



# วารสารการพยาบาล

## VAJIRA NURSING JOURNAL

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2560

Volume 19 No.2 July-December 2017

[www.vajira.ac.th/vnjo](http://www.vajira.ac.th/vnjo)

ISSN 1513-2498

### บทความวิชาการ

- ❖ บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ  
จินตนันท์ สิริธิประธาราชภรณ์

### บทความวิจัย

- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน  
ต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน  
พิมพ์พิศา พันธุ์มณี สมคิด ปราบภัย
- ❖ สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล  
กฤษฎณา กลิ่นสมิทธิ์
- ❖ ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถ  
ของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  
ดวงเนตร์ ภู่วัฒนาวนิชัย

### ปกิณกะ

- ❖ งานพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม “ไอแอม” เพิ่มองศาข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม  
เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์
- ❖ ประสพการณ์การสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยในระบบปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอก  
โรงพยาบาล  
วิทยา โพธิ์หลวง

## เจ้าของ

### ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

#### คณะที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ประยุทธ ศิริวงษ์  
นายแพทย์สุรวิทย์ ลิ้มหะกร  
นางจรินทร์ เป็นสุข  
นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนวิชัย

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

#### บรรณาธิการ

ดร.ปฏิพร บุญพัฒนากุล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

#### รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิณ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

#### กองบรรณาธิการ

นางสาวอรุณี รูปงาม

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวอรอวาล ลากเจริญ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวสมจิตต์ แก้วเกรียงไกร

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวรุ่งทิพย์ พงษ์เจริญรัตน์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวบงอร ตั้งวิโรจน์ธรรม

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวนพพร เชิงข่าวชาญ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวณภาพ เมธาภิวัฒน์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวสุมิตรา เมืองขวา

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรัตน์ เสตสุวรรณ

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.ยุพา วงศ์สรไตร

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณา ตั้งสุขสันต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัมรียา พ่วงแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ศรินทร์ ศรีประสงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินนุญา

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

พันโทหญิง ดร.พัชรภรณ์ อุ่นเดจ๊ะ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดี

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

รองศาสตราจารย์ไฉว นรสาร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ดร.ณัฐชา เจียรนิลกุลชัย

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.ทักษิณี สุนทร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

พ.ต.ต.หญิง ดร.คิตยา อีวาโนวิช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

#### ฝ่ายจัดการ

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางนันทภัท กุลตั้งกิจเสรี

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสาร

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



## วารสารการพยาบาล

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2560

Vajira Nursing Journal

Volume 19 Number 2 July – December 2017

[www.vajira.ac.th/vnjo](http://www.vajira.ac.th/vnjo)

ISSN 1513-2498

วารสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 2 ท่านต่อบทความ

### วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล
2. นำเสนอประสบการณ์ นวัตกรรมและวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อธำรงไว้ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรสุขภาพ

### ขอบเขต

สาระในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

### กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกปีละ 100 บาท (2 เล่ม)

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทร.0-2244-3082-3 Fax. 0-2668-7152 E-mail: [nurse@vajira.ac.th](mailto:nurse@vajira.ac.th)

สถานที่พิมพ์ พิษณุภัณฑ์พิมพ์ 127 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 11 ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงวัดท่าพระ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร 10600

## บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 19 ประกอบด้วยบทความวิชาการ บทความวิจัย และปณิธาน ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข ผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน นอกจากนี้มีบทความวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน

ขอขอบคุณสมาชิกวารสารการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และขอเชิญชวนท่านผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล พร้อมส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพการพยาบาล และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากวารสารเล่มนี้

ดร.ปฏิพร บุญพัฒนกุล  
บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

## สารบัญ

|                                                                                                                                                                          | หน้า |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>บทความวิชาการ</b>                                                                                                                                                     |      |
| บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ<br>จินตนันท์ สิริธิประธาราชกูร์                                                                                           | 1    |
| <b>บทความวิจัย</b>                                                                                                                                                       |      |
| ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรม<br>การลดน้ำหนักของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน<br>พิมพ์พิศา พันธุ์มณี สมคิด ปราบภัย | 13   |
| สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล<br>กฤษณา กลิ่นสมิทธิ์                                                                                           | 24   |
| ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแล<br>ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<br>ดวงเนตร์ ภูวัฒนาวณิชย์     | 35   |
| <b>ปกิณกะ</b>                                                                                                                                                            |      |
| งานพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม “ไอแอม” เพิ่มองศาข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม<br>เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์                                                                    | 45   |
| ประสบการณ์การสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยในระบบปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล<br>วิทยา โพธิ์หลวง                                                                         | 52   |

## บทความวิชาการ

### บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ Role of emergency nurse practitioner during disaster

จินตนันท์ สิทธิประชากรราษฎร์\*

#### บทคัดย่อ

ภัยพิบัติ คือเหตุการณ์โดยธรรมชาติหรือมนุษย์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ความเสียหายต่อทรัพย์สิน ความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม เป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากกว่าภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้ชุมชนไม่สามารถรับมือได้ ระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ชะงักงัน การปฏิบัติงานในการจัดการภัยพิบัติจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก เช่น อาสาสมัคร ทีมสุขภาพและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกพื้นที่ พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินเป็นผู้ที่มีสมรรถนะการจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ จึงเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมการและตอบสนองต่อภาวะภัยพิบัติ

**คำสำคัญ :** พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน / ภาวะภัยพิบัติ

#### Abstract

A disaster is a calamitous event due to natural or human causing extremely unfortunate consequences to life, property, livelihood and environment. It is a more violent than a state of emergency. As a result, the community cannot manage only. Health service system blocked. Better disaster management is needed from all partnerships immediately. Emergency nurse practitioners are those who develop practical competencies to manage with team in emergency situation especially preparing and responding roles to disaster.

**Keywords:** Emergency Nurse Practitioner / Disaster

#### บทนำ

จากสถานการณ์ภาวะภัยพิบัติของนานาชาติและประเทศไทยในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมาพบว่ามีความถี่ในการเกิดภาวะภัยพิบัติสูงขึ้น แต่ละสถานการณ์มีความเฉพาะและทวีความรุนแรงมากขึ้น เช่น คลื่นสึนามิ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่โรงไฟฟ้านิวเคลียร์ฟูกูชิมะไดอิจิ ประเทศญี่ปุ่น พายุไต้ฝุ่นไห่เยี่ยนที่เคลื่อนเข้าสู่ประเทศฟิลิปปินส์ มหาอุทกภัยในภาคกลางและสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย โดยพบว่าอุทกภัยและวาทภัยมีอุบัติการณ์สูงสุดในทุกปี จากข้อมูลรายงานภัยพิบัติโลกตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ถึง

---

\* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

พ.ศ.2554 พบว่าอุบัติการณ์อุทกภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43 เป็นร้อยละ 47 และวาตภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 25 พบในทวีปเอเชียมากที่สุด (The World Disaster report, 2012) สำหรับประเทศไทยพบว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัยลำดับที่ 7 ของโลก (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2000)

สภาการพยาบาลประเทศไทยกำหนดกรอบสมรรถนะการพยาบาลในการจัดการภาวะภัยพิบัติ 4 ระยะตามกรอบแนวคิดสภาการพยาบาลสากล (World Health Organization and International Council of Nurses, 2009) ได้แก่ การป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ การเตรียมความพร้อม การรับมือ/ตอบสนองพิบัติภัย และการฟื้นฟู/ฟื้นฟูสภาพ โดยทุกระยะของการจัดการภาวะภัยพิบัติ พยาบาลต้องมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการเพื่อสามารถบริหารจัดการสถานการณ์ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด (Hassmiller & Stanley, 2012) ในการนี้สภาการพยาบาลได้จัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (สภาการพยาบาล, 2558) เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านฉุกเฉินได้รับการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านเวชปฏิบัติฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งช่วงเวลาภาวะปกติและสาธารณภัย และทั้งลักษณะงานระยะก่อนถึงโรงพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตระหว่างโรงพยาบาล บทความนี้จะนำเสนอขอบบาทของพยาบาลฉุกเฉินในทีมสุขภาพเพื่อการจัดการภัยพิบัติระยะป้องกัน ระยะเตรียมความพร้อม ระยะตอบสนอง และระยะฟื้นฟู รวมถึงประสบการณ์การพยาบาลฉุกเฉินในตอบสนองต่อภัยพิบัติที่อำเภอบางสะพาน

## เนื้อหา

### บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในการจัดการภาวะภัยพิบัติ

พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพในการจัดการภาวะภัยพิบัติ 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ (prevention & mitigation)** หมายถึงการดำเนินการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือขัดขวางไม่ให้เกิดภัยพิบัติ รวมถึงการลดผลกระทบและความรุนแรงของภัยพิบัติที่ก่อให้เกิดอันตราย ความสูญเสียแก่ชุมชนและประเทศชาติ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2554) ประกอบด้วย

1. การหาความเสี่ยงของพื้นที่หมายถึงการประเมินอันตราย ความเสี่ยงและความเปราะบางในการเกิดภัย พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินสามารถรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาจัดลำดับความสำคัญและประเมินความสามารถของหน่วยงานหรือองค์กรในการจัดการผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เพื่อนำมาซึ่งการวางแผนและการดำเนินการตามมาตรการการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ขั้นตอนการประเมิน ได้แก่

1.1 ประเมินความถี่และความเสี่ยงจากภัยที่เกิดกับชุมชน โดยใช้ข้อมูลในอดีตหรือจากสถิติข้อมูลอ้างอิงต่างๆ

1.1.1 การประเมินความถี่ ทำการประเมินความเป็นไปได้ของโอกาสเกิดสาธารณภัย และนำมาให้คะแนนความถี่ที่มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยกำหนดคะแนนตามโอกาสเกิดสาธารณภัย ดังนี้ คะแนน 1 คือเกิดขึ้นได้ทุก 1 - 3 ปีหรือความถี่ระดับต่ำมาก/น้อยมาก คะแนน 2 คือเกิดขึ้นได้ทุก 6 เดือน - 1 ปีหรือความถี่ระดับต่ำ/น้อย คะแนน 3 คือเกิดขึ้นได้ทุก 3 - 6 เดือนหรือความถี่ระดับปานกลาง คะแนน 4 คือเกิดขึ้นได้ทุก 1 - 3 เดือนหรือความถี่ระดับสูง/บ่อย และคะแนน 5 คือเกิดขึ้นได้ทุก 1 เดือนหรือความถี่ระดับสูงมาก/บ่อยมาก (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2000)

1.1.2 การประเมินความเสี่ยง ได้จากการนำคะแนนความถี่คูณคะแนนความรุนแรง ค่าคะแนนความรุนแรงจะถูกกำหนดขึ้นจากคนในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนี้ คะแนน 1 ความรุนแรงไม่เป็นสาระสำคัญ/น้อยมาก คะแนน 2 ความรุนแรงต่ำ/น้อย คะแนน 3 ความรุนแรงปานกลาง คะแนน 4 ความรุนแรงสูง/วิกฤต และคะแนน 5 ความรุนแรงสูงมาก/หายนะ โดยค่าคะแนนความเสี่ยงสูงสุดคือ 25 คะแนน ตัวอย่างการประเมินคะแนนความเสี่ยงของจังหวัดสระบุรี (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จังหวัดสระบุรี, 2558) (ตารางที่ 1) เช่น พื้นที่ทำการประเมินภัยจากอุบัติเหตุจราจรที่มีความถี่ระดับสูงมาก/บ่อยมากและคะแนนความรุนแรงระดับสูง/วิกฤต ดังนั้นความเสี่ยงจากอุบัติเหตุจราจรจึงจำเป็นต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพราะมีคะแนนความเสี่ยงสูงสุดเท่ากับ 20

**ตารางที่ 1** ตัวอย่างการประเมินคะแนนความเสี่ยงของจังหวัดสระบุรี

| ชนิดของภัย      | คะแนนความถี่ | คะแนนความรุนแรง | ความถี่Xรุนแรง (คะแนนความเสี่ยง) |
|-----------------|--------------|-----------------|----------------------------------|
| อุบัติเหตุจราจร | 5            | 4               | 20                               |
| สารเคมีรั่ว     | 2            | 5               | 10                               |
| อัคคีภัย        | 2            | 4               | 8                                |
| น้ำท่วม         | 2            | 3               | 6                                |
| แผ่นดินไหว      | 1            | 5               | 5                                |
| ก่อการร้าย      | 1            | 5               | 5                                |
| วาตภัย          | 1            | 5               | 5                                |
| โรคระบาด        | 1            | 4               | 4                                |

นอกจากนี้การประเมินความเสี่ยงสามารถจัดกลุ่มระดับความเสี่ยงโดยทำแผนผังประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment matrix) 3 ระดับ ได้แก่ระดับความเสี่ยงสูงหรือความเสี่ยงในช่องสีแดง เช่น ความเสี่ยงที่มีความถี่หรือความเป็นไปได้ระดับ 5 และมีผลกระทบหรือความรุนแรงระดับ 3-5 ระดับความเสี่ยงปานกลางหรือความเสี่ยงในช่องสีเหลือง เช่นความเสี่ยงที่มีความถี่หรือความเป็นไปได้ระดับ 5 และมีผลกระทบหรือความรุนแรงระดับ 1-2 และระดับความเสี่ยงต่ำหรือความเสี่ยงในช่องสีเขียว เช่นความเสี่ยงที่มีความถี่หรือความเป็นไปได้ระดับ 1 และมีผลกระทบหรือความรุนแรงระดับ 1-3 การทำแผนผังประเมินระดับความเสี่ยงนำมาซึ่งการจัดลำดับความสำคัญในการพิจารณาและตัดสินใจว่าควรจัดการกับความเสี่ยงจากภัยใดก่อนหรือในพื้นที่ใดก่อน และทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่ามีพื้นที่ใดที่ตกอยู่ในความเสี่ยงร้ายแรงหรือมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องจัดการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากตัวอย่างการประเมินคะแนนความเสี่ยงของจังหวัดสระบุรีในตารางที่ 1 เมื่อนำมาทำแผนผังประเมินระดับความเสี่ยงพบว่าอุบัติเหตุจราจรเป็นภัยที่มีความเสี่ยงสูงสุด (ตารางที่ 2)

1.2 ประเมินพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ของชุมชน ซึ่งมีความอ่อนไหวและล่อแหลมต่อการเกิดภัยพิบัติ

1.3 ประเมินระบุหน่วยงานหลักของชุมชน ประชาชน โครงสร้างพื้นฐาน บ้านเรือน บริการอื่นๆ ที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ

1.4 ประเมินความสามารถของหน่วยงานต่างๆ ในการรับมือกับผลกระทบของภัยพิบัติ



ตารางที่ 2 แผนผังประเมินระดับความเสี่ยงของจังหวัดสระบุรี

| ประเมินระดับความเสี่ยง |                              |   | ความถี่/ความเป็นไปได้              |          |         |          |                    |
|------------------------|------------------------------|---|------------------------------------|----------|---------|----------|--------------------|
|                        |                              |   | ต่ำมาก/<br>น้อยมาก                 | ต่ำ/น้อย | ปานกลาง | สูง/บ่อย | สูงมาก/<br>บ่อยมาก |
|                        |                              |   | 1                                  | 2        | 3       | 4        | 5                  |
| ผลกระทบ/ความรุนแรง     | ไม่เป็นสาระ<br>สำคัญ/น้อยมาก | 1 |                                    |          |         |          |                    |
|                        | ต่ำ/น้อย                     | 2 |                                    |          |         |          |                    |
|                        | ปานกลาง                      | 3 |                                    | น้ำท่วม  |         |          |                    |
|                        | สูง/วิกฤติ                   | 4 | โรคระบาด                           | อัคคีภัย |         |          | อุบัติเหตุจากรถ    |
|                        | สูงมาก/หายนะ                 | 5 | แผ่นดินไหว<br>วาตภัย<br>ก่อการร้าย | สารเคมี  |         |          |                    |
|                        | โอกาส/ระดับของความเสี่ยง     |   |                                    |          |         |          |                    |

■ ความเสี่ยงสูง (สีแดง) ■ ความเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง) ■ ความเสี่ยงต่ำ (สีเขียว)

2. การกำหนดแนวทางป้องกันหรือลดความรุนแรงจากภัยพิบัติแต่ละชนิดในพื้นที่ เช่น กำหนดการใช้รหัสความปลอดภัย การให้วัคซีน การประเมินกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง รวมถึงระบบการเตือนภัยล่วงหน้า

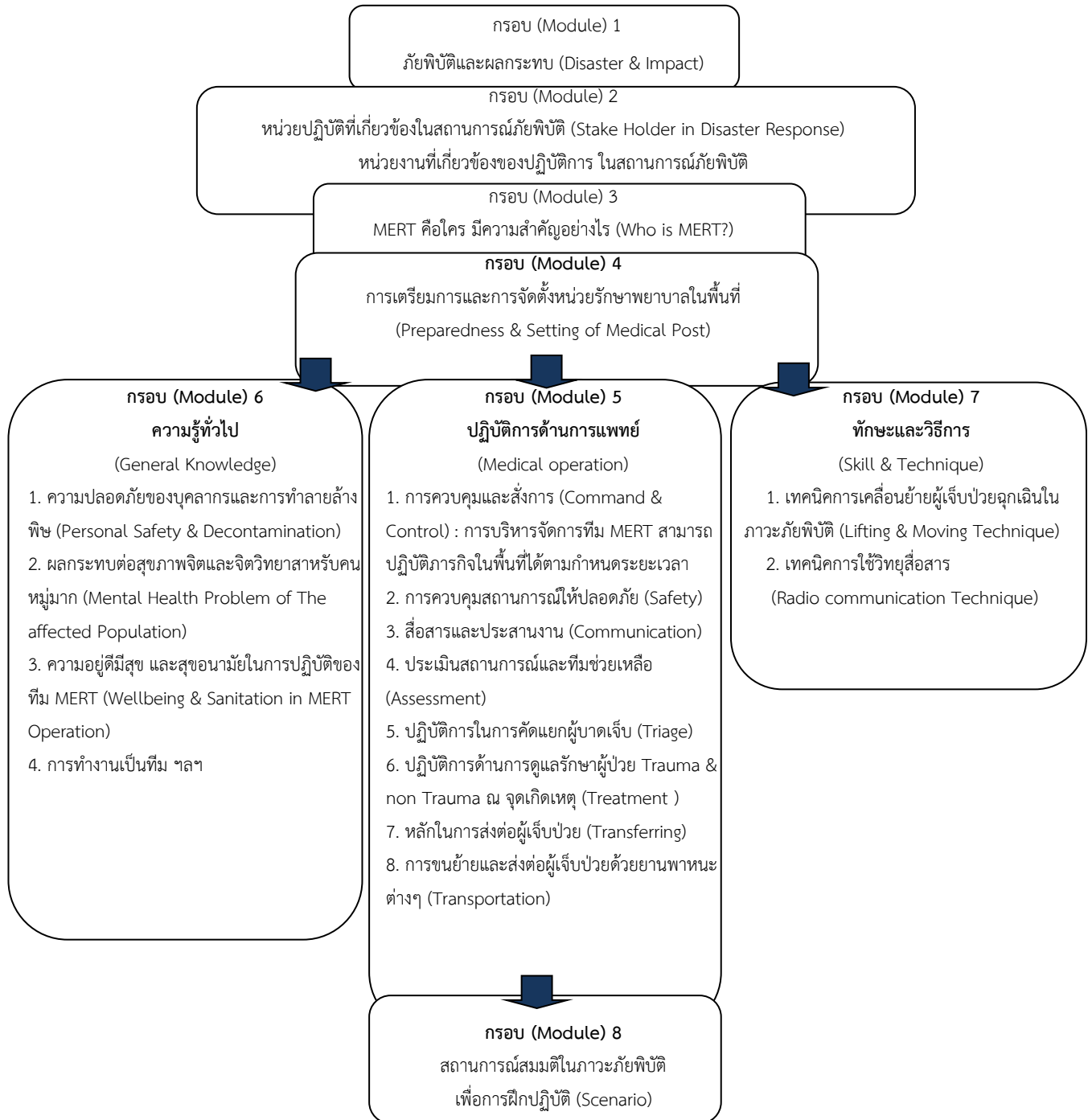
3. การจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ยังชีพเมื่อเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย น้ำ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ผ้าห่ม และยาจำเป็นในภาวะฉุกเฉิน

4. การมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายและเขียนแผนรองรับในภาวะภัยพิบัติทุกชนิดในพื้นที่ที่ประเมินความเสี่ยงได้ โดยให้ชุมชนภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

## ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อม (preparedness)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการฝึกอบรมความรู้และการซ้อมแผนภัยพิบัติตามความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีความพร้อมรับภัยพิบัติ สามารถประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ เริ่มจากระบบสั่งการเชื่อมโยงกับระบบการปฏิบัติการของหน่วยงาน ภาคีและเครือข่ายตามระดับความรุนแรงของภัยพิบัติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินได้รับการเตรียมความรู้และสมรรถนะต่างๆ ตามกรอบ 1-2 และกรอบ 6-8 (แผนภูมิที่ 1) เพื่อสามารถเป็นส่วนหนึ่งในทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (mini medical emergency response team: mini MERT) และระดับสูง (mini medical emergency response team: MERT) (กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2560) เช่น ความรู้เรื่องภัยพิบัติ แผนการจัดการภาวะภัยพิบัติ ระบบการบัญชาการเหตุการณ์ การบริหารจัดการในภาวะสาธารณภัยแบบ MIMMS (Major Incident Medical Management System) CSCATTT (Command and Control/ Safety/ Communication/ Assessment/ Triage/ Treatment/ Transport) และการรายงานสถานการณ์ไปยังศูนย์สื่อสาร

ตามหลักการ METHANE (Major incident/ Exact location/ Type of incident/ Hazard/ Access/ Number of casualties/ Emergency services) ร่วมกับสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย การกู้ชีพ การดูแลผู้ป่วยในภาวะภัยพิบัติ การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการภัยพิบัติ และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น วิทยุสื่อสาร เป็นต้น



แผนภูมิที่ 1 หลักการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะทีม MERT

### ระยะที่ 3 การรับมือ/ตอบสนองต่อภัยพิบัติในทันที (response)

ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ (กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2560) ดังนี้

1. ปฏิบัติการด้านการรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจภายใต้เงื่อนไขที่ท้าทาย สามารถประเมินและติดตามอาการเพื่อให้การดูแลหรือส่งต่อที่เหมาะสม ส่งเสริมกลไกและกลยุทธ์ในการเพิ่มความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยใช้ความรู้และทักษะการบริหารจัดการทรัพยากรที่ขาดแคลนแต่ยังคงมาตรฐานของการรักษาไว้

2. การปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ตามการมอบหมายอำนาจหน้าที่จากองค์กรที่รับผิดชอบต่อการจัดการภัยพิบัติในพื้นที่นั้นๆ

3. การปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านเวชกรรมและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์หัวหน้าทีมในขณะนั้น

### ระยะที่ 4 การพักฟื้น/ฟื้นฟู (recovery/rehabilitation)

ระยะการพักฟื้น/ฟื้นฟูสภาพเป็นระยะที่ความเสียหายเริ่มบรรเทาลงแล้ว ทีมตอบโต้ภัยพิบัติทยอยถ่ายโอนภารกิจให้หน่วยงานในพื้นที่และถอนตัวออกจากพื้นที่ ระบบบริการต่างๆในพื้นที่เริ่มให้บริการและประชาชนเริ่มกลับสู่วิถีชีวิตปกติ บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในระยะนี้ได้แก่การดูแลทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการใช้แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยใช้ความละเอียดอ่อนและเข้าใจถึงความศรัทธาและความเชื่อส่วนบุคคล รวมถึงการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการตอบสนองต่อภัยพิบัติต่อไป

## ประสบการณ์การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในการตอบสนองต่อภัยพิบัติที่อำเภอบางสะพาน

จากสถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมฉับพลันและน้ำป่าไหลหลาก อำเภอบางสะพาน เดือนมกราคม พ.ศ.2560 เป็นผลจากมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือที่พัดปกคลุมอ่าวไทยและภาคใต้ ทำให้ภาคใต้ตอนล่างมีฝนตกหนักถึงหนักมากบริเวณจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง สงขลา ระนอง พังงา และภูเก็ต ก่อให้เกิดมวลน้ำป่าไหลหลากจากเทือกเขาตะนาวศรีเข้าท่วมพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์รวม 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอทับสะแก อำเภอบางสะพาน และอำเภอบางสะพานน้อย โดยจุดที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ อำเภอบางสะพาน ที่เกิดความเสียหายทั่วทั้งอำเภอรวมถึงเส้นทางคมนาคม ระบบสาธารณูปโภคและโรงพยาบาลบางสะพาน ทำให้โรงพยาบาลบางสะพานไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและไม่สามารถให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในระบบสาธารณสุขกลายเป็นผู้ประสบภัยเช่นกัน จึงต้องการการตอบสนองต่อภัยพิบัติอย่างเร่งด่วน

เมื่อระบบการบัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มปฏิบัติการ ในขณะนั้นผู้บัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข คือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้สั่งการให้ดำเนินการอพยพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จัดทีมสนับสนุนการปฏิบัติการทางการแพทย์และจัดตั้งโรงพยาบาลสนามระดับ 1 (field hospital level 1) 3 จุด เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ อ.บางสะพาน ได้แก่ จุดที่ 1 โรงเรียนบางสะพานวิทยา ห่างจากรพ.บางสะพาน 3 กิโลเมตร จุดที่ 2 องค์การบริหารส่วนตำบลกำเนิดนพคุณ ห่างจากรพ.บางสะพาน 4 กิโลเมตร และจุดที่ 3 บริเวณหาดบ้านกรูด เนื่องด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

ในทีมได้ผ่านการอบรมหลักสูตร mini MERT และ MERT เพิ่มเติมมาแล้ว จึงได้รับมอบหมายเป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติการในทีม mini MERT และทีมโรงพยาบาลสนามที่โรงเรียนบางสะพานวิทยา โดยมีศัลยแพทย์เป็นหัวหน้าทีมด้านบริหาร การกักพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน สรุปดังนี้

1. รายงานตัวต่อผู้บังคับบัญชาและผู้บัญชาการเหตุการณ์ตามขั้นตอนมาตรฐาน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559)

1.1 นำทีม mini MERT จังหวัดสระบุรี เข้ารายงานตัวกับผู้บัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด คือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เพื่อรับทราบสถานการณ์ และได้รับมอบภารกิจให้นำทีมจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม โรงเรียนบางสะพานวิทยา

1.2 รายงานสถานการณ์ผู้บัญชาการเหตุการณ์และผู้บังคับบัญชาทุกครั้ง ในกรณีที่เหตุการณ์เปลี่ยนแปลง อาจปรับเปลี่ยนภารกิจได้ตามเหมาะสมและความต้องการของพื้นที่ โดยการผลัดเปลี่ยนหรือส่งต่อภารกิจให้กับทีมต่อไป

1.3 รายงานสรุปเมื่อสิ้นสุดภารกิจต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์และผู้บังคับบัญชา โดยทำการสำรวจและจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมให้เรียบร้อยก่อนออกจากพื้นที่

2. ดำเนินการอพยพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จัดพาหนะที่เหมาะสมในการเดินทางเข้าพื้นที่ เนื่องจากเส้นทางการคมนาคมในพื้นที่ภัยพิบัติถูกตัดขาด มีน้ำท่วมขังในบางพื้นที่ รถพยาบาลไม่สามารถเข้าพื้นที่ได้ ทีมชุดปฏิบัติการ mini MERT จึงใช้พาหนะรถบรรทุกทางทหาร โดยการนำของ ทีมกลาโหมในการขนย้ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์ยังชีพและสัมภาระส่วนตัว

3. ทำการประเมินเลือกพื้นที่ตั้งโรงพยาบาลสนาม เมื่อทีมเดินทางเข้าพื้นที่ อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้เข้ารายงานตัวกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางสะพาน และร่วมค้นหาพื้นที่เพื่อจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม โดยครั้งนี้กำหนดให้บริเวณอาคารห้องประชุมของโรงเรียนบางสะพานวิทยาเป็นพื้นที่จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม หลักเกณฑ์การเลือกพื้นที่ในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (International Strategy for Disaster Reduction, 2005) ดังนี้

3.1 สำรวจความปลอดภัยในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น

3.2 เลือกพื้นที่เนินสูงเพียงพอที่น้ำไม่สามารถท่วมถึง

3.3 เลือกสถานที่ที่มีโครงสร้างอาคารที่แข็งแรงเพื่อสามารถบริหารจัดการภารกิจโรงพยาบาลสนาม เช่น วัด โรงเรียน

3.4 ควรเลือกสถานที่ที่มีระบบสาธารณูปโภค เช่น น้ำประปาและไฟฟ้า

3.5 ควรเลือกสถานที่ที่การคมนาคมสะดวก สะดวกในการเข้าถึงบริการ เช่น สถานที่ที่เป็นศูนย์กลางของชุมชน

3.6 ประเมินความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในสถานที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

4. จัดระบบบริหารทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสนาม

4.1 ระบบสื่อสาร เรื่องการใช้วิทยุสื่อสารและหาช่องทางในการติดต่อกับมูลนิธิในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้ภัยพิบัติตามมาตรฐาน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) ดังนี้

4.1.1 จัดเวรสื่อสารและประสานงาน เพื่อการเตรียมความพร้อมระบบสื่อสารตลอด 24 ชั่วโมง

4.1.2 วางระบบช่องทางการสื่อสารหลัก โดยใช้ระบบวิทยุคมนาคมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข 2 ระบบ

4.1.3 เตรียมระบบสื่อสารสำรอง เช่น โทรศัพท์มือถือ

4.1.4 ตั้งข้อสัญญาแยกกันสำหรับการสื่อสารภายในทีมโรงพยาบาลสนามและการสื่อสารนอกโรงพยาบาลสนาม เพื่อการสื่อสารที่ถูกต้องและชัดเจน

4.2 บริหารอัตรากำลัง เนื่องจากระยะหลังเกิดภัยพิบัติ 24 – 48 ชั่วโมงแรกถือว่าอยู่ในช่วงวิกฤต เพราะทีมสนับสนุนยังไม่สามารถเข้ามายังพื้นที่ภัยพิบัติ การบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์ที่มีบุคลากรจำกัดแต่ต้องปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพการดูแลด้านสาธารณสุขตลอด 24 ชั่วโมงจึงมีความสำคัญ

4.3 จัดระบบสาธารณูปโภค เครื่องอุปโภคบริโภค อาหารน้ำดื่ม และความเป็นอยู่

4.4 จัดระบบความปลอดภัยของทีมระหว่างการปฏิบัติงาน

4.5 จัดระบบประสานหน่วยสนับสนุน

4.6 จัดแนวทางปฏิบัติต่างๆในโรงพยาบาลสนาม เช่น การกำหนดแนวปฏิบัติเฉพาะกิจการจัดการศพ การส่งต่อ และออกรับผู้ป่วยภายนอกโรงพยาบาล

4.7 จัดระบบควบคุมการติดเชื้อในพื้นที่โรงพยาบาลสนาม เช่นการจัดการขยะติดเชื้อ

4.8 วางแผนการประชุมทีม โดยดำเนินการประชุมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์แบบสหสาขาวิชาชีพ ภายหลังการปฏิบัติงานทุกวัน เพื่อแจ้งปัญหาการให้บริการ หาแนวทางแก้ไข และเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานกับพื้นที่เป้าหมายและหน่วยงานหลักของโรงพยาบาลสนาม โดยใช้กระบวนการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การประเมินผล การปรับปรุงและพัฒนางาน ภายใต้ระบบและกลไกในการทำงานแบบยืดหยุ่น (ไพศาล ธัญญาวนิษฐกุล, 2555)

5. จัดระบบบริการสุขภาพรูปแบบโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ที่โรงเรียนบางสะพานวิทยา (ภาพที่ 1) โดยการรวมทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆของทีมสระบุรีและทีมลาดหลุมแก้ว เพื่อให้ภารกิจการจัดบริการ 5 งานหลักใน 24 ชั่วโมงครั้งนี้สำเร็จ ได้แก่ ห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องสังเกตอาการ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ และเมื่อทีมสนับสนุนมาถึง ดำเนินการจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพิ่มอีกหนึ่งภารกิจ ผลการปฏิบัติงานที่นำทีมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลสนาม ระหว่างวันที่ 9 - 14 มกราคม พ.ศ. 2560 เป็นเวลา 6 วัน คือ การตรวจรักษาผู้ป่วยทั้งหมด 429 ราย โดยทำหัตถการ 350 ครั้งรวมการใส่ท่อช่วยหายใจ 6 ครั้งและดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น 28 ราย อาการเจ็บป่วยได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ 79 ราย อาการระบบทางเดินอาหาร 51 ราย อาการระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 45 ราย อาการระบบผิวหนัง 32 ราย และอาการปวด/เวียนศีรษะ 28 ราย



ภาพที่ 1 งานบริการสุขภาพรูปแบบโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ที่โรงเรียนบางสะพานวิทยา

ปัญหาและแนวทางการแก้ไขขณะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสนาม สรุปลงนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัญหาและแนวทางการแก้ไขกรณีโรงพยาบาลสนาม โรงเรียนบางสะพานวิทยา

| ปัญหา                    | ปัญหา                                                                                                          | ข้อมูล/แนวทางการแก้ไข                                                                                                                                                 |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. บุคลากร               | บุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการ 5 งานหลัก OPD/ ER/ Observe/ EMS/ Refer และ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่                | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ช่วยจัดทีมสนับสนุน ผลัดเปลี่ยนเวรเพื่อสามารถให้บริการได้ 24 ชม.                                                                          |
| 2. ทรัพยากร              | ออกซิเจนสำรองไม่เพียงพอ/ ใช้ได้ไม่เกิน 3 ชั่วโมง                                                               | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน ถังออกซิเจนจากรพ.บางสะพาน และหากออกซิเจนหมดให้นำไปเปลี่ยนถังใหม่ได้ที่ รพ.บางสะพาน                                         |
|                          | ไม่มีเครื่องดูดเสมหะเคลื่อนที่                                                                                 | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน เครื่องดูดเสมหะเคลื่อนที่จากรพ.บางสะพาน 1 เครื่อง                                                                          |
|                          | ไม่มีวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักและพิษสุนัขบ้า รวมถึงตู้เย็นสำหรับจัดเก็บ                                         | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน vaccine dT/ verorab/ immunoglobulin และตู้เย็น สำหรับจัดเก็บยาแช่เย็น 1 ตู้                                                |
|                          | ยาฉุกเฉินและสารน้ำไม่เพียงพอ                                                                                   | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุนยา adrenaline 50 amps และสารน้ำ 5%D/NSS/2 และ 0.9% NaCl                                                                     |
|                          | เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ เย็บแผล และสวนปัสสาวะ                                                 | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน ใหม เย็บแผล ยาชา ท่อช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ ถุงปัสสาวะ ตามจำนวนที่ต้องการ                                                  |
|                          | อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น เสาน้ำเกลือ เบาะรองนอนสำหรับผู้ป่วยสังเกตอาการ ตะแกรงรองขยะเปียก ถุงขยะ รถนั่ง และรถนอน | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน ทรัพยากรจากรพ.บางสะพาน โดยขนย้ายโดยทีมอาสาฯ                                                                                |
| 4. สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม | ขาดแคลนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ผ้าห่ม สำหรับผู้ป่วย                                                               | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน เสื้อผ้าผู้ป่วย พูกรองนอน จากโรงพยาบาลบางสะพาน                                                                             |
|                          | มีการแยกขยะติดเชื้อรอการขนไปทำลาย                                                                              | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล                                                                                                       |
|                          | ขาดแคลนอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วย                                                                            | ทีมมูลนิธิกุ้ยและทีมจิตอาสาในพื้นที่ปรุงอาหารในโรงครัวของโรงเรียนแจกผู้ป่วย                                                                                           |
|                          | ขาดแคลนห้องน้ำและห้องส้วม                                                                                      | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขอรถสุขาเคลื่อนที่                                                                                                                        |
| 5. บริการ                | มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการสูญเสียอยู่ในรพ.สนามจำนวน 4 ราย                                                 | ให้การดูแลด้านจิตใจเบื้องต้น และประสานขอสนับสนุนทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ลงพื้นที่ |

ตารางที่ 3 ปัญหาและแนวทางการแก้ไขกรณีโรงพยาบาลสนาม โรงเรียนบางสะพานวิทยา (ต่อ)

| ปัญหา              | ปัญหา                                                                          | ข้อมูล/แนวทางการแก้ไข                                                                                                                                       |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. บริการ<br>(ต่อ) | ผู้ประสบภัยขอพักพิงในรพ.สนาม<br>ขณะที่สถานที่คับแคบและใช้สำหรับ<br>ผู้เจ็บป่วย | ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เปิดศูนย์พักพิง<br>เพื่อให้ที่พักรอภัยแก่ผู้ประสบภัยที่สูญเสียบ้านและทรัพย์สิน<br>แยกออกจากผู้เจ็บป่วย                         |
|                    | ทีมปฏิบัติงานไม่ทราบเส้นทาง กรณี<br>ออกรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล                  | ขอจิตอาสาซึ่งเป็นคนพื้นที่เพื่อคอยนำทางไปยังบ้านผู้ป่วย                                                                                                     |
|                    | ปัญหาการจัดการศพ ณ โรงพยาบาล<br>สนาม                                           | ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพาน ดำเนินการ<br>ออกใบชันสูตรศพร่วมกับร้อยเวรในพื้นที่ และกำหนด<br>แนวทางปฏิบัติกรณีเสียชีวิตภายในและภายนอก<br>โรงพยาบาลสนาม |

### สรุปและข้อเสนอแนะ

พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ในทุกระยะของภัยพิบัติ ตั้งแต่ระยะป้องกันถึงระยะฟื้นฟู (แผนภูมิที่ 2) จากประสบการณ์ภัยพิบัติที่ อ.บางสะพาน แสดงให้เห็นถึงบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติทั้งด้านการตรวจรักษา การทำหัตถการ และการบริหารจัดการบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ ให้สามารถช่วยชีวิตและดูแลผู้ประสบภัยได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะช่วง 24 ชั่วโมงแรกที่ยังไม่มีทีมสนับสนุนหรือไม่มีบุคลากรและทรัพยากรครบถ้วนทุกสาขา/ประเภท อย่างไรก็ตามพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินควรได้รับการอบรมระบบการจัดการทางสาธารณสุขในสถานการณ์ภัยพิบัติเพิ่มเติม เช่น การจัดการระบบโรงพยาบาลสนาม การอพยพและระบบการจัดการศูนย์อพยพในหลักสูตร MERT ระบบการจัดทีมเคลื่อนที่เร็วร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการสุขภาพได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกในหลักสูตร mini MERT และการจัดการและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในหลักสูตร MCATT เป็นต้น และข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติงานประสบการณ์ภัยพิบัติที่ อ.บางสะพาน ดังนี้

#### 1. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ระดับจังหวัด

1.1 ควรมีแผนการระดมทรัพยากรสนับสนุนทีม หรือหัวหน้าฝ่ายทรัพยากรควรมีอำนาจระดมทรัพยากรทั้งจากในจังหวัดหรือนอกจังหวัดได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเข้าช่วยเหลือกรณีเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์เครื่องมือ ที่เตรียมมาไม่เพียงพอ

1.2 ฝ่ายแผน ควรทำแผนการอพยพ เคลื่อนย้าย และการสนับสนุนระหว่างหน่วยงานภายในจังหวัด และควรมีแผนการส่งต่อผู้ป่วยภายในและภายนอกจังหวัดที่กำหนดไว้ล่วงหน้าในสถานการณ์ต่าง ๆ หรือควรเร่งออกแนวทางให้เร็วที่สุดเมื่อภัยพิบัติเกิดขึ้นและประกาศใช้แนวทางร่วมกันทันที

#### 2. ทีม mini MERT

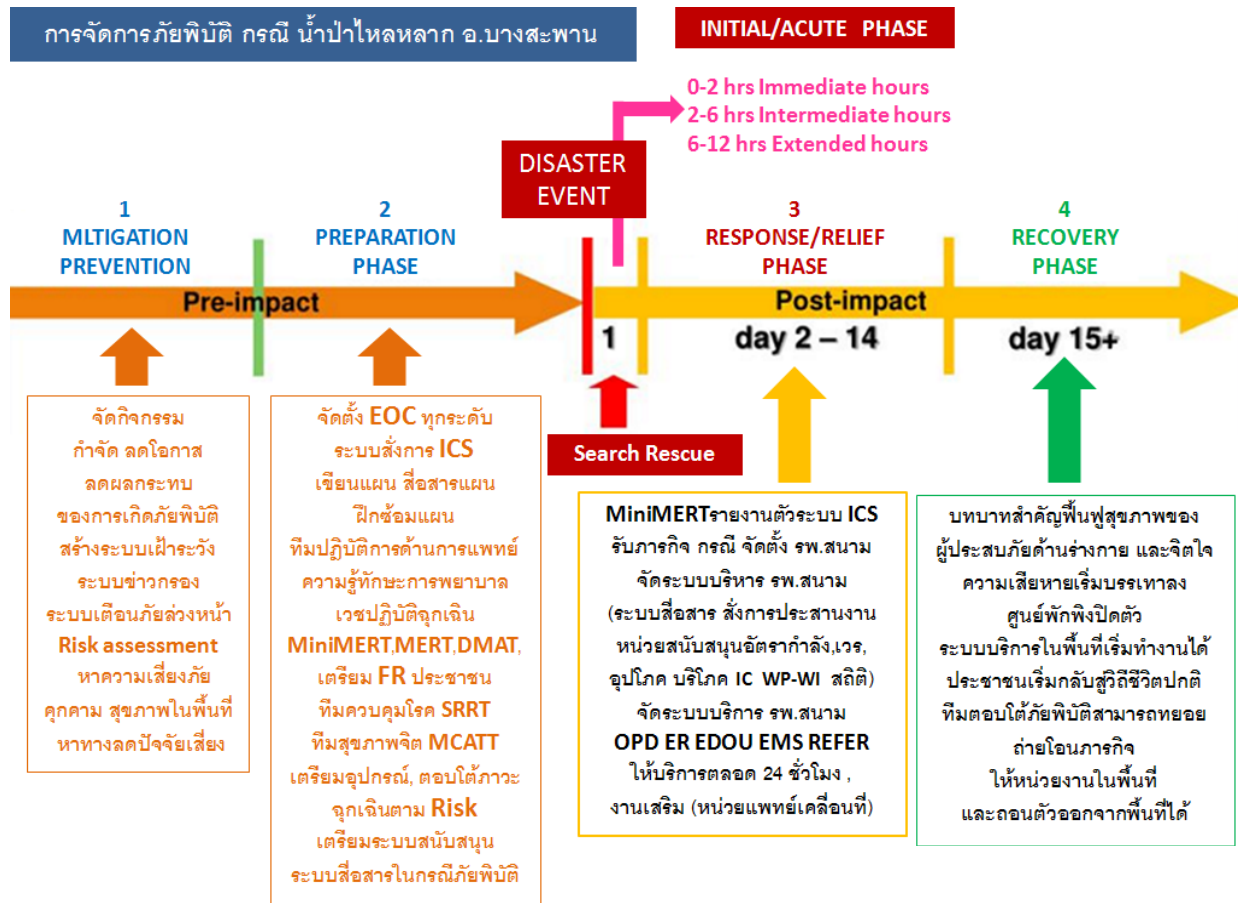
2.1 ควรเตรียมเอกสารแบบฟอร์มต่างๆ ที่เป็นให้พร้อมใช้ เช่น แบบบันทึกเวชระเบียน แบบรายงานตัว และแบบสรุปกิจกรรม โดยควรเพิ่มรูปแบบการบันทึกและส่งข้อมูลได้ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ เนื่องจากพื้นที่โรงพยาบาลสนามไม่มีคอมพิวเตอร์

2.2 สมาชิกทีม mini MERT (ซึ่งไม่มีเภสัชกร) ควรเตรียมความรู้เรื่องยาและรู้จักซื้อขายที่เตรียมไปทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้าก่อนเดินทาง

2.3 เครื่องดูแลหะ ควรเตรียมรุ่นที่เหมาะสมกับภัยพิบัติ คือ รุ่นที่สามารถชาร์ตพลังงานได้ทั้งจากปลั๊กไฟฟ้า และที่จุดบุหรี่บนรถ หรือรุ่นที่ควบคุมโดยผู้ใช้งาน

2.4 ควรเตรียมอุปกรณ์ป้องกันฝน เช่น ชุดกันฝน หมวก ร่ม และถุงมือ เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างฝนตก

2.5 ควรเตรียมตาข่ายสำหรับคลุมส้วมสาธารณะและอุปกรณ์อุปกรณ์ขณะขนย้ายระหว่างหน่วยงานเพื่อป้องกันการสูญหาย



แผนภูมิที่ 2 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในทุกระยะของภัยพิบัติ

## เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. (2560). *หลักสูตรพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวปฏิบัติโรงพยาบาลสนามสำหรับสาธารณภัย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จังหวัดสระบุรี. (2558). *รายงานสรุปผลการประเมินความเสี่ยงในพื้นที่จังหวัดสระบุรี*. เอกสารการประชุม.



- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2554). การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 3, 236-41.
- ไพศาล ธีรญาณวิมล. (2555). รูปแบบโรงพยาบาลสนาม: การจัดการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนผู้ประสบภัยน้ำท่วม ณ วัดเขาสมอคอน ต.เขาสมอคอน อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี. ธุรดิตต์:สำนักงานสาธารณสุข.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบบัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการจัดการในภาวะสาธารณภัย/ภัยพิบัติ. นนทบุรี:สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สภาการพยาบาล (2558). หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558. สืบค้นจาก [http://www.tnc.or.th:81/files/2014/04/act\\_of\\_parliament-8495/\\_92205.pdf](http://www.tnc.or.th:81/files/2014/04/act_of_parliament-8495/_92205.pdf)
- Hassmiller, S.B. & Stanley, S.A. (2012). *Public Health Nursing and the Disaster Management Cycle*. Public Health Nursing. Missouri: Mosby.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2000). *Introduction to Disaster preparedness*. Retrieved from <http://www.ifrc.org/Global/Introdp>
- International Strategy for Disaster Reduction. (2007). *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters 2007*. Retrieved from <http://www.unisdr.org/2005/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>.
- The World Disaster report. (2012). *Wdr2012-data dashboard*. Retrieved from <http://www.ifrcmedia.org/assets/pages/wdr2012/data/chart1/index.html>.
- World Health Organization and International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Geneva: International Council of Nurse.

## บทความวิจัย

### ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อ พฤติกรรมการลดน้ำหนักของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

#### Effect of program promoting weight control behavior using Theory of Planned Behavior on weight control behavior in overweight school age children

พิมพ์พิศา พันธมณี\* ดร.สมคิด ปราบภัย\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนหลังมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดน้ำหนักเกินในเด็กโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนจรรพพัฒนานุกุล จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการแบ่งกลุ่มใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากเลือก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการลดความอ้วน แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการลดความอ้วน แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการลดความอ้วน แบบสอบถามความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการลดความอ้วน แบบสอบถามพฤติกรรมการลดความอ้วน และแบบบันทึกข้อมูลการชั่งน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ paired t-test independent t-test ANCOVA และ McNemar chi-square test

ผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการลดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กได้ โดยเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลอง สามารถปรับเปลี่ยนเจตคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และพฤติกรรมการลดความอ้วนดีกว่ากลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) และสามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 0.87 กิโลกรัม (95% CI 0.52-1.12;  $p < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน เพื่อประสิทธิผลการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนและควบคุมน้ำหนักของเด็กอ้วนให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

**คำสำคัญ :** โรคอ้วน /ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน /โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม

## Abstract

The pre-test-post-test quasi-experimental designs was studied for the effectiveness of program promoting weight control behavior in children with applying the theory of planned

\*นักศึกษาปริญญาโท คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

\*\*Corresponding author, อาจารย์ สาขาวิชาสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

behavior. Participants were 80 overweight children who were studying in grade 4 - 6 at Charuwatananukul school, Bangkok. They were divided each 40 children into experimental and control groups with sample random sampling. An experimental group received the intervention of a programs promoting weight control behavior in children for a period of 8 weeks. The questionnaires were attitude towards behavioral, subjective norm, perceived behavioral control, intention of behavioral, behavioral perceived, and record the weight. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test independent t-test ANCOVA and McNemar chi-square test.

Result showed the children with obesity in experimental group have increased attitude towards behavioral, subjective norm, perceived behavioral control, intention of behavioral and behavioral perceived than the control group ( $p < 0.05$ ) as well as reduced weight average 0.87 kg significantly (95% CI 0.52-1.12;  $p < 0.05$ ). This program should be continued at least 2 month for the effectiveness of weight control behaviors in overweight children.

**Key words:** overweight school age children/ theory of planned behavior/ program promoting weight control behavior

## บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เด็กที่มีน้ำหนักเกินจนถึงอ้วนจะมีความผิดปกติของข้อโดยเฉพะข้อเข่าที่เกิดจากการรับน้ำหนักตัวมากเกินไป นอกจากนี้ยังส่งผลการนอน นอนกรนหรือหยุดหายใจตอนกลางคืนจากภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น หากเป็นเรื้อรังอาจเกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้ (พัชรภรณ์ และคณะ, 2550; WHO, 2011) ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม พบว่าเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะมีปัญหาเกี่ยวกับบุคลิกภาพ เช่น เมื่อเด็กย่างเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นผู้ใหญ่มักโดนเพื่อนแกล้งและล้อเลียน และเกิดความอายในรูปร่างของตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง บางคนอาจวิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (Wolf et. al., 2003) ปัจจุบันอุบัติการณ์ของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลสถิติเมื่อปี 2557 พบโรคอ้วนถึง 1 ใน 8 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ หรือประมาณ 641 ล้านคน จากจำนวนประชากรวัยเดียวกันทั่วโลก 5,000 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา คิดเป็นอัตราความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเป็น 2.6 เท่า (WHO, 2011) สำหรับประเทศไทยพบว่าคนไทยมีสัดส่วนของโรคอ้วนมากเป็นอันดับ 5 ของประเทศในแถบเอเชีย-แปซิฟิก และเป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มประเทศอาเซียน (สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ, 2557) มีแนวโน้มโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้น โดยพบว่าเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 1-5 ปี) เป็นโรคอ้วนเพิ่มร้อยละ 36 และเด็กวัยเรียน (อายุ 6-13 ปี) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.5 (กรมอนามัย, 2558)

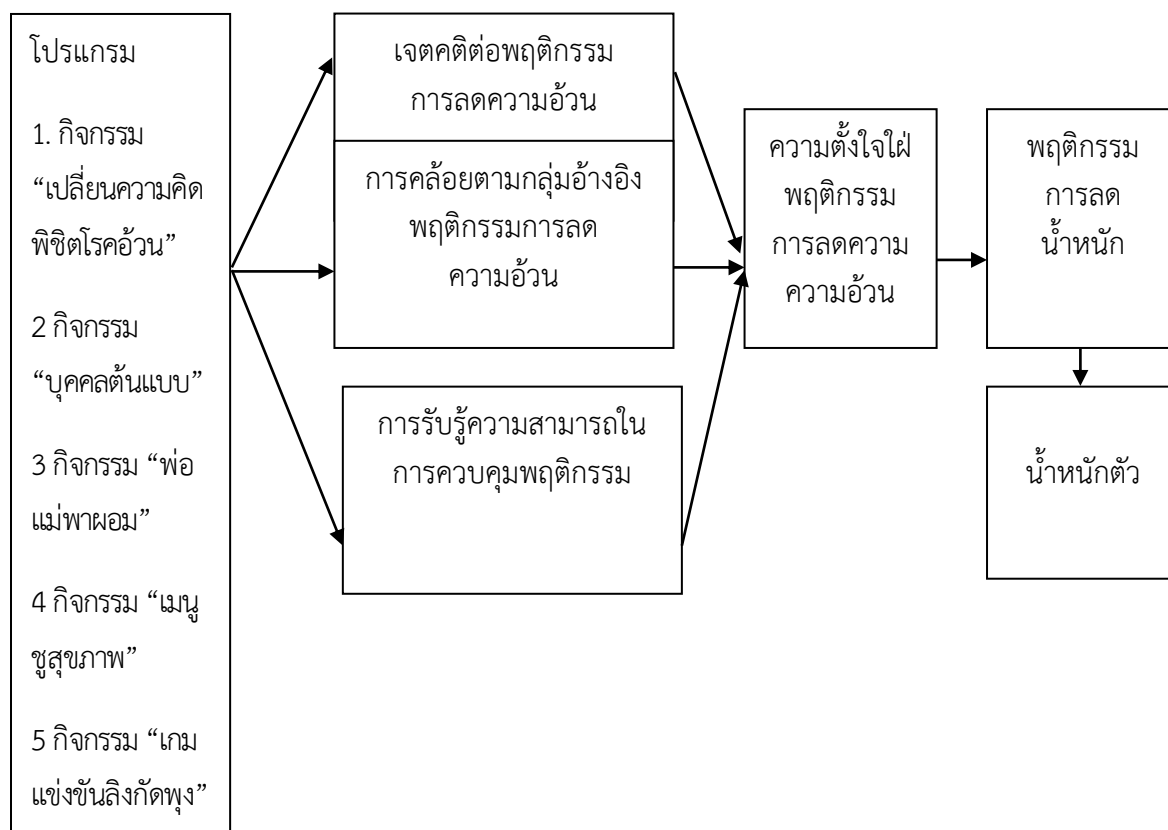
โรคอ้วนมีสาเหตุมาจากทั้งกรรมพันธุ์ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม แต่โดยมากมักเกิดจากพฤติกรรมเป็นหลัก ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการขาดกิจกรรมทางกาย (วิระศักดิ์, 2551; Shin et.al, 2006) โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน ได้แก่ อาหารกรุบกรอบ ไอศกรีม คูกี้ น้ำอัดลม น้ำหวาน ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ของทอด อาหารจานด่วนที่เต็มไปด้วย ไขมัน โซเดียม คาร์โบไฮเดรต และน้ำตาล (Thomas et al., 2011) สำหรับการขาดกิจกรรมทางกาย หมายถึง การขาดกิจกรรมทางกายที่จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 60-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ซึ่งต้องอาศัยกิจกรรมทางกายที่มีระดับความหนัก หรือระดับการออกแรงปานกลางถึงมาก เช่น การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่าง

น้อย 20-60 นาที และสม่ำเสมอ 3-5 วันต่อสัปดาห์ (สถาบันพลศึกษา, 2557) ทั้งนี้สาเหตุหลักของการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ส่วนใหญ่เกิดจากตัวเด็กเองที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ไม่ถูกวิธี รวมทั้งขาดความตระหนัก และมีทัศนคติทางลบต่อการป้องกันโรคอ้วน (ประหยัด, 2547) นอกจากนี้ยังเกิดจากอิทธิพลของบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมของผู้ปกครอง เช่น การดูทีวีหลังรับประทานอาหาร (Janssen & LeBlanc, 2010) และไม่เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเด็ก (Zecevic et al., 2010) ในส่วนของการขาดกิจกรรมทางกายนั้น พบว่าเด็กที่ชอบดูโทรทัศน์ หรือเล่นเกมมากกว่า มีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าเด็กทั่วไปถึง 4.7 เท่า (Janssen and LeBlanc, 2010; Zecevic et al, 2010) เพราะฉะนั้นผู้ปกครองควรให้ความสำคัญในการออกกำลังกายหรือมีส่วนช่วยให้เด็กเกิดแรงบันดาลใจต่อการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยการสร้างกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัย หรือเลือกกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสนุกสนานมากยิ่งขึ้น (Ellis-Stoll & Popkess-Vawter, 1998)

จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะน้ำหนักเกินในประชากรไทย โดยเฉพาะในวัยเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ควรต้องได้รับการป้องกันและแก้ไข เพื่อลดผลกระทบในระยะยาวจากภาวะโรคแทรกซ้อนต่างๆที่จะตามมาเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาน้ำหนักเกินมากมาย แต่แนวทางแก้ไขปัญหายังคงเน้นการแก้ไขปัญหภายในตัวบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ไม่ครอบคลุมสาเหตุเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกบุคคล การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาโปรแกรมที่มีองค์ประกอบทั้งพฤติกรรมภายในและภายนอกตัวบุคคลเพื่อการป้องกันและลดภาวะน้ำหนักเกินในเด็ก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนในเด็กโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior: TPB) (Ajzen, 1991) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์พฤติกรรมลดความอ้วน ได้แก่ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่าการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการขึ้นมาจากความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral beliefs) หากบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมนำไปสู่ผลกรรมทางบวก บุคคลจะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น แต่หากเชื่อว่านำไปสู่ทางลบจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative beliefs) เป็นความเชื่อในบุคคลอื่นที่มีความสำคัญสำหรับตนและมีแนวโน้มพฤติกรรมตามบุคคลนั้น และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (control beliefs) เป็นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ดังนั้นการศึกษานี้จึงทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนในเด็กต่อเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในพฤติกรรมลดความอ้วน รวมถึงพฤติกรรมลดน้ำหนักและน้ำหนักภายหลังการเข้าโปรแกรม (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความอ้วน ระหว่างก่อนและหลังการรับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการลดความอ้วนของเด็ก ระหว่างก่อนและหลังการรับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
3. เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักของเด็กอ้วนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบวัดก่อนหลังมีกลุ่มเปรียบเทียบ (pre-test-post-test control group design) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนจรรุวัฒนานุกุล จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือเด็กน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานจากกราฟน้ำหนักเทียบกับอายุ และเข้าร่วมโปรแกรมครบตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา โดยแบ่งกลุ่มเพศชายและหญิงในแต่ละอายุตั้งแต่ 9 - 12 ปี และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มเท่าๆกันจำนวน 80 คนจากนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์

มาตรฐานทั้งหมด 182 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากอีกครั้งเพื่อแบ่ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กพร้อมกับผู้ปกครองทุกวันอังคาร เวลา 8.00-9.00 ตั้งแต่วันที่ 3 กรกฎาคม 2560 ถึงวันที่ 21 สิงหาคม 2560 จำนวน 8 ครั้ง รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำการตอบแบบสอบถามต่างๆในสัปดาห์แรกก่อนเริ่มโปรแกรม (pre-test) และภายหลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมครบ 2 เดือน (post-test)

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนประกอบด้วย การจัดกิจกรรม 8 ครั้ง ดังนี้

1.1 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ชื่อ “กิจกรรมปฐมนิเทศกลุ่มเป้าหมาย” ระยะเวลา 60 นาที เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและเข้าใจถึงการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วน กิจกรรมใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อ เรื่องสาเหตุ สถานการณ์ของโรคอ้วนในปัจจุบัน ผลกระทบและความรุนแรงที่จะส่งผลในอนาคต

1.2 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 และ 3 ชื่อ “กิจกรรมส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการลดความอ้วน” ระยะเวลา 60 นาทีต่อครั้ง เพื่อเพื่อสร้างเจตคติที่ดีในพฤติกรรมการลดความอ้วน ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

1.2.1 การระดมสมอง หัวข้อความอ้วนส่งผลต่ออุปสรรคในชีวิตและส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างไรบ้าง

1.2.2 การชมวิดิทัศน์ เกี่ยวกับมหัศจรรย์โรคอ้วน 4 เรื่อง

1.2.3 การเล่าประสบการณ์การลดความอ้วน โดยบุคคลต้นแบบที่เคยประสบความสำเร็จในการลดความอ้วน

1.2.4 การกำหนดเป้าหมายความสำเร็จของพฤติกรรมการลดความอ้วนในกิจกรรม “สร้างความตั้งใจ” ที่จะต้องทำให้ได้เหมือนบุคคลต้นแบบ

1.3 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 ชื่อ “กิจกรรมการส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการลดความอ้วน” ระยะเวลา 60 นาที เพื่อพัฒนากลุ่มอ้างอิงในการช่วยให้คำแนะนำ คำชี้แจง หรือแรงบันดาลใจกับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

1.3.1 การวางแผนเลือกกลุ่มอ้างอิงให้ตนเอง เป็นการเลือกบุคคลที่สร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการลดน้ำหนัก

1.3.2 การบรรยายประกอบสื่อเรื่อง การให้คำแนะนำบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของกลุ่มอ้างอิง รวมทั้งทักษะการกระตุ้นกลุ่มทดลองให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

1.4 กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 - 8 ชื่อกิจกรรม “การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการลดความอ้วน” ระยะเวลา 60 นาทีต่อครั้ง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

1.4.1 การบรรยายประกอบสื่อเรื่อง คำแนะนำในการบริโภคอาหารจากคู่มือการลดความอ้วนตามตารางอาหารที่ควรกิน

1.4.2 การบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง (self report) เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากเมนูให้เลือกรับประทาน โดยมีกติกการให้คะแนนเมื่อรับประทานอาหารถูกต้องและเหมาะสมและการรับรางวัลประจำสัปดาห์ในผู้ที่มีคะแนนสะสมมากที่สุด

1.4.3 กิจกรรมการออกกำลังกาย “เกมลิงกัตพุง” แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 8 ทีม เพื่อทำการแข่งขันเก็บคะแนนแบบทัวร์นาเมนต์ (tournament)

1.4.4 ติดตามผลการเลือกรับประทานอาหารและการแข่งขันการออกกำลังกายเกมลิงกัตพุงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ จากสมุดการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนในการควบคุมพฤติกรรม

## 2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมลดความอ้วน จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมลดความอ้วน จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และไม่เคยมีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นเลย

2.4 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมลดความอ้วน จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2.5 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความอ้วน จำนวน 10 ข้อ และลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2.6 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมลดความอ้วน จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ทุกวัน บ่อยหรือ 4 – 6 ครั้ง/สัปดาห์ บางครั้งหรือ 2 – 3 ครั้ง / สัปดาห์ นานๆ ครั้งหรือ 1 ครั้ง/สัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติ

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนในเด็กโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและแบบสอบถามต่างๆ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 โดยผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) จากเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าดังนี้ แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมลดความอ้วนเท่ากับ 0.67 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมลดความอ้วนเท่ากับ 0.790 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมลดความอ้วนเท่ากับ 0.840 แบบสอบถามความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความอ้วนเท่ากับ 0.861 และแบบสอบถามพฤติกรรมลดความอ้วนเท่ากับ 0.926

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยผู้ปกครองสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดเวลา

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการแจ้งรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับพร้อมขออนุญาตทำการศึกษาจากผู้อำนวยการโรงเรียนจารุพัฒนานุกูล เมื่อได้รับการอนุมัติจึงทำการแจ้งนักเรียน ครู และผู้ปกครองในรายละเอียดการวิจัยเช่นเดียวกัน ภายหลังได้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการประสานกับ

ผู้อำนวยการโรงเรียนในการกำหนดวันและช่วงเวลาจัดกิจกรรม และทำหนังสือในนามผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่ออนุญาตให้ผู้ปกครองของนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นภายในโรงเรียนได้ทุกครั้ง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ independent t-test และ ANCOVA การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม กรณีตัวแปรร่วมส่งผลต่อการเปรียบเทียบ และเปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐานด้วยสถิติ McNemar chi-square test

### ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะน้ำหนักไม่แตกต่างกัน ( $p=0.18$ ) โดยกลุ่มควบคุมส่วนมากอยู่ในภาวะอ้วนร้อยละ 42.5 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนร้อยละ 50.0 ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารครบ 3 มื้อหลักพบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 35.0 และกลุ่มทดลองร้อยละ 12.5 กลุ่มทดลองพบว่ารับประทานอาหารไม่ครบทั้ง 3 มื้อมากกว่าร้อยละ 30 ในแต่ละมื้อ แต่กลุ่มควบคุมไม่รับประทานอาหารเช้าเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 52.5 นอกจากนี้กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานคุกกี้ ขนมปังสอดไส้ ขนมเค้กและพายทุกวัน แต่กลุ่มควบคุมมีการรับประทาน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจในพฤติกรรมการลดความอ้วน และพฤติกรรมการลดน้ำหนัก หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าในทุกด้าน ( $p<0.001$ ) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้านเช่นกัน ( $p<0.001$ ) น้ำหนักตัวก่อนการเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.04$ ) แต่หลังการเข้าโปรแกรมน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ( $p=0.99$ ) โดยน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าโปรแกรมลดลง 0.87 กิโลกรัม ( $p<0.001$ ) (ตารางที่ 1) อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐานไม่แตกต่างกัน ( $p>0.05$ ) ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ตารางที่ 2)



**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในพฤติกรรมลดความอ้วน รวมถึงพฤติกรรมลดน้ำหนักในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนในเด็กโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

| ปัจจัย                                              | ก่อนทดลอง         |       | หลังทดลอง          |       | ผลต่างค่าเฉลี่ย<br>(95%CI) | p-value |
|-----------------------------------------------------|-------------------|-------|--------------------|-------|----------------------------|---------|
|                                                     | (n=40)            |       | (n=40)             |       |                            |         |
|                                                     | $\bar{X}$         | S.D.  | $\bar{X}$          | S.D.  |                            |         |
| เจตคติต่อพฤติกรรมการลดความอ้วน                      |                   |       |                    |       |                            |         |
| กลุ่มทดลอง                                          | 25.65             | 3.07  | 32.90              | 3.97  | 7.25 (5.80-8.69)           | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม                                         | 24.37             | 2.57  | 23.85              | 3.05  | 0.52 (-0.7-1.77)           | 0.4     |
| ผลต่างค่าเฉลี่ย (95%CI)                             | 1.27 (0.01-2.53)  |       | 9.05 (7.47-10.62)  |       |                            |         |
| p-value                                             | 0.048*            |       | <0.001*            |       |                            |         |
| การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม การลดความอ้วน    |                   |       |                    |       |                            |         |
| กลุ่มทดลอง                                          | 27.80             | 3.16  | 37.22              | 4.19  | 9.42(7.76-11.08)           | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม                                         | 28.02             | 2.43  | 28.72              | 3.08  | 0.70(-1.75-0.35)           | 0.19    |
| ผลต่างค่าเฉลี่ย (95%CI)                             | 0.22 (-1.48-1.03) |       | 8.50 (6.86-10.13)  |       |                            |         |
| p-value                                             | 0.72              |       | <0.001*            |       |                            |         |
| การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการลดความอ้วน |                   |       |                    |       |                            |         |
| กลุ่มทดลอง                                          | 27.77             | 2.87  | 35.57              | 4.79  | 7.80(6.00-9.60)            | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม                                         | 28.32             | 3.06  | 28.80              | 2.68  | 0.47(-1.87-0.92)           | 0.47    |
| ผลต่างค่าเฉลี่ย (95%CI)                             | 0.55(-1.87-0.77)  |       | 6.77(5.04-8.51)    |       |                            |         |
| p-value                                             | 0.77              |       | <0.001*            |       |                            |         |
| ความตั้งใจเฝ้พฤติกรรมการลดความอ้วน                  |                   |       |                    |       |                            |         |
| กลุ่มทดลอง                                          | 28.82             | 3.00  | 39.27              | 5.70  | 10.45(8.27-12.62)          | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม                                         | 28.87             | 2.81  | 29.30              | 2.93  | 0.42(-1.72-0.87)           | 0.51    |
| ผลต่างค่าเฉลี่ย (95%CI)                             | 0.05(-1.34-1.24)  |       | 9.97(7.95-11.99)   |       |                            |         |
| p-value                                             | 0.77              |       | <0.001*            |       |                            |         |
| พฤติกรรมการลดความอ้วน                               |                   |       |                    |       |                            |         |
| กลุ่มทดลอง                                          | 19.82             | 3.19  | 34.72              | 2.07  | 14.90(13.74-16.05)         | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม                                         | 21.55             | 3.38  | 21.02              | 2.95  | 0.69(-0.88-1.93)           | 0.45    |
| ผลต่างค่าเฉลี่ย (95%CI)                             | 1.72(0.26-3.18)   |       | 13.70(12.56-14.83) |       |                            |         |
| p-value                                             | 0.22              |       | <0.001*            |       |                            |         |
| น้ำหนักตัว                                          |                   |       |                    |       |                            |         |
| กลุ่มทดลอง                                          | 59.97             | 11.50 | 59.10              | 11.22 | 0.87(0.52-1.12)            | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม                                         | 55.47             | 7.17  | 55.82              | 6.87  | 0.35(0.03-0.66)            | 0.03*   |
| ผลต่างค่าเฉลี่ย (95%CI)                             | 4.50(0.23-8.76)   |       | 3.32(0.81-7.46)    |       |                            |         |
| p-value                                             | 0.04*             |       | 0.99               |       |                            |         |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของนักเรียนจำแนกกลุ่มตามเกณฑ์น้ำหนักมาตรฐานนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

| กลุ่มศึกษา  | จำแนกกลุ่มตามน้ำหนักเกณฑ์มาตรฐานนักเรียน |           |          |                  |           |          |
|-------------|------------------------------------------|-----------|----------|------------------|-----------|----------|
|             | ก่อนทดลอง (n=40)                         |           |          | หลังทดลอง (n=40) |           |          |
|             | จำนวน(ร้อยละ)                            |           |          | จำนวน(ร้อยละ)    |           |          |
|             | ท้วม                                     | เริ่มอ้วน | อ้วน     | ท้วม             | เริ่มอ้วน | อ้วน     |
| กลุ่มทดลอง  | 7(17.5)                                  | 20(50.0)  | 13(32.5) | 7(17.5)          | 18(45.0)  | 15(37.5) |
| กลุ่มควบคุม | 11(27.5)                                 | 12(30.0)  | 17(42.5) | 11(27.5)         | 12(30.0)  | 17(42.5) |
| Chi-square  | 3.42                                     |           |          | 2.21             |           |          |
| p-value     | 0.18                                     |           |          | 0.33             |           |          |

## อภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการลดความอ้วนในเด็กสามารถช่วยลดน้ำหนักในเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ จากการการวางแผนตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเรื่องเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจในพฤติกรรม และพฤติกรรมการลดน้ำหนัก (Ajzen, 1991) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าด้านเจตคติต่อพฤติกรรมการลดความอ้วนมีคะแนนสูงขึ้น หลังจากได้ดูสื่อวีดิทัศน์เรื่องการตระหนัก การรับรู้ความรุนแรง อุปสรรคในการเกิดโรคอ้วน โทษของพฤติกรรมเน่นิ่ง ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งกิจกรรมบุคคลต้นแบบในการสร้างความสำเร็จในการลดความอ้วนด้วยกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารให้เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เห็นความสำเร็จในการปฏิบัติและมีความมั่นใจในตนเองว่าจะปฏิบัติตามบุคคลต้นแบบ สอดคล้องกับของจิราภรณ์ (2555) พบว่าโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมส่งผลให้เด็กที่เป็นโรคอ้วนโรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร มีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เจตคติต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ และเจตคติต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย มากกว่าเด็กที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการลดความอ้วนมีคะแนนสูงขึ้น ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ให้ผู้ปกครอง พ่อ แม่ ครู หรือเพื่อนสนิทร่วมการพัฒนากลุ่มอ้างอิง โดยการใช้กิจกรรมแบบบรรยายและการระดมสมองแสดงความคิดเห็น เพื่อช่วยกันเป็นแรงสนับสนุนในการกระตุ้นให้เด็กมีแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดความอ้วน เพราะผู้ที่อยู่รอบข้างเด็ก หมายรวมถึง พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครู และเพื่อน มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ด้วยการเป็นตัวอย่างให้เห็นและปฏิบัติตามได้ (สรญา, 2554)

ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการลดความอ้วนมีคะแนนสูงขึ้น ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายและการแข่งขัน “เกมลิงกั๊ดฟง” ทุกอาทิตย์ จำนวน 8 ครั้ง มีการฝึกซ้อมก่อนการแข่งขันพร้อมลงบันทึกในสมุดประจำตัว และการจัดเมนูการรับประทานอาหารให้ทุกสัปดาห์ อย่างไรก็ตามการรับประทานอาหารตามเมนูที่จัดไว้มีข้อจำกัด ผู้ปกครองและครูจึงพยายาม

ปรับเปลี่ยนเมนู โดยเลือกอาหารที่เหมาะสมหรือคล้ายคลึงกับเมนูให้มากที่สุด สอดคล้องกับ สมจิตร์ และคณะ (2555) พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถช่วยปรับปรุง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนได้ โดยต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ด้านความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมลดความอ้วนมีคะแนนสูงขึ้น ภายหลังเข้าให้เด็กร่วมกิจกรรมที่ช่วยให้เห็น ถึงความสำคัญและส่งเสริมความตั้งใจลดความอ้วนได้สำเร็จ โดยกำหนดกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจให้เด็กมี ความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง ทำให้ตลอดกิจกรรมไม่พบการออกจากโปรแกรมการศึกษารั้งนี้

ด้านพฤติกรรมลดความอ้วนมีคะแนนสูงขึ้น ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย โดยใช้ กิจกรรมการแข่งขันสนุกสนาน ให้เด็กและครอบครัวสามารถเข้าร่วมได้

แม้ว่าโปรแกรมนี้อาจจะช่วยลดน้ำหนักในเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ แต่ยังไม่สามารถลดลง ตามระดับเกณฑ์มาตรฐาน อาจเป็นเพราะกิจกรรมมีระยะเวลาแค่ 8 สัปดาห์จึงไม่สามารถเห็นถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจน

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนโดยการประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น กลุ่มเด็กที่มีภาวะอ้วนมาก เนื่องจากเป็นเด็กที่ต้องได้รับการดูแลและป้องกันการ เกิดโรคอ้วนเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่
2. ควรนำไปใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคอ้วนในเด็ก ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้โรงเรียน ครู ผู้ปกครอง ได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานได้
3. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผล เพื่อติดตามการคงอยู่ของโปรแกรมการ ส่งเสริมพฤติกรรมลดความอ้วนในเด็ก

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2558). ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในเด็ก. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/25238-การออกกำลังกายในวัยต่างๆ.html>
- จิราภรณ์ ชมบุญ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของเด็กที่เป็นโรค อ้วนโรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- ประหยัด สายวิเชียร. (2547). อาหารวัฒนธรรมและสุขภาพ. เชียงใหม่:นันทบุรีการพิมพ์.
- พัชรภรณ์ อารีย์ และคณะ. (2550). ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรม ด้านร่างกายของเด็กวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 34(2), 98-105.
- วีระศักดิ์ แก้วทรัพย์. (2551). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ความหนัก 60-75 เปอร์เซ็นต์ ต่อสมรรถภาพทางกายของเด็กอ้วน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ การกีฬา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- สมจิตร์ นครพานิช และคณะ. (2555). โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารพฤติกรรมการออกกำลังกายและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(1), 32-50.

- สรญา สระทองเทียน. (2555). ออกกำลังกายอย่างไรให้ได้สุขภาพดี ศูนย์กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <http://www.pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=295>
- สถาบันพลศึกษา. (2557). การออกกำลังกายในวัยต่างๆ. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/25238-การออกกำลังกายในวัยต่างๆ.html>
- สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ. (2557). สถานการณ์โรคอ้วนคนไทยเป็นโรคอ้วนอันดับ 2 ของอาเซียน. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/24745-คนไทยเป็นโรคอ้วนอันดับ%20%20ของอาเซียน.html>
- Ajzen. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ellis-Stoll, C.C. & Popkess-Vawter, S. (1998). A Concept Analysis on the Process of Empowerment. *Advances in Nursing Science*, 21(2), 62-68.
- Janssen, I., & LeBlanc, A. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(40), 1-16.
- Shin, Y.H., Hur, H.K., Pender, N.J., Jang, H.J. & Kim, M.S. (2006). Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *Int J Nurs Stud*, 43(1), 3-10.
- Thomas, E.L., Makwana, A. Newbould, R., Rao, A. W., Gambarota, G., Frost, G.,...Beaver, J. D. (2011). Pragmatic study of orlistat 60 mg on abdominal obesity. *European journal of clinical nutrition*, 65:1256-1262.
- Wolf, A.M., Gortmaker, S.L., Cheung, L., Gray, H.M., Herzog, D.B. & Colditz, G.A. (2003). Activity, inactivity, and obesity: racial, ethnic, and age differences among schoolgirls. *Am J Public Health*, 83(11), 1625-1627.
- World Health Organization. (2011). Obesity. Retrieved 17 December 2016 from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- Zecevic, C.A., Tremblay, L., Lovsin, T. & Michel, L. (2010). Parental Influence on Young Children's Physical Activity. *International Journal of Pediatrics*, <http://dx.doi.org/10.1155/2010/468526>

## บทความวิจัย

## สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

## Head nurses' competency in Vajira hospital

กฤษฎณา กลิ่นสมิทธิ์\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะที่ตรงกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานต้องการ ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ และความต้องการพัฒนาสมรรถนะ ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 92 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม – เมษายน พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และแบบสอบถามความต้องการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test และ modified priority needs index

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยของภาพรวมทั้ง 5 สมรรถนะหลักอยู่ในระดับมากทั้งสมรรถนะที่ตรงกับตนเอง ( $\bar{X} = 3.70 \pm 0.68$ ) และสมรรถนะที่ต้องการ ( $\bar{X} = 4.40 \pm 0.67$ ) โดยสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานส่วนใหญ่ประเมินว่ามีความต้องการและจำเป็นมากที่สุด ได้แก่ สมรรถนะที่ 2 การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะด้านการวางแผนและการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ( $PNI_{Modified} = 0.3611$ ) และสิ่งที่จำเป็นต่อการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน คือการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาลระดับต้น

**คำสำคัญ:** สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน

## Abstract

This descriptive study was conducted to explore need assessment and demand for development in the competency of head nurses at Vajira Hospital. The participants consisted of all 92 head nurses in the hospital. Data was collected between March to April 2015. The questionnaires were head nurse's competency assessment and need for head nurse development. Descriptive statistics, t-test, and the modified priority needs index were analyzed.

The major findings were as followed: The mean of actual competency of head nurses ( $\bar{X} = 3.70 \pm 0.68$ ) and the competency needed ( $\bar{X} = 4.40 \pm 0.67$ ) were high. Most of need assessment of head nurses was quality management competency especially strategy and knowledge management ( $PNI_{Modified} = 0.3611$ ). Nursing administration course was requested.

**Key words:** head nurses' competency

---

\*Corresponding author, พยาบาลเกษียณอายุราชการ อดีตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

## บทนำ

ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานเป็นตำแหน่งบริหารทางการพยาบาลที่สำคัญ เพราะมีหน้าที่รับผิดชอบผลลัพธ์ของหน่วยงาน รับผิดชอบบุคลากรในการดูแลผู้รับบริการ และกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติ (วาณิรัตน์ รุ่งเกียรติกุล, 2554) เป็นผู้นำและดำเนินการให้เกิดคุณภาพการบริการ กำกับและดูแลบุคลากรให้สามารถให้การบริการอย่างปลอดภัยและมีความสุข ส่งผลให้ผู้รับบริการปลอดภัย พึงพอใจ และประทับใจ รวมทั้งเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในทุกมิติ ปัจจุบันฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครสู่ระบบโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงการเข้าสู่ระบบสุขภาพที่มีการปฏิรูปเพื่อยกระดับการพัฒนาของประชาคมอาเซียน ในขณะที่สถานการณ์การโอนย้ายลาออกของบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พยาบาลก้าวเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานเร็วขึ้น การประเมินสมรรถนะของพยาบาลที่เข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน จึงมีความจำเป็นต่อการวางแผนการพัฒนา เพราะทำให้ทราบถึงช่องว่างระหว่างระดับสมรรถนะที่ตรงกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานและสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานต้องการ

สภาการพยาบาลได้กำหนดกรอบสมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาลแต่ละระดับ ทั้งช่วงก่อนเข้าสู่ตำแหน่งและได้รับตำแหน่งแล้ว ให้ความสำคัญครอบคลุมเรื่องมาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพ กฎหมาย นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลใช้เป็นกรอบในการดำเนินการพัฒนาหลักสูตรสำหรับฝึกอบรม พัฒนาผู้นำและผู้บริหารการพยาบาลให้มีสมรรถนะที่พึงประสงค์ (สภาการพยาบาล, 2556) เพื่อให้ทิศทางการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พัฒนาได้ในทิศทางเดียวกับสภาการพยาบาล การประเมินสมรรถนะและประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะตามกรอบของสภาการพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และการเตรียมความพร้อมพยาบาลระดับปฏิบัติงานเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. ศึกษาข้อมูลของการประเมินสมรรถนะตนเองและสมรรถนะที่ต้องการของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และจัดลำดับความต้องการจำเป็นของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามกรอบสภาการพยาบาล
2. ศึกษาความต้องการการพัฒนาสมรรถนะก่อนเข้าสู่ตำแหน่ง ขณะดำรงตำแหน่ง และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานทางการพยาบาลในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลทั้งหมดจำนวน 92 ราย ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2558

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และแบบสอบถามความต้องการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์ด้านกิจการพิเศษ 1 ท่าน รองคณบดีฝ่ายวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลภาควิชาการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการบริหารการพยาบาล และพื้นฐานวิชาชีพ 2 ท่าน ภายหลังการปรับตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือเท่ากับ 0.98 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม จากการทดลองเครื่องมือใช้กับหัวหน้า หอผู้ป่วยหรือหน่วยงานในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 รายละเอียดแบบสอบถาม ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล และประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานและการอบรมหลักสูตรด้านการบริหารการพยาบาล

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย ประยุกต์จากกรอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย (สภาการ พยาบาล, 2556) แบ่งเป็นสมรรถนะหลัก 5 ด้านและสมรรถนะย่อย 33 ประการ ได้แก่

1. สมรรถนะที่ 1 ด้านภาวะผู้นำ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 6 ประการ คือ
  - 1.1 มีความคิดรวบยอด วิเคราะห์และตัดสินใจ แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ
  - 1.2 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
  - 1.3 สามารถแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลโดยใช้ไหวพริบและข้อมูลเชิงประจักษ์ คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ
  - 1.4 แสดงออกถึงการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ คิดเชิงบวก และมีอารมณ์ขัน
  - 1.5 สามารถบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยให้เหตุผล โน้มน้าว จูงใจ เสริมแรง เพื่อนำทีมบุคลากรในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย
  - 1.6 สามารถจัดการความขัดแย้ง เจรจาต่อรอง วิเคราะห์ คาดการณ์และบริหารจัดการทันต่อสถานการณ์
2. สมรรถนะที่ 2 ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 12 ประการคือ
  - 2.1 สามารถบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ของหน่วยงานโดยการบูรณาการสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร
  - 2.2 สามารถถ่ายทอด และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้
  - 2.3 สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
  - 2.4 สามารถประยุกต์ประสบการณ์การทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยงาน
  - 2.5 สามารถบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และอาคารสถานที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า คำนึงทุน
  - 2.6 สามารถบริหารงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
  - 2.7 สามารถวางแผนและดำเนินการนิเทศงานการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - 2.8 สามารถวางแผนและดำเนินการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - 2.9 สามารถดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนการสร้าง การใช้นวัตกรรม และงานวิจัยทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - 2.10 สามารถวางแผน และดำเนินการบริหารคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - 2.11 สามารถกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ดำเนินการบริหารจัดการผลลัพธ์ของหน่วยงาน
  - 2.12 สามารถออกแบบ และพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการทันต่อเหตุการณ์

3. สมรรถนะที่ 3 ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 7 ประการ คือ

3.1 สามารถจัดการสื่อสารภายในหน่วยงานและเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น และองค์กรภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลทั้งภายใน ภายนอกและภาคีเครือข่าย

3.3 สามารถประสานงานกับสมาชิกทีมการพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 มีทักษะในการสื่อสารที่ดีทั้งวัจนะและอวัจนะ

3.5 มีทักษะในการเป็นผู้ฟังที่ดี

3.6 สามารถบริหารสารสนเทศของหน่วยงาน

3.7 สามารถใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการสืบค้นข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. สมรรถนะที่ 4 ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 5 ประการ คือ

4.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ หลักคุณธรรม ทฤษฎีจริยศาสตร์ วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ หลักกฎหมายทั่วไป พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ และพ.ร.บ.อื่นที่เกี่ยวข้อง

4.2 สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติและการบริหารการพยาบาล

4.3 ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการได้รับรู้และเข้าใจสิทธิของตน และทำหน้าที่แทนผู้ป่วย

4.4 มีคุณธรรม และจริยธรรมของผู้บริหาร

4.5 ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน

5. สมรรถนะที่ 5 ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 3 ประการ คือ

5.1 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย และแนวโน้มด้านสุขภาพ ปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ สามารถดำเนินการตามทิศทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ เคมีชีวภาพ การยศาสตร์ ด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 สามารถสร้างบรรยากาศให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอย่างอบอุ่นเป็นมิตร

การตอบแบบสอบถามทำโดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานประเมิน 2 ส่วน คือ ประเมินระดับของสมรรถนะที่ตรงกับตนเองมากที่สุดในการปฏิบัติงานและประเมินระดับสมรรถนะต้องการ โดยคำตอบตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามเทคนิคลิเคิร์ท 5 ระดับกำหนดเกณฑ์การให้ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ตรงกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของท่าน/ต้องการมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง ตรงกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของท่าน/ต้องการมาก

ระดับ 3 หมายถึง ตรงกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของท่าน/ต้องการปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง ตรงกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของท่าน/ต้องการน้อย

ระดับ 1 หมายถึง ตรงกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของท่าน/ต้องการน้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับประเมินสมรรถนะตนเอง/สมรรถนะที่ต้องการ ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึงระดับประเมินสมรรถนะตนเอง/สมรรถนะที่ต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด

3.50 - 4.49 หมายถึงระดับประเมินสมรรถนะตนเอง/สมรรถนะที่ต้องการอยู่ในระดับมาก

2.40 - 3.49 หมายถึงระดับประเมินสมรรถนะตนเอง/สมรรถนะที่ต้องการอยู่ในระดับปานกลาง

1.50 - 2.39 หมายถึงระดับประเมินสมรรถนะตนเอง/สมรรถนะที่ต้องการอยู่ในระดับน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึงระดับประเมินสมรรถนะตนเอง/สมรรถนะที่ต้องการอยู่ในระดับน้อยที่สุด



**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความต้องการการพัฒนาสมรรถนะและข้อเสนอแนะในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน เป็นคำถามปลายเปิด 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความต้องการการพัฒนาก่อนเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน 2) ความต้องการการพัฒนาขณะดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และ 3) ข้อเสนอแนะในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามรหัสโครงการที่ COA 28/2558 ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถือเป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่เกิดผลกระทบต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังทำหนังสือขอเก็บข้อมูลและได้รับอนุมัติจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ทำการชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับแก่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน เมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามและรับคืนภายใน 1 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่และร้อยละข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน ระดับการศึกษา สถานภาพการปฏิบัติงาน และประวัติการอบรม

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) และเปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test ข้อมูลของระดับสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานประเมินตนเองและสมรรถนะต้องการ

3. จัดลำดับความต้องการจำเป็น 10 สมรรถนะย่อยจาก 5 สมรรถนะด้วยวิธี modified priority needs index (PNI<sub>Modified</sub>) โดยการหาค่าผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสภาพที่คาดหวัง (I) กับค่าเฉลี่ยสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน (D) หาค่าด้วยค่าเฉลี่ยสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน (D) ตามสูตร  $PNI\ Modified = (I-D)/D$  (McClelland, 1975 อ้างถึงใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2542)

4. จัดหมวดหมู่ข้อมูลความต้องการการได้รับการพัฒนาก่อนเข้าสู่ตำแหน่ง การพัฒนาขณะดำรงตำแหน่ง และข้อเสนอแนะการดำรงตำแหน่งในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน โดยผู้ช่วยวิจัย 2 คน และนำเสนอโดยการแจกแจงความถี่

### ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไป** หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานทางการพยาบาลในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51 - 55 ปี (ร้อยละ 40.2) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการระหว่าง 26 - 30 ปี (ร้อยละ 34.8) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานระหว่าง 5 - 10 ปี (ร้อยละ 73.2) ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 65.2) ปฏิบัติงานในหน่วยงานหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 26.1) สถานภาพผู้ปฏิบัติงานเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 91.3) ไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการบริหารการพยาบาล 4 เดือน (ร้อยละ 70.3) และไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรอื่นๆ (ร้อยละ 48.9)

ข้อมูลสมรรถนะที่ตรงกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานและสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานต้องการ (ตารางที่ 1) ค่าเฉลี่ยการประเมินสมรรถนะที่ต้องการสูงกว่าสมรรถนะที่ตรงกับตนเองในทุกสมรรถนะ โดยสมรรถนะที่ 4 จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.041$ ) ค่าเฉลี่ยของภาพรวมทั้ง 5 สมรรถนะหลักอยู่ในระดับมากทั้งสมรรถนะที่ตรงกับตนเอง ( $\bar{X}=3.70\pm0.68$ ) และสมรรถนะที่ต้องการ ( $\bar{X}=4.40\pm0.67$ )

ตารางที่ 1 ข้อมูลสมรรถนะที่ตรงกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานและสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานต้องการ (n=92)

| สมรรถนะ                                         | $\bar{X}$ | S.D.  | min | max | t-test | p-value |
|-------------------------------------------------|-----------|-------|-----|-----|--------|---------|
| สมรรถนะที่ 1 ภาวะผู้นำ                          |           |       |     |     |        |         |
| ประเมินตนเอง                                    | 3.74      | 0.67  | 2   | 5   | 11.69  | 0.054   |
| สมรรถนะที่ต้องการ                               | 4.44      | 0.66  | 2   | 5   |        |         |
| สมรรถนะที่ 2 การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ   |           |       |     |     |        |         |
| ประเมินตนเอง                                    | 3.56      | 0.70  | 2   | 5   | 9.58   | 0.066   |
| สมรรถนะที่ต้องการ                               | 4.39      | 0.69  | 2   | 5   |        |         |
| สมรรถนะที่ 3 การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ    |           |       |     |     |        |         |
| ประเมินตนเอง                                    | 3.73      | 0.66  | 2   | 5   | 12.30  | 0.052   |
| สมรรถนะที่ต้องการ                               | 4.39      | 0.66  | 2   | 5   |        |         |
| สมรรถนะที่ 4 จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย |           |       |     |     |        |         |
| ประเมินตนเอง                                    | 3.91      | 0.65  | 2   | 5   | 15.48  | 0.041*  |
| สมรรถนะที่ต้องการ                               | 4.45      | 0.652 | 2   | 5   |        |         |
| สมรรถนะที่ 5 นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ     |           |       |     |     |        |         |
| ประเมินตนเอง                                    | 3.74      | 0.67  | 2   | 5   | 12.33  | 0.052   |
| สมรรถนะที่ต้องการ                               | 4.40      | 0.70  | 2   | 5   |        |         |
| ภาพรวมทั้ง 5 สมรรถนะหลัก                        |           |       |     |     |        |         |
| ประเมินตนเอง                                    | 3.70      | 0.68  | 2   | 5   | 11.423 | 0.056   |
| สมรรถนะที่ต้องการ                               | 4.40      | 0.67  | 1   | 5   |        |         |

\* $p<0.05$

ข้อมูลการจัดลำดับความต้องการจำเป็นของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน (ตารางที่ 2) พบว่าสมรรถนะที่ 2 การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ เป็นสมรรถนะส่วนใหญ่ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานต้องการ โดยสมรรถนะย่อยลำดับแรกที่ต้องการคือ ข้อ 2.8 สามารถวางแผน และดำเนินการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ( $PNI_{Modified}=0.3611$ )

ตารางที่ 2 ความต้องการจำเป็นในสมรรถนะย่อยของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน (n=92)

| ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ                                                                                                                                                                                                                       | I      | I-D    | (I-D)/D | ลำดับ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------|-------|
| <b>สมรรถนะที่ 1 ด้านภาวะผู้นำ</b>                                                                                                                                                                                                                 |        |        |         |       |
| ข้อ 1.2 มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์                                                                                                                                                                                                                | 4.4130 | 0.8587 | 0.2416  | 9     |
| ข้อ 1.5 สามารถบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยให้เหตุผล โน้มน้าว<br>จิตใจ เสริมแรง เพื่อนำทีมบุคลากรในหอผู้ป่วยหรือ<br>หน่วยงานในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย                                                                                            | 4.9022 | 1.2174 | 0.3304  | 2     |
| <b>สมรรถนะที่ 2 การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ</b>                                                                                                                                                                                              |        |        |         |       |
| ข้อ 2.1 สามารถบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ของหน่วยงานโดย<br>การบูรณาการสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และ<br>พันธกิจขององค์กร                                                                                                                      | 4.3587 | 0.8690 | 0.2492  | 6     |
| ข้อ 2.2 สามารถถ่ายทอด และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้เกิด<br>องค์กรแห่งการเรียนรู้                                                                                                                                                                   | 4.3261 | 0.8478 | 0.2437  | 8     |
| ข้อ 2.8 สามารถวางแผน และดำเนินการจัดการความรู้ได้อย่างมี<br>ประสิทธิภาพ                                                                                                                                                                           | 4.8261 | 1.9235 | 0.3611  | 1     |
| ข้อ 2.9 สามารถดำเนินการ ส่งเสริม สนับสนุนการสร้าง การใช้<br>นวัตกรรม และงานวิจัยทางการพยาบาลได้อย่างมี<br>ประสิทธิภาพ                                                                                                                             | 4.3043 | 1.0543 | 0.3244  | 3     |
| ข้อ 2.10 สามารถวางแผน และดำเนินการบริหารคุณภาพได้อย่าง<br>มีประสิทธิภาพ                                                                                                                                                                           | 4.3370 | 0.9022 | 0.2626  | 5     |
| ข้อ 2.12 สามารถออกแบบ และพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่<br>ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการทัน<br>ต่อเหตุการณ์                                                                                                                               | 4.4130 | 0.8804 | 0.24922 | 7     |
| <b>สมรรถนะที่ 3 การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ</b>                                                                                                                                                                                               |        |        |         |       |
| ข้อ 3.7 สามารถใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการสืบค้นข้อมูลข่าวสาร<br>การติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้มีประสิทธิภาพ                                                                                                                                   | 4.4022 | 1.0544 | 0.3149  | 4     |
| <b>สมรรถนะที่ 4 จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย</b>                                                                                                                                                                                            |        |        |         |       |
| ข้อ 4.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ หลักคุณธรรม ทฤษฎีจริย<br>ศาสตร์ วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย พ.ร.บ.<br>วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ หลักกฎหมาย<br>ทั่วไป พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ<br>และพ.ร.บ.อื่นที่เกี่ยวข้อง | 4.4130 | 0.8587 | 0.2415  | 10    |

**ข้อมูลความต้องการการได้รับการพัฒนา** ช่วงก่อนเข้าสู่ตำแหน่ง (ตารางที่ 3) พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานส่วนใหญ่ต้องการการอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาลระดับต้นร้อยละ 62.0 สอดคล้องกับขณะดำรงตำแหน่ง (ตารางที่ 4) พบว่าส่วนใหญ่ต้องการอบรมผู้บริหารระดับต้นร้อยละ 39.1

ตารางที่ 3 ความต้องการการพัฒนา ก่อนเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน (n=92)

| ลำดับ | ความต้องการการพัฒนา<br>ก่อนเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน | ความถี่ | ร้อยละ |
|-------|-----------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| 1     | การอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาลระดับต้น                             | 57      | 62.0   |
| 2     | อบรมงานจากหัวหน้าเดิม                                                 | 7       | 7.6    |
| 3     | ความเชี่ยวชาญเฉพาะหอผู้ป่วย/หน่วยงาน                                  | 3       | 3.3    |
| 4     | กฎระเบียบข้าราชการ                                                    | 3       | 3.3    |
| 5     | ประเมินความเหมาะสมก่อนเข้าสู่ตำแหน่ง                                  | 2       | 2.2    |
| 6     | เศรษฐศาสตร์                                                           | 2       | 2.2    |
| 7     | บุคลิกภาพ                                                             | 2       | 2.2    |
| 8     | บทบาทผู้นำ                                                            | 1       | 1.1    |
| 9     | ความรู้ทางการพัฒนาคุณภาพ                                              | 1       | 1.1    |
| 10    | พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล                           | 1       | 1.1    |

ตารางที่ 4 ความต้องการพัฒนาขณะดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน (n=92)

| ลำดับ | ความต้องการการพัฒนา<br>ขณะดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน | ความถี่ | ร้อยละ |
|-------|-------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| 1     | อบรมผู้บริหารระดับต้น                                             | 36      | 39.1   |
| 2     | ดูงานเฉพาะด้าน                                                    | 12      | 13.0   |
| 3     | เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสาร                                      | 11      | 12.0   |
| 4     | การนิเทศงาน                                                       | 7       | 7.6    |
| 5     | ธรรมาภิบาล                                                        | 4       | 4.3    |
| 6     | งานวิจัย                                                          | 3       | 3.3    |
| 7     | กฎหมายวิชาชีพ กฎระเบียบข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย               | 3       | 3.3    |
| 8     | บุคลิกภาพ                                                         | 2       | 2.2    |
| 9     | อัตรากำลังและการคิดภาระงาน                                        | 2       | 2.2    |
| 10    | การสนับสนุนจากฝ่ายการพยาบาลในการทำงาน                             | 2       | 2.2    |

ข้อเสนอแนะการดำรงตำแหน่งในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน (ตารางที่ 5) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานส่วนใหญ่ต้องการให้มีระบบที่เอื้อต่อทรัพยากรอย่างเพียงพอทั่วถึงในการบริหารงานร้อยละ 8.7 รองลงมาคือควรมีแบบประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นรูปธรรมและหากพลาดควรตักเตือนให้กำลังใจร้อยละ 7.6

ตารางที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน (n=92)

| ลำดับ | ประเด็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่<br>ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน                 | ความถี่ | ร้อยละ |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| 1     | มีระบบที่เอื้อต่อทรัพยากรอย่างเพียงพอทั่วถึงในการบริหารงาน                                           | 8       | 8.7    |
| 2     | ควรมีแบบประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นรูปธรรม                                                            | 7       | 7.6    |
| 3     | หากพลาดควรตักเตือนให้กำลังใจ                                                                         | 7       | 7.6    |
| 4     | ควรส่งอบรมดูงานเฉพาะอย่างต่อเนื่อง                                                                   | 6       | 6.5    |
| 5     | มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรโดยให้ทดลองปฏิบัติในขณะมีผู้นิเทศ                                         | 6       | 6.5    |
| 6     | ควรมีแรงจูงใจด้านสวัสดิการต่างๆประจำตำแหน่ง                                                          | 4       | 4.3    |
| 7     | ควรมีการขยายอัตรากำลังตามความรู้ความสามารถ คุณวุฒิ วัยวุฒิ<br>ประสบการณ์ ในแต่ละหน่วยให้เท่าเทียมกัน | 4       | 4.3    |
| 8     | เหนือกว่าสร้างขวัญกำลังใจเห็นคุณค่า                                                                  | 4       | 4.3    |
| 9     | ควรมีที่ปรึกษาเชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน                                            | 3       | 3.3    |
| 10    | ควรมีการรับฟังปัญหาเป็นรายหน่วยไม่ใช่ภาพรวม                                                          | 3       | 3.3    |

## การอภิปรายผล

### หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานประเมินสมรรถนะตนเองและที่สมรรถนะที่ต้องการในระดับมาก

จากแนวคิดพื้นฐานการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (สุบิน ยุระรัช, 2554) การส่งเสริมประสบการณ์ในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับกองการพยาบาลสาธารณสุข (วาณีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล, 2554) ที่กำหนดกรอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน จำเป็นต้องมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานนั้น และผลการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากมีสมรรถนะสูงกว่าที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย (สุพัฒน์ นาคฤทธิ์, 2540) ดังนั้นจากการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานส่วนใหญ่ประเมินสมรรถนะตนเองและที่ต้องการระดับมากในการศึกษาคั้งนี้ อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 78.3 ผ่านประสบการณ์การปฏิบัติงานระดับปฏิบัติการมากกว่าหรือเท่ากับ 26 ปี (ร้อยละ 80.4) และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานระหว่าง 5 - 10 ปี (ร้อยละ 73.20) ส่วนใหญ่จึงเคยผ่านการได้รับการมอบหมายงานและการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริพยาบาลมาแล้ว

อย่างไรก็ตามหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานยังมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะมากกว่าระดับที่ตนเองมีอยู่ โดยเฉพาะสมรรถนะที่ 4 จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย สอดคล้องกับการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม (ธิดาพร ผลฉัตร, 2553) การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช (กาญจนา อาชีพ, 2553) และการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ปัทมาพร รุ่งพิพัฒน์พงศ์ และ ยุพิน อังสุโรจน์, 2552) พบว่าสมรรถนะด้านคุณธรรมและจริยธรรม เป็นสมรรถนะสำคัญและสมรรถนะหลักสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่จำเป็นและต้องการมาก เนื่องมาจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย เป็นปัญหาที่หลากหลาย พบบ่อยและรุนแรงในการปฏิบัติงาน จำเป็นต้องมีความรู้ประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน

## การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพเป็นสมรรถนะที่ต้องการจำเป็น

สมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานประเมินว่ามีความต้องการจำเป็นส่วนใหญ่อยู่ในหมวดสมรรถนะที่ 2 การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะเรื่องการวางแผนและดำเนินการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสภาการพยาบาล (2556) ได้ให้ความหมายของสมรรถนะการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้ การมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการบริหารจัดการหน่วยงานหลักทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การบริหารทรัพยากรการบริหารคุณภาพ การบริหารบริการสุขภาพ การจัดการความรู้ และนวัตกรรม การบริหารผลลัพธ์ทางการพยาบาล การนิเทศงานการพยาบาล รวมทั้งถ่ายทอดและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ อาจเป็นเพราะสมรรถนะหมวดนี้สอดคล้องกับสมรรถนะส่วนใหญ่ที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กำหนดสำหรับผู้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน ได้แก่ การมีวิสัยทัศน์ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การดำเนินงานเชิงรุก การมองภาพองค์รวม การนิเทศงาน และการคิดวิเคราะห์ (ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย (อวยพร สมใจ, พรทิพย์ เกยุรานนท์ และ เพชรน้อย สิ่งช้างชัย, 2550; กาญจนา อาชีพ, 2553) พบว่าสมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักที่สำคัญของหัวหน้าหอผู้ป่วย

## การอบรมการบริหารเป็นสิ่งที่ต้องการในการพัฒนา

ความต้องการการพัฒนาก่อนเข้าสู่ตำแหน่งและขณะดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานจากการศึกษาครั้งนี้คือ การอบรมหลักสูตรการบริหารการพยาบาลระดับต้น อาจเป็นเพราะหลักสูตรนี้ประกอบด้วยระบบการเตรียมความพร้อมสำหรับการก้าวสู่ตำแหน่งผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ เพื่อการพัฒนาสมรรถนะตามกรอบสภาการพยาบาลที่ทันต่อเหตุการณ์และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรและหน่วยงาน ผู้อบรมสามารถเรียนรู้และฝึกแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ได้จากวิธีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิดของการบริหารเกี่ยวกับมนุษย์ (man) เงิน (money) วัสดุอุปกรณ์ (material) และการบริหารจัดการ (management) รวมถึงเทคนิคการประเมินผลให้เกิดประโยชน์สูงสุด (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการบริหารการพยาบาล 4 เดือนร้อยละ 70.3 และไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรอื่นๆ ร้อยละ 48.9 การไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ทำให้การเตรียมหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานในหลายหน่วยงานอาจใช้วิธีการอบรมงานโดยหัวหน้าเดิม ซึ่งมีโอกาสการได้รับข้อมูลการพัฒนาที่ไม่เหมือนกันและไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน และเมื่อต้องดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานจริง จึงพบปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอคำแนะนำตามข้อเสนอแนะในผลการศึกษา เช่น การให้มีระบบที่เอื้อต่อทรัพยากรอย่างเพียงพอทั่วถึงในการบริหารงาน ร้อยละ 8.7 และการใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นรูปธรรม และหากพลาดควรตักเตือนให้กำลังใจร้อยละ 7.6

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดการอบรมหลักสูตรการบริหารระดับต้น โดยเฉพาะเรื่องการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพให้แก่พยาบาลทุกคนก่อนที่จะเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน
2. ควรศึกษาความต้องการจำเป็นของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานในแต่ละงานการพยาบาลเพื่อการวางแผนพัฒนาที่เหมาะสมและรวดเร็วในแต่ละงานการพยาบาลเฉพาะสาขา

## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา อาชีพ. (2553). *การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ธิดาพร ผลฉัตร. (2553). *การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ปัทมาพร รุ่งพิพัฒน์พงศ์ และ ยุพิน อังสุโรจน์. (2552). *การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 21(2), 56-72.
- ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. (2556). *Competency Job Mapping (FM-NUR012-026)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- วาณีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล. (2554). *สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย*. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2557 จาก <http://www.nursing.go.th>.
- สภาการพยาบาล. (2556). *การประชุมวิชาการผู้บริหารการพยาบาลระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง “อนาคตของผู้บริหารและผู้นำการพยาบาล: The 2<sup>nd</sup> National Nursing Administration Conference on Future of Administrators and Leaders”* เอกสารการประชุมวันที่ 14-15 มิถุนายน 2556 โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
- สุบิน ยุระรัช. (2554). *แนวคิดเกี่ยวกับการสังเคราะห์งานประเมินงานความต้องการจำเป็น*. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 13(2), 32-54.
- สุพัฒน์ นาคฤทธิ์. (2540). *การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2542). *การสังเคราะห์เทคนิคที่ใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็นในวิทยานิพนธ์ของนิสิตคณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง: การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพื่อก้าวสู่ตำแหน่งหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 21-25 เมษายน 2557*. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2557 จาก <http://www.nursing.go.th>.
- อวยพร สมใจ, พรทิพย์ เกษุรานนท์ และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาล จังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย*. *วารสารสภาการพยาบาล* 22(2), 44-56.

## บทความวิจัย

### ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถ ของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล The effects of supportive – educative nursing system on maternal knowledge and capabilities in the care of children hospitalized with pneumonia

ดวงเนตร์ ภู่วัฒนาวินิชย์\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 ราย มารดากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ มารดากลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ.2558 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแล และแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่ามารดากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**คำสำคัญ:** ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้/ มารดา/ การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล

#### Abstract

This quasi – experimental research was to investigate the effects of supportive – educative nursing system on maternal knowledge and capabilities in the care of children hospitalized with pneumonia. The participants were 30 mothers whose children were hospitalized with pneumonia in the pediatric department, Vajira hospital. They were selected through purposive sampling and then divided into two equal groups, a control group (routine care) and an experimental group (supportive – educative nursing system). The study was conducted between January and September 2015. The data were collected using the demographic record form, knowledge on pneumonia and caring questionnaire and dependent care agent performance for children with pneumonia questionnaire. Paired t-test

---

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล



and independent t-test were used to comparing scores on knowledge and dependent care agent performance within and between groups.

The results demonstrated that the experimental group had significantly greater knowledge and dependent care agency than those in control group.

**Keywords:** supportive – educative nursing system/ mother/ the care of children hospitalized with pneumonia

## บทนำ

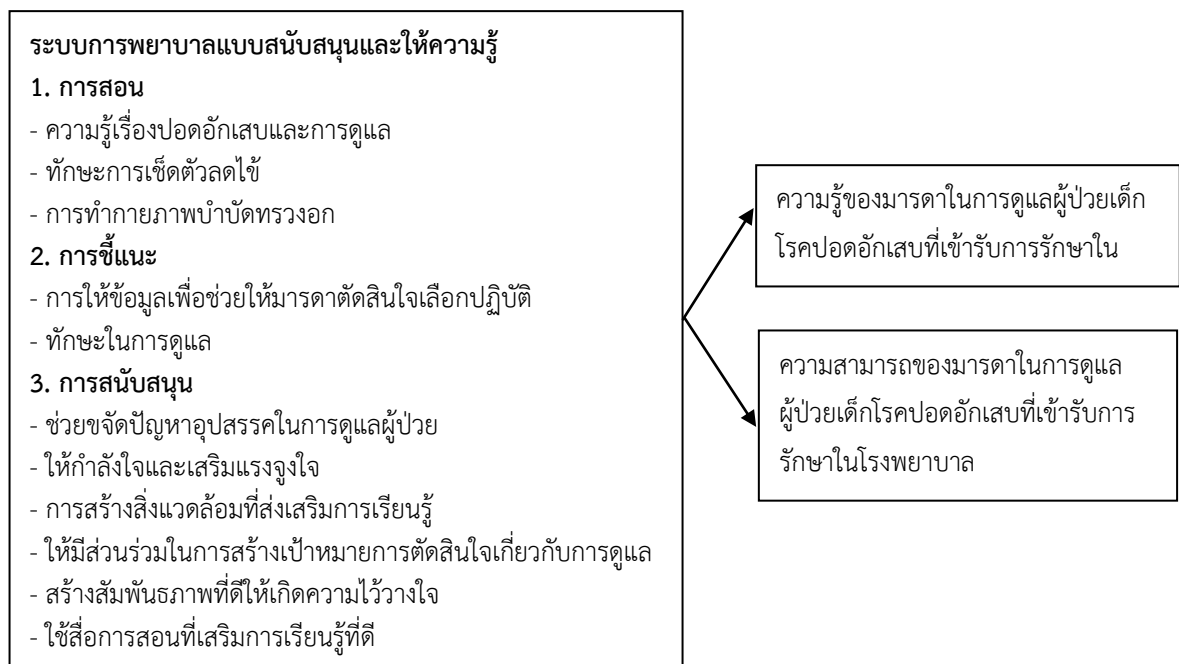
โรคปอดอักเสบในเด็กเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจที่องค์การอนามัยโลกระบุเป็นโรคที่เป็นปัญหาของโลก ในแต่ละปีมีเด็กทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ปีละประมาณกว่า 2 ล้านคน ในทุกๆนาทียังมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบอย่างน้อย 1 คน (Sectish & Prober, 2007) และเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของไทยเช่นเดียวกัน จากข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2558 พบรายงานอัตราผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราป่วยสูงสุดร้อยละ 45.3 หรือจำนวน 1,975.97 ต่อประชากรแสนคน (ศรียุญา ไชยยา, 2558) เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 เป็นวัยที่ยังไม่สามารถพัฒนาระบบภูมิคุ้มกันได้สมบูรณ์ ร่วมกับโครงสร้างทางกายวิภาคระบบทางเดินหายใจแคบและสั้น เจริญเติบโตไม่เต็มที่ จึงมีโอกาสเกิดปอดอักเสบได้ง่าย (Klossner & Hatfield, 2010) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงของเด็กต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับควันบุหรี่ ความพิการแต่กำเนิด และโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด เป็นต้น และปัจจัยด้านมารดาหรือผู้ดูแล เช่น การศึกษาน้อย และการมีพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยไม่ถูกต้อง (ศลิษา วิสุทธิแพทย์, 2547; Gereige & Laufer, 2013; Balyore, Lertsuphotvanit & Sareebutara, 2007; Siswanto, Bhuiyan & Chompikul, 2007)

มารดาเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อการดูแลและการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยของเด็ก เพราะเป็นบุคคลที่เด็กไว้วางใจ (สมฤดี เลิศงามมงคลกุล, 2554) เด็กที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่มักมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อาเจียน และไข้สูง ต้องการกิจกรรมการดูแลที่ตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อเนื่องเกือบตลอดเวลา เช่น การพ่นยาขยายหลอดลม การทำกายภาพบำบัดทรวงอก การเช็ดตัวลดไข้ การปลอบและการโอบกอด เป็นต้น เนื่องด้วยวัยเด็กเป็นวัยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กิจกรรมต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือดูแลภาวะเจ็บป่วยได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม ส่งเสริมการฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็ว แม้ว่ามารดาเป็นผู้มีส่วนร่วมดูแลกิจกรรมต่างๆ ให้เด็ก เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และเด็กไว้วางใจมากที่สุด แต่มารดาก็มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กมากเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะเมื่อบุตรต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร ช่วยส่งเสริมให้เด็กฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้ดี (พัฒนพร ตรีสุนัย และ ประนอม รอดคำดี, 2560) การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษารูปแบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อเตรียมความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1995) เป็นกระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้วยวิธีการสอน การชี้แนะ และการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้

เพื่อให้ผู้เรียนได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล สนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถคิดพิจารณาและตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ (แผนภูมิที่ 1) จึงใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาประยุกต์ใช้วางแผนการสอนและส่งเสริมให้มารดาได้พัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างมารดา กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กับมารดาที่ได้รับพยาบาลตามปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. มารดาของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (pre-test-post-test control group design) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 30 ราย ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เข้ากลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน ตามลำดับ เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มารดามีอายุมากกว่า 18 ปี 2) ผู้ป่วยเด็กอายุ 3 - 5 ปี รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบ 3) ผู้ป่วยไม่มีโรคอื่นร่วมและไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจ หอบเหนื่อย เชื้อรา สัญญาณชีพไม่คงที่ และความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่าร้อยละ 90 4) มารดาอยู่เฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาลด้วยตนเองทุกวัน และ 5) มารดามีความสามารถในการอ่าน ฟังและพูดภาษาไทย ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่มีนาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2558 โดยมารดากลุ่มทดลองได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนมารดากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง รูปแบบการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย
  - 1.1 การสอน หมายถึง การสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ การสอนสาธิต การเช็ดตัวลดไข้ และการทำกายภาพบำบัดทรวงอก เครื่องมือที่ใช้ให้ความรู้ ได้แก่
    - 1.1.1 วีดิโอเรื่องโรคปอดอักเสบเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการป้องกัน จัดทำโดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
    - 1.1.2 แผนการสอนเรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแล สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการป้องกัน
    - 1.1.3 แผ่นพับเรื่องโรคปอดบวม จัดทำโดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
    - 1.1.4 อุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกทักษะ ได้แก่ ปอดทวัดไข้ กะละมัง และผ้าเช็ดตัวลดไข้
  - 1.2 การชี้แนะ หมายถึง การให้ข้อมูลที่ช่วยให้มารดาตัดสินใจเลือกปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้ป่วย
  - 1.3 การสนับสนุน หมายถึง การให้กำลังใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมาย โดยการพูดให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ดี การสัมผัสมือเบาๆ เพื่อปลอบใจ
  - 1.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ หมายถึง การสร้างแรงจูงใจด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและจัดให้มารดาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัยเกี่ยวกับแนวทางที่มารดาใช้ดูแลผู้ป่วย การร่วมวางแผนเป้าหมายและการตัดสินใจในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และความเชื่อ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลของมารดาจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา จำนวนบุตรทั้งหมด ประสบการณ์การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและการดูแล ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลของบุตรจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง บุตรลำดับที่ ภาวะโภชนาการ การได้รับวัคซีนตามวัย การได้รับออกซิเจนในการรักษาครั้งนี้ วิธีการได้ยาในการรับการรักษาครั้งนี้ และประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ
  - 2.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามปรนัยแบบเลือกตอบจาก 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อคำตอบมีคำตอบถูกต้อง 1 ตัวเลือก เมื่อตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน คะแนนเต็มทั้งหมด 20 คะแนน กำหนดการแปลคะแนนเป็น

3 ระดับดังนี้ 0 - 6 คะแนน หมายถึงมีความรู้ระดับน้อย 7 - 13 คะแนน หมายถึงมีความรู้ระดับปานกลาง และ 14 - 20 คะแนน หมายถึงมีความรู้ระดับมาก

2.3 แบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ (Ever et al, 1986) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1995) ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยเด็กที่พร้อมในการดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปด้วยความจำกัดตามวัย ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก และการล้างจมูก แบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ มีตัวเลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 0 หมายถึงไม่สามารถดูแลได้ ระดับ 1 หมายถึงสามารถดูแลได้น้อย ระดับ 2 สามารถดูแลได้ปานกลาง และ ระดับ 3 สามารถดูแลได้มาก กำหนดการแปลคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ 0 - 19 คะแนน หมายถึงสามารถดูแลระดับน้อย 20 - 39 คะแนน หมายถึงสามารถดูแลระดับปานกลาง และ 40 - 60 คะแนน หมายถึงสามารถดูแลระดับมาก

2.4 แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก และการล้างจมูก การประเมินแบ่งเป็นปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแผนการสอนเรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแล แบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และแบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิสหการพยาบาลเด็กจำนวน 3 ท่าน จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงโดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และวัดความเที่ยงด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) พบว่าแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแลได้ค่า 0.91 และแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้ค่า 0.90

#### **การพิทักษ์สิทธิ**

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (COA No.53/2558) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจและสามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา

#### **ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติทำวิจัย ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบ เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 15 รายในช่วงแรก และกลุ่มทดลอง 15 รายในช่วงหลังตามลำดับ

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแล และแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จากนั้นเก็บข้อมูลอีกครั้งในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแล และแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

3. ภายหลังเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลและจัดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้กลุ่มทดลองตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับมารดาและผู้ป่วยเด็ก แนะนำสถานที่ ลักษณะการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล กฎระเบียบ และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแลและแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ รวมทั้งพูดคุยซักถามและสังเกตการดูแลของมารดาเมื่อบุตรมีไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ การเคาะปอด การให้อาหารและน้ำ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย โดยจัดบันทึกในแบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อนำมาวางแผนการสอน สาธิตและการให้การพยาบาล

วันที่ 2 จัดให้มารดาดูวิดีโอเรื่องโรคปอดอักเสบประมาณ 20 นาที และสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบประมาณ 20-30 นาที โดยใช้แผนการสอนพร้อมแจกแผ่นพับประกอบการสอน สอนสาธิตทักษะการทักทายภาพบำบัดทรวงอก และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ โดยเน้นพฤติกรรม การเช็ดตัวลดไข้ การทักทายภาพบำบัดทรวงอก และการล้างจมูก ที่พบว่ามารดาไม่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นรายบุคคล

วันที่ 3 จัดกลุ่มให้มารดาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวิเคราะห์สาเหตุของการเป็นโรคปอดอักเสบของบุตรในครั้งนี้ พร้อมเสนอแนวทางการแก้ไขและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หลังจากนั้นให้มารดาตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแลและ แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงร้อยละของข้อมูลทั่วไปของมารดาและบุตร และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) คะแนนความรู้และคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลระหว่างการพยาบาลตามปกติและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired - t - test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t - test กำหนดระดับนัยสำคัญที่  $<0.01$

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เหมือนกัน ดังนี้ อายุระหว่าง 18-28 ปี ร้อยละ 60.0 และร้อยละ 66.7 มีบุตร 2 คนร้อยละ 66.6 และร้อยละ 60 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60 และร้อยละ 93.3 ตามลำดับ แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร้อยละ 80 ในขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร้อยละ 53.3

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เหมือนกัน ดังนี้ อายุ 4-5 ปี ร้อยละ 86.2 และร้อยละ 86.7 น้ำหนัก 10-20 กิโลกรัม ร้อยละ 86.3 และร้อยละ 85.8 และมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 92.3 และร้อยละ 92.8 ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 100 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบและการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งก่อน ( $p < 0.001$ ) และหลังการทดลอง ( $p < 0.001$ ) โดยก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 5.47 \pm 2.06$ ) มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 9.47 \pm 2.53$ ) แต่ภายหลังทดลองกลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 20.00$ ) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 12.60 \pm 1.13$ )

คะแนนเฉลี่ยความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 1) แตกต่างกันทั้งก่อน ( $p < 0.001$ ) และหลังการทดลอง ( $p < 0.001$ ) โดยก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 15.33 \pm 7.57$ ) มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 33.60 \pm 1.84$ ) แต่ภายหลังทดลองกลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 53.53 \pm 3.51$ ) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 41.00 \pm 4.22$ )

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องปอดอักเสบและการดูแล ( $p < 0.001$ ) ความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ( $p < 0.001$ ) และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเกี่ยวกับ การเช็ดตัวลดไข้ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก และการล้างจมูก ( $p < 0.001$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องปอดอักเสบและการดูแล และความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n=15$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n=15$ ) ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

| การประเมิน                                         | $\bar{x}$ | S.D. | t-value | p-value |
|----------------------------------------------------|-----------|------|---------|---------|
| ความรู้เรื่องปอดอักเสบและการดูแล                   |           |      |         |         |
| ก่อนการทดลอง                                       |           |      |         |         |
| กลุ่มทดลอง                                         | 5.47      | 2.06 | - 4.55  | <0.001  |
| กลุ่มควบคุม                                        | 9.47      | 2.53 |         |         |
| หลังการทดลอง                                       |           |      |         |         |
| กลุ่มทดลอง                                         | 20.00     | 0.00 | 15.54   | <0.001  |
| กลุ่มควบคุม                                        | 12.60     | 1.13 |         |         |
| ความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ |           |      |         |         |
| ก่อนการทดลอง                                       |           |      |         |         |
| กลุ่มทดลอง                                         | 15.33     | 7.57 | -13.12  | <0.001  |
| กลุ่มควบคุม                                        | 35.60     | 1.84 |         |         |
| หลังการทดลอง                                       |           |      |         |         |
| กลุ่มทดลอง                                         | 53.53     | 3.15 | 10.82   | <0.001  |
| กลุ่มควบคุม                                        | 41.00     | 4.22 |         |         |

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องปอดอักเสบและการดูแล ความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการเช็ดตัวลดไข้ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก และการล้างจมูกระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=15)

| การประเมิน                                                              | $\bar{x}$ | S.D  | t-value | p-value |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|------|---------|---------|
| ความรู้เรื่องปอดอักเสบและการดูแล                                        |           |      |         |         |
| ก่อนการทดลอง                                                            | 5.47      | 2.06 | 10.25   | <0.001  |
| หลังการทดลอง                                                            | 20.00     | 0.00 |         |         |
| ความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ                      |           |      |         |         |
| ก่อนการทดลอง                                                            | 15.53     | 7.57 | 13.86   | <0.001  |
| หลังการทดลอง                                                            | 55.53     | 3.15 |         |         |
| พฤติกรรมของมารดาในการเช็ดตัวลดไข้ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก และการล้างจมูก |           |      |         |         |
| ก่อนการทดลอง                                                            | 1.40      | 0.51 | 09.69   | <0.001  |
| หลังการทดลอง                                                            | 3.00      | 0.00 |         |         |

## การอภิปรายผล

มารดาในกลุ่มที่ได้รับการระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบสูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายผลได้ว่าเพราะมารดาในกลุ่มทดลองนอกจากการได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วยังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล จากการสังเกตพฤติกรรมความสามารถและการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบทำให้สามารถวางระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ได้ตามปัญหาอุปสรรคหรือความพร้อมในการดูแลของมารดาแต่ละคน ถือได้ว่าเป็นการสนับสนุนและการให้ความรู้ตามความพร้อมของมารดาอย่างแท้จริงทำให้มารดาในกลุ่มทดลองต้องการเรียนรู้และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Grealish, 2000) การให้มารดามีส่วนร่วมวางแผน ตัดสินใจและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นการช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (สมฤดี เลิศงามมงคลกุล, 2554) โดยการใช้สื่อช่วยในการสอนและสาธิต ได้แก่ แผ่นพับเรื่องการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล การดูแลเมื่อมีไข้ วิธีการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง การดูแลเมื่อหายใจเหนื่อยหอบ การดูแลเมื่อไอมีเสมหะ และการทำกายภาพบำบัดทรวงอก ช่วยให้มารดาสามารถเข้าใจและเรียนรู้ได้ครบถ้วนอย่างรวดเร็ว จนสามารถนำไปปฏิบัติได้ (รัชณี นาคสี, 2553; สมฤดี เลิศงามมงคลกุล, 2554)

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จึงเป็นระบบการพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยอื่นๆที่ประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็มกับผู้ป่วยในบริบทต่างๆ (วันทนี ดวงแก้ว, 2554; มนัสมีน เจาะโนะ, 2555; พัฒนพร ตรีสุนย์ และ ประนอม รอดคำดี, 2560) โดยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ ให้ความสำคัญกับการทำกายภาพบำบัดทรวงอกมากที่สุด เนื่องจากพบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความรู้และความสามารถในการเรื่องนี้น้อย ทั้งๆที่เป็นสิ่งจำเป็นต่อการลดอาการเหนื่อยจากการอุดตันของสิ่งคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งเสริมการเป็นโรคปอดอักเสบของผู้ป่วยและการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นสิ่งที่มารดาต้องการ

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อสร้างความรู้สึกไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับมารดา ทำให้มารดามีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการเรียนรู้การดูแลบุตรมากขึ้น
2. ควรใช้สื่อประกอบการสอนเพื่อให้มารดาเข้าใจถึงการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลได้ง่ายและรวดเร็ว
3. ผู้บริหารการพยาบาล ควรให้การสนับสนุนการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนำไปใช้ในการสอนพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกัน

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. ควรติดตามผลการวิจัยในระยะยาว เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการประเมินความรู้และความสามารถซ้ำอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำอีกครั้งและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ควรศึกษาวิจัยโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของมารดาในผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคอื่นๆ

## เอกสารอ้างอิง

- พัฒนพร ตรีสุนัย และ ประนอม รอดคำดี. (2560). ผลของโปรแกรมการสอนแนะนำมารดาต่อพฤติกรรมดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35*(1), 55 – 63.
- มนัสมีน เจโนะ. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- รัชนิ นาคสี. (2553). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อการรับรู้และพฤติกรรมดูแลของมารดา ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- วันทนีย์ ดวงแก้ว. (2554). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 3*(3), 1 - 16.
- ศรีัญญา ไชยยา. (2558). โรคปอดอักเสบ. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558. 47*(28), 101 – 103.
- ศลิษา วิสุทธิแพทย์. (2547). ปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลตรด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- สมฤดี เลิศงามมงคลกุล. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล).



- Balyore, A., Lertsuphotvanit, S. & Sareebutara, W. (2007). The knowledge and behavior on prevention of acute respiratory infection (ARIs) in children. *Journal of Health Science*, 16(4), 597-605.
- Evers, G.C., Isenberg, M.A., Philipsen, H., Brouns, G., Halfens, R. & Smeets, H. (1986). *The Appraisal of Self-care Agency's ASA-scale: research program to test reliability and validity*. In Proceedings of the International Nursing Research Conference "New Frontiers in Nursing Research" (p. 130). Edmond: University of Alberta.
- Gereige, S, Laufer. (2013). Pneumonia. *Pediatrics in review*, 34(10), 438-456.
- Grealish, L. (2000). The skill of coach are an essential element in clinical Learning. *Journal of Advance Nursing*, 13, 649-661.
- Klossner, N. & Hatfield, T. (2010). *Introductory maternity & pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincottwilliu & wilkins.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concept of practice* (3<sup>rd</sup>ed). New York:McGraw Hill.
- Siswanto, E., Bhuiyan, S.U. & Chompikul, J. (2007). Knowledge and perception of pneumonia disease among mothers of children under five years at attending Nakhon Pathom general hospital, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 5(2), 43-54.
- Sectish, T.C. & Prober, C.G. (2007). *Pneumonia*. In R.M. Kliegman, R.E. Behrman, H.B. Jenson & B.F. Stanton (Eds). *Nelson Textbook of Pediatrics* (18<sup>th</sup>ed, p. 1795-99). Philadelphia: Saunders.

## ปกิณกะ

### งานพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม “ไอแอม” เพิ่มองศาข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์\*

## ชื่อโครงการ

นวัตกรรม “ไอแอม” เพิ่มองศาข้อเข่าหลังผ่าตัด

## ที่มา/มูลเหตุจูงใจ

ปัญหาข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาการปวดข้อในผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี พบว่าเกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 50 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 3 ต่อ 1 (กิริติ เจริญชลวานิช, 2559) โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับกระดูกอ่อนข้อต่อ (articular cartilage) จากสาเหตุความเสื่อมตามอายุที่มากขึ้นและจากการที่ข้อเข่าเป็นข้อที่รับน้ำหนักมากกว่าข้ออื่นๆในร่างกาย (สุภาพ อารีย์เอื้อ, 2551) การได้รับแรงกระทำส่งผ่านมายังข้อซ้ำๆ ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดจากภาวะเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อและสึกกร่อน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อเข่า ข้อเข่าโก่ง งอ และยึดติด หากการดำเนินของโรคมารถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงและไม่สามารถเดินได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง แผนการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมระยะนี้คือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้วัสดุจำลองข้อเข่าใส่แทนส่วนที่เสียไปทำให้การเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น มีความมั่นคง และลดปวดขณะเคลื่อนไหว

เป้าหมายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม คือการลดอาการปวด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ข้อเข่าในกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงคนปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี บทบาทพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพื่อป้องกันข้อเข่ายึดติดจึงมีความสำคัญมาก เพราะมีผลต่อการเดินที่มั่นคงและการทำกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสมโดยเร็ว แผนการพยาบาลโดยทั่วไป ประกอบด้วยการกระตุ้นและการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถบริหารข้อเข่าหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มพิสัยการเหยียดและการงอของข้อเข่า ป้องกันภาวะข้อเข่าติดแข็งและภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ โดยมีการใช้เครื่องขยับข้อเข่าแบบต่อเนื่อง (continuous passive motion: CPM) ช่วยในการบริหารเพิ่มองศาของข้อเข่าให้ได้พิสัยการงออย่างน้อย 65 องศาสำหรับการเดินและอย่างน้อย 105 องศาสำหรับการลุกยืนจากเก้าอี้ แต่โรงพยาบาลมีจำนวนเครื่องขยับข้อเข่าแบบต่อเนื่องจำกัด รวมทั้งเครื่องนี้มีราคาแพง ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมจากการใช้กระดานสไลด์ (slide board) มาสร้างเป็นนวัตกรรม “ไอแอม” (intermittent active motion: IAM) ในการช่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบริหารเพิ่มองศาข้อเข่า

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 8 A และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

## เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีพิสัยการงอข้อเข่าเพิ่มหลังการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” ช่วยในการบริหารข้อเข่า
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพึงพอใจการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” ในการช่วยบริหารข้อเข่า
3. ลดค่าใช้จ่ายขององค์กรในการจัดหาเครื่องช่วยบริหารข้อเข่าสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

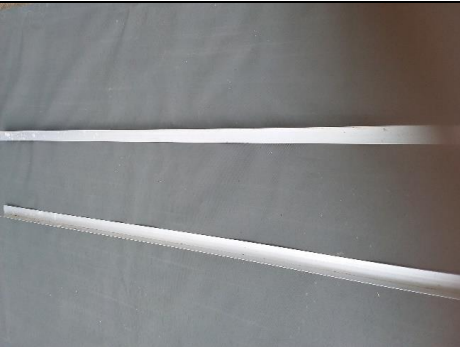
## การดำเนินการที่ปรับปรุง

1. การสร้างนวัตกรรม “ไอแอม” โดยใช้หลักการทำงานเดียวกับเครื่องขยับข้อเข่าแบบต่อเนื่อง ขั้นตอนดังนี้
  - 1.1 เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ (ตารางที่ 1)

### ตารางที่ 1 อุปกรณ์การสร้างนวัตกรรม “ไอแอม”

| อุปกรณ์                                                                                                                     | ภาพอุปกรณ์                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1.1 ไม้ด้านข้าง เป็นไม้เบญจพรรณชนิดเนื้ออ่อน จำนวน 2 ชิ้น ขนาดความยาว 88 เซนติเมตร กว้าง 42 มิลลิเมตร และหนา 18 มิลลิเมตร |   |
| 1.1.2 ไม้รองพื้น จำนวน 7 ชิ้น ขนาดความยาว 115 มิลลิเมตร กว้าง 42 มิลลิเมตร และหนา 18 มิลลิเมตร                              |  |

### ตารางที่ 1 อุปกรณ์การสร้างนวัตกรรม “ไอแอม” (ต่อ)

| อุปกรณ์                                                                                                                                     | ภาพอุปกรณ์                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1.3 ไม้รองเท้า (ไม้เนื้อแข็ง) ตัดลูกป็นล้อยจำนวน 1 ชิ้น ขนาดความยาว 19 เซนติเมตร กว้าง 11 เซนติเมตร และหนา 20 มิลลิเมตร                   |    |
| 1.1.4 ฉากอลูมิเนียม จำนวน 2 ชิ้น ขนาดความยาว 84.5 เซนติเมตร กว้าง 20 มิลลิเมตรและหนา 20 มิลลิเมตร                                           |   |
| 1.1.5 ลูกป็นล้อย จำนวน 4 ลูก สันผ่าศูนย์กลาง 22 มิลลิเมตร สำหรับติดไม้รองเท้า ใช้เป็นตัวเลื่อนในราง                                         |  |
| 1.1.6 ไม้ประกบด้านบน (ไม้เบญจพรรณ) สำหรับประกบไม้รองพื้นด้านบน จำนวน 2 ชิ้น ขนาดความยาว 88 เซนติเมตร กว้าง 25 มิลลิเมตร และหนา 10 มิลลิเมตร |  |
| 1.1.7 อุปกรณ์อื่นๆ ได้แก่ หนังสำหรับหุ้มไม้ชนิดหยาบ กาวยาง สกรูยิง ยางรองสันเท้า ยารองต้นขา ลูกแม็ก และยางหุ้มขนาดความยาว 115 มิลลิเมตร     |                                                                                      |

## 1.2 วิธีการประดิษฐ์ (ตารางที่ 2) ดังนี้

ตารางที่ 2 วิธีการประดิษฐ์นวัตกรรม “ไอแอม”

| ขั้นตอน                                                                                                                                                                                                                                                                | ภาพขั้นตอน                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2.1 นำไม้ด้านข้างทากาวยางติดกับไม้รองพื้น และยึดด้วยสกรู หลังจากนั้นใช้ไม้รองพื้นวางด้านล่างเป็นฐาน                                                                                                                                                                  |    |
| 1.2.2 นำฉลากอลูมิเนียมติดกาวทางด้านในของไม้ด้านข้างทั้ง 2 ด้าน และยึดด้วยสกรูส่วนต้น และส่วนปลาย                                                                                                                                                                       |   |
| 1.2.3 นำไม้รองเท้าติดลูกปืนล้อ และวางใส่ในฉากอลูมิเนียม                                                                                                                                                                                                                |  |
| 1.2.4 นำไม้ประกบด้านบนมาวางทับไม้ด้านข้าง และติดล้อไม้รองเท้าโดยทากาวยางและยิงด้วยลูกแม็ก จากนั้นนำไม้รองพื้นจำนวน 2 ชิ้นมาปิดบริเวณส่วนต้นและส่วนปลายของฉากอลูมิเนียม โดยควรยึดด้วยสกรูบริเวณส่วนท้าย เพื่อให้สามารถถอดไม้รองเท้าบริเวณที่ติดลูกปืนล้อออกมาซ่อมแซมได้ |  |

## ตารางที่ 2 วิธีการประดิษฐ์นวัตกรรม “ไอแอม” (ต่อ)

| ขั้นตอน                                    | ภาพขั้นตอน                                                                          |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2.5 นำหนังมาหุ้มบริเวณไม้เท้าด้วยกาวยาง  |   |
| 1.2.6 นำยางมาหุ้มบริเวณส่วนต้นขาให้ผู้ป่วย |  |

## 2. การนำไปใช้

2.1 แนะนำนวัตกรรม “ไอแอม” และประโยชน์การใช้กับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในวันแรกที่เตรียมการผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจใช้นวัตกรรม “ไอแอม” ด้วยตนเอง

2.2 เมื่อผู้ป่วยสมัครใจ ทำการสาธิตพร้อมอธิบายขั้นตอนการบริหารข้อเข่าด้วยนวัตกรรม “ไอแอม” ในรูปแบบการออกกำลังกายด้วยการออกแรงเอง (active exercise) ทั้งทำนั่งและทำนอน (ตารางที่ 3) เริ่มจากการวางส้นเท้าบริเวณไม้รองเท้า จัดท่าตั้งแต่ส้นเท้าจนถึงต้นขาวางท่าตรงในแนวราบบนนวัตกรรม “ไอแอม” จากนั้นให้ผู้ป่วยใช้กำลังดึงไม้รองเท้าขึ้นลงเป็นการออกกำลังกายข้อเข่าด้วยตนเองเท่าที่สามารถทำได้ และค่อยๆเหยียดออก ทำครั้งละ 10 รอบ อย่างน้อยวันละ 10 ครั้ง

2.3 ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” ทุกครั้ง เช่น อาการปวดและลักษณะบาดแผลผ่าตัด

2.4 ประเมินอาการผิดปกติหลังการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” ทุกครั้ง

### ตารางที่ 3 วิธีการออกกำลังกายข้อเข่าด้วยนวัตกรรม “ไอแอม” ในท่านอน

| ท่าการออกกำลังกาย | ภาพการออกกำลังกาย                                                                   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.4.1 ท่าเหยียด   |   |
| 2.4.2 ท่างอ       |  |

### 3. การประเมินผล

3.1 ประเมินผลผลการออกกำลังกายข้อเข่าข้างที่ได้รับการผ่าตัดในวันที่ 1 ถึง 3 หลังการผ่าตัด โดยทำการวัดผลผลการออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อวัน คือ เวลา 08.00 น. และ 18.00 น. เพื่อเปรียบเทียบผลผลการออกกำลังกายช่วงก่อนเริ่มและหลังการออกกำลังกายบริหารด้วยการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” ในแต่ละวัน

3.2 ประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” ในการช่วยออกกำลังกายบริหารข้อเข่าหลังผ่าตัด โดยให้บอกความรู้สึกเป็นคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 100 กำหนดคะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด และ 100 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด หัวข้อการประเมินความพึงพอใจ ได้แก่

- 3.2.1 ท่านคิดว่านวัตกรรมมีประโยชน์ต่อการบริหารข้อเข่า
- 3.2.2 นวัตกรรมช่วยให้ท่านบริหารข้อเข่าได้มากขึ้น
- 3.2.3 ท่านรู้สึกสะดวกสบายขณะบริหารข้อเข่าโดยใช้นวัตกรรม
- 3.2.4 ท่านคิดว่านวัตกรรมมีความเหมาะสมในการใช้บริหารข้อเข่า
- 3.2.5 ท่านมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

3.3 ประเมินเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายขององค์กรในการจัดหาเครื่องช่วยบริหารข้อเข่าสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างเครื่องขยับข้อเข่าแบบต่อเนื่องและนวัตกรรม “ไอแอม”

## ผลลัพธ์

ผลประเมินการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 10 ราย พบว่า

1. พิสัยการงอข้อเข่าข้างที่ได้รับการผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ออกกําลังกายบริหารด้วยการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” เพิ่มขึ้นเรื่อยๆตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 3 หลังการผ่าตัด (ตารางที่ 4)
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ออกกําลังกายบริหารด้วยการใช้นวัตกรรม “ไอแอม” มีความพึงพอใจมาก โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยมากกว่า 90 (ตารางที่ 5)
3. ค่าใช้จ่ายขององค์กรในการจัดหาวัตกรรมการ “ไอแอม” สำหรับให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมออกกําลังกายบริหารข้อเข่ามีราคาถูกกว่าเครื่องขยับข้อเข่าแบบต่อเนื่องประมาณ 385 เท่า โดยนวัตกรรม “ไอแอม” ราคา 700 บาท และเครื่องขยับข้อเข่าแบบต่อเนื่องราคา 270,000 บาท

**ตารางที่ 4** การประเมินพิสัยของข้อเข่าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ออกกําลังกายบริหารด้วยการใช้นวัตกรรม “ไอแอม”

| วันที่ประเมิน       | เวลา 08.00 น. | เวลา 18.00 น. |
|---------------------|---------------|---------------|
| วันที่ 1 หลังผ่าตัด | 31 องศา       | 68 องศา       |
| วันที่ 2 หลังผ่าตัด | 70 องศา       | 90 องศา       |
| วันที่ 3 หลังผ่าตัด | 90 องศา       | 95 องศา       |

**ตารางที่ 5** ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ออกกําลังกายบริหารด้วยการใช้นวัตกรรม “ไอแอม”

| หัวข้อประเมิน                                          | คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย |
|--------------------------------------------------------|------------------------|
| 1.ท่านคิดว่านวัตกรรมมีประโยชน์ต่อการบริหารข้อเข่า      | 96                     |
| 2.นวัตกรรมช่วยให้ท่านบริหารข้อเข่าได้มากขึ้น           | 96                     |
| 3.ท่านรู้สึกสะดวกสบายขณะบริหารข้อเข่าโดยใช้นวัตกรรม    | 92                     |
| 4.ท่านคิดว่านวัตกรรมมีความเหมาะสมในการใช้บริหารข้อเข่า | 96                     |
| 5.ท่านมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม                    | 96                     |

## เอกสารอ้างอิง

- กิริติ เจริญชลวานิช. (2559). ศัลยศาสตร์บูรณะสภาพข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศิริราช.
- สุภาพ อารีย์เอื้อ และ นภาพรณ ปิยขจรโรจน์. (2551). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกําลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23, 72-84.



## ปกิณกะ

### ประสบการณ์การสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วย ในระบบปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล

วิทยา โพธิ์หลวง\*

ภายหลังที่ผมผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ความรู้สึกและทัศนคติในการทำงานของผมเปลี่ยนไป จากที่เคยทำงานให้หมดเวลาไปวันๆกลายเป็นมีความคิดที่ต้องการจะพัฒนาตัวเอง ทีม และระบบการปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล (Emergency Medical Service: EMS) ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย แม้รู้ว่าการควบคุมปัจจัยรอบด้านขณะปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลจะมีความยากลำบาก เพราะข้อจำกัดและความแตกต่างหลายรูปแบบในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ไม่เหมือนการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้บริการระบบปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้จากปัจจัย 4 อย่าง (The Canadian Patient Safety Institute, 2008) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการมองเห็น การได้ยิน การตัดสินใจแก้ปัญหาหรือเลือกใช้อุปกรณ์ และความปลอดภัยของบุคลากรในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ความมืดหรือแสงสว่างไม่เพียงพอ เสียงดัง พื้นที่สูง พื้นที่แคบ ความสับสนวุ่นวาย สภาวะกดดันจากบุคคลอื่นที่อยู่ในที่เกิดเหตุ และสัตว์ร้ายต่างๆ

2. ปัจจัยด้านผู้รับบริการ หมายถึงปัจจัยปัญหาจากทั้งผู้ป่วยและผู้แจ้งเหตุสถานการณ์ฉุกเฉิน ที่มีผลต่อการแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วยและหรือการเข้าช่วยเหลือ ได้แก่ ปัญหาสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ เช่นอยู่ในภาวะเมาสุราหรือใช้สารเสพติด ปัญหาสภาวะการไม่มั่นคงทางอารมณ์ เช่น ตกใจ หวาดกลัว และตื่นเต้น ปัญหาความไม่รู้และไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ต้องขอข้อมูลต่างๆในการออกปฏิบัติการช่วยเหลือ ทำให้การสื่อสารไม่ได้ข้อมูลที่สำคัญหรือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน และปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น การใช้ภาษาที่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยด้านบุคลากร ที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน เช่น ปัญหาสุขภาพ และความไม่พร้อมด้านความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และการควบคุมอารมณ์จากความเครียดและความตื่นเต้น

4. ปัจจัยด้านระบบ ได้แก่ ปัญหาความพร้อมด้านโครงสร้างของระบบการปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล เช่น ความพร้อมใช้ของแนวทางปฏิบัติต่างๆ และปัญหาการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่หลากหลายหน่วยงาน เช่น ศูนย์สั่งแจ้งเหตุและสั่งการ อาสาสมัครกู้ภัย ทหาร ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ดับเพลิง ที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการสื่อสารและประสานงานจากความแตกต่างของความรู้ ทักษะ และนโยบายของแต่ละหน่วยงาน เป็นต้น

ประสบการณ์การสร้างความปลอดภัยให้ผู้ป่วยในระบบปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาลครั้งนี้ หมายถึงปัจจัยด้านระบบเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล ตั้งแต่การออกแบบใบบันทึกข้อมูล การบันทึกข้อมูล การทบทวน เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือช่องโหว่ของการปฏิบัติงาน และการพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล ดังนี้

\*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

1. การออกแบบบันทึกข้อมูลขณะปฏิบัติงานระบบการปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล (ภาพที่ 1) โดยออกแบบบันทึกให้เรียงหัวข้อตามลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสะดวกและสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน



### THAMMASAT OUT OF HOSPITAL EMERGENCY MEDICAL CARE FORM

|                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                           |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|
| ข้อมูลรับแจ้งเหตุ.....                                                                                                                                                                    |                  | Date.....Time.....                                                        |                  |
| .....                                                                                                                                                                                     |                  | Ambulance Leader.....                                                     |                  |
| <b>Patient information</b>                                                                                                                                                                |                  |                                                                           |                  |
| Name.....                                                                                                                                                                                 |                  | Age.....Sex.....U/D.....                                                  |                  |
| รหัสตอบสนอง <input type="checkbox"/> แดง <input type="checkbox"/> เหลือง <input type="checkbox"/> ไม่ทราบรหัส                                                                             |                  | หน่วยปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ILS <input type="checkbox"/> ALS |                  |
| Scene triage <input type="checkbox"/> Emergent <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Non-urgent <input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> แจ้งยกเลิก |                  |                                                                           |                  |
| <b>EMS DATA</b>                                                                                                                                                                           |                  |                                                                           |                  |
| Team activated time                                                                                                                                                                       | Hospital depart  | Scene arrival                                                             | Scene depart     |
|                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                           |                  |
| Dispatch time (min)                                                                                                                                                                       | Start time (min) | Response time (min)                                                       | Scene time (min) |
|                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                           |                  |
| At destination                                                                                                                                                                            |                  |                                                                           |                  |
| Return to base                                                                                                                                                                            |                  |                                                                           |                  |
| Distance (min)                                                                                                                                                                            |                  |                                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                           |                  |
| <b>Scene and History</b>                                                                                                                                                                  |                  |                                                                           |                  |
|                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                           |                  |
| <b>Physical exam</b>                                                                                                                                                                      |                  | <b>Impression</b>                                                         |                  |
| GA                                                                                                                                                                                        |                  | <b>Scene Management</b>                                                   |                  |
| A                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                           |                  |
| B                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                           |                  |
| C                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                           |                  |
| D                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                           |                  |
| <b>other findings</b>                                                                                                                                                                     |                  |                                                                           |                  |
| EKG.....DTX.....                                                                                                                                                                          |                  | <b>Immobilization</b>                                                     |                  |
| <b>Result</b>                                                                                                                                                                             |                  |                                                                           |                  |
| <input type="checkbox"/> Stabilized <input type="checkbox"/> Lifesaving <input type="checkbox"/> Worsening                                                                                |                  | Time                                                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> Advice <input type="checkbox"/> Against advice <input type="checkbox"/> Dead                                                                                     |                  | BT                                                                        |                  |
| Transport to.....HN.....                                                                                                                                                                  |                  | BP                                                                        |                  |
| Reason.....                                                                                                                                                                               |                  | PR                                                                        |                  |
| <b>Communication</b>                                                                                                                                                                      |                  | RR                                                                        |                  |
| Hospital Activation <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> No                                                                                                              |                  | SpO2                                                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> code A <input type="checkbox"/> code B <input type="checkbox"/> code C <input type="checkbox"/> code M <input type="checkbox"/> Fast track*                      |                  |                                                                           |                  |
| *Note: Fast track MI/Stroke                                                                                                                                                               |                  |                                                                           |                  |
| Recorder .....                                                                                                                                                                            |                  |                                                                           |                  |

2. การบันทึกข้อมูล ในแต่ละครั้งของการออกเหตุ ผู้ปฏิบัติจะได้รับความรู้และประสบการณ์ในการเตรียมความพร้อมของตนเอง การจัดการกับสถานที่และสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้ป่วย และการประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทางที่หลากหลายและแตกต่างกัน การบันทึกข้อมูลขณะปฏิบัติงานจึงเป็นการช่วยให้ได้มาซึ่งข้อมูลตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพในการพัฒนาระบบ และการส่งต่อข้อมูลให้เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่องที่ติดอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวข้อหลักในการบันทึกข้อมูล ดังนี้

2.1 ข้อมูลรับแจ้งเหตุ เป็นข้อมูลที่ได้รับจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การบันทึกข้อมูลตามที่ได้รับแจ้ง จะช่วยให้นำมาใช้ในการประเมินความครบถ้วนของข้อมูลได้ และสามารถนำมาทำการสะท้อนกลับต่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ กรณีพบว่าข้อมูลคลาดเคลื่อนหรือไม่ตรงตามจริง

2.2 รหัสตอบสนองและ scene triage โดยรหัสตอบสนองเป็นข้อมูลที่ได้รับจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ส่วน scene triage เป็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินของผู้ปฏิบัติงานขณะออกเหตุ การบันทึกข้อมูลจะสามารถนำมาใช้ในการประเมินความถูกต้องและความสอดคล้อง เรื่องการให้ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วย และการกระตุ้นทีมของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและการปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล

2.3 EMS data คือการบันทึกเวลาปฏิบัติงานตามจริงของผู้ปฏิบัติงานฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล หากมีการใช้เวลาในส่วนใดเกินมาตรฐาน ควรระบุเหตุผลเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขที่ตรงกับปัญหา กำหนดเวลามาตรฐาน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559; Blanchard et.al., 2012) ดังนี้

2.3.1 dispatch time หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุ (team activate time) จนถึงเวลาที่แจ้งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินออกบริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในที่นี้ชุดปฏิบัติการคือ ชุดปฏิบัติการระดับสูงของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (hospital depart) ภายใน 2 นาที

2.3.2 response time หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุ (team activate time) จนถึงเวลาที่ทีมปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุหรือถึงผู้ป่วย (scene arrival) ภายใน 8 นาที

2.3.3 scene time หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่เวลาที่ทีมปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุหรือถึงผู้ป่วย (scene arrival) จนถึงเวลาออกจากที่เกิดเหตุ (scene depart) กรณี major trauma ภายใน 10 นาที

2.4 scene and history หมายถึงการบันทึกข้อมูลเพื่อบรรยายลักษณะทางกายภาพที่เห็นของสถานที่เกิดเหตุโดยละเอียด เหตุการณ์เบื้องต้นที่พบ อาการและประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมจากที่ได้รับจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยการอธิบายลักษณะที่เกิดเหตุโดยละเอียด สามารถช่วยสนับสนุนการพยากรณ์โรคสาเหตุของการเจ็บป่วย และกำหนดแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยของทีมปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาลและทีมปฏิบัติการที่ติดอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังช่วยให้มองเห็นความเสี่ยง ข้อควรระวังหรือโอกาสเกิดอันตรายต่างๆทั้งต่อตัวผู้ป่วยและทีมปฏิบัติการ ทำให้ทีมปฏิบัติการสามารถจัดการสถานการณ์และตัดสินใจเลือกวิธีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างการบันทึก เช่น “ที่เกิดเหตุเป็นบ้านพักคนงานติดกับโรงงานทำสีพลาสติก มีเสียงดัง ทางเข้าบ้านเป็นกระดานไม้พาดข้ามคลอง ลักษณะไม่มั่นคงในบ้านผู้ป่วยเป็นห้องปิดทึบ ค่อนข้างเล็กและมืด อากาศไม่ถ่ายเท พบผู้ป่วยนอนหมดสติไม่หายใจอยู่บนเบาะนอน ข้างตัวมียาพ่น MDI ตกอยู่” ทำให้ทีมปฏิบัติการคาดการณ์ถึงสาเหตุภาวะหัวใจหยุดเต้นที่แก้ไขได้และตัดสินใจดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างรวดเร็ว โดยรีบทำการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนหลังจากผู้ป่วยเริ่มมีสัญญาณบ่งบอกถึงการกลับมาเต้นของหัวใจ (Return of Spontaneous Circulation) จึงทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้แผ่นกระดานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพร้อมหมอนล็อกคอ (spinal board) วิธีการออกจากที่เกิดเหตุหรือข้ามสะพานทางออก ผู้ทำการเคลื่อนย้ายใช้แรงผลักและดึงแผ่นกระดานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

โดยไม่เย็นบนสะพานเพราะลักษณะสะพานเปราะบางอาจเกิดความไม่ปลอดภัย เมื่อขึ้นรถพยาบาลผู้ปฏิบัติการทำการพ่นยาผ่านทางท่อช่วยหายใจและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจนส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล

2.5 physical exam/ scene management และ immobilization เป็นการบันทึกเกี่ยวกับการตรวจร่างกายเบื้องต้น การให้การรักษายาบาล การจัดการสถานการณ์ให้มีความปลอดภัยหรือเอื้อประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย การยึดตรึงและการเคลื่อนย้าย เพื่อสามารถนำข้อมูลมาทบทวนคุณภาพการปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล และนำมาส่งต่อให้ทีมปฏิบัติการที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทราบถึงปัญหาและการรักษายาบาลที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว สามารถวางแผนการรักษายาบาลต่อได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่างการบันทึก เช่น “ผู้ป่วยชาย 45 ปี เรียกไม่รู้สีกตัว คลำชีพจรไม่ได้ เนื่องจากเป็นเบาหวานและพื้นที่แคบไม่สามารถทำการฟื้นคืนชีพทันที จึงทำการย้ายผู้ป่วยออกจากห้องมาบริเวณลานกว้างหน้าบันได อย่างไรก็ดีตามยังไม่สามารถทำการฟื้นคืนชีพได้เพราะมีฝูงชนจำนวนมาก ใช้เวลาในการเคลื่อนย้ายและควบคุมพื้นที่ 8 นาทีถึงจะทำการฟื้นคืนชีพได้ ผลการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าครั้งแรกพบเป็น asystole ได้ตัดสินใจทำการฟื้นคืนชีพ ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ adrenaline 1:1000 จำนวน 3 หลอด ณ ที่เกิดเหตุใช้เวลา 10 นาที ใช้เวลาเดินทางถึงโรงพยาบาลอีก 15 นาที เมื่อถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยยังคงมีคลื่นหัวใจไฟฟ้าเป็น asystole แม้ว่าจะได้รับการช่วยชีวิตตามมาตรฐานและได้รับ adrenaline 1:1000 ทั้งหมดจำนวน 8 หลอด” เมื่อแจ้งทีมปฏิบัติการที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินเรื่องขั้นตอนการช่วยชีวิตอย่างต่อเนื่องตลอด 33 นาทีนับจากเวลาที่ทีมปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุ ช่วยให้ทีมสามารถวางแผนการปฏิบัติการช่วยชีวิตและแจ้งข่าวกับญาติได้อย่างรอบคอบและน่าเชื่อถือ

2.6 communication เป็นการบันทึกสรุปข้อมูล physical exam/ scene management และ immobilization ที่ตรวจพบหรือให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งต่อให้โรงพยาบาลปลายทาง

2.7 result เป็นการบันทึกสรุปบันทึกผลการรักษาเบื้องต้น และเหตุผลที่นำส่งโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อการประเมินคุณภาพและความเหมาะสมในการปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล

3. การทบทวนเพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือช่องโหว่ของการปฏิบัติงาน โดยการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาลทุกราย กรณีพบความเสี่ยงควรทำการประชุมร่วมทีม (conference) เพื่อทำการค้นหาสาเหตุและวางแผนแนวทางแก้ไข และควรนำมาสรุปส่งต่อข้อมูลประสบการณ์ให้แก่บุคลากรอื่นๆเพื่อให้เฝ้าระวังหรือวางแผนป้องกันในการออกปฏิบัติการครั้งต่อไป ยกตัวอย่าง เช่น พบอุบัติการณ์ response time หรือระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุ (team activate time) จนถึงเวลาที่ทีมปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุหรือถึงผู้ป่วย (scene arrival) ไม่ได้ตามมาตรฐานภายใน 2 นาทีช่วงฤดูฝน จึงทำการสืบค้นปัญหาพบว่าเกิดจากความไม่พร้อมของรถพยาบาล เพราะเมื่อรถพยาบาลถูกขับเคลื่อนในช่วงฝนตก ส่งผลให้ผ้าเบรกเปียกน้ำ ทำให้การเบรกไม่มีประสิทธิภาพ และบ่อยครั้งที่พบปัญหาการหาบ้านผู้ป่วยไม่พบหรือใช้เวลาค้นหาพิกัดนาน โดยเฉพาะลักษณะที่พักอาศัยเป็นหมู่บ้านจัดสรร มีจำนวนซอยค่อนข้างมากและตึกลักษณะคล้ายกันทั้งหมด

4. การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล จากอุบัติการณ์ผ้าเบรกเปียกน้ำ ได้กำหนดนโยบายให้พนักงานขับรถที่มารับเวรต่อจะทำการขับรถวนรอบตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 รอบทุกครั้งของการรับเวร หากมีภาวะผิดปกติต้องรีบดำเนินการแก้ไขหรือเปลี่ยนรถก่อนเกิดเหตุจริง ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำภายหลังผลการดำเนินการ และอุบัติการณ์หาบ้านผู้ป่วยไม่พบหรือใช้เวลาค้นหาพิกัดนาน กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาโดยวางแผนร่วมกับเจ้าของหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ทำการจัดตั้งโครงการอบรมอาสาสมัครหมู่บ้าน และกำหนดช่องทางการแจ้งเหตุของศูนย์รับแจ้งเหตุและส่งการไปทั้งที่โรงพยาบาลและอาสาสมัคร ผลการดำเนินการพบว่าสถิติ response time ได้ตามมาตรฐานภายใน 2 นาทีเพิ่มสูงขึ้น เป็นผลจากการที่เมื่ออาสาสมัครได้รับการแจ้งเหตุ จะชี้รถจักรยานยนต์มารอรับรถพยาบาลที่หน้าหมู่บ้านและนำทางไปยังบ้านของผู้ป่วย

การที่ผมได้มาเรียนในหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ช่วยให้ผมทำหน้าที่ในการปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาลได้อย่างรอบคอบและปลอดภัย จากการได้รับความรู้วิชาการ การฝึกทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการทำเวชกรรม การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดต่อสื่อสาร การประสานงาน และการเป็นผู้นำ หลักสูตรนี้ได้สอนวิธีคิดและแนวทางการพัฒนางานให้มีมาตรฐาน ผมรู้สึกภาคภูมิใจทุกครั้งที่ยกให้กับผู้อื่นว่าเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

### เอกสารอ้างอิง

- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2559). รายงานผล การประเมินคุณภาพและตรวจสอบชดเชย ค่าบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2559. กรุงเทพมหานคร: อาร์ตควอลิไฟท์.
- The Canadian Patient Safety Institute. (2008). Patient Safety in Emergency Medical Services: Advancing and Aligning the Culture of Patient Safety in EMS. Retrieved from <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Patient%20Safety%20in%20EMS%20Full%20Report.pdf>
- Blanchard, I.E., Doig, C.J., Hagel, B.E., Anton, A.R., Zygun, D.A., Kortbeek, J.B.,....Innes, G.D. (2012). *Prehosp Emerg Care*, 16(1), 142-51

## คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการพยาบาล บทความวิจัยทางการพยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล โดยขอให้เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางการพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไปตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วารสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์

### การเตรียมต้นฉบับ

#### 1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจำนวนคำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญอังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย

#### 2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

1.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัยและคณะอยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยส่วนท้ายของหน้าแรกระบุ corresponding author ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้วิจัยและคณะ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

1.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

1.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

1.4.3 บทนำ

1.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

1.4.5 วัตถุประสงค์

1.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

1.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.9 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล

1.4.12 ผลการวิจัย

1.4.13 การอภิปรายผล

1.4.14 ข้อเสนอแนะ

1.4.15 เอกสารอ้างอิง

1.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบ APA 6<sup>th</sup> edition (American Psychological Association)

### **การส่งบทความ** ดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ส่งบทความต้นฉบับที่พิมพ์ในกระดาษ A4 3 ชุด/ แผ่นบันทึก (CD) บทความในรูปแบบ word file และ pdf file 1 แผ่น/ ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความตีพิมพ์/ สำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ที่นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ตึกเพชรรัตน์ชั้น 16 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3082

2. ส่งบทความและแบบฟอร์มใบส่งบทความตีพิมพ์ที่ patiporn.ed@gmail.com

3. บทความวิชาการจะถูกส่งต่อไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินเมื่อกองบรรณาธิการได้รับเอกสารหรือข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และ 2

## ใบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ต้นฉบับ

จำนวน.....ชุด

แผ่นบันทึก (CD) บทความในรูปแบบ word file และ pdf file

จำนวน.....แผ่น

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความ/วิจัย เรื่อง

.....  
.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างหรือผ่านการตีพิมพ์ในวารสารอื่น และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

1. รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก .....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม (ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน)

2.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

3.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

4.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

5.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ



**ใบสมัครขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ..... ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ....ถึง พ.ศ. .... และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

☐ อัตราค่าสมาชิก 100 บาทต่อปี

☐ ค่าส่งไปรษณีย์ เล่มละ 6 บาท ขอให้ส่ง

นางสาว/ นาง /นาย .....

ที่อยู่เลขที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

แขวง ..... เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

ชำระโดย

☐ เงินสด จำนวน.....บาท

☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ธนากรกรุ่ไทย สาขาศรียาน

เลขที่บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

**หมายเหตุ :** ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082