขียนได้และสื่อสารได้
3. ผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการทางด้านร่างกาย เช่น การได้ยิน การมองเห็นและมีปัญหาทางการสื่อสาร
4. ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบ 8 สัปดาห์
2. ผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติหรือ

3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 2) การค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ 3) การสะท้อนคิดมีวิจารณ์ญาณ 4) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 5) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาล้างไต ประวัติเคยติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และระดับซีรัมอัลบูมิน

2.2 แบบประเมินการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ (International Society Peritoneal Dialysis (ISPD)) มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ให้ผู้วิจัยสังเกตและเลือกตอบตามรายการที่กำหนดไว้ โดยอาศัยอาการและอาการแสดงทางคลินิก 2 ใน 3 ข้อดังนี้ คือ 1) อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการอักเสบของเยื่อในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้อง ใช้ น้ำยาขุ่น ถ่ายเหลว กดเจ็บ บริเวณหน้าท้อง 2) ตรวจพบเม็ดเลือดขาว มากกว่า 100 ตัว/ไมโครลิตร และ 3) ตรวจพบเชื้อก่อโรคหรือการเพาะเชื้อ

2.3 แบบประเมินความรู้การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน เป็นแบบปรนัยเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน คะแนนประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน หมายถึง ผ่านเกณฑ์การประเมิน คะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เช็ดโต๊ะและเตรียมอุปกรณ์ ขั้นตอนที่ 2 ต่อสายน้ำยาและล้างไต ขั้นตอนที่ 3 ปลดสายและปิดจุก และขั้นตอนที่ 4 การทำแผลช่องท้องออกท่อล้างไต มีจำนวนข้อคำถาม 32 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ให้ผู้วิจัยสังเกต

และเลือกตอบตามรายการที่กำหนดไว้ เลือกข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ตอบถูกต้อง 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 32 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน คือ 0-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ 11-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง 21-32 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และโครงสร้าง (Construct Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทางด้านโรคไตทั้งหมด 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคไต 2 ท่าน ได้พิจารณาแล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้ผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย โดยได้สังเกตร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกไตเทียมโดยกระทำพร้อม ๆ กัน ครั้งละ 1 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลผาง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินความรู้ การป้องกันการติดเชื้อการล้างไตทางช่องท้อง และ ประเมินการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องก่อนเริ่มโปรแกรม เริ่มทำกิจกรรมกลุ่มโดยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ โดยดำเนินการผ่านการทำกิจกรรมกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 6 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน ให้แต่ละคนเล่าประสบการณ์การติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟัง จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัย และระบายความรู้สึกเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของตนเองได้มากขึ้น จนรู้สึกยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้การบรรยายแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้สมาชิกกลุ่มทดลองฟัง รวมทั้งเสริมความรู้กรณีที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ใช้ระยะเวลา 35 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิดกระตุ้นให้กลุ่มทดลองคิดทบทวนเหตุการณ์ ปัญหาการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของตนเองและฝึกทักษะการค้นหาคำตอบด้วยตนเอง โดยให้เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ผ่านมากับประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มและข้อมูล

ที่ได้รับจากผู้วิจัย หลังจากนั้นให้แต่ละคนเสนอปัญหาการปฏิบัติของตนเองโดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกบนกระดานที่เตรียมไว้ และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอเพิ่มเติมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการตัดสินใจรวมทั้งการจัดการกับปัญหาของตนเองได้ภายหลังจากการสะท้อนคิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 30 นาที ในแต่ละกลุ่มโดยจัดกิจกรรมที่ละกลุ่มจนครบ 6 กลุ่มตามเวลานัดหมาย ณ แผนกโรคไต โรงพยาบาลฝาง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองร่วมกันเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกัน ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมในการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา จัดบันทึกเป้าหมายและกิจกรรมที่กลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้นแล้วอ่านทวนซ้ำเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมรับและสนับสนุนให้นำไปปฏิบัติที่บ้าน ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 30 นาที ในแต่ละกลุ่มโดยจัดกิจกรรมที่ละกลุ่มจนครบ 6 กลุ่มตามเวลานัดหมาย ณ แผนกโรคไต โรงพยาบาลฝาง

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยฝึกทักษะการประเมินตนเอง แก่กลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเล่าถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดจนวิธีการจัดการกับปัญหาอุปสรรคของตนเอง ประเมินผลย้อนกลับทางบวก โดยกล่าวชื่นชมผู้ที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับผู้ที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย ผู้วิจัยได้ใช้คำถามสะท้อนคิดกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาสาเหตุที่ทำให้ตนเองไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย และดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอีกครั้ง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างบอกสิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อไป และสิ่งที่ต้องเลิกปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 8 ยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสรุปและประเมินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผลลัพธ์ของโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นแจกประเมินความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องหลังใช้โปรแกรมฯ

กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และเก็บข้อมูลวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ได้ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และประเมินการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลฝาง ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับทั้งการปฏิบัติตัวในการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่องและการป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงแนะนำแหล่งช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและให้ความรู้เพิ่มเติมในรายที่มีปัญหา

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องและการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีแจกแจง ความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test
3. เปรียบเทียบการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-Square

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลผาง เลขที่ COA No.12/2565 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา กรณีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือออกจากกรร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการของโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษานั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.63 อายุเฉลี่ย 60.26 (S.D. = 11.11) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 63.16 รองลงมาไม่ได้เรียนร้อยละ 21.05 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 44.74 โรคร่วมส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 28.95 รองลงมาภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานร้อยละ 26.32 สำหรับประวัติการติดเชื้อส่วนใหญ่ พบว่าไม่มีประวัติการติดเชื้อร้อยละ 57.89 ผู้ป่วยดูแลตนเองในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเอง ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาฟอกไตเฉลี่ย 3.24 (S.D. = 2.43) ผลค่า Albumin เท่ากับ 3.05 (S.D. = 0.45)

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.63 อายุเฉลี่ย 57.02 (S.D. = 10.76) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 52.63 รองลงมาศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 31.58 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างร้อยละ 34.21 โรคร่วมส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 34.21 รองลงมาภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานร้อยละ 26.32 สำหรับประวัติการติดเชื้อส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีประวัติการติดเชื้อร้อยละ 63.16 ผู้ป่วยดูแลตนเองในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเอง ร้อยละ 63.16 ระยะเวลาฟอกไตเฉลี่ย 3.36 (S.D. = 2.93) ผลค่า Albumin 3.11 เท่ากับ (S.D. = 0.38)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มได้รับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=76)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (n=38)		กลุ่มทดลอง (n=38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	47.37	18	47.37
หญิง	20	52.63	20	52.63
อายุ (ปี) (Mean±S.D.)	60.26±11.11		57.02±10.76	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	8	21.05	4	10.53
ประถม	24	63.16	20	52.63
มัธยม	6	15.79	12	31.58
ปวช./ปวส.	0	0.00	2	5.26
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	17	44.74	9	23.68
ค้าขาย	3	7.89	10	26.32
รับจ้าง	11	28.95	13	34.21
เกษตรกรรม	7	18.42	6	15.79
โรคร่วม				
ไม่มีโรคร่วม	8	21.05	4	10.53
เบาหวาน	2	5.26	2	5.26
ความดันโลหิตสูง	11	28.95	13	34.21
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	10	26.32	10	26.32
ความดันโลหิตสูงและเกาต์	5	13.16	4	10.52
ตับอักเสบ	1	2.63	0	0.00
หัวใจล้มเหลว	1	2.63	0	0.00
ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นผิดจังหวะ	0	0.00	1	2.63
ความดันโลหิตสูง,เบาหวานและเกาต์	0	0.00	1	2.63
ความดันโลหิตสูง, เบาหวานและไขมันในเลือด	0	0.00	1	2.63
ความดันโลหิตสูงและนิ่วที่ไต	0	0.00	2	5.26

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (n=38)		กลุ่มทดลอง (n=38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการติดเชื้อ				
มีประวัติติดเชื้อ	16	42.11	14	36.84
ไม่มีประวัติติดเชื้อ	22	57.89	24	63.16
ผู้ดูแลผู้ป่วย				
มีผู้ดูแล	19	50.00	14	36.84
ปฏิบัติเอง	19	50.00	24	63.16
ระยะเวลาฟอกไต(ปี) (Mean±S.D.)	3.24±2.43		3.36±2.93	
ผล Albumin (Mean±S.D.)	3.05±0.45		3.11±0.38	

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม ฯ

พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเท่ากับ 18.15 (S.D. = 1.95) มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเท่ากับ 14.36 (S.D. = 12.48) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=76)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=38)		กลุ่มทดลอง (n=38)		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความรู้เรื่องการล้างไตทางช่องท้อง	14.36	2.48	18.15	1.95	<0.001*

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

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมฯ

พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง เท่ากับ 30.92 (S.D. = 1.53) ดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.26 (S.D. = 2.02) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=76)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=38)		กลุ่มทดลอง (n=38)		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	27.26	±2.02	30.92	±1.53	<0.001*

* p-value < 0.05

3. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมฯ

หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองไม่พบมีอุบัติการณ์ติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ส่วนกลุ่มควบคุมพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 21.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=76)

การติดเชื้อ	กลุ่มควบคุม (n=38)		กลุ่มทดลอง(n=38)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เกิด	8	21.05	0	0.00	0.003*
ไม่เกิด	30	78.95	38	100.00	

*p-value< 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษการวิจัยนี้ พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องดีกว่ากลุ่มควบคุม และไม่พบอัตราการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผล เนื่องจากมีแบบแผนการสอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ร่วมทำกิจกรรมกลุ่มโดยให้แต่ละคนเล่าประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ซักถาม ระบายความรู้สึกจนเกิดการยอมรับ และปรับตัว มีแบบทดสอบ ในขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดมีวิจารณ์ญาณ ฝึกทักษะการแก้ปัญหาและร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จะเห็นว่าเป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยโรคไต ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ ขั้นตอนการเตรียมการเพื่อการล้างไตทางหน้าท้อง การสังเกตความผิดปกติหรือการติดเชื้อที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิด จดจำ

เรียนรู้และสามารถปฏิบัติได้สอดคล้องกับแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 2001) ที่กล่าวถึง การสอน อธิบาย สาธิต สาธิตย้อนกลับทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จำ เข้าใจได้และนำไปใช้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับ การศึกษาของจิรวรรณ ประชุมฉลาด และภาวิณี แพงสุข (2564) ที่พบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนทำให้ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองเพิ่มขึ้น และการศึกษาของเฉา และคณะ (Cao, Hong, Ruan, & Lin, 2023) ที่ศึกษาต้นแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มได้รับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรมการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มได้รับกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของกิบสันช่วยให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องของตนเอง โดยมีพฤติกรรมปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อถูกต้องมากขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มได้รับกลุ่มควบคุมโดยการให้ความรู้และคำแนะนำเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามปัญหาเฉพาะสำหรับ แต่ละบุคคลเมื่อผู้ป่วยมารับบริการตามเวลานัดหมาย การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยได้เกิดกระบวนการเรียนรู้ จากการได้รับความรู้การสาธิตให้เห็นตัวแบบในที่นี้คือผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวได้ดีทำให้เห็นตามความจริงคิดอย่างมี วิจารณญาณและตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติตามต้นแบบ ได้อย่างถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาของเฉา และคณะ (Cao, Hong, Ruan, & Lin, 2023) ที่ใช้ต้นแบบการเสริมสร้าง พลังอำนาจแก่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มได้รับกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย พบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 ยังไม่พบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม สาเหตุมาจากระยะเวลาที่เริ่มโครงการยังสั้นจึงอาจไม่เห็นความแตกต่างในระยะนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบ อุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มได้รับกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า หลังการ ใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง อธิบายได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ ผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องสอดคล้องกับการเสริมสร้างพลัง อำนาจในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยให้ผู้ป่วยเพิ่มการป้องกันการติดเชื้อทำให้ ไม่พบการติดเชื้อ ในกลุ่มใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2558) ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ พฤติกรรม และการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อส่งผลให้มีการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้อย่างถูกต้อง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลหรือทีมสุขภาพจากหน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับหน่วยงานของตนเอง ที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลผางเพื่อให้ผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมฯ นี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีความรู้เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวไตวายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ มีการติดตามผลจากการดำเนินโครงการวิจัยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามอุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง เป็นต้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2565 จาก [hdcservicehttps://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/pag_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2023](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/pag_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2023).
- งานสถิติกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลผาง. (2565). สถิติผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องทั้งปีงบประมาณ 2563 - 2565. โรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่.
- จิรวรรณ ประชุมฉลาด และภาวิณี แพงสุข. (2564). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(2), 249-259.
- จุฑามาส พรหมใจมั่น. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กรุงเทพมหานคร.
- เฉลิมพล ณ เพ็ชรวิจารณ์. (2563). ระบาดวิทยาของการติดเชื้อแบคทีเรียในเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(1), 84-96.
- พัชรภรณ์ วงศ์ชาบุตร, วรณภา ประไพพานิช และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 6-15.

- แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2558). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *พยาบาลสาร*, 42, 1-13.
- รสสุคนธ์ วาริตสกุล. (2560). การจัดการข้อมูลในการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 6-14.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 เล่ม 3 การบริหารงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด.
- Anderson, L.W., et al. (2001). *A Taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of educational objective*. New York: Pearson, Allyn & Bacon.
- Bieber, S. & Mehrotra, R. (2019). Peritoneal dialysis access associated infections. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 26(1), 23–29. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2018.09.002>
- Cao, F., Hong, F., Ruan, Y., & Lin, M. (2023). Effect of patient-empowerment interaction model on self-management ability of peritoneal dialysis patients: A randomized controlled trial. *Patient Preference and Adherence*, 17, 873–881. <https://doi.org/10.2147/ppa.s402698>
- Chen, T. K., Knicely, D. H., & Grams, M. E. (2019). Chronic kidney disease diagnosis and management: A review. *The Journal of the American Medical Association*, 322(13), 1294–1304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- Sahlawi, M. A., et al. (2020). Peritoneal dialysis-associated peritonitis outcomes reported in trials and observational studies: A systematic review. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 40(2), 132-140. <https://doi.org/10.1177/0896860819893810>
- Shi, X., Du, H., Zhang, Z., & Zhou, Y. (2022). Clinical outcomes of automated versus continuous ambulatory peritoneal dialysis for end-stage kidney disease: Protocol of a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(11), e065795. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065795>
- Vaidya, S. R., & Aeddula, N. R. (2022). Chronic renal failure. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Wearne, N., et al. (2017). Continuous ambulatory peritoneal dialysis: perspectives on patient selection in low- to middle-income countries. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 10, 1–9. <https://doi.org/10.2147/ijnrd.s104208>

ผลของการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ต่อการลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับ และความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

The Effects of Applying the 3-Plus Innovation to Eliminate Bed Sore on Reducing the Severity of Pressure Sores and the Satisfaction of Innovative Users in the Female Medicine Unit, Thabo Crown Prince Hospital

กัญญาพร สุขวาสนะ¹, สุวิณี ประเสริฐศรี¹, เมธิวดี นาหอคำ¹, นกษา สิงห์วีรธรรม^{2*}, กิตติพร เนาว์สุวรรณ³, อัจฉรา คำมะทิตย์⁴
Kunyporn Sukwasana¹, Suwinee Prasertsri¹, Methiwadee Nahokham¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Kittiporn Nawsuwan³, Adchara Khammathit⁴

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ¹, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{2*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข³,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข⁴

Thabo Crown Prince Hospital¹, Faculty of Public Health, Chaing Mai University^{2*},

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health³,

Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health⁴

(Received: June 1, 2023; Revised: September 1, 2023; Accepted: September 12, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ต่อการลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับ และความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีระดับคะแนน Braden Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน จำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือ นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ประกอบด้วย ที่นอนเจล หมอนรองปุ่มกระดูก และผ้าพองตัวผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการเฝ้าระวังแผลกดทับ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากการใช้นวัตกรรม 3 Plus ขจัด Bedsore กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของแผลกดทับลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม อยู่ระดับมากที่สุด 6 ด้าน ได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การลดระดับความรุนแรง ประหยัด มีความปลอดภัย ความต้องการใช้ต่อตลอดจนต้องการนำกลับไปใช้ที่บ้าน ดังนั้นทีมสุขภาพสามารถนำนวัตกรรมนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปดูแลที่บ้านได้ ตลอดจนขยายผลไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการใช้นวัตกรรม, นวัตกรรม 3-Plus, แผลกดทับ, ความพึงพอใจ

*ผู้ให้การติดต่อ นกษา สิงห์วีรธรรม email: noppcha@hotmail.com

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design were to examine the effects of applying the 3-Plus innovation to eliminate bed sores on reducing the severity of pressure sores and the satisfaction of innovative users in the female medicine unit, Thabo Crown Prince Hospital. Participants were selected using a purposive sampling technique, consisting of 34 patients with pressure sores, aged 15 years and over and having a Braden Score less than or equal to 16 points. The research instrument was the 3-plus innovation to eliminate bed sores, consisting of gel mattresses, orthopedic pillows, and clothes to support the patient. The data collection tools were the pressure sore surveillance assessment form with a consistency index of 0.76 and the innovation satisfaction assessment form with a Cronbach's alpha coefficient of confidence of 0.81. The data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed-Rank test.

The results showed that after applying the 3-Plus innovation to eliminate bed sore, the pressure ulcer severity of the patients decreased at a statistically significant level of 0.01. The average satisfaction score of innovative users was at a very good level in six aspects, namely prevention of pressure sores, minimization of violence, economics, and safety, as well as wanting to continue using the innovation and wanting to take it back to use at home. Therefore, health care teams can apply this innovation to care for patients with pressure sores both in the hospital and at home, as well as expand the results to be used in sub-district health promotion hospitals to reduce the number of patients with pressure sores.

Keywords: Clinical Practice Guideline in Using Innovation, 3-Plus Innovation, Bed Sore, Satisfaction

บทนำ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่นอนเตียงนาน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Huang et al, 2023) สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้แก่ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย แรงเสียดทาน แรงไถล และความชื้นผิวหนัง ส่วนใหญ่จะเกิดบริเวณผิวหนังที่เป็นจุดรับน้ำหนักของปุ่มกระดูกก้นกบ สะโพก และส้นเท้า ส่งผลกระทบในด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เพิ่มระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น บุคลากรมีภาระงานเพิ่ม ถ้ามีการติดเชื้อ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (พุทธชาติ ใจกาต, 2561; Mervis & Phillips, 2019)

แผลกดทับมีนวัตกรรมที่หลากหลายโดยมีเป้าหมาย คือ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การประเมิน การดูแล การจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ และการบริหารจัดการการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ (พรทิพย์ สาริโส, ปิยภร ไพรสนธิ์ และอโณทัย เฉลิมศรี, 2559) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของที่นอนชนิดไม่มีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลม พบว่า นวัตกรรมที่นอนเสริมลดแรงกด ชนิดไม่มีการเคลื่อนที่ของลมกับที่นอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลมชนิดที่ใช้ในโรงพยาบาล มีประสิทธิภาพในการป้องกันแผลกดทับ ไม่แตกต่างกัน ที่ผ่านมามีการสร้างนวัตกรรมที่นอนลดหรือรักษาแผลกดทับ (ปรีดา กังแสง, 2562) การดูแลผิวหนังร่วมกับการใช้เบาะยางรถจักรยานใส่น้ำหุ้มด้วยเสื้อกระจุตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง (จรรยา ชูวิทยาพงศ์, 2560) การใช้เมดโฟมและใยสังเคราะห์ที่มีความนุ่ม มาทำเป็นที่นอนเพราะวัสดุหาง่าย ราคาถูก ใช้งานสะดวก (Dongpho, 2019) นอกจากนี้ยังมีการใช้นวัตกรรมที่มี ลักษณะคล้ายกัน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น นวัตกรรมที่นอนยางพาราหุ้มด้วยพลาสติก (พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, นวพร วุฒิธรรม และสุภรินทร์ ใจพรมเมือง, 2564) นวัตกรรมที่นอนยางพารา (ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล, 2555) นวัตกรรมที่ป้องกันให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ถูกกดเป็นเวลานานได้รับออกซิเจนเพียงพอ ช่วยป้องกันการตีบตันของหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ (Huang et al., 2023)

จากการเก็บข้อมูลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ในปี พ.ศ. 2562-2565 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย คิดเป็น 0.58, 0.47, 0.92, 0.50 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเมื่อเทียบเคียงกับ เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราแผลกดทับไม่เกิน 1 ต่อ 1,000 วันนอน ยังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลให้มีการอักเสบของเนื้อเยื่อเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงจนอันตราย ถึงแก่ชีวิตได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลแผล ค่ายา และอุปกรณ์สิ้นเปลืองสูงขึ้น ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล มีความทุกข์ ความเครียดและวิตกกังวล และสูญเสียภาพลักษณ์ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่รับไว้ใน การดูแลในหอผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้านและส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ เช่น ผู้สูงอายุ น้ำหนักตัวมาก มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีปัญหาเศษฐาณะ ขาดอุปกรณ์ในการลดแรง กดทับและขาดอุปกรณ์ในการช่วยจัดท่าหรือยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดังนั้นการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับ สภาพผู้ป่วยมาใช้สำหรับลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับและป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ที่สร้างขึ้นนี้เกิดจาก การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในการดูแล นอกจากการจัดท่าผู้ป่วยแล้ว จำเป็นต้องมีการใช้ อุปกรณ์ลดแรงกด อุปกรณ์ในการช่วยจัดท่าและช่วยยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อไม่ให้มีแรงกด แรงไถล และแรงเสียดสี ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore จึงประกอบไปด้วยที่นอนเจล หมอนรองปุ่มกระดูก และผ้าพยุงตัวผู้ป่วย ซึ่งทำจากการนำผ้ามาเย็บและใส่ถุงเจลที่มีเหลือโซอยู่แล้ว ในโรงพยาบาล นำมาทำเป็นนวัตกรรมที่สามารถนำกลับไปใช้ที่บ้านได้ ดูแลทำความเข้าใจง่าย ไม่ต้องใช้พลังงานไฟฟ้า

ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีปัญหาเศรษฐกิจสามารถนำไปใช้ที่บ้านได้ โดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่าย ดังนั้นการศึกษารั้วนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของแผลกดทับ และป้องกันการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore พัฒนารูปแบบนวัตกรรมที่คิดค้นเพื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยที่นอนติดเตียง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ต่อการลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับ และความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

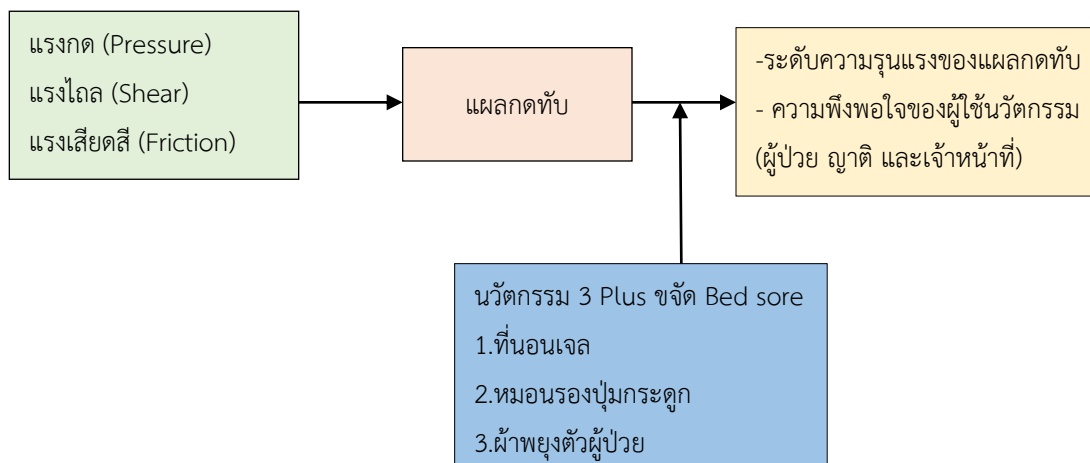
1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของแผลกดทับในกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับแล้วระหว่างก่อนและหลังใช้นวัตกรรม
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ของผู้ใช้นวัตกรรม

สมมุติฐานการวิจัย

หลังใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore กลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับ มีระดับความรุนแรงของแผลกดทับลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden & Bergstrom, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผิวหนัง อธิบายการเกิดแผลกดทับว่าเกิดจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ 1) ขนาดของแรงกดทับ และ 2) ความทนทานของเนื้อเยื่อ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อขนาดของแรงกดทับ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย การมีกิจกรรม และการรับรู้ความรู้สึก ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความทนทานของเนื้อเยื่อ ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการ ภาวะความเจ็บป่วยและโรคที่เป็น และ อุณหภูมิผิวหนัง และปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงไถล แรงเสียดสี ความชื้น และการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore เมื่อผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้รับการดูแลให้ใช้นวัตกรรมนี้ ร่วมกับลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ แรงกดทับ อุณหภูมิผิวหนัง การเสียดสีและความชื้น ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการศึกษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีระดับ Braden Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จำนวน 34 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายขณะทดลอง จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มีระดับ Braden Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน
3. ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนกระทั่งจำหน่าย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ประกอบด้วย ที่นอนเจล หมอนรองปุ่มกระดูก ผ้าพุงตัวผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว

- 2.2 แบบประเมินการเฝ้าระวังแผลกดทับ ได้แก่ เวลาในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ระบุท่านอน (ท่านอนหงาย/ท่านอนตะแคงซ้าย/ท่านอนตะแคงขวา) ในแต่ละครั้ง ตำแหน่งที่ใช้หมอนรองปุ่มกระดูก การใช้ผ้าพุงตัว ทุกครั้งเมื่อจัดทำหรือยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เวลาที่เปลี่ยนผ้าอ้อม และมีการประเมินการเกิดแผลกดทับหรือระดับ ความรุนแรงของแผลกดทับโดยใช้ PUSH 3.0 (Pressure Ulcer Status Tool) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย ขนาดพื้นที่แผล ปริมาณสารคัดหลั่ง ลักษณะของพื้นแผล ประเมินทุก 24 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) ซึ่งประกอบด้วย Sensory Perception (การรับรู้ความรู้สึก) Moisture (ความเปียกชื้นของผิวหนัง) Activity (ระดับการทำกิจกรรม) Mobility (ความสามารถในการเคลื่อนไหว) Nutrition (โภชนาการ) Friction and Shear (แรงเสียดสีจากการดึงลากและแรงเฉือนจากการเลื่อนไถล) โดยแปล ผลระดับคะแนน 19-23 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง (No Risk) ระดับคะแนน 15-18 หมายถึง มีความเสี่ยง (At Risk) ระดับคะแนน 13-14 หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate Risk) ระดับคะแนน 10-12 หมายถึง มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และระดับคะแนน 6-9 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงมาก (Very High Risk) โดยจะมีการประเมิน ความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินของบราเดนตั้งแต่แรกรับ และประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

- 2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore จากผู้ใช้นวัตกรรม ประกอบด้วย ผู้ป่วยญาติ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยข้อคำถามมี 9 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบประมาณค่า 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน โดยเกณฑ์การแบ่งระดับความพึงพอใจ (Best, 1997) ดังนี้ คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมในระดับมากที่สุด คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมในระดับมาก คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมในระดับปานกลาง คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมในระดับน้อย และ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมในระดับน้อย ที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore แบบประเมินการเฝ้าระวังแผลกดทับ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence (IOC)) ด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ลักษณะแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยง อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นทดลอง

1. ประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน และมีแผลกดทับจะอยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และมีการลงข้อมูลเมื่อแรกรับในแบบประเมินการเฝ้าระวังแผลกดทับ โดยบันทึกชื่อ สกุล โรค และบันทึกตำแหน่งและระดับความรุนแรง และลงข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล/เจ้าหน้าที่ที่ใช้นวัตกรรม

2. ใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ซึ่งประกอบด้วย ที่นอนเจล หมอนรองปุ่มกระดูก ผ้าพุงตัว โดยเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผ้าพุงตัวจะทำให้สามารถช่วยให้ยกตัวกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่เกิดการลาก และผ้าพุงตัวช่วยในการจัดท่ากลุ่มตัวอย่างในท่าตะแคงซ้ายและขวา ทำให้ไม่เอนลงกลับไปเป็นท่านอนหงายตามน้ำหนักตัว กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สายผูกกับเตียง โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายต้องใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore เป็นระยะเวลา 10 วันเป็นอย่างน้อย

ชั้นประเมินผล

1. ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการเฝ้าระวังแผลกดทับ ช่วยในการบันทึกข้อมูลการดูแลกลุ่มตัวอย่างกับการป้องกันและดูแลแผลกดทับ ได้แก่ เวลาในการพลิกตะแคงตัว ท่านอนที่จัดให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้งที่มีการพลิกตะแคงตัว ตำแหน่งที่ใช้หมอนรองปุ่มกระดูก การใช้ผ้าพุงตัวทุกครั้งเมื่อจัดทำหรือยกเคลื่อนย้ายกลุ่มตัวอย่าง เวลาที่เปลี่ยนผ้าอ้อม และมีการประเมินการเกิดแผลกดทับหรือระดับความรุนแรงของแผลกดทับทุก 24 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ PUSH 3.0 (Pressure Ulcer Status Tool) ซึ่งต้องประเมินแผลกดทับ 3 ด้าน คือ ระดับและตำแหน่งของแผล ขนาดของแผล ลักษณะเนื้อเยื่อบริเวณพื้นแผล ขอบแผล และผิวหนังโดยรอบแผล และความเจ็บปวด

2. ก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore จากผู้ใช้นวัตกรรม ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง ญาติ และเจ้าหน้าที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การเกิดแผลกดทับหลังใช้นวัตกรรม 3 Plus ขจัด Bed Sore ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ความถี่ ร้อยละ
3. เปรียบเทียบความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแล้ว ระหว่างก่อนและหลังใช้นวัตกรรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test
4. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ของผู้ใช้นวัตกรรม คือ กลุ่มตัวอย่าง และเจ้าหน้าที่ โดยใช้ความถี่และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้หมายเลขรับรอง NKPH43 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2565 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 โดยมีอายุต่ำสุด 47 ปี อายุสูงสุด 93 ปี อายุเฉลี่ย 62.45 ปี (S.D. = 7.38) มีอาชีพค้าขายร้อยละ 55.88 รับจ้างทั่วไปและไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 32.35 จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 55.88 รายได้น้อยกว่า 10,000 ร้อยละ 61.76 โรคร่วมที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.35 รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง 26.47

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับแผลกดทับ ก่อน-หลังใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore

พบว่าหลังใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore กลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับ เกรด 1 ลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับเป็นไม่มีแผลกดทับ ร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับ เกรด 2 ลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับเป็นไม่มีแผลกดทับ และเกรด 1 ถึงร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับแผลกดทับ ก่อน-หลังใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore (n=34)

ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีแผลกดทับ	0	0.00	18	52.94
เกรด 1	16	47.05	2	5.88
เกรด 2	4	11.77	0	0.00
เกรด 3	14	41.18	14	41.18
เกรด 4	0	0.00	0	0.00
รวม	34	100.00	34	100.00

3. เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังการการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore

พบว่า หลังจากการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed sore กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังการการใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore (n=34)

ระดับความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับ	n	Mean	S.D.	Mean difference	t	P-value (1-tailed)
ก่อนการใช้นวัตกรรม	34	1.58	1.35	0.66	2.66	0.006*
หลังการใช้นวัตกรรม	34	1.41	1.41			

*p-value < 0.05

4. การประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore

พบว่า โดยรวมความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.77, S.D. = 0.32) โดยข้อที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ นวัตกรรมสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ สามารถลดระดับความรุนแรงในการเกิดแผลกดทับได้ มีความประหยัด มีความปลอดภัย สามารถใช้งานได้จริงทั้งที่โรงพยาบาลและบ้าน และต้องการนำนวัตกรรมไปใช้ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ นวัตกรรมมีความแข็งแรง คงทน ขนาด น้ำหนักพอเหมาะ ซึ่งมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม (n=34)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. นวัตกรรมสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้	5.00	0.00	มากที่สุด
2. นวัตกรรมสามารถลดระดับความรุนแรงในการเกิดแผลกดทับได้	5.00	0.00	มากที่สุด
3. นวัตกรรมมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้	5.00	0.00	มากที่สุด
4. นวัตกรรมสามารถใช้งานได้จริงทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน	5.00	0.00	มากที่สุด
5. นวัตกรรมมีความประหยัด	5.00	0.00	มากที่สุด
6. ต้องการนำนวัตกรรมชิ้นนี้มาใช้ต่อไป	5.00	0.00	มากที่สุด
7. นวัตกรรมสามารถดูแลรักษาง่าย	4.64	0.48	มากที่สุด
8. นวัตกรรมใช้งานง่าย สะดวก จัดเก็บง่าย	4.52	0.50	มากที่สุด
9. นวัตกรรมมีความแข็งแรง คงทน ขนาด น้ำหนัก พอเหมาะ	3.82	0.79	ปานกลาง
ภาพรวม	4.77	0.32	มากที่สุด

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า นวัตกรรม “3-Plus ขจัด Bed Sore” ช่วยลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับ เนื่องจากนวัตกรรมนี้เกิดขึ้นจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่รับไว้ในการดูแลในหอผู้ป่วยมีแผลกดทับมาจากบ้านและส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ เช่น ผู้สูงอายุ น้ำหนักตัวมาก มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีปัญหาเศรษฐกิจ ขาดอุปกรณ์ในการลดแรงกดทับและขาดอุปกรณ์ ในการช่วยจัดท่าหรือยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดังนั้นการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยมาใช้สำหรับลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับและป้องกันการเกิดแผลกดทับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ที่สร้างขึ้นนี้เกิดจากการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในการดูแล นอกจากการจัดท่าผู้ป่วยแล้ว จำเป็นต้องมีการใช้อุปกรณ์ลดแรงกด อุปกรณ์ในการช่วยจัดท่าและช่วยยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อไม่ให้มีแรงกด แรงไถล และแรงเสียดสี ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore จึงประกอบไปด้วยที่นอนเจล หมอนรองปุ่มกระดูก และผ้าพยุงตัวผู้ป่วย ซึ่งทำจากการนำผ้ามาเย็บและใส่ถุงเจลที่มีเหลือใช้อยู่แล้วในโรงพยาบาล นำมาทำเป็นนวัตกรรม ที่สามารถนำกลับไปใช้ที่บ้านได้

ดูแลทำความสะอาดง่าย ไม่ต้องใช้พลังงานไฟฟ้า ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีปัญหาเศรษฐกิจสามารถนำไปใช้ที่บ้านได้ โดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่าย

บทบาทของพยาบาลในการใช้นวัตกรรมนี้เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยที่จะต้องเข้าเกณฑ์ในการใช้นวัตกรรม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและให้คำอธิบายถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วย สาเหตุของการใช้นวัตกรรมแต่ละชิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถใช้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สอนสาธิตการใช้นวัตกรรม ได้แก่ การใช้หมอนรองปุ่มกระดูกในการจัดท่า การใช้ผ้าพยุงตัวผู้ป่วยในการยก เคลื่อนย้าย และจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย ตะแคงขวา นอนหงาย สลับกันไปทุก 2 ชั่วโมง จัดบันทึกในแบบประเมิน และตรวจสอบการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ประเมินความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ข้อมูล สอน สาธิตซ้ำในรายที่ผู้ดูแลยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม อีกทั้งให้ข้อมูลเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบว่าแผลกดทับสามารถหาย และป้องกันไม่ให้เกิดใหม่ได้ จากการดูแลที่เหมาะสม และนวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ซึ่งประกอบไปด้วยที่นอนเจล เป็นอุปกรณ์ที่สามารถใช้แทนที่นอนลมไฟฟ้าได้และยังมีราคาต้นทุนที่ถูกกว่ามาก นอกจากนี้หมอนรองปุ่มกระดูก และผ้าพยุงตัวผู้ป่วย ก็เป็นอุปกรณ์ที่สามารถไปเย็บได้เอง ช่วยในการจัดท่า ยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องใช้ที่นอนเพื่อป้องกันแผลกดทับที่บ้าน ก็จะทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจสามารถจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงมากขึ้น จากการนำไปใช้กับผู้ป่วยทั้ง 34 ราย พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore เป็นอย่างดี เนื่องจากมีอุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดท่าผู้ป่วย ทำให้การดูแลสะดวกมากขึ้น อีกทั้งได้รับคำอธิบายถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน สามารถซักถามเมื่อมีข้อสงสัย และเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้องก็ได้รับคำแนะนำ สอน สาธิตซ้ำ จนผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของแผลกดทับในกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับแล้ว ระหว่างก่อนและหลังใช้นวัตกรรม 3-Plus ขจัด Bed Sore ในกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับเกรด 1 และ เกรด 2 พบว่า ช่วยลดความรุนแรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา นวัตกรรมที่นอนลดหรือรักษาแผลกดทับ (ปริดา กังแสง, 2562) และการดูแลผิวหนังร่วมกับการใช้เบาะยางรถจักรยานในส้นเท้าด้วยเสื่อกระจูดเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง (จรรยา ชูวิทย์พงศ์, 2560) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มี Barden Score น้อยกว่า 16 คะแนน ร่วมกับการใช้นวัตกรรมที่ป้องกันให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ถูกกดเป็นเวลานานได้รับออกซิเจนเพียงพอ ช่วยป้องกันการตีบตันของหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ (Huang et al., 2023) นอกจากนี้ยังมีการใช้นวัตกรรมที่มีลักษณะคล้ายกัน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น นวัตกรรมที่นอนยางห่อหุ้มแผลกดทับ (พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, นวพร วุฒิชัยธรรม และสุภรินทร์ ใจพรมเมือง, 2564) นวัตกรรมที่นอนยางรถ (ปัญญภัทร ภัทรกัณทากุล, 2555) จะเห็นได้ว่าทั้งผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงถูกจำกัดการเคลื่อนไหว แรงเสียดทาน แรงไถล และความชื้นของผิวหนัง จะส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับได้สูง ทั้งนี้นวัตกรรมที่มีลักษณะคล้ายกันยังช่วย เช่น นวัตกรรม “3P” กระดาษป้องกันการปนเปื้อนแผลกดทับบริเวณก้นกบ (พุทธชาติ ใจกาศ, 2561) จากการทดลอง อธิบายได้ว่า การใช้นวัตกรรม “3-Plus ขจัด Bed Sore” สามารถช่วย

กระจายแรงกดของผิวหนังและเนื้อเยื่อ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดเพียงพอ ไม่ทำให้เกิดแผลกดทับ หรือมีแผลกดทับที่ลดระดับลงจากที่เคยเป็น

การประเมินความพึงพอใจในนวัตกรรม 3-Plus จัด Bed Sore ของผู้ใช้นวัตกรรมทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ระดับดีมาก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้านการลดระดับความรุนแรง ด้านความประหยัด ด้านความปลอดภัย สามารถใช้งานได้จริง และต้องการใช้ต่อตลอดจนต้องการนำกลับไปใช้ที่บ้าน โดยมีเพียงด้านเดียวที่กลุ่มเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง คือ ขนาดและน้ำหนักของที่นอนเจลที่เมื่อยกทั้งที่นอนจะมีน้ำหนักมาก ต้องดึงถุงเจลที่ใส่ไว้ก่อนค่อยเคลื่อนย้าย และด้านที่ผู้ใช้นวัตกรรมทั้ง 3 กลุ่ม มีความพึงพอใจในระดับดีมากคือด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้านการลดระดับความรุนแรง ประหยัด มีความปลอดภัย การต้องการใช้ต่อตลอดจนต้องการนำกลับไปใช้ที่บ้าน สอดคล้องกับนวัตกรรมที่นอนยางหุ้มพลาสติก (พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, นวพร วุฒิชัยธรรม และสุภกรินทร์ ใจพรมเมือง, 2564) นวัตกรรมที่นอนยางรถ (ปัญญาภัทร ภัทรกัณหากุล, 2555) ที่พบความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากนวัตกรรม 3-Plus จัด Bed Sore ที่ประกอบไปด้วย ที่นอนเจล หมอนรองปุ่มกระดูก และ ผ้าปูยุงตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการเกิดแผลกดทับ โดยร่วมกับลดปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย แรงกดทับ อุณหภูมิผิวหนัง การเสียดสีและความชื้น ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง ที่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย การเกิดแผลกดทับว่าเกิดจากปัจจัย ขนาดของแรงกดทับ และความทนทานของเนื้อเยื่อ (Huang, et al., 2023; Braden, & Bergstrom, 2000) จะเห็นได้ว่านวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้แทนที่นอนลมไฟฟ้าที่สามารถใช้งานได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยใน และเหมาะสมกับการนำกลับไปใช้ที่บ้าน แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับคือการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแล้วที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ อีกทั้งช่วยลดปัญหาที่นอนลมไม่เพียงพอ เป็นการลดต้นทุนการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล

2. ส่งเสริมให้นำนวัตกรรมกลับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยให้มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ อีกทั้งเป็นนวัตกรรมที่ประดิษฐ์ได้ง่ายต้นทุนต่ำ ทำความสะอาดง่าย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อเนื่อง เช่น ค่าไฟฟ้า

3. สามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือชุมชน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่ไม่เกิดปัญหาแผลกดทับรายใหม่ ลดระดับความรุนแรงของแผลกดทับที่เกิดขึ้นแล้ว ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากแผลกดทับ หรือติดเชื้อจากแผลกดทับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการใช้นวัตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่อยู่ที่บ้าน เพื่อทราบประสิทธิผลการใช้นวัตกรรมและเพื่อพัฒนานวัตกรรมให้เหมาะสมกับการใช้งานที่บ้าน
2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาหรือเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงในระดับเดียวกันเพื่อจะได้ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา ชูวิทยาพงศ์. (2560). ผลของโปรแกรมการดูแลผิวหนังร่วมกับการใช้เบาะยางรถจักรยานใสน้ำหุ้มด้วยเสื้อกระจุ๊ดเพื่อกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปรีดา กังแสง. (2562). นวัตกรรมที่นอนลดหรือรักษาแผลกดทับ. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(1), 52-56.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล. (2555). ผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(1), 48-60.
- พรทิพย์ สาริโส, ปิยกร ไพรสนธิ์ และอโนทัย เฉลิมศรี. (2559). ประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดแผลกดทับของที่นอนชนิดไม่มีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลม: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารสภาพยาบาล*, 31(3), 83-96.
- พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, นวพร วุฒิธรรม และสุกรินทร์ ใจพรมเมือง. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาล “นวัตกรรมที่นอนยางหุ้มหยาบแผลกดทับ” ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. *พยาบาลสาร*, 48(4), 294-307.
- พุทธชาติ ใจกาศ. (2561). นวัตกรรม “3P” กระดาษป้องกันการปนเปื้อนแผลกดทับบริเวณก้นกบ. *วารสารการพยาบาล*, 20(2), 50-54.
- Best, J. W. (1997). *Research in education*. (3rd ed). New Jersey: Prentice-Hall.
- Braden, B., & Bergstrom, N. (2000). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*, 25(3), 105-110.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dongpho, P. (2019). Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for pressure sore prevention. *Thammasat Medical Journal*, 19(2), 315-323.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. doi: 10.3758/bf03193146.

- Huang, L., et al. (2023). Summary of best evidence for prevention and control of pressure ulcer on support surfaces. *International Wound Journal*, 20(6):2276-2285. doi: 10.1111/iwj.14109.
- Mervis, J. S., & Phillips, T. J. (2019). Pressure ulcers: Prevention and management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(4), 893–902.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.068>

การพัฒนาารูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

The Development of an Operation Model for Village Health Volunteers in Collaboration with the Lee District Public Health Office in the Area Transferred to the Lamphun Provincial Administrative Organization

พงศกร ตันติวารังกูร*

Pongscon Tantivarangkul*

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดลำพูน*

Lee District Public Health Lamphun Provincial*

(Received: June 28, 2023; Revised: August 26, 2023; Accepted: September 12, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบฯ 3) การปรับปรุงรูปแบบฯ 4) การประเมินผลรูปแบบฯ และ 5) การนำเสนอรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ทีมพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย ผู้วิจัย และตัวแทนจากสาธารณสุขจังหวัด องค์กรบริหารส่วนจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล นาทาย ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาทาย ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน และ ทีมผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ อสม. ตำบลนาทาย จำนวน 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ แบบประเมินผลของรูปแบบฯ และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานของ อสม. มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การประสานงานและการส่งงานด้านสาธารณสุข 2) สิทธิประโยชน์และค่าป่วยการของอสม. และ 3) การพัฒนาศักยภาพของอสม. การประเมินผลของรูปแบบฯ พบว่าโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.27, S.D. = 0.30) การประเมินผลความพึงพอใจ พบว่า อสม. มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.79, S.D. = 0.68) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพสามารถนำรูปแบบฯ นี้ มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพการปฏิบัติงานของอสม. ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

คำสำคัญ: รูปแบบการปฏิบัติงาน, อาสาสมัครสาธารณสุข, สาธารณสุขอำเภอ, พื้นที่ถ่ายโอน

*ผู้ให้การติดต่อ พงศกร ตันติวารังกูร email: keylamphun@gmail.com

Abstract

The objective of this action research was to develop an operation model for village health volunteers in collaboration with the Lee District Public Health Office in the area transferred to the Lamphun Provincial Administrative Organization. The research process consisted of five steps: 1) situation analysis; 2) developing the model; 3) improving the model; 4) evaluating the model; and 5) presenting the model. Participants were selected by purposive technique, including the model development team, which included a researcher, representatives from the provincial public health department, representatives from the Provincial Administrative Organization District Public Health, the Administrator of Na Sai Subdistrict Health Promoting Hospital, representatives from the Na Sai Subdistrict Administrative Organization, the village headman, the village health volunteer president, and public health academics, totaling 10 people, and the working team, which included 112 village health volunteers in Na Sai Subdistrict. The research instrument was an operation model for village health volunteers that was developed. The collection data tools were a group discussion interview form to analyze the situation, an evaluation form of the model, and a satisfaction assessment form after using the model. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including the mean and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that an operation model for village health volunteers had three important elements: 1) coordination and command of public health work; 2) benefits and wages of village health volunteers; and 3) developing the potential of village health volunteers. Evaluation of the development of the model found that overall the mean was at a high level (Mean = 4.27, S.D. = 0.30). Evaluation of satisfaction found that village health volunteers were satisfied at a high level (Mean = 3.79, S.D. = 0.68). Therefore, health personnel can use this model as a guideline to promote the performance potential of village health volunteers under the policy of transferring to the Provincial Administrative Organization.

Keywords: An Operation Model, Village Health Volunteers, District Public Health, Area Transferred

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 มีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยมีคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดตัวชี้วัด หลักเกณฑ์ และขั้นตอนการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการถ่ายโอน

งบประมาณและพัสดุครุภัณฑ์ สิ่งปลูกสร้าง บุคลากร และภารกิจให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจ เข้าร่วมการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2565) และ คณะอนุกรรมการสามัญ (อ.ก.พ.) กระทรวงสาธารณสุข ได้มีมติการประชุมครั้งที่ 3/2565 เมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2565 อนุมัติหลักการการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และอนุมัติหลักการการถ่ายโอนบุคคลากรตามมติคณะอนุกรรมการบริหารการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างอื่น ๆ และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในระดับจังหวัด เพื่อประสานงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการทำงานร่วมกัน (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2565) แต่มติคณะอนุกรรมการสามัญ (อ.ก.พ.) ไม่ระบุการถ่ายโอนอสม. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด การปฏิบัติงานของอสม. จึงเป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 รวมทั้งสิทธิประโยชน์ การเป็นอสม. เงินค่าป่วยการ รวมทั้งการพัฒนาอสม. ยังคงเป็นบทบาทหน้าที่ของกองสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน โดยมีอสม. ในพื้นที่เป็นอาสาสมัครในระบบของกระทรวงสาธารณสุข ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ปฏิบัติงานสาธารณสุข มูลฐาน ประกอบด้วยการบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย ที่ถ่ายโอนสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการขึ้นทะเบียนอสม. มาตรฐานการอบรมหลักสูตรต่างๆ และรับเงินค่าป่วยการ จากกรมบัญชีกลางตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2530 ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนเป็นผู้อนุมัติ หลักเกณฑ์การได้สิทธิรับเงินค่าป่วยการของอสม. โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ยืนยันสิทธิได้รับค่าป่วยการตามเงื่อนไข คือ 1) ต้องเป็นอสม. หมู่บ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 ผู้ที่มีสิทธิรับเงินค่าป่วยการจะต้องเป็นอสม. ตามระเบียบ กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี พ.ศ. 2554 2) ตามประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการ ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2530 อสม. ที่มีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการ ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์คือ ต้องมีเวลาปฏิบัติงานแน่นอน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ 4 ครั้งต่อเดือน โดยให้อสม. กับเจ้าหน้าที่ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติงานรายเดือน ของอสม. มีการปฏิบัติงานจริง และมีการส่งรายงานแบบอาสาสมัครสาธารณสุข 1 โดยประธานอสม. ระดับหมู่บ้านหรือชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เช่นรับรองรายงาน และส่งให้กับเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ภายในวันที่ 25 ของเดือน และต้องเข้าร่วมประชุม หรืออบรมฟื้นฟูความรู้ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง ในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน หรือตามช่วงปฏิทินการรณรงค์ ของกระทรวงสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปรายงานการประชุมไว้ทุกครั้ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สืบเนื่องจากก่อนมีการถ่ายโอน ฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย เป็นผู้คัดเลือก และเสนอ รายชื่ออสม. รวมถึงรูปแบบการปฏิบัติงานก่อนถ่ายโอน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ประสาน การทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และงานบริการรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟูกับอสม. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลี จึงไม่ได้ปฏิบัติงานกับอสม. ในพื้นที่โดยตรง มีเพียงการกำกับติดตามผลปฏิบัติงานของอสม. ผ่านโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจากการที่สายการบังคับบัญชาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลสิ้นสุดลงจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลี จึงมีหน้าที่กำกับติดตามผลการปฏิบัติงานของอสม. ในพื้นที่ให้เป็นไปตามระเบียบ ในการควบคุมการจ่ายเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอสม. และเพื่อการบริหารจัดการงานที่เกิด ประสิทธิภาพระหว่างอสม. กับสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ ปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลี ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานตามภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลี เชื่อมต่อทำงานกับอสม. ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อไป

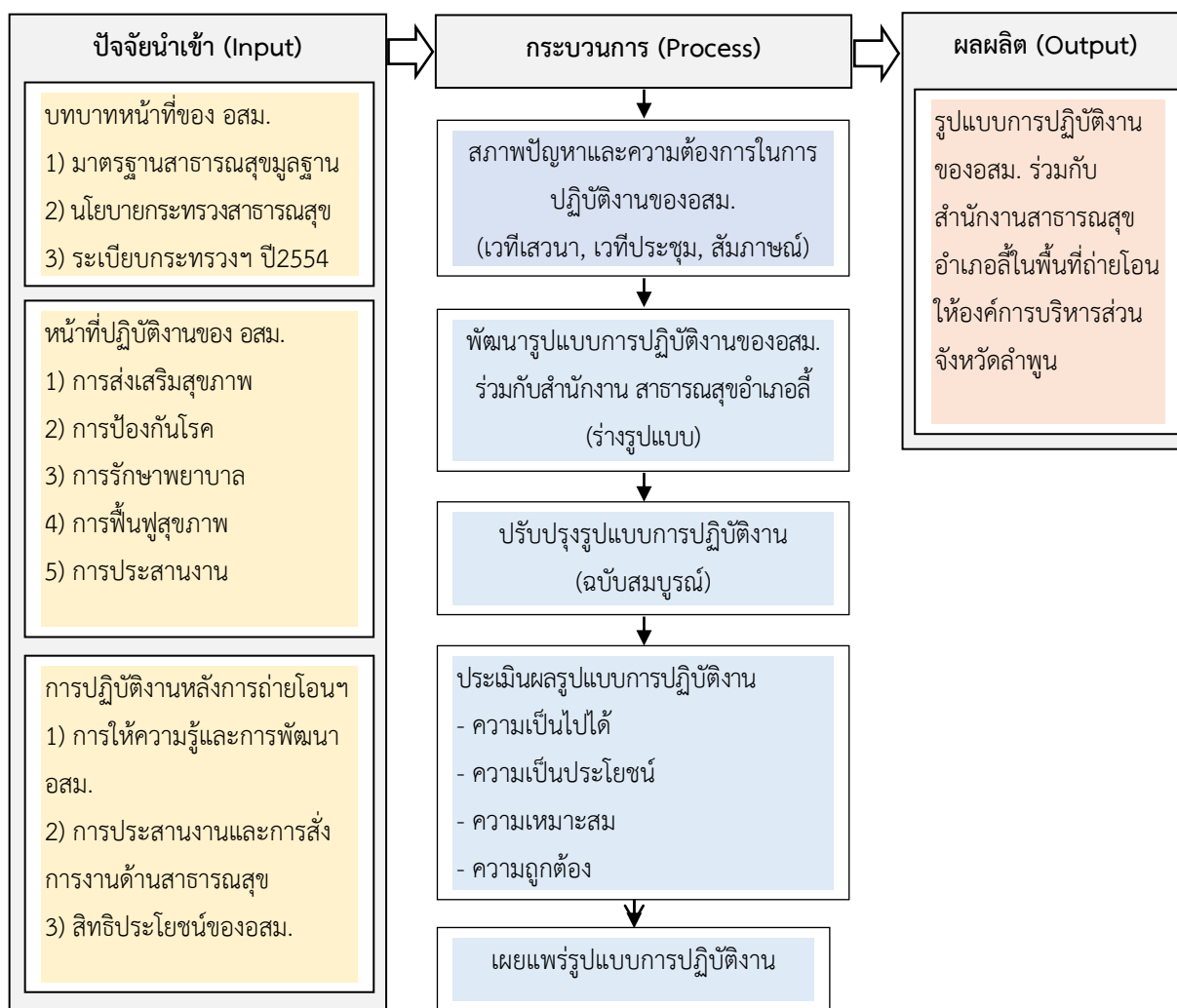
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลี ในพื้นที่ถ่ายโอนให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลี ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดจากการศึกษาข้อกำหนดของกฎหมาย กฎระเบียบ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอสม. โดยใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 (หมวด 3) ในด้านบทบาทหน้าที่ของอสม. ประกอบด้วยมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐาน นโยบายกระทรวง สาธารณสุข และระเบียบกระทรวงฯ ปี 2554 รวมถึงใช้ข้อกำหนดตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา (2566) ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ

การคุ้มครองผู้บริโภค เฝ้าระวังและให้คำแนะนำการบริโภคอาหารปลอดภัย และการจัดการสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล ส่วนขั้นตอนการสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยสังเคราะห์จากแนวคิดของวิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์ (2547) และแนวคิดของรุ่งรัชดาพร เวหะชาติ (2548) ประกอบด้วยการสร้างรูปแบบ 5 ขั้นตอน คือ ศึกษาสภาพและปัญหา การสร้างรูปแบบ การปรับปรุง การประเมินผลรูปแบบ และการนำเสนอรูปแบบ ทั้งนี้ ใช้วิธีการประเมินผลรูปแบบ ตามแนวคิดของอุทุมพร จามรมาน (2545) และใช้มาตรฐานการประเมินผล ตามแนวคิดของ Stufflebeam (1983) ประกอบด้วยการประเมินใน 4 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้อง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ ดำเนินการศึกษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน ระหว่างเดือน 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 – 30 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมพัฒนารูปแบบ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย 1 คน หัวหน้างานสุขภาพภาคประชาชนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน 1 คน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน 1 คน สาธารณสุขอำเภอบ้านธิ 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย 1 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย 1 คน ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 5 ตำบลนาทราย บ้านแม่หวาง 1 คน ประธานอสม. 3 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน

2. ทีมผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ อสม. ประจำหมู่บ้านตำบลนาทราย ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน เป็นพื้นที่ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 112 คน มีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาทราย ที่มีสิทธิได้รับค่าป่วยการ
2. มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
3. สามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่มีเบอร์โทรศัพท์หรือมีเบอร์โทรศัพท์แต่ติดต่อไม่ได้
2. ไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลี้ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้ สภาพปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติงานของอสม. รวมถึงแนวทางการพัฒนารูปแบบ องค์ประกอบ และการประเมินผลรูปแบบในการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลี้ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

2.2 แบบประเมินผลรูปแบบฯ ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้อง ด้านความมีประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ข้อคำถามแต่ละด้านเป็นแบบประมาณค่าที่ใช้วัด 5 ระดับ (Rating Scale) และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง ผลการประเมิน

ในระดับมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มีผลการประเมินในระดับมากที่สุด คะแนน 3 หมายถึง มีผลการประเมินในระดับปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง มีผลการประเมินในระดับน้อย และ คะแนน 1 หมายถึง มีผลการประเมินในระดับน้อยที่สุด โดยเกณฑ์ที่นำมาใช้แปลความหมายของค่าเฉลี่ย ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ ดังนี้

คะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง มีผลการประเมินอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง มีผลการประเมินอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง มีผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.51 – 4.50 หมายถึง มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก

คะแนน 4.51 – 5.00 หมายถึง มีผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของอสม. ผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดกิจกรรมในการปฏิบัติ ด้านบรรยากาศในการจัดกิจกรรม ด้านระยะเวลาในการปฏิบัติ รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และด้านการวัดและประเมินผล แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย และ คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด โดยเกณฑ์ที่นำมาใช้แปลความหมายของค่าเฉลี่ย ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

คะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คะแนน 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ้ำฮอน ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบบประเมินผลรูปแบบฯ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของอสม. ผู้ปฏิบัติงานไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลปฏิบัติการ ชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จากสภาการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการด้านรัฐประศาสนศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน หลังผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ผลการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผล และขั้นการเผยแพร่ผลงาน โดยมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบฯ การมีส่วนร่วมกฎหมายสาธารณสุข บทบาทหน้าที่ของอสม. และแนวปฏิบัติการถ่ายโอนรพสต. เข้าสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

1.2 สร้างทีมพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย ผู้วิจัย 1 คน หัวหน้างานสุขภาพภาคประชาชนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน 1 คน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ รักษาการแทนผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน 1 คน สาธารณสุขอำเภอบ้านธิ 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาทราย 1 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย 1 คน ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 5 ตำบลนาทรายบ้านแม่หวาง 1 คน ประธาน อสม. 3 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน

2. ขั้นตอนดำเนินการ เป็นขั้นตอนการพื้นที่เพื่อจัดเก็บข้อมูลเชิงปฏิบัติการและเชิงคุณภาพ ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัย แบ่งขั้นตอนออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติงานของ อสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน โดยมี การจัดเวทีเสวนากับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอสม. จำนวน 6 คน และการจัดเวทีประชุมกับอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 112 คน และการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนาทราย ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอสม. และนักวิชาการด้านสาธารณสุข โดยมีข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยข้อคำถามตามหน้าที่การปฏิบัติงานของอสม. 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการป้องกันโรค 3) ด้านการรักษาพยาบาล 4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ 5) ด้านการประสานงาน เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบในการปฏิบัติงานของอสม. รวมถึงองค์ประกอบของรูปแบบฯ และวิธีการประเมินผลรูปแบบฯ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน เป็นการสรุปข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 และนำมาออกแบบร่างรูปแบบหรือโมเดล หลังจากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้ปรับปรุงรูปแบบฯ ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3. ขั้นตอนการใช้รูปแบบฯ การปฏิบัติงานของอสม. เป็นระยะเวลา 3 เดือน และ ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ และประเมินผลความพึงพอใจของ อสม. หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ

4. ขั้นการเผยแพร่ผลงาน โดยเผยแพร่รูปแบบฯ โดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกัน และเป็นแนวทางให้พื้นที่อื่น ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลการประเมินผลการใช้รูปแบบฯ และประเมินผลความพึงพอใจของอสม. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เกี่ยวข้องกับการกระทำต่อมนุษย์ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เลขที่ REC 2556-9 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักความเคารพบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจภายหลังได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรว่าการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้นต่อการดูแลรักษาชื่อและนามสกุล ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการแสดงความคิดเห็นเฉพาะบุคคลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติงานของ อสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

พบว่า ปัญหาของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน คือ งานในหน้าที่ของอสม. ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพการรักษาพยาบาล ยังขาดความชัดเจนในรูปแบบการปฏิบัติงาน ไม่มีช่องทางในการประสานงานระหว่างสาธารณสุขอำเภอ และอสม. ดังนั้น ความต้องการในการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน คือ 1) การจัดตั้งศูนย์อสม. ตำบลนาทราย เพื่อใช้เป็นสถานที่ในการติดต่อประสานงาน ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรบริหารส่วนตำบลนาทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย และอสม. ตำบลนาทราย และหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่น ๆ 2) ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการ ตั้งชื่อศูนย์ มีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาทรายเป็นประธาน มีกรรมการเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพและอสม. อย่างน้อย 2-3 คน เข้าร่วมประชุมเป็นประจำทุกเดือน มีสถานที่ศูนย์ประสานงานที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย มีหน้าที่ในการประสานงานด้านสาธารณสุข และอสม. ในพื้นที่ รวมทั้งดูแลสิทธิประโยชน์ของอสม. การติดตามงานด้านสาธารณสุข การประเมินผลการทำงาน การพัฒนาอสม. การเสนอรายชื่ออสม. รายใหม่ รวมไปถึงการสนับสนุนการทำงานของอสม. 3) การสื่อสารของอสม. ในพื้นที่ถ่ายโอนฯ จัดทำทำเนียบประสานงานอสม. ในเขตตำบลนาทราย สื่อสารผ่านการประชุมคณะกรรมการศูนย์ประสานงานอสม. สื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ประธานอสม. ตำบลนาทราย 4) ควรมีแผนในการประชุมรูปแบบการทำงานของอสม. ในพื้นที่ถ่ายโอน โดยมีอสม. ในเขตตำบลนาทรายพื้นที่ถ่ายโอนทั้งหมดเข้าร่วมประชุมเพื่อแจ้งให้ทราบระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอสม. และรูปแบบการทำงานของศูนย์ประสานงานสาธารณสุขตำบลนาทราย รวมถึงสิทธิประโยชน์และแนวทางการประสานงานที่เกี่ยวข้องและการจัดกิจกรรมเนื่องในวันอสม. ขององค์การบริหารส่วนตำบลนาทรายในวันดังกล่าว 5) ควรมีกำหนดจัดการประชุมโดยมีประกาศคณะกรรมการศูนย์ประสานงานอสม. และจัดประชุมที่ห้องประชุมองค์การ

บริหารส่วนตำบลนาทรายทุกเดือน ในวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน มีวาระในการประชุมประกอบด้วย เรื่อง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การกิจของสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย การกิจหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ การกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเรื่องแจ้งจากอสม. 6) ควรมีแผนงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ในการพัฒนาโรงเรียนบ้านฮั่ว ให้เป็นศูนย์เรียนรู้ในชุมชนศูนย์ประสานงานอสม. ศูนย์อาสาสมัครป้องกันภัยพลเรือน (อปพร.) การสนับสนุนอุปกรณ์วัสดุในการให้บริการของอสม. โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน การสนับสนุนกิจกรรมของอสม. ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 7) สิทธิประโยชน์ของอสม. มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย เป็นผู้ส่งข้อมูลค่าป่วยการและประสานงานเรื่องเงินฌาปนกิจสงเคราะห์การรายงานผลการปฏิบัติงานของอสม. ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อพิจารณาอนุมัติและส่งผลการปฏิบัติงานรายงานให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ส่วนสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและอื่น ๆ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน 8) อสม. มีความต้องการให้สนับสนุนด้านวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล และต้องการช่องทางกระบวนกรในการส่งเสริมสุขภาพกับสาธารณสุข เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 9) ต้องการงบประมาณในการสนับสนุนการทำงานของอสม. ให้เพียงพอ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

พบว่า การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน เป็นการออกแบบร่างรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ฉบับที่ 1 โดยนำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้จาก วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ที่ผ่านกระบวนการระดมความคิดเห็นในเวทีเสวนา เวทีประชุม และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ นำมาออกแบบเป็น “ร่างรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ฉบับที่ 1” มีรายละเอียดของรูปแบบประกอบด้วย 1) ชื่อรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 3) หลักการ แนวคิด และ 4) เนื้อหา ซึ่งประกอบด้วยความจำเป็นของการปฏิบัติงานหลังการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ใน 3 ด้าน คือ 1) การให้ความรู้ด้านวิชาการและการพัฒนาอสม. ด้วยการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์จากองค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้อสม. สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การประสานงานและการส่งงานด้านสาธารณสุข เป็นการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อใช้เป็นช่องทางในการแจ้งข้อมูลข่าวสารแก่อสม. ตำบลนาทราย และเป็นช่องทางในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย องค์การบริหารส่วนตำบล และเครือข่ายภายนอก 3) สิทธิประโยชน์ของอสม. เป็นการจัดผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อดูแลสิทธิประโยชน์ของอสม. ตำบลนาทรายโดยตรง และจัดผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประสานงานโดยตรงในพื้นที่ เปิดความชัดเจนในการทำงาน

ทั้งนี้ รูปแบบในการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน มีองค์ประกอบของภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกเป็นองค์ประกอบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อสม. ตำบลนาทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย องค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เช่น โรงเรียน องค์กรชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันในการทำงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข อาทิ ผู้นำชุมชน ที่ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดสวัสดิการแก่อสม. ดังนั้น รูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน จะดำเนินการผ่าน “ศูนย์ประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลนาทราย (ศปอต.นาทราย)” ซึ่งมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขตำบลนาทรายเป็นผู้ดำเนินการ

จากรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ฉบับที่ 1 ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ที่จะทำการประเมินตรวจสอบในเบื้องต้นซึ่งได้ข้อเสนอแนะและทำการปรับปรุงแก้ไขในเรื่องการกำหนดวันประชุมทุก ๆ เดือน เป็นกำหนดตามความคิดเห็นของที่ประชุม และอสม. ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ให้ประธานอสม. เป็นผู้แจ้งข่าวสาร และให้เพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ของอสม. พร้อมกับเพิ่มเติมโครงสร้างการปฏิบัติงาน 5 ด้านของอสม. และให้เพิ่มเติมความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการปฏิบัติงาน รวมถึงให้เพิ่มคำว่า “คู่มือ” เพื่อใช้เรียกรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน พร้อมกับปรับปรุงรูปแบบของคู่มือให้สวยงาม ทันสมัย

คู่มือรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย 1) ชื่อรูปแบบภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ 2) วัตถุประสงค์ 3) หลักการ แนวคิด 4) รูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ประกอบด้วย 4.1) การประสานงานและการส่งการงานด้านสาธารณสุข 4.2) สิทธิประโยชน์และค่าป่วยการของอสม. ตำบลนาทราย ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทรายเป็นผู้เสนอ ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามรายงานการปฏิบัติงานใน 5 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการประสานงาน 4.3) การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ใช้แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานหลัก และเพิ่มการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย และองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

3. ประเมินผลรูปแบบการปฏิบัติงานของ อสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

พบว่า การประเมินรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.27, S.D. = 0.30) และพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ความเหมาะสม ความถูกต้อง ความมีประโยชน์ และมีความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้งานทุกด้านอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินผลรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอน
ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน (n=112)

ข้อ	รูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน	ระดับการประเมิน		แปลผล
		Mean	S.D.	
1	ความเหมาะสม	4.12	0.30	มาก
2	ความถูกต้อง	4.28	0.39	มาก
3	ความมีประโยชน์	4.36	0.36	มาก
4	ความเป็นไปได้	4.32	0.36	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม		4.27	0.30	มาก

จากผลการประเมินระดับความพึงพอใจของอสม. ต่อรูปแบบการปฏิบัติงานของ อสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.79, S.D. = 0.68) และพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านการจัดกิจกรรมในการปฏิบัติ ด้านบรรยากาศในการจัดกิจกรรม ด้านระยะเวลาในการปฏิบัติรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ด้านการวัดและประเมินผล ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของอสม. ต่อรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน (n=112)

ข้อ	หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		แปลผล
		Mean	S.D.	
1	ด้านการจัดกิจกรรมในการปฏิบัติ	3.74	0.66	มาก
2	ด้านบรรยากาศในการจัดกิจกรรม	3.73	0.73	มาก
3	ด้านระยะเวลาในการปฏิบัติรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	3.79	0.71	มาก
4	ด้านการวัดและประเมินผล	3.88	0.72	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม		3.79	0.68	มาก

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้ พบว่า การประเมินรูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้ การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน มีองค์ประกอบของภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อสม. ตำบลนาทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทราย องค์การบริหาร

ส่วนตำบลนาทราย และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เช่น โรงเรียน องค์กรชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันในการทำงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข อาทิ ผู้นำชุมชนที่ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดสวัสดิการแก่สม. การรวมกลุ่มกันดังกล่าวสะท้อนถึงการบูรณาการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมในการวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และการร่วมรับประโยชน์ ก่อเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการให้บริการประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ รุจิรา ตระกูลพัฑ์ และนิติรัตน์ พูลสวัสดิ์ (2565) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบูรณาการทีมป้องกันและแก้ไขปัญหาคovid-19 เจริญในชุมชน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า การทำงานในระดับนโยบายควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ พิจารณากฎหมายหรือระเบียบที่มีอยู่ในปัจจุบัน ให้เอื้อหรือส่งผลต่อการบูรณาการการทำงานเพื่อประยุกต์ใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติและเป็นกลไกหรือแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงมีการปฏิรูประบบงบประมาณเชิงพื้นที่ ให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเบ็ดเสร็จและมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ และอิทธิรัตน์ ราศิริ (2564) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขไทย มีงานเฉพาะกิจที่เสริมบทบาทหน้าที่ที่ต้องบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้เมื่อพิจารณารายด้านของรูปแบบการปฏิบัติงานของ อสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน พบว่า ความมีประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งสะท้อนได้ว่ารูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. มีคู่มือการดำเนินงานที่เข้าใจง่ายจึงเกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้งาน ทำให้ผู้ใช้งานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งการติดต่อประสานงาน การให้บริการแก่ประชาชนที่ทั่วถึง และรูปแบบการปฏิบัติงานนี้ จะช่วยสร้างความเข้าใจของแนวทางวิธีการในการรักษาสิทธิประโยชน์และการเบิกจ่ายค่าป่วยการของอสม. ได้อย่างถูกต้อง

ในส่วนของการประเมินผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการปฏิบัติงานของอสม. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน พบว่า ด้านการวัดและประเมินผล มีค่าเฉลี่ยสูงสุดซึ่งพบว่า รูปแบบนี้ทำให้อสม. มีความสนใจเรียนรู้ในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น และช่วยให้ปฏิบัติงานร่วมกับสาธารณสุขอำเภอได้ดีขึ้น ดังนั้น รูปแบบการปฏิบัตินี้ได้สร้างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานของอสม. ให้รับรู้ถึงบทบาทของตนเอง เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ยุทธนา แยมคาย (2561) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติงาน รูปแบบฯ นี้เป็นแนวทางประสานงานอสม. ในพื้นที่ถ่ายโอนไปหน่วยบริการในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมไปถึงรูปแบบในการปฏิบัติงานและการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานของอสม.

2. ด้านการบริหาร รูปแบบฯ นี้เป็นแนวทางรูปแบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อสม. และบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการดำเนินการศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ ในระยะยาว 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบฯ และควรศึกษาการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้กับอสม. ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2555 พร้อมด้วยกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พงศกร ตันติวรังกูร. (2565). *รายงานการจ่ายเงินสวัสดิการรายบุคคล*. ลำพูน : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.
- ยุทธนา แยกคาย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 19(3), 145-155.
- รุ่งรัชดาพร เวหะชาติ. (2548). *การพัฒนารูปแบบการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน*. ดุษฎีนิพนธ์การศึกษาดุสิตบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุจิรา ตระกูลพั และนิติรัตน์ พูลสวัสดิ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการบูรณาการทีมป้องกันและแก้ไขปัญหาโควิด-19 เชิงรุกในชุมชนกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 28(2), 62-70.
- วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์. (2547). *การพัฒนาแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (2566). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข “เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566”. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 38(1), 13-15.
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2565). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.

สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ และจิตรีรัตน์ ราศิริ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 80-97.

อุทุมพร จามรมาน. (2545). 9 ขั้นตอนการทำประกันคุณภาพการศึกษาที่ครบวงจร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
พินนี้.

Stufflebeam, D.L. (1983) *The CIPP model for program evaluation*. In: Madaus, F.F., Scriven, M. and Stufflebeam D.L., Eds., *Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*, Kluwer, Norwell, 117-141.

การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน จังหวัดปัตตานี

Development of an Adverse Event Surveillance Model

Following Basic Immunizations, Pattani Province

สุธีพร แสงรัตน์^{1*}, สีเป๊ะ และสมสา¹

Sutheeporn Sangratn^{1*}, Sripoh Laesomsa¹

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี¹

Pattani Public Health Office¹

(Received: August 15, 2023; Revised: October 4, 2023; Accepted: October 16, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน จังหวัดปัตตานี การดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาความต้องการ และการจัดการการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 212 คน ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนาแบบแผนฯ และขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของแบบแผนฯ โดยวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 27 คน และ อสม. จำนวน 135 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบระดับความรู้ของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการวิจัย พบว่า แบบแผนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน คือ P_TANI model ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของ อสม. 2) การผลิตสื่อความรู้การเรียนรู้ด้วยตนเอง 2 ภาษา และแบบสังเกตอาการผิดปกติ 3) การเรียนรู้ด้วยตนเองแบบออนไลน์สำหรับ อสม. 4) การสังเกตใกล้ชิดแบบเพื่อนบ้าน และ 5) การรายงานข้อมูลภายใน 24 ชั่วโมง ผลการประเมินระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า อสม. มีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรให้สถานบริการเพิ่มเวลาทำการให้บริการวัคซีนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านและรายงานอาการเด็กวัยก่อนเรียนภายหลังได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบแผน, การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ สุธีพร แสงรัตน์ e-mail: JEEDPATTANI@gmail.com

Abstract

The objective of this research and development was to develop an adverse event surveillance model following basic immunizations in Pattani Province. The research process included three phases. The first phase was to study the situation, problems, needs, and management of the reporting of adverse events after vaccination using a qualitative research method. The key informants were 212 public health officials. The second phase was developing the model. The third phase was to examine the effectiveness of the model using a quasi-experimental research method. The participants were 27 public health officials and 135 village health volunteers. The data were analyzed using descriptive statistics. Comparing the knowledge level of village health volunteers before and after using the model employed Wilcoxon-signed rank test statistics.

The results showed that the model for monitoring adverse events after immunization is the P_TANI model, consisting of 1) the participation of village health volunteers; 2) the production of self-study knowledge media in two languages and a form for observing unusual symptoms; 3) online self-study for village health volunteers; 4) close observation as neighbors; and 5) reporting data within 24 hours. The results of the evaluation between before and after using the model found that village health volunteers had no difference in knowledge scores. Policy recommendations should allow service centers to increase their hours for providing vaccination services. Additionally, public health officials should control and supervise the work of village health volunteers in home visits and continuously report preschool children's symptoms after receiving the vaccine.

Keywords: Development of an Operation Model, Surveillance of Adverse Events, Basic Immunizations, Village Health Volunteers

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) แก่เด็กก่อนวัยเรียน เป็นกลไกการต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ซึ่งทำได้ 2 วิธี คือ 1) การกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นเอง (Active Immunization) เป็นการให้แอนติเจนเพื่อกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคหรือแอนติเจนชนิดนั้น และ 2) การให้ภูมิคุ้มกันต่อโรคโดยตรง (Passive Immunization) เป็นการให้แอนติบอดีเพื่อให้ภูมิคุ้มกันต่อโรคชนิดนั้น (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ และคณะ, 2561) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กก่อนวัยเรียน จึงเป็นวิธีการป้องกันโรคที่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายด้านแผนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กก่อนวัยเรียนอย่างเป็นระบบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข, 2562) เพื่อที่จะไปต่อต้านโรคและป้องกันเด็กไม่ให้ป่วยจากโรคต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ถึงแม้การผลิตวัคซีนมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในระดับสูงมาก แต่ก็ยังสามารถเกิดอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ (Adverse Events Following Immunization (AEFIs)) ซึ่งจะมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงขั้นเสียชีวิต (Pandey, Mehta, Sachdeva, & Tripathi, 2022) ดังนั้นการเฝ้าระวังติดตามเด็กภายหลังรับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ระบบการเฝ้าระวัง (Surveillance) คือ การติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการกำหนดและรวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง นำเอาข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้รู้ข้อจำกัด วิเคราะห์ความหมายและสังเคราะห์เป็นข้อความรู้ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานทางสาธารณสุข (ธนรักษ์ ผลิตพันธ์, เสาวพัตร อ้นจ้อย, คำนวน อึ้งชูศักดิ์, ปภาณิจ สวงโท และอาทิตยา วงศ์คำมา, 2557) สำหรับระบบการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามสถานการณ์ ตรวจจับความผิดปกติ และตอบสนองต่อปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการกำกับติดตามความปลอดภัยด้านวัคซีน และการให้บริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (Pandey, Mehta, Sachdeva, & Tripathi, 2022) ปัจจุบันอัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลงอย่างมาก ทำให้ความตระหนักของประชาชนต่ออันตรายจากโรคลดลง ขณะเดียวกันประชาชนให้ความสนใจกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับวัคซีนมากขึ้น ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นคือ ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและไม่ให้การยอมรับในการให้บริการวัคซีน อาจเกิดการปฏิเสธการรับวัคซีน ทำให้ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนลดลง และอาจเกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Succi, 2018) ระบบการเฝ้าระวังภายหลังรับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อติดตามสถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้งระบบการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวังโรค ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และเภสัชกรเป็นผู้รายงาน โดยให้แต่ละแห่งกำหนดผู้รับผิดชอบในขั้นตอนของการเฝ้าระวังและรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน มีขั้นตอนการสอบสวนภายใน 24 ชั่วโมง บันทึกข้อมูลในโปรแกรมออนไลน์ ตามแบบรายงาน (AEFI1) และส่งรายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 7 วัน นับจากวันที่พบผู้ป่วย (กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2563) โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 พบว่า มีรายงาน AEFIs เข้าสู่ระบบประมาณ 800-900 รายต่อปี (ภาวิณี ด้วงเงิน และคณะ, 2565) และปี พ.ศ. 2560 มีรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวม 890 ราย เสียชีวิต 11 ราย โดยสัดส่วนการรายงานภาคใต้พบอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 14.99 (กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์, 2559)

จังหวัดปัตตานี ได้ดำเนินงานจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแนวทางของกรมควบคุมโรค โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาล

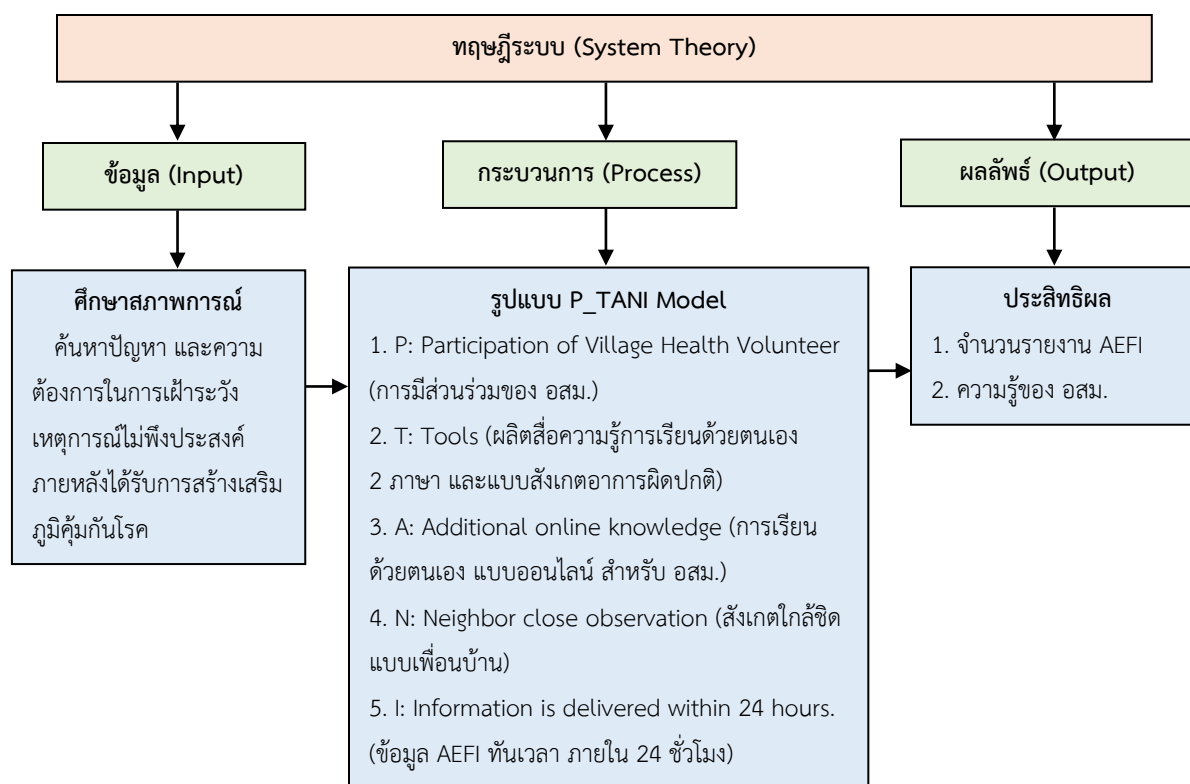
ส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้รายงาน ทั้งนี้มีจำนวนวัคซีนที่ให้บริการในจังหวัดปัตตานี จำนวน 80,000 – 130,000 ต่อปี แต่ในขั้นตอนการรายงานอาการภายหลังรับวัคซีนพบว่า ไม่มีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรายงานอาการภายหลังรับวัคซีนมีข้อจำกัด โดยจะใช้คำวินิจฉัยของแพทย์เป็นเงื่อนไขในการรายงานและการวินิจฉัยโรคด้วยระบบ ICD-10 TM ไม่ได้ระบุสาเหตุเกิดจากวัคซีน จึงมีความเป็นไปได้ที่การรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งหากมีระบบการรายงานอาการภายหลังรับวัคซีนที่ถูกต้องจะช่วยให้เกิดการเฝ้าระวังและการแก้ไขได้ทันท่วงที ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน จังหวัดปัตตานี เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพมีการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างเป็นระบบ มีการรายงานผู้ป่วยที่เกิดอาการอย่างรวดเร็ว และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ปกครองเด็กต่อการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันว่ามีความปลอดภัยและสามารถป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จังหวัดปัตตานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จังหวัดปัตตานี
4. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดชายแดนภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Boulding and Bertalanfly (1920) ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ และขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2566 แบ่งการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาความต้องการ และการจัดการเพื่อเพิ่มการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน จังหวัดปัตตานี ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน 12 อำเภอ มีจำนวน 212 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี ใน 12 อำเภอ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานสอบสวนโรค งานระบาดวิทยา เกสัชกร ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามหลักในการสนทนากลุ่ม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจในความสำคัญของการรายงาน 2) โครงสร้างของระบบงาน 3) ขั้นตอนการรายงาน และ 4) การกำกับติดตามของผู้บริหารหน่วยงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามการสนทนากลุ่มเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาล 12 แห่ง สาธารณสุขอำเภอ 12 อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 115 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 โดยจัดกลุ่มสนทนาอำเภอละ 10-15 คน ทั้งหมด 12 อำเภอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจังหวัดปัตตานี ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน 12 อำเภอ มีจำนวน 50 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ใน 12 อำเภอ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานสอบสวนโรค งานระบาดวิทยา เกสเซอร์ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 1 ค้นข้อมูลและมีแนวคำถามหลักในการสนทนากลุ่ม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ประเด็น ได้แก่ 1) วิธีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในปัจจุบัน และ 2) ปัญหาในการปฏิบัติงานในระบบเฝ้าระวังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2. ผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ภายใต้ชื่อ P_TANI Model

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ได้ภายใต้ชื่อ P_TANI Model ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) กุมารแพทย์ โรงพยาบาลปัตตานี 1 คน 2) เภสัชกร โรงพยาบาลปัตตานี 1 คน 3) นักวิชาการสาธารณสุข หัวหน้างานสุขภาพภาคประชาชน (อสม.) 1 คน 4) นักวิชาการสาธารณสุขหัวหน้างานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับจังหวัด จำนวน 1 คน และ 5) นักวิชาการสาธารณสุข หัวหน้างานระบาดจังหวัด 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาล 12 แห่ง สาธารณสุขอำเภอ 12 อำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree and Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ภายใต้ชื่อ P_TANI Model ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี ใน 12 อำเภอ ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี 2) อสม. โดยแบ่งกลุ่มเป็นอำเภอ ใช้เกณฑ์คือ พื้นที่ที่มีผลงานร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี ในปี พ.ศ. 2565 จากระบบฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ขนาดใหญ่เป็นอำเภอที่มีผลงานมากกว่าร้อยละ 50 ขนาดกลางเป็นอำเภอที่มีผลงาน ร้อยละ 40 – 50 และขนาดเล็กเป็นอำเภอที่มีผลงานน้อยกว่าร้อยละ 40 โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มละ 1 อำเภอ อำเภอขนาดใหญ่ คือ อำเภอโคกโพธิ์ อำเภอขนาดกลาง คือ อำเภอมายอ และอำเภอขนาดเล็ก คือ อำเภอสายบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบล ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 220 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family

เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (Cohen, 1988) ดำเนินการในสามอำเภอรวมได้กลุ่มตัวอย่าง 81 คน

2. อสม. จำนวน 2,253 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน (Cohen, 1988) ดำเนินการในสามอำเภอรวมได้กลุ่มตัวอย่าง 135 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยใช้ P_TANI model ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินระดับความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน แบบประเมินนี้ผู้วิจัยคัดเลือกและปรับปรุงข้อคำถามจากเอกสารหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การวัดคะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

2.2 แบบประเมินการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้ 11 ขั้นตอนตามรูปแบบ P_TANI model ลักษณะเป็นคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ทำ หรือไม่ทำ มีเกณฑ์การวัดคะแนน คือ หากตอบทำให้ 1 คะแนน ตอบไม่ทำให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน แพทย์ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่า Item-Objective Congruence Index (IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า KR20 0.71 และ 0.72 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตลอดจนเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และลงลายมือเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง อสม. ทำแบบประเมินความรู้ (Pre-test)

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยนำรูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยใช้ P_TANI model มาใช้ ประกอบด้วย

1. P: Participation of Village Health Volunteer มีการจัดทำข้อมูลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ได้แก่ รายชื่อ เบอร์โทรศัพท์ และสร้างกลุ่มไลน์ห้องแชท เพื่อให้สามารถพูดคุยกับสมาชิกคนอื่น ๆ ได้พร้อมกันหลายคน และเป็นช่องทางการส่งข้อมูลการเฝ้าติดตามเด็กภายหลังรับวัคซีนของ อสม. ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลการเฝ้าติดตามเด็กได้ทันเวลา

2. T: Tools ผู้วิจัยจัดทำกิจกรรม ดังนี้

2.1 แบบสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลักษณะเป็นข้อคำถาม 18 ข้อ แบบเลือกตอบ สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ สำหรับ อสม. ในการติดตามเยี่ยมเด็กถึงบ้าน จำนวน 1 ฉบับต่อเด็ก 1 คน และสำหรับผู้ปกครอง จำนวน 1 ฉบับต่อเด็ก 1 คน โดยแบบสังเกตอาการฯ ในสมุดสุขภาพแม่และเด็ก ภายหลังเด็กได้รับวัคซีนแล้ว เพื่อให้ผู้ปกครองนำกลับบ้าน

2.2 คลิปวิดีโอภาษาไทยและภาษามลายู เพื่อเป็นสื่อออนไลน์การเรียนรู้ด้วยตนเอง จำนวน 2 เรื่อง คือ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และอาการภายหลังได้รับวัคซีน

3. A: Additional Online Knowledge ประชุม อสม. เพื่อชี้แจงขั้นตอนการใช้รูปแบบ และการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ เกี่ยวกับวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน ซึ่งสามารถเรียนรู้ได้หลายรอบ โดยให้ส่งข้อมูลแสดงผลการผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเองในกลุ่มไลน์ห้องแชท

4. N: Neighbor Close Observation อสม. ติดตามเยี่ยมเด็กที่บ้าน ในวันที่ 1, 3, 30 ภายหลังรับวัคซีน และส่งภาพถ่ายแบบสังเกตอาการฯ ในกลุ่มไลน์ห้องแชท

5. I: Information is Delivered within 24 hours เมื่อพบเด็กมีอาการผิดปกติตามแบบสังเกตอาการ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโปรแกรมออนไลน์ AEFI ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังพบ ผู้ที่มีอาการ ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม ถึง วันที่ 23 สิงหาคม 2566

ขั้นประเมินผล

หลังจากดำเนินการตามรูปแบบ P_TANI Model ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินระดับความรู้ของ อสม. และแบบประเมินขั้นตอนการใช้รูปแบบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์จำนวนรายงาน AEFI หลังการใช้รูปแบบโดยใช้ความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่

ผู้ให้ข้อมูล

ประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2 คน 2) สาธารณสุขอำเภอ 2 คน 3) หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติ โรงพยาบาล 2 คน 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระดับอำเภอ 2 คน 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระดับตำบล 2 คน และ 6) อสม. 2 คน รวม 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแนวทางคำถามหลักในการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานมีอะไรบ้าง และ 2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน 1 ท่าน สาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พบว่าข้อคำถามมีความชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ ก่อนนำไปทดลองถามกลุ่มตัวอย่าง 2 คน เพื่อความเข้าใจในประเด็นคำถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในประเด็นคำถาม และสามารถให้ข้อมูลได้ตามข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง จำนวน 10 - 12 คน ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller, 1992

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขจริยธรรมหมายเลข 024/66 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2566 การดำเนินงานขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

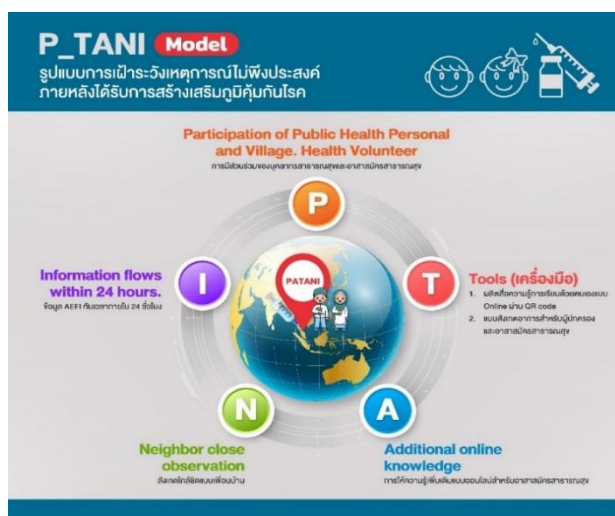
พร้อมทั้งการนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จังหวัดปัตตานี

พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบว่าวัคซีนทุกชนิดมีโอกาสทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ สามารถให้การดูแลเด็กได้ แต่ยังไม่เข้าใจความหมาย และขั้นตอนการรายงานของการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่เห็นความสำคัญในการให้ความรู้กับผู้ปกครองและมีการสังเกตอาการผิดปกติของเด็กภายหลังรับวัคซีนภายใน 30 นาที โดยเฉพาะเข็มแรก เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายกับเด็กและเป็นการป้องกันตนเองในการให้บริการ จะต้องสร้างความเชื่อมั่นการรับบริการวัคซีนในพื้นที่ที่ประสบปัญหาวัคซีน กรณีพบเด็กอาการผิดปกติ จะส่งพบแพทย์ และให้ อสม.ดูแลที่บ้าน ในการรายงานต่อผู้บังคับบัญชาจะรายงานเมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยโรค

2. รูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย 1. P: Participation of Village. Health 2. T: Tools 3. A: Additional online knowledge 4. N: Neighbor close observation 5. I: Information is delivered within 24 hours. ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบ P_TANI model

รูปแบบ P_TANI model มีกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยใช้ P_TANI model

P_TANI Model	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
P: Participation of Public Health Personal and Village Health Volunteer (การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข)	- ทำหนังสือราชการ - ประชุม	1. ประชุมหารือให้ข้อเสนอพัฒนา รูปแบบ 2. ประชุมชี้แจงแนวทางการใช้ รูปแบบ 3. ออกแบบช่องทางการสื่อสาร ระหว่างเจ้าหน้าที่กับ อสม. 4. อสม. ส่งแบบสังเกตอาการให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	วันที่ 10 กรกฎาคม 2566 วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 (สัปดาห์ที่ 2-3 เดือนกรกฎาคม 2566)	- ช่องทางการสื่อสาร - การส่งคืนแบบสังเกตอาการ
T: Tools (เครื่องมือ)	- ผลิตสื่อความรู้ 2 ภาษา เรื่องโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนพื้นฐานในเด็ก 0-5 ปี และเรื่องอาการ ภายหลังรับวัคซีน - จัดพิมพ์เอกสารแบบสังเกตอาการ	1. ผลิตสื่อความรู้การเรียนรู้ด้วยตนเองแบบ Online ผ่าน QR code 2. เตรียมแบบสังเกตอาการสำหรับผู้ปกครองและ อสม.	วันที่ 1 – 15 กรกฎาคม 2566 (สัปดาห์ที่ 1-2 เดือนกรกฎาคม 2566)	จำนวนผู้เข้าถึงเครื่องมือ
A: Additional Online Knowledge (การให้ความรู้เพิ่มเติมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข)	- สร้างแบบประเมินความรู้ - ประชุมชี้แจงการใช้สื่อความรู้	1. ประเมินความรู้ของ อสม.ก่อน/หลัง 2. ส่งสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองให้ อสม. ในระบบออนไลน์	วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 และวันที่ 24 สิงหาคม 2566	ค่าคะแนนความรู้
N: Neighbor Close Observation (สังเกตใกล้ชิดแบบเพื่อนบ้าน)	- การใช้แบบสังเกตอาการ - การเยี่ยมบ้าน - การส่งเอกสารแบบสังเกตอาการ	1. แบนแบบสังเกตอาการในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ภายหลังเด็กฉีดวัคซีนทุกครั้ง ก่อนนำกลับบ้าน 2. อสม. เยี่ยมบ้าน ในวันที่ 1 วันที่ 3 และวันที่ 28 ภายหลังรับวัคซีน 3. กรณีพบมีอาการผิดปกติให้ อสม. นำส่งแบบสังเกตอาการให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน	วันที่ 24 กรกฎาคม- 25 สิงหาคม 2566	ความครบถ้วนของจำนวนแบบสังเกตอาการและจำนวนเด็กที่รับวัคซีน

P_TANI Model	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทันที 4. กรณีไม่มีอาการผิดปกติ เมื่อครบ 28 วัน ให้ อสม. นำส่งแบบสังเกตอาการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
I: Information is delivered within 24 hours. (ข้อมูล AEFI ทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมง)	ประชุม	จัดทำระบบไหลเวียนข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี	1-31 กรกฎาคม 2566	ความทันเวลาของข้อมูล ภายใน 24 ชั่วโมง

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจังหวัดปัตตานี โดยใช้ P_TANI Model

3.1 จำนวนครั้งของการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน

พบว่า มีจำนวนเด็กที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน จำนวน 7 ราย จาก 3 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 4.35 จากจำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการติดตามจำนวน 161 ราย อาการผิดปกติที่พบ ดังนี้ 1) อาการปวด บวม แดงบริเวณที่ฉีด จำนวน 3 ราย ในเด็กอายุ 6 เดือน 1 ราย และอายุ 9 เดือน 2 ราย 2) อาการไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส 2 วันไม่ทุเลา จำนวน 3 ราย ในเด็กอายุ 1 ปี 10 เดือน อายุ 2 ปี 6 เดือน และ 1 ปี และ 3) มีอาการซึม ไม่ดูดนม ถ่ายเหลว จำนวน 1 ราย ในเด็กอายุ 2 เดือน

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน แยกรายอำเภอ จังหวัดปัตตานี

อำเภอ	จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ฉีดวัคซีน	จำนวนเด็กมีอาการ AEFIs	จำนวนรายงานที่บันทึก โปรแกรม AEFI
โคกโพธิ์	40	1	1
สายบุรี	35	2	0
มายอ	86	4	4
รวม	161	7	5

3.2 เปรียบเทียบระดับความรู้ ของ อสม. ก่อนและหลังการให้ความรู้โดยวิธีเรียนด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์

ข้อมูลทั่วไปของ อสม. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.60 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 135 คน โดยพบว่าอายุเฉลี่ย 45 ปี และพบว่าอายุมากที่สุดคือ 65 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 91.9

การเปรียบเทียบระดับความรู้ อสม.ก่อนและหลังเรียนด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ เรื่อง “โรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน” พบว่าคะแนนระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน โดยก่อนได้รับความรู้ อสม. มีค่าเฉลี่ยความรู้ 8.5 (Mean = 2.29) หลังให้ความรู้ อสม.มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Mean = 8.7, S.D. = 2.32) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรู้ อสม.ก่อนและหลังการให้ความรู้โดยวิธีเรียนด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์

	Mean	S.D.	Z	P-value (One-tailed)
ก่อน	8.50	2.29	- 1.25	0.10
หลัง	8.70	2.32		

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย ประเด็นดังนี้

4.1 การสร้างความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้ปกครอง ให้เห็นความสำคัญในการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติภายหลังรับวัคซีนตั้งแต่เด็กอยู่ในสถานบริการสาธารณสุข เป็นเวลา 30 นาที และต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 30 วัน โดยเริ่มตั้งแต่มารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาล หรือวันที่เด็กได้รับวัคซีนครั้งแรก และมีระบบการแจ้งข่าวสารถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. เพื่อให้คำปรึกษา ลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง และให้ความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

4.2 การพัฒนางานโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ให้มีความรู้อาการและการประเมิน AEFIs เบื้องต้น ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ มีเครื่องมือช่วยในการติดตามเยี่ยมบ้าน ในกรณีของวัคซีน เช่น แบบสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีน ผู้ปกครองสามารถประเมินด้วยตนเองเมื่อเกิดอาการได้ มีคำแนะนำดูแลเบื้องต้น ป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ Serious AEFIs จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองในการตัดสินใจนำเด็กมารับวัคซีน โดยเฉพาะในกลุ่มลังเลและกลุ่มปฏิเสธวัคซีน

4.3 ผู้บริหารให้ความสำคัญในการเพิ่มเวลาการให้บริการวัคซีน และติดตามข้อมูลข่าวสารอาการผิดปกติภายหลังรับวัคซีนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามปัญหา และสร้างขวัญกำลังใจให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. สร้างความมั่นใจในการรายงานอาการผิดปกติภายหลังรับวัคซีน

การอภิปรายผล

รูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานจังหวัดปัตตานี ถูกพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา อภิปรายผลได้ดังนี้

สภาพการณ์รูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจังหวัดปัตตานี ภายใต้แนวปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าไม่มีการรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบข้อมูลออนไลน์ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือการวินิจฉัยของแพทย์ ขาดความรู้เรื่อง AEFIs และไม่ทราบ

ขั้นตอนการรายงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมมล รุกขพันธ์ และคณิตา สุทธิทิพย์ธรรมรงค์ (2561) และประกาย หมายมั่น (2565) ที่พบว่า ระบบบันทึกที่เป็นเอกสาร ทำให้รวบรวมรายงานส่งต่อทำได้ยาก เป็นผลทำให้ล้มรายงานหรือการรายงานไม่ครบถ้วน

รูปแบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจังหวัดปัตตานี คือ P_TANI Model ประกอบด้วย 1) P: Participation of Village Health Volunteer (การมีส่วนร่วมของ อสม.) 2) T: Tools (ผลิตสื่อความรู้เรียนรู้ด้วยตนเอง 2 ภาษา และแบบสังเกตอาการผิดปกติ) 3) A: Additional Online Knowledge (การเรียนรู้ด้วยตนเองแบบออนไลน์ สำหรับ อสม.) 4) N: Neighbor Close Observation (สังเกตใกล้ชิดแบบเพื่อนบ้าน) และ 5) I: Information is Delivered within 24 hours (ข้อมูล AEFI ส่งทันเวลา ภายใน 24 ชั่วโมง) ได้เริ่มจากการสร้างการรับรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. โดยการประชุมร่วมกัน มีสื่อความรู้สำหรับ อสม. สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ผ่านสื่อการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ ได้ตามที่ต้องการ มีแบบสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีนสำหรับ อสม. ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามเยี่ยมบ้านเด็กภายหลังได้รับวัคซีนร่วมกับผู้ปกครอง และส่งภาพถ่ายแบบสังเกตอาการผ่านระบบออนไลน์ ทำให้เชื่อมั่นได้ว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้ทั้งในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ซึ่ง อสม. เป็นคนในชุมชนได้รับการอบรมในการดูแลสุขภาพถึงบ้าน นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบฯ ใช้หลักการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับ พุฒิชร มาลาทอง, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการอบรมให้ความรู้ อสม. อย่างสม่ำเสมอ และอิระฟาน หะยียีเต และประภาภรณ์ หลังบุเต๊ะ (2563) และอาทิตยา สมโลก และกฤษฎี พ่วงรอด (2563) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จะส่งผลให้ผู้มารับวัคซีนเพิ่มขึ้น

ประสิทธิผลการใช้รูปแบบ P_TANI model ประกอบด้วยการประเมิน 2 ประเด็น 1) การประเมินระดับความรู้ของอสม. ก่อนและหลัง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ “วัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน” ของอสม. ก่อนและหลังให้ความรู้โดยวิธีเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์นั้น ไม่แตกต่างกัน มีคะแนนความรู้ก่อนการเรียนรู้เฉลี่ยเท่ากับ 8.5 คะแนน และหลังการเรียนรู้ 8.7 คะแนน อธิบายได้ว่าอสม. เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในการศึกษารั้งนี้ อสม. มีประสบการณ์ในการทำงานมากที่สุด คือ ช่วง 10-20 ปี ดังนั้นจึงทำให้ก่อนการให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ที่สูง เมื่อผู้วิจัยให้ความรู้โดยวิธีเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ คะแนนที่ได้ไม่แตกต่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ สอดคล้องกับอติญาณ์ ศรีเกษตรริน รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม และลัดดา เรืองด้วง (2560) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มเป้าหมายช่วงอายุระหว่าง 40 - 49 ปี คล้ายกับการศึกษารั้งนี้ ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างทางด้านอายุ เพราะการศึกษารั้งนี้กลุ่ม อสม. มีอายุเฉลี่ย 45 ปี และพบว่าอายุมากที่สุดคือ 65 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุ ทำให้การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ ไม่สามารถได้รับความรู้จากกิจกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับ ต่อลาภ วิจิตรเจริญศักดิ์ และคณะ (2565) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ

โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากขาดความสามารถในการจดจำ จดบันทึก ทำให้สารสนเทศที่ได้รับมา ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. คณะทำงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนในสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
2. คณะทำงานสนับสนุนภาคประชาชนควรพัฒนาศักยภาพ อสม. และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องระบบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
3. รูปแบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สามารถนำไปใช้กับการเฝ้าระวังภายหลังการรับยาที่มีความสำคัญและเสี่ยงสูงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. หลังการใช้รูปแบบฯ นี้ ควรมีศึกษาสมรรถนะ ของอสม. อย่างต่อเนื่องในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
2. ควรมีการขยายผลการใช้รูปแบบฯ ไปยังบริบทอื่น ๆ ที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถขยายผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
3. ควรศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มเด็ก วัยเรียน อายุ 12 ปี และวัคซีนในกลุ่มผู้ใหญ่ เพื่อประเมินอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ของวัคซีนชนิดใหม่ที่จะมีการวิจัยทางคลินิกและกรมควบคุมโรคขยายการใช้ต่อไป เช่น วัคซีนป้องกันโรคไขเลือดออก

เอกสารอ้างอิง

- กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ และคณะ. (2563). แนวทางการเฝ้าระวังและตอบโต้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แคนนา กราฟฟิค.
- กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์. (2559). อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI). กรุงเทพฯ: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรกมล รุกขพันธ์ และคณิตา สุทธิทิพย์ธรรมรงค์. (2561). ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการ ภายหลัง ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดสงขลา. วารสารเภสัชกรรมไทย, 10(2), 517-532.
- กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ตำรวัดวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2562. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ต่อลาภ วิจิตรเจริญศักดิ์ และคณะ. (2565). การศึกษาพฤติกรรมการสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ธนรักษ์ ผลิตพันธ์, เสาวพัตร อ้นจ้อย, คำนวน อึ้งชูศักดิ์, ปานนิจ สวงโท และอาทิตา วงศ์คำมา. (2557). ระบบ
เผื่อระวังโรค 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ฮีโร่ จำกัด.
- ประกาย หามายนัน. (2565). การพัฒนาระบบเผื่อระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค.
วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 2(1), 83-99.
- พุดธิธ มาลาทอง, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี. (2564). กระบวนการพัฒนามาตรฐานการ
ดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน หน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำ
งวดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(3), 75-75.
- ภาวินี ดวงเงิน และคณะ. (2565). ผลการเผื่อระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19
ในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม-31 ธันวาคม 2564, 10 เดือน ภายหลังการรณรงค์ฉีดวัคซีน.
วารสารรายงานการเผื่อระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 53(31), 69-87.
- วรัญญูภรณ์ ชาลีรักษ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วมให้ มีประสิทธิภาพ
ตามหลักธรรมาภิบาลและสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปการศึกษาของประเทศไทย 4.0.
ฉะเชิงเทรา: สำนักงานศึกษาธิการภาค 9 สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ.
- อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม และลัดดา เรืองดวง. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองฉนวน
อำเภอมะนัง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1),
253-264.
- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ และคณะ. (2561). หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี
2561. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- อาทิตยา สมโลก และกฤษฎี พ่วงรอด. (2563). เจาะลึกข้อเท็จจริงต่อความรอบรู้สุขภาพด้านการฉีดวัคซีนในเด็ก 0-12 ปี
ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปัตตานี.
- อีระพาน หะยิอิต และประภาภรณ์ หลังปุเต๊ะ. (2563). รูปแบบการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก
0-5 ปี จังหวัดยะลา. วารสาร อัล-ฮิกมะฮ์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี, 10(20), 137-148.
- Boulding, K. E., & Bertalanffy, L. V. (1920). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing qualitative research: Multiple strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. doi: 10.3758/bf03193146
- Pandey, D., Mehta, G., Sachdeva, M., & Tripathi, R. (2022). Adverse Event Following Immunization (AEFI) in children: An analysis of reporting in VigiAccess. *Drug Research*, 72(8), 435–440. <https://doi.org/10.1055/a-1852-5335>
- Succi R. C. M. (2018). Vaccine refusal - what we need to know. *Journal De Pediatric*, 94(6), 574-581. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.01.008>

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

The Relationships between Knowledge, Self-Efficacy, and Attitude Towards Breastfeeding and Breastfeeding Behaviors in First-Time Postpartum Mothers

รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ^{1*}, จิราจันท์ คณหา², นิตยา ศรีแจ่ม³, รุ่งนภา ศักดิ์ตระกูล³

Rapeepan Viboonwatthanakitt^{1*}, Jirachan Kantha², Nittaya Sricham³, Rungnapha Saktrakul³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี

สวรรคประหารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข², โรงพยาบาลสวรรคประหารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์³

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{1*},

Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health²,

Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan province³

(Received: April 25, 2023; Revised: October 11, 2023; Accepted: October 17, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสวรรคประหารักษ์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ มารดาหลังคลอดครั้งแรก จำนวน 90 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.79, 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 25.55 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.11 และระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 13.34 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี (Mean = 4.07, S.D. = 0.15) เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี (Mean = 3.98, S.D. = 0.56) พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี (Mean = 4.03, S.D. = 0.12) และ พบว่า ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.299, 0.285$ และ 0.226 ตามลำดับ) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจึงควรจัดกิจกรรมที่สนับสนุนส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกให้มีความรู้ เกิดเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาหลังคลอดครั้งแรก

*ผู้ให้การติดต่อ รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ e-mail: rapeepan@bcnc.ac.th

Abstract

The objective of this descriptive research was to examine the relationship between knowledge, self-efficacy, attitude towards breastfeeding, and breastfeeding behavior in first-time postpartum mothers. Participants were 90 first-time postpartum mothers who were selected by a purposive sampling technique. The research tools were questionnaires consisting of personal data, knowledge, perceived self-efficacy, attitude toward breastfeeding, and breastfeeding behaviors. Reliability was calculated by measuring internal consistency in terms of Cronbach's alpha at 0.83, 0.79, 0.74, and 0.80, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson correlation coefficient.

The results found that knowledge was at the highest level, which was 25.55 percent; at the moderate level, with 61.11 percent; and at the lowest level, with 13.34 percent. Self-efficacy in breastfeeding was at a good level (Mean = 4.07, S.D. = 0.15). Attitude toward breastfeeding was at a good level (Mean = 3.98, S.D. = 0.56). As well as, breastfeeding behavior was at a good level (Mean = 4.03, S.D. = 0.12). Knowledge, perceived self-efficacy, and attitudes towards breastfeeding had a positive relationship with breastfeeding behaviors with statistical significance at the 0.01 level ($r = 0.299, 0.285, \text{ and } 0.226$, respectively). Therefore, health personnel and nurses should organize activities that encourage first-time postpartum mothers to have knowledge, a good attitude towards breastfeeding, and a high level of perceived self-efficacy in breastfeeding in order to develop effective breastfeeding behaviors.

Keywords: Knowledge, Perceived Self-Efficacy, Attitude Towards Breastfeeding, Breastfeeding Behaviors, First-Time Postpartum Mothers

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นพื้นฐานสำคัญของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก เพราะนมแม่มีสารอาหารที่สำคัญซึ่งไม่มีอาหารใดเทียบได้ด้วยองค์ประกอบด้านโภชนาการที่ช่วยการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาของทารกที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีสติปัญญาสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้เลี้ยงนมแม่ 3 จุดโดยเฉลี่ย ซึ่งระดับสติปัญญาของทารกที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อพัฒนาการและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องยาวนานไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Lyons, Ryan, Dempsey, Ross, & Stanton, 2020; World Health Organization, 2021) จากการศึกษาของ ปริญญชัชกองเกียรติ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี พบว่า การให้นมบุตรมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมารดาในกลุ่มที่มีบุตรพัฒนาการสงสัยล่าช้า ให้นมบุตรใน 6 เดือนแรก ด้วยนมผสมมากที่สุดร้อยละ 55.2 ให้นมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรก มีเพียงร้อยละ 21.9 พบว่า เด็กกลุ่มที่ได้รับนมผสมมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลายด้านมากกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับนมแม่ อีกทั้งในนมแม่มีภูมิคุ้มกันสารต่อต้านอนุมูลอิสระ วิตามิน รวมถึงแบคทีเรียที่ดีต่อระบบทางเดินอาหารของทารกด้วย ช่วยป้องกันการเสียชีวิตในเด็กจากโรคติดเชื้อ ลดภาวะเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในทารก (Palaska, Lykeridou, Zyga, & Panoutsopoulos, 2020) สำหรับมารดาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม ลดความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน และลดอัตราการเกิดมะเร็งรังไข่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกช่วยให้ทารกมีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการที่สมวัยอีกทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวิธีที่ประหยัด สะดวก (Maleki-Saghooni, Barez, Moeindarbari, & Karimi, 2017.; World Health Organization, 2021) องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ แนะนำว่าทารกควรเริ่มกินนมแม่ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด กินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก และกินนมแม่อย่างต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น (World Health Organization, 2021) อีกทั้งองค์การอนามัยโลกยังได้ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนไว้ที่อย่างน้อยร้อยละ 50 โดยต้องบรรลุเป้าหมายในปี 2025 (World Health Organization, 2021)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้ทารกและเด็กเล็กทุกคนได้กินนมแม่ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ ในปี พ.ศ. 2553-2556 กรมอนามัยได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยแม่และเด็ก กำหนดเป้าประสงค์ให้แม่และเด็กมีสุขภาพดี มีการกำหนดเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปีพ.ศ.2556 มีการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว (กรมอนามัย, 2552) ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่า มีทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียวเท่ากับ 23.1 กรมอนามัยจึงได้เพิ่มการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 เพื่อปกป้องสิทธิและสุขภาพของเด็กทุกคนไม่ให้เสียโอกาสในการกินนมแม่ ผ่านการควบคุมวิธีการโฆษณา และการส่งเสริมการตลาดให้เหมาะสม และดำเนินการในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก รวมถึงมีการส่งเสริมนโยบายการลาคลอดของบิดาและมารดา มีการสนับสนุนให้มีการทำมนมแม่ในสถานประกอบกิจการสำหรับแม่ทำงาน แต่จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยพ.ศ. 2562 พบว่า มีทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ที่กินนมแม่อย่างเดียวลดลงเท่ากับ 14 กรมอนามัยจึงได้มีการพัฒนารูปแบบและช่องทางในการสร้างความรอบรู้ โดยเน้นสื่อและเผยแพร่ผ่านช่องทาง Social Media ให้มากขึ้น มีการพัฒนาระบบออนไลน์ในการให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปีพ.ศ. 2565 ได้มีทารกที่กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและของประเทศไทยที่มีการตั้งเป้าหมายในปี 2568 ให้เด็กแรกเกิดต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยร้อยละ 50

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงแม้จะเป็นเรื่องธรรมชาติแต่เป็นพฤติกรรมด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน โดยเฉพาะมารดาตั้งครรภ์แรกที่ไม่มีความรู้และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน มักพบว่ามารดาครรภ์แรกจะมีความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาครรภ์หลัง อีกทั้งการต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคมากมายที่จะทำให้ยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ อาการเจ็บหัวนม ท่อน้ำนมอุดตัน เต้านมคัดตึง น้ำนมไม่ไหล เป็นต้น และจากการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลัง พบว่า มารดาครรภ์หลังมีแนวโน้มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และโอกาสหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่าครรภ์แรก (Kronborg, Harder, & Hall, 2015; Madhvi, Logeshwari, & Shubhavee, 2020)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ อายุ ความรู้ เจตคติ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สามารถร่วมกันทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ (สุวรรณ ชนะภัย, นิตยา สิ้นสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ และวรรณ พาหุพัฒนกร, 2557; มยุรา เรืองเสรี และวราทิพย์ แก่นการ, 2562) โดยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดามีความสัมพันธ์กับช่วงระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เจตพล แสงกล้า, 2557) อีกทั้งมารดาที่ขาดความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีปัญหาเต้านมคัดตึง เกิดความไม่สุขสบาย (Rattasumpun & Keawma, 2018) เจตคติเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเป็นเรื่องของความคิด ความรู้สึก ความคิดเห็น ของแต่ละบุคคลซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการจะปฏิบัติหรือไม่ มารดาที่มีเจตคติทางบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น (Hamze, Mao, & Reifsnider, 2019) นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามที่วางแผนไว้ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะส่งผลให้มีแรงจูงใจที่ทำให้มีความพยายาม อดทน คิดหาวิธีต่าง ๆ ที่จะทำให้ตนเองทำงานได้สำเร็จ ซึ่งการที่มารดามั่นใจว่าตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ก็มีแนวโน้มที่จะมีความพยายามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จโดยมารดาจะมีความมุ่งมั่นอย่างเต็มที่ พยายามหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะทำให้ตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ (Awaliyah, Rachmawati, & Rahmah, 2019; Hamze, Mao, & Reifsnider, 2019) จากการศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์, ณิชกร ชื่นอารมณ และรุจิรา เฉิดฉิม (2563) พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมารดาที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้น 5.7 เท่าของมารดาที่รับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมต่ำจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกเพื่อให้ทราบข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกและใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวยาวนาน 6 เดือน ในมารดาหลังคลอดครั้งแรกให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก

วัตถุประสงค์การวิจัย

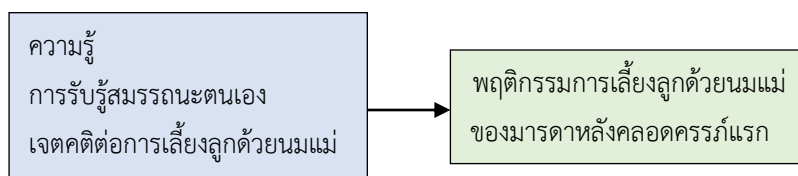
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกพบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย สำหรับปัจจัยด้านมารดาเกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะมารดาครั้งแรก ที่ยังขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ณ แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 90 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 84 คน ที่ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 คณะผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 90 ราย เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
2. มารดาและทารกอยู่ด้วยกันตลอดในระยะหลังคลอด
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เช่น มารดาเป็นโรคเอดส์ มารดาได้รับยารักษาโรคมาเร็ง เป็นต้น
2. ทารกแรกเกิดที่ไม่สามารถเลี้ยงด้วยนมแม่ได้ เช่น ทารกมีน้ำหนักน้อยต้องแยกกับมารดาทารกมีภาวะ Galactosemia เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานที่ทำงาน รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่วางแผนจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว
2. แบบประเมินความรู้เรื่องนมแม่ของลักษณะ ไซน็อก (2558) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่กับไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน หากคะแนน 16-20 คะแนน แปลว่า มีความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนน 12-15 คะแนน แปลว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง และ คะแนน 0-11 คะแนน มีความรู้ในระดับน้อย แบบประเมินความรู้เรื่องนมแม่ของ ลักษณะ ไซน็อก (2558) นี้ มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75
3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มาลีวัล เลิศสาครสิริ และสาลิห์ แซ่เบ๊ (2561) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มาก คะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง น้อย และ คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด แปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.51-5.00 หมายถึง รับรู้สมรรถนะในระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.51-4.50 หมายถึงรับรู้สมรรถนะในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51-3.50 หมายถึง รับรู้สมรรถนะระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.51-2.50 หมายถึง รับรู้สมรรถนะระดับน้อย และ ช่วงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-1.50 หมายถึง รับรู้สมรรถนะระดับน้อยที่สุด แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มาลีวัล เลิศสาครสิริ และสาลี แซ่เบ๊ (2561) นี้ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.80 และหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

4. แบบประเมินเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมาลีวัล เลิศสาครสิริ และสาลี แซ่เบ๊ (2561) จำนวน 17 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มาก คะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง น้อย และ คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด แปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับน้อย และ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับน้อยที่สุด แบบประเมินเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มาลีวัล เลิศสาครสิริ และสาลี แซ่เบ๊ (2561) นี้ มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.80 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

5. แบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มาลีวัล เลิศสาครสิริ และสาลี แซ่เบ๊ (2561) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ แปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับดีมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับดี ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับน้อย และ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับน้อยที่สุด แบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มาลีวัล เลิศสาครสิริ และสาลี แซ่เบ๊ (2561) นี้มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.80 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้ง 4 ส่วน ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 0.83 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 0.79 แบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกสูติกรรมหลังคลอด เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล กับมารดาหลังคลอดครั้งแรกตามเกณฑ์ที่กำหนดเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2564 หลังจากมารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 90 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความถี่ ร้อยละ
2. ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความถี่ ร้อยละ
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) โดยปรับตัวแปรทุกตัวเป็นตัวแปรต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ 43/2564 วันที่ 18 มิถุนายน 2564 และผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งประโยชน์โดยตรงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์โดยรวมที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และมีสิทธิจะถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-34 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.44 ปี (S.D. = 2.92) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.90 รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.80 วุฒิมัธยมศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญา คิดเป็นร้อยละ 56.70 และมีการวางแผนการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (อย่างน้อย 6 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 87.80

2. ความรู้เรื่องนมแม่

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.11 รองลงมาระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 25.55 และระดับต่ำน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.34 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ของมารดาหลังคลอด (n=90)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	23	25.55
ปานกลาง	56	61.11
ต่ำ	11	13.34

3. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 (S.D. = 0.15) และ 3.98 (S.D. = 0.56) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=90)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	4.07	0.15	มาก
เจตคติต่อการตั้งครรภ์	3.98	0.56	ดี

4. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 (S.D. = 0.12) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ให้ลูกดูดนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ให้น้ำนมผสมหรืออาหารอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 (S.D. = 0.77) อยู่ในระดับดี รองลงมา คือ ให้ลูกดูดนมจากเต้านมอย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (S.D. = 0.77) อยู่ในระดับดี และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอันดับแรก คือ แม่หลังคลอดสวมใส่เสื้อยกทรงไว้เพื่อบรรเทาอาการปวดและถ่วงเต้านม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (S.D. = 0.46) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอันดับ 2 คือ ภายหลังลูกดูดนม เอาหัวนมออกจากปากลูกโดยสอดนิ้วมือเข้าในมุมปากลูก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 (S.D. = 0.59) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก (n=90)

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	Mean	S.D.	ระดับ
1. ให้ลูกดูดนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ให้น้ำนมผสม หรืออาหารอื่น ๆ	4.46	0.96	ดี
2. ให้ลูกดูดนมจากเต้านมอย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง	4.38	0.77	ดี
3. ให้ลูกดูดนมเหลืองที่ออกในช่วงแรก	4.37	0.96	ดี
4. ขณะให้นม อุ้มลูกในท่าที่สบายผ่อนคลาย	4.21	0.94	ดี
5. ให้ดูดนมแม่ถูกวิธีโดยให้ลูกอมหัวนมจนเหงือกของลูกกดบริเวณลานนม	4.17	0.96	ดี
6. ขณะดูดนม ปากลูกจะแนบสนิทกับเต้านม จะไม่มีเสียงดังขณะที่ ลูกดูดนม	4.14	0.68	ดี
7. ภายหลังลูกดูดนมเสร็จ จับลูกเรอทุกครั้ง	4.06	0.98	ดี
8. ทำอุ้มในการให้นมโดยใช้แขนโอบตัวบุตรไว้ข้างลำตัวของแม่และใช้หมอนรอง	4.06	0.98	ดี

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	Mean	S.D.	ระดับ
9. ไม่ให้ลูกหลับคาหัวนมนาน	3.86	0.28	ดี
10. ไม่ดึงหัวนมออกจากปากลูกขณะที่ลูกกำลังดูดอยู่	3.76	0.59	ดี
11. ให้ลูกดูดนมจากเต้านมทั้ง 2 ข้าง จนเกลี้ยงที่ละข้างในแต่ละมื้อ	3.71	0.87	ดี
12. เมื่อเต้านมคัดตึง ประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่น แล้วบีบน้ำนมออกจนหายคัด	3.34	0.58	ปานกลาง
13. ถ้าหัวนมแม่แตก ให้ลูกดูดข้างที่ไม่แตกหรือเจ็บน้อยกว่าเสมอ	3.31	0.59	ปานกลาง
14. ภายหลังลูกดูดนม เอาหัวนมออกจากปากลูกโดยสอดนิ้วมือเข้าไปในมุมปากลูก	2.95	0.59	ปานกลาง
15. แม่สวมใส่เสื้อยกทรงเสมอเพื่อบรรเทาอาการปวดและถ่วงเต้านม	2.56	0.46	ปานกลาง
รวม	4.03	0.12	ดี

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r = 0.30$, $p\text{-value} < 0.01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = 0.28$, $p\text{-value} < 0.01$) และเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ($r = 0.23$, $p\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($n = 90$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1.00			
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.21*	1.00		
3. เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.14	0.17	1.00	
4. พฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.30**	0.29**	0.23**	1.00

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

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 4.03, S.D. = 0.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ให้ลูกดูดนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ให้น้ำนมผสมหรืออาหารอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 (S.D. = 0.77) อยู่ในระดับดี รองลงมาคือให้ลูกดูดนมจากเต้านมอย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (S.D. = 0.77) อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาลี แซ่เบ๊ (2561) ที่พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78) และสอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ไชยนอก (2558)

พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19-24 ปี อายุเฉลี่ย 23.44 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปวส. และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.80 มีการวางแผนการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (อย่างน้อย 6 เดือน) จึงทำให้มารดาหลังคลอดที่มีอายุในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการแสวงหาความรู้จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และนำมาปฏิบัติได้ ประกอบกับการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจากการศึกษาพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ แม่หลังคลอดสวมใส่เสื้อยกทรงไว้เพื่อบรรเทาอาการปวดและถ่วงเต้านม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอันดับ 2 คือ ภายหลังลูกดูดนม เอาหัวนมออกจากปากลูกโดยสอดนิ้วมือเข้าไปในมุมปากลูก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95) อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดาส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติในการให้นมแม่โดยเน้นคำนึงถึงสุขภาพของทารกเป็นหลัก จึงทำให้มีการแสดงหรือเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อทารกเป็นลำดับแรกก่อน ดังนั้นความสนใจในเนื้อหาในเรื่องการใส่เสื้อชั้นในเพื่อประคองเต้านมจึงไม่ได้ปฏิบัติ

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.30$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ภัทรพร ชูประพันธ์, วิณา เทียงธรรม และปาหนัน พิชยภิณู, 2557; ลักขณา ไชยนอก, 2558; Hamze, Mao, & Reifsnider, 2019) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหากมีความรู้ อยู่ในระดับสูง ก็ย่อมจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงตามไปด้วย ซึ่งปัจจุบันนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาได้รับการให้ความรู้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 19-24 ปี อายุเฉลี่ย 23.44 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. และมีการวางแผนการตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดที่มีอายุในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการแสวงหาความรู้จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ และนำมาปฏิบัติได้ ประกอบกับการวางแผนการตั้งครรภ์ทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.29$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาลี แซ่เบ๊, 2561; สุภาพันท์ จันทรศิริ, วรรณภา พาหุวัฒนกร และฉวีวรรณ อยู่สำราญ, 2560; Maleki-Saghooni, Barez, Moeindarbari, & Karimi, 2017) แสดงให้เห็นว่าถ้ามารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับดีก็จะมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของแต่ละบุคคลว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ หากมารดามีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

ก็จะพยายามคิดหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดความสำเร็จให้ได้ (Hinich, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน (Awaliyah, Rachmawati, & Rahmah, 2019)

เจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.23$) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ดีจะมีพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกอยู่ในระดับดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ลักขณา ไชยนอก, 2558; Hamze, Mao, & Reifsnider, 2019) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการตั้งครรภ์ในระดับดี (Mean = 3.98) และส่วนใหญ่มีการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน (ร้อยละ 87.8) ซึ่งเจตคติ เป็นความรู้สึก ความเชื่อ และความพร้อมที่จะกระทำในพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ดังนั้นการมีเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีก็ส่งผลให้มารดามีการแสดงพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ความรู้ เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจึงควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้มารดาเกิดเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการให้ ความรู้ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยเน้นความสำคัญของการให้ความรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อย ได้แก่ การสวมใส่เสื้อยกทรงไว้เพื่อบรรเทาอาการปวดและถ่วงเต้านม ภายหลังที่ลูกดูดนมอิ่มจะเอาหัวนมออกจากปากลูกโดยสอดนิ้วมือเข้าไปในมุมปากลูกระหว่างเหงือกบนและล่างแล้วค่อยถอนหัวนม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการทํารวบรวมแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเพิ่มเติมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเน้นการให้ความรู้ ส่งเสริมให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2552). *แผนยุทธศาสตร์ กรมอนามัย พ.ศ.2553-2556*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- เจตพล แสงกล้า. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว กรณีศึกษาในเขตกิ่งเมือง กิ่งชนบท จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญ ชัยกองเกียรติ. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 5(2), 161-171.
- ภัทรพร ชูประพันธ์, วิภา เทียงธรรม และปาหนัน พิษยัญญู. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรา เรืองเสรี และวราทิพย์ แก่นการ. (2562). *ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือนของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 195-204.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาเล่ แซ่เบ๊. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเองและเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก*. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 10-21.
- ลักขณา ไชยนอก. (2558). *รายงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น หลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์, ณิชกร ชื่นอารมณ และรุจิรา เฉิดฉิม. (2563). *ปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 38(3), 22-34.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2559). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559, รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติประเทศไทย. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2566). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565, รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- สุภาพันท์ จันทรศิริ, วรรณภา พาหุวัฒนกร และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2560). *อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิงและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(4), 49-60.

- สุวรรณา ชนะภัย, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ และวรรณา พาหุวัฒนกร. (2557). ความรู้ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนายนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 สัปดาห์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(1), 51-60.
- Awaliyah, S.N., Rachmawati, I.N. & Rahmah, H. (2019). Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. *BMC Nursing*, 18(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0359-6>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. doi: 10.3758/bf03193146
- Hamze, L., Mao, J., Reifsnider, E. (2019). Knowledge and attitudes towards breastfeeding practices: a cross-sectional survey of postnatal mothers in China. *Midwifery*, 74, 68-75.
- Hinic, K. (2016). Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(5), 649-660.
- Kronborg, H., Harder, I., & Hall, E. O. (2015). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(2), 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.004>
- Lyons, K. E., Ryan, C. A., Dempsey, E. M., Ross, R. P., & Stanton, C. (2020). Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients*, 12(4), 1039. <https://doi.org/10.3390/nu12041039>
- Madhvi, S., Logeshwari, B. M., & Shubhavee, R. (2020). Comparison of Breastfeeding Practices between Primigravida and Multigravida. *International Journal of Science and Research*, 9(12), 563-565. doi: 10.21275/SR201202085454
- Maleki-Saghooni, N., Barez, M. A., Moeindarbari, S., & Karimi, F. Z. (2017). Investigating the breastfeeding self-efficacy and its related factors in primiparous breastfeeding mothers. *International Journal of Pediatrics*, 5(12), 6275-6283.
- Palaska, E., Lykeridou, A., Zyga, S., & Panoutsopoulos, G. (2020). Association Between Breastfeeding and Obesity in Preschool Children. *Materia Socio-Medica*, 32(2), 117-122. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.117-122>

Rattasumpun, S. & Keawma, B. (2018). Factors Predicting Successfulness in Exclusive Breastfeeding among Working Mothers. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 38(4), 14–24.

World Health Organization. (2021). *Breastfeeding*. Retrieved April 10, 2023 from <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en>.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงาน
ที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

Relationships between Personal Factors and Ward Safety Management and Patient Safety Performance as Professional Nurses' Perceptions in Community Hospitals, the Ministry of Public Health

สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์¹, ณีรนุช วงศ์เจริญ^{2*}, วลัยนารี พรมลา³, ชัชวาล วงศ์สารี⁴, ชญานิศา เขมัทศน์¹, พร บุญมี⁵,
โสภา เจ็นจัต⁶, ชุตติกาญจน์ เต็งเกียรติตระกูล⁷

Sudthicharat Charoenphong¹, Neeranuch Wongcharoen^{2*}, Walainaree Pommala³, Chutchavarn Wongsaree⁴,
Chayanisa Kemathad¹, Porn Boonmee⁵, Sopha Jenjud⁶, Chutikarn Tengkiattrakul⁷

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา^{2*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี³, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ⁴,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข⁵, โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า⁶, โรงพยาบาลนางรอง⁷
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health^{1*}, School of Nursing, University of Phayao², Faculty of Nursing, Pathumthani University³,
Faculty of Nursing, North Bangkok⁴, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health⁵, Wiang Pa Pao Hospital⁶, Nang Rong Hospital⁷

(Received: August 28, 2023; Revised: November 13, 2023; Accepted: November 21, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 383 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่า การจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.13, S.D. = 0.65) การปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.25, S.D. = 0.60) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยมาก ($r=0.16$, $p\text{-value} < 0.05$) และการปฏิบัติงานมุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.75$, $p\text{-value} < 0.05$) กับ การปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้

ของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำองค์ประกอบของการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยเป็นแนวทางพัฒนาระบบหอผู้ป่วยโดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมนำขับเคลื่อนอย่างจริงจัง ซึ่งสามารถช่วยสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและก่อเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล, การจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วย, การปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ ธีรนุช วงศ์เจริญ e-mail: Woranuch2419@hotmail.com

Abstract

The objectives of this descriptive study were to investigate the relationships between personal factors and ward safety management and performances that focused on patient safety according to the perceptions of professional nurses in community hospitals, according to the Ministry of Public Health. Participants were selected by a simple random sampling technique, including 383 professional nurses working in community hospitals. Data collection instruments were a questionnaire on ward safety management and a questionnaire based on performances focusing on patient safety according to the perception of professional nurses, which had Cronbach's alpha coefficient reliability values of 0.96 and 0.95, respectively. Data analysis used descriptive statistics and correlation coefficient statistics.

The results showed that overall safety management in the ward was at a high level (Mean = 4.13, S.D. = 0.65). Performances that focused on patient safety, according to the overall perception of professional nurses, were at a high level (mean = 4.25, S.D. = 0.60). The relationship between personal factors and experiences of participation in safety in wards or hospitals had a weak positive relationship with performances that focused on patient safety as perceived by professional nurses, with statistical significance ($r = 0.16$, $p\text{-value} < 0.05$). Ward safety management had a moderately significant positive relationship with performances that focused on patient safety as perceived by professional nurses, with statistical significance ($r = 0.75$, $p\text{-value} < 0.05$). Therefore, nursing administrators can apply the principles of ward safety management as a guideline for developing and organizing the system in the ward, with the head ward and the leadership team actively driving it. This can help support professional nurses in practicing work that focuses on increased safety and creates quality nursing outcomes.

Keywords: Personal Factors, Ward Safety Management, Patient Safety Performance, Professional Nurses, Community Hospitals

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จึงได้กำหนดมาตรฐานและแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 และแนวปฏิบัติหรือกฎระเบียบเพื่อปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายที่ได้รับจากการบริการทางสุขภาพ (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 นอกจากนี้ที่มุ่งให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการแล้ว ยังเน้นความปลอดภัยของประชาชน โดยมีประเด็นสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยให้เกิดในสถานพยาบาลที่เรียกว่านโยบายความปลอดภัย 3P: Safety (Patient Personnel and People Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนให้ความสำคัญเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เพียงแต่การคาดหวังให้หายจากอาการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังคาดหวังที่จะได้รับบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีความประทับใจ (นันทิดา พันธุศาสตร์ และราตรี ทองยู, 2560) ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพและเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นโยบายด้านความปลอดภัยซึ่งเป็นหัวใจต่อการดำเนินงานของสถานพยาบาล (สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว และสมพิศ พรหมเดช, 2557)

โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยมีการแบ่งระดับโรงพยาบาลตามขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพตามกรอบอัตรากำลัง มีจำนวน 142,028 คน (กองบริหารทรัพยากรบุคคล กระทรวงสาธารณสุข, 2565) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายด้านความปลอดภัยสู่การปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดีตามมาตรฐานการพยาบาล โดยเฉพาะในแต่ละหอผู้ป่วยหรือแผนกที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การบริหารจัดการด้านบุคลากร ด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหรือแต่ละแผนกจะมีหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าแผนกดำเนินการเนื่องจากเป็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้น (กองการพยาบาล, 2561) ในการจัดการด้านความปลอดภัยของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินการตามแนวทางการจัดการด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation (HA)) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ 2) ค้นหาและการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง 3) กำหนดมาตรการป้องกัน สื่อสารสร้างความตระหนัก 4) ระบบรายงานอุบัติการณ์ การรายงาน การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ 5) การวิเคราะห์สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหา และ 6) ประเมินประสิทธิผลและนำไปสู่การปรับปรุง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ซึ่งทุกสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาลได้นำแนวทางดังกล่าวประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตน และหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดการด้านความปลอดภัย โดยนำหลักการบริหารความเสี่ยง เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ (กาญจน์วชิ จตุเทน และประจักษ์ บัวผัน, 2561)

อย่างไรก็ตามยังพบว่าการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2563 -2565 ที่มีรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกที่มีระดับ A-I จำนวน 212 ครั้ง, 262 ครั้ง และ 186 ครั้งตามลำดับ พบว่า ในระดับความเสี่ยงที่เป็นอุบัติการณ์ระดับสูง คือ

ระดับ H ซึ่งมีการเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต จำนวน 1 เรื่อง และระดับ I เป็นการ เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต จำนวน 1 เรื่อง (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน, 2565) ซึ่งจากการวิเคราะห์เบื้องต้นเกิดจากสาเหตุของความผิดพลาดที่เกิดจากคน (Human Error) ดังนั้นการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานจึงมีความสำคัญ หากบุคคลคำนึงความปลอดภัยแล้ว จะสามารถ ช่วยเพิ่มความปลอดภัยรวมถึงการเพิ่มคุณภาพบริการได้ ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติตามข้อกำหนด ด้านความปลอดภัย (Safety Compliance) และการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัย (Safety Participation) (Toderi, Gaggia, Mariani, Mancini & Broccoli, 2015) ซึ่งสะท้อนได้ว่าพฤติกรรมการทำงานของคน มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทั้งด้านความปลอดภัยและไม่ปลอดภัย

นอกจากนี้ประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยขององค์กรยังสะท้อนถึงคุณภาพการจัดการของผู้บริหาร (Spigener, 2017) ทั้งนี้องค์กรจะเป็นองค์กรแห่งความปลอดภัยได้นั้น ผู้บริหารจะต้องมุ่งเน้นไปที่ความเป็นอยู่ที่ดี ของบุคลากร และมีระบบการจัดการองค์กรที่ดี (Cooper, 2016) จากการศึกษาของลัดดาวรรณ เสียอ่อน, เนตรชนก ศรีทุมมา, จันทรจิรา วงษ์ชมทอง และปราณี มีหาญพงษ์ (2561) ที่นำแนวคิดการจัดการด้านความปลอดภัย (Safety Management) ขององค์การการบินนานาชาติ (International Civil Aviation Organization (ICAO), 2013) ศึกษาในบริบทของโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในประเทศไทย พบว่าเป็นระบบที่สามารถนำสู่การ ปฏิบัติได้จริงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ประกอบด้วยการกำหนดนโยบายและ วัตถุประสงค์ความปลอดภัย การสื่อสารและช่องทางการสื่อสารความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยง การส่งเสริม ความปลอดภัย การประกันความปลอดภัย การจัดอัตรากำลัง และการตระหนักในเรื่องความปลอดภัย และ จากการศึกษานี้ของ สุทธิชาติรัตน์ จันตียะ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และพัชรภรณ์ อารีย์ (2564) พบว่า การจัดการ ด้านความปลอดภัยตามแนวคิดองค์การการบินนานาชาติ (ICAO, 2013) สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบท ของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้แล้วยังพบว่าปัจจัยด้านอายุงาน ตำแหน่งงาน และทัศนคติการความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล ซึ่งประสบการณ์ในการทำงานจะส่งผลต่อทักษะในการปฏิบัติงาน รวมถึงความรับผิดชอบ ความเข้าใจในการระบบ การปฏิบัติงาน และการจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ (สุนทร บุญบำรุง, 2557)

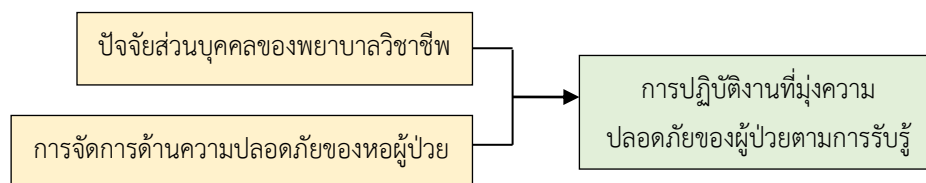
จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนได้ว่าในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนยังมีจำเป็นต้องมีพัฒนาปรับปรุงในการ จัดการด้านความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น อันจะสามารถส่งผลต่อการปฏิบัติงานมุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการ ด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานมุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มุ่งความปลอดภัย ของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขยายองค์ความรู้ ที่ได้ศึกษา ที่จะนำไปเป็นองค์ความรู้ที่สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการด้านความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย และระดับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ประกอบด้วย แนวคิดการจัดการด้านความปลอดภัยขององค์การการบินนานาชาติ (ICAO, 2013) แนวคิดการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย (Safety Performance) ของแนวคิดกริฟฟินและแนล (Toderi, Gaggia, Mariani, Mancini & Broccoli, 2015) และนโยบายด้านความปลอดภัยในสถานพยาบาล (3P Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ของหน่วยงานสุขภาพ ที่สามารถส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติ ตัวแปรต้นคือ ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย (Safety Management) ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 678 แห่ง จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 142,028 คน (กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 427 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970)

กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่าง 383 คน มีการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (drop-out rate) และความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่าง (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, 2016) คิดเป็น 43 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 427 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) สุ่มโรงพยาบาลแต่ละภูมิภาคได้โรงพยาบาลทั้งหมด จำนวน 19 โรงพยาบาล เป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาค เมื่อได้จำนวนโรงพยาบาลที่ใช้เป็นตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสุ่มโรงพยาบาลแต่ละภูมิภาคด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) ทำการจับฉลากทีละภาคจนครบทั้ง 6 ภาค 19 โรงพยาบาล จากนั้นสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์สัดส่วนที่คำนวณได้ในแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่าง เพื่อได้จำนวนตัวอย่างตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก

1. พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย/แผนก โรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
3. สนใจเข้าร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

1. พยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าแผนก
2. พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเก็บข้อมูล เช่น ลาป่วย ลากลับ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา หอผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการจัดการด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ ของ สุทธิจารัตน์ จันต๊ะ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และพัชรภรณ์ อารีย์ (2564) ที่ประยุกต์ตามแนวคิดการจัดการด้านความปลอดภัยขององค์การการบินนานาชาติ (ICAO, 2013) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้สอดคล้องกับบริบทหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายด้านความปลอดภัยในสถานพยาบาล (3Psafety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) รวมทั้งหมด 24 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ ของ สุทธิจารัตน์ จันต๊ะ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และพัชรภรณ์ อารีย์ (2564) ตามแนวคิดแนวคิดกริฟฟินและแนล (Toderi, Gaggia, Mariani, Mancini, & Broccoli, 2015) ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงสอดคล้องกับบริบทพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน แต่ละข้อคำถามได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพ รวมทั้งหมด 8 ข้อคำถาม

ลักษณะแบบสอบถามการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยและแบบสอบถามการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) ประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดยการให้คะแนนตามการรับรู้/ทัศนคติของตนเอง คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด (Waltz, Strickland & Lenz, 2010) เกณฑ์และการแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งตามอัตราภาคชั้น คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 มีการแปลผล (Nunnally, 1978) ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย 4.45-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด 3.45-4.44 หมายถึง อยู่ในระดับมาก 2.45-3.44 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง 1.45-2.44 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย และ 1.00-1.44 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด ส่วนของการแปลความหมายของช่วงของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเบสส์ (Best, 1977) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.81-1.00 หมายถึง มีความสหสัมพันธ์กันมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.51-0.80 หมายถึง มีความสหสัมพันธ์กันปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.21-0.50 หมายถึง มีความสหสัมพันธ์กันน้อยหรือต่ำ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.01-0.20 หมายถึง มีความสหสัมพันธ์กันน้อยมาก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.00 หมายถึง ไม่มีความสหสัมพันธ์กัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่าแบบสอบถามการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามการปฏิบัติงานที่มุ่งด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค ได้เท่ากับ 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอเอกสารอนุมัติการเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยของโรงพยาบาลในการช่วยรวบรวมแบบสอบถาม วิธีการโทรศัพท์/เดินทางประสานด้วยตัวเอง ได้ชี้แจงรายละเอียด เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามมอบให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมอธิบายถึงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ การลงนามยินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้วส่งของปิดผนึกส่งคืนผู้วิจัยโดยส่งทางไปรษณีย์ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2566

3. ผู้วิจัยได้รับกลับคืนทั้งหมด จำนวน 405 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.84 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป และผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและครบถ้วน จำนวน 383 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.69 นำมาแบบสอบถามที่ได้อ่านบันทึกข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย และการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ หาค่าความถี่ ค่าจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการปฏิบัติงานมุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Correlation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย กับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) เนื่องจากได้ตรวจสอบของตัวแปรโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รหัสจริยธรรมการวิจัย BCNCT ๐๔/๒๕๖๖ รับรองตั้งแต่ 18 มกราคม พ.ศ. 2566 - 17 มกราคม พ.ศ. 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย รายละเอียดชี้แจงต่าง ๆ ของการวิจัยประกอบด้วย 1) ชื่อ สกุล และข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้ 3) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล 4) เครื่องมือต่าง ๆ ในการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการเก็บรักษาข้อมูล เป็นความลับที่ไม่เปิดเผยข้อมูลที่จะสามารถเชื่อมโยงถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือองค์กรใดองค์หนึ่ง จะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และ 5) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยหรือมีสิทธิในการถอดตัวได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานใด ๆ หรือการประเมินผลปฏิบัติราชการของกลุ่มตัวอย่าง และ 6) ผู้วิจัยดำเนินการทำลายแบบสอบถามรวมถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ (n=383)

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.70 มีอายุระหว่าง 22-44 ปี ร้อยละ 69.97 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 96.60 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.99 ปี และมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล (รอบ 5 ปี) ร้อยละ 78.60

2. การจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

พบว่า ระดับการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.13, S.D. = 0.65) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยพบว่าด้านการสื่อสารและช่องทางการสื่อสารด้านความปลอดภัย และด้านการบริหารความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.19, S.D. = 0.66) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน (n=383)

การจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการสื่อสารและช่องทางการสื่อสารด้านความปลอดภัย	4.19	0.70	มาก
ด้านการบริหารความเสี่ยง	4.19	0.66	มาก
การกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ความปลอดภัย	4.17	0.67	มาก
การจัดอัตรากำลังและการตระหนักในเรื่องความปลอดภัย	4.17	0.75	มาก
การส่งเสริมความปลอดภัย	4.13	0.70	มาก
การประกันความปลอดภัย	4.06	0.73	มาก
ผลรวม	4.13	0.65	มาก

3. การปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

พบว่า ระดับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ผลรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.13, S.D. = 0.60) ทั้งด้านการปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย (Mean = 4.24 , S.D. = 0.62) และด้านการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัย (Mean = 4.25 , S.D. = 0.62) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน (n=383)

การปฏิบัติงานมุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัย	4.25	0.62	มาก
การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัย	4.24	0.62	มาก
ผลรวม	4.25	0.60	มาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีเพียงด้านประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาลที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยมากกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนอายุ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (n=383)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) การปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของ ผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.52	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.10	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	0.78	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล	0.16*	น้อยมาก

*p-value < 0.05

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

พบว่า ค่าเฉลี่ยผลรวมของการจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า ทุกด้านที่ประกอบด้วย ด้านการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ความปลอดภัย ด้านการสื่อสารและช่องทางการสื่อสาร ด้านความปลอดภัย ด้านการบริหารความเสี่ยง ด้านการส่งเสริมความปลอดภัย ด้านการประกันความปลอดภัย และด้านการจัดอัตรากำลังและการตระหนักในเรื่องความปลอดภัย มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปลอดภัยในหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข (n=383)

การจัดการด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) การปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของ ผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการบริหารความเสี่ยง	0.73*	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารและช่องทางการสื่อสารด้านความปลอดภัย	0.72*	ปานกลาง
ด้านการส่งเสริมความปลอดภัย	0.69*	ปานกลาง
ด้านการประกันความปลอดภัย	0.69*	ปานกลาง
ด้านการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ความปลอดภัย	0.68*	ปานกลาง
ด้านการจัดอัตรากำลังและการตระหนักในเรื่องความปลอดภัย	0.64*	ปานกลาง
ผลรวม	0.75*	ปานกลาง

*p-value < .05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลและสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ผลการจัดการด้านความปลอดภัยของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การจัดการด้านความปลอดภัยของในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อยู่ในระดับดี (Mean = 4.13, S.D. = 0.65) ทั้งนี้การจัดการความปลอดภัยเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารที่ต้องดำเนินการ โดยมีการกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับมีการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งการจัดการความปลอดภัยเป็นการจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ จากผลการศึกษา พบว่า ด้านการสื่อสารและช่องทางการสื่อสาร ด้านความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ นันธิดา พันธศาสตร์ และราตรี ทองยู (2560) อธิบายว่า การพัฒนาด้านการจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยจะต้องมีการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบการรายงานความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้การบริหาร ความเสี่ยง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก อธิบายว่า การบริหารความเสี่ยงจะมีประสิทธิภาพจะต้องมีการ ทำงานร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องและหัวหน้าจะต้องเป็นผู้นำในการประสานงานเพื่อการบริหารความเสี่ยงเป็นไป ในทิศทางเดียวกัน (วรรณเพ็ญ เนื่องสิทธิ์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล และกุลวดี อภิชาติบุตร, 2018) ส่วนด้านที่ ระดับคะแนนเฉลี่ยรองลงมา คือ ด้านการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ความปลอดภัยและการจัดอัตรากำลัง และการตระหนักในเรื่องความปลอดภัย (Mean = 4.17) ซึ่งผู้บริหารจะมีหน้าที่กำหนดนโยบาย และแนวทางการ ปฏิบัติในการดำเนินการด้านการจัดการความปลอดภัย มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับปฏิบัติตาม นโยบาย และตามวัตถุประสงค์ของการจัดการความปลอดภัยของหน่วยงาน รวมถึงควรมีการจัดอัตรากำลัง ที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล, 2565)

ผลการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับดี (Mean = 4.25, S.D. = 0.60) โดยด้านการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.25, S.D. = 0.62) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการในการศึกษาคั้งนี้มีพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 76.8 ที่มีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วม ด้านความปลอดภัย จึงส่งผลให้การปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพสามารถลดความเสี่ยง และ ความไม่ปลอดภัยที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ (นันธิดา พันธศาสตร์และราตรี ทองยู, 2560) นอกจากนี้หากบุคลากร ทางสุขภาพปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย โดยยึดมาตรฐานความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการมีส่วนร่วม ด้านความปลอดภัยอย่างเต็มที่ จะสามารถช่วยลดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วยและบุคลากร ทางสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการอีกด้วย (Heier et al., 2021) ส่วนด้านการปฏิบัติตาม ข้อกำหนดด้านความปลอดภัย มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา (Mean = 4.24, S.D. = 0.62) ทั้งนี้ด้านการปฏิบัติตาม

ข้อกำหนดด้านความปลอดภัยยังเป็นตัวชี้วัดและมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (ชญาพัฒน์ ทองปากน้ำ, ละอองดาว วรรณฤทธิ์ และธิดา ขุนทอง, 2565) ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลเห็นความสำคัญของประเด็นนี้

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการจัดการด้านความปลอดภัยของหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยมากกับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.14$) ทั้งนี้แม้ว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวอยู่ในระดับน้อยมาก อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 มีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัย ซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นแสดงถึงต้องมีการได้รับการอบรมหรือให้ความรู้ด้านการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยประกอบกับนโยบายของทุกโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวาพร แก้วสมสี นันทิยา วัฒนา และนันทวัน สุวรรณรูป (2560) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของอดิเรก ธรรมวงศ์ (2564) ที่พบว่าปัจจัยด้าน เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง และรายได้ จะมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.75$) เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรและทุกหน่วยงานได้นำนโยบายการจัดการความปลอดภัยลงไปสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งหวังให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล ร้อยละ 76.8 จึงส่งผลให้ความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อดิเรก ธรรมวงศ์ (2564) พบว่า นโยบายด้านความปลอดภัยบริษัทฯ การกำกับดูแลด้านความปลอดภัย การให้ความรู้/อบรมด้านความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม/พื้นที่ในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ด้านความปลอดภัยของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ที่มุ่งให้ความสำคัญต่อผู้นำทีมทางการพยาบาล บุคลากรด้านการพยาบาลมุ่งส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดยการมอบหมายงาน การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพโดยเป้าหมายเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านความปลอดภัยทั้งภายในหอผู้ป่วยและโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันด้วยความเต็มใจในการปฏิบัติงานให้เกิดความปลอดภัยได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. ควรส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วย และทีมในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้นำในระดับต้นที่มีส่วนใกล้ชิดกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ได้นำหรือกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ความปลอดภัย มีการถ่ายทอดอย่างชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย ตลอดจนการจัดให้มีแนวทางการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสารด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
3. ควรส่งเสริมให้มีการนำระบบการบริหารความเสี่ยง ร่วมกับการส่งเสริมความปลอดภัย การประกันความปลอดภัย นำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการจัดการด้านความปลอดภัยโดยบูรณาการแนวคิดด้านความปลอดภัย 3PSafety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)
4. หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมในหอผู้ป่วย ควรมีการจัดอัตรากำลังเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด โดยตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย กรณีมีภาระงานเกินควรมีกระบวนการหรือกลยุทธ์ด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม ขวัญกำลังใจ การดูแลสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของทั้งตนเอง ผู้รับบริการและประชาชนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยหรือที่มีความสัมพันธ์เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการเสนอแนะแก้ไขหรือปรับปรุงในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยได้มาตรฐานอย่างยั่งยืน
2. ควรพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มุ่งความปลอดภัยที่สอดคล้องกับนโยบาย 3P:Safety ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ในบริบทของพยาบาล เพื่อนำเป็นข้อมูลสู่การพัฒนาปรับปรุงเชิงระบบต่อไป
3. ควรศึกษาต่อยอดให้เป็นโปรแกรมการจัดด้านความปลอดภัยในหอผู้ป่วยเพื่อวัดผลลัพธ์ทั้งแบบประเมินตนเองและคุณภาพการให้บริการ เพื่อยืนยันความสัมพันธ์การจัดการความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคเหนือ. (2565). รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาล 2565. เอกสารอัดสำเนา. (ม.ป.ท: ม.ป.พ.)
กองการพยาบาล. (2561). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: สื่อตะวัน.

- กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค*. นนทบุรี: กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจน์วชิ จตุเทน และประจักษ์ บัวผัน. (2561). การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 18(4), 167-178.
- ชญพัฒน์ ทองปากน้ำ, ละอองดาว วรรณฤทธิ์ และธิดา ขุนทอง (2565). ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(2), 673-689.
- นันธิดา พันธุศาสตร์ และราตรี ทองยุง. (2560). แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(2), 1-13.
- ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน, เนตรชนก ศรีทุมมา, จันทรีจิรา วงษ์ชมทอง และปราณี มีหาญพงษ์. (2561). โมเดลการบริหารความปลอดภัยขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 24(4), 516-529.
- วรรณเพ็ญ เนื่องสิทธิ์, เพชรสนธิ์ ทั้งเจริญกุล และกุลวดี อภิชาติบุตร. (2018). การวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 26(1), 47-60.
- ศิวาพร แก้วสมลี นันทิยา วัฒมา และนันทวัน สุวรรณรูป. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 29(3). 101 – 112.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). (2565). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว และสมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล (Patient Safety and Quality of Nursing Service). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 66-70.
- สุทธิจารัตน์ จันติยะ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และพัชราภรณ์ อารีย์. (2564). โมเดลสมการโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย การจัดการความปลอดภัยและวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(2), 36-49.
- สุนทร บุญบำรุง. (2557). พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 20(2), 82-92.

- อดิเรก ธรรมวงศ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของพนักงาน บริษัท ลีรี ชัคเซส ซัพพลาย จำกัด. รายงานการค้นคว้าอิสระ. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม) คณะบริหารการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliff.
- Cooper, M. D. (2016). *Navigating the safety culture construct: A review of the evidence*. Franklin, IN, USA: BSMS.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi Journal of Anesthesia*, 10(3), 328.
- Heier, L., et al. (2021). Safety Performance of Healthcare Professionals: Validation and Use of the Adapted Workplace Health and Safety Instrument. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7816.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18157816>.
- International Civil Aviation Organization (ICAO). (2013). *Safety Management Manual (SMM)*, (3rd ed). (Doc 9859 AN/474). Montreal, Canada: ICAO.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nded.). New York: McGraw-Hill.
- Spigener, J. (2017). Safety Leadership: 11 characteristics of great safety performers. *Safety + Health. The official magazine of the NSC Congress & Expo*. Retrieved August 26, 2022 from <https://www.safetyandhealthmagazine.com/articles/15960-safety-leadership>
- Toderi, S., Gaggia, A., Mariani, M. G., Mancini, G., & Broccoli, M. (2015). Griffin and Neal's safety model: Determinants and components of individual safety performance in the Italian context. *La Medicina Del Lavoro*, 106(6), 447-459.
- Waltz, C.F., Strickland, O. & Lenz, E.R. (2010) *Measurement in nursing and health research*. Springer Publishing Company, New York.
- World Health Organization (2023). *World Patient Safety Day 2023: Engaging patients for patient safety*. Retrieved May 28 2023 from <https://www.who.int/newsroom/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023-engaging-patients-for-patient-safety>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และให้ข้อวิพากษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings

2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหาานั้น ๆ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพผลงานก่อนตีพิมพ์ สำหรับข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีการทำอย่างเป็นระบบโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind- Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียน เพื่อทำการแก้ไขบทความให้ถูกต้อง ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตารางใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 2.54 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ
2. ชื่อผู้เขียน (Author Name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางถัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน โดยระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัดและบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence Author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3,ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keywords) 3-5 คำให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)

- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
- การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)
8. ผลการวิจัย (Results)
9. การอภิปรายผล (Discussion)
10. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Implication)
11. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
12. กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
13. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 3 เนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)
6. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 40 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหารูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม - ปี (Author- Date Citation System) เป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาในเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

- 1.1 เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์ เช่น
อัมมิชา นาไวย์ (2563) พบว่า.....

อัมมิชา นาไวย์ และปณัสยา พรหมดี (2562) พบว่า.....

ปูลวิษฐ์ ทองแดง (ม.ป.ป.) พบว่า.....

1.2 เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย จากนั้น เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อแรก ตามด้วย et al., เช่น

กรีน (Green, 2020) พบว่า.....

นิวแมน (Newman, n.d.) พบว่า.....

รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่)/,เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวีตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 50-62.

Nawai, A. (2019). Chronic pain management among older adults: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 5(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร และภาคภูมิ ภัควิภาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 35(2), 44-58.

Nawai, A. & Phongphanngam, S. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, ทศนีย์ ภู่อำรงค์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาวะการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F.

(2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(6), 1139–1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic pain characteristics and gait in older adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 418–425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ ชื่อเรื่อง./ (พิมพ์ครั้งที่)./ สถานที่พิมพ์./ สำนักพิมพ์

อาชัญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th edition). Philadelphia: Elsevier.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ ชื่อเรื่อง./ (ปริญญาานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หรือ Master's Thesis)./ สถานที่พิมพ์./ ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ปรัชญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit*. Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ ชื่อบทความ./ สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./ จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. (2557). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและบาดแผล*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพธุรกิจ, น. 11. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561 จาก

http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf.

Severo, I. M., et al., (2014). *Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review*. Retrieved March 12, 2016 from <http://www.scielo.br/scielo.php>.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.)/ชื่อ Proceedings./ (น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality*. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol.38 Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อความ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งคาระยะย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ละ 7 เคาะ (Space) หรือตั้งคาระยะแท็บ ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที่ 1)	= 0.38"
แท็บที่ 2	= 0.69"
แท็บที่ 3	= 1.00"
แท็บที่ 4	= 1.38"

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. สำหรับหัวข้อย่อยให้ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

1.....
1.1.....
1.1.1.....
1).....
1.1).....
-

8. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตาราง โดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช้เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

9. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้วใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดตรงกลางของหน้ากระดาษ ขนาดตัวอักษร 14

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJo ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJo ได้เตรียมไว้ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป

Template บทความวิจัย

↓ 2.54 ซม.

2.54

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

← 2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

↑ 2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น

—————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

สมมติฐานการวิจัย (ขนาด 16 หน้า) (ถ้ามี)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

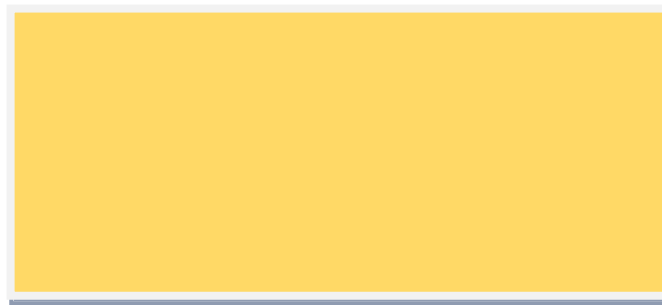
(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพที่ 1 (หนา)..... (ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 14

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

เกณฑ์การคัดเข้า (ขนาด 16 ไม่นา)

(เนือหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่นา).....

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (ขนาด 16 ไม่นา)

(เนือหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่นา).....

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ขนาด 16 นา)

(เนือหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่นา).....

.....

.....

.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ขนาด 16 นา)

(เนือหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่นา).....

.....

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขนาด 16 นา)

(เนือหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่นา).....

.....

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ขนาด 16 นา)

(เนือหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่นา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

1. ข้อมูลทั่วไป

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 1ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ				
ชาย		x	x	x
หญิง		x	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

(Enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายตาราง (เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 2 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
ก่อนทดลอง	x	x	x	x
หลังทดลอง	x	x		

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถ
ศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

Template บทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

2.54 ซม.

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น News

—————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาด 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research