



ISSN 0859-7251 (Print)
ISSN XXXX-XXXX (Online)

วารสาร

โรงพยาบาลสกลนคร

Journal of Sakon Nakhon Hospital

ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

Volume 26 No. 3 September – December 2023



วารสารโรงพยาบาลสกลนคร

Journal of Sakon Nakhon Hospital



ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

ISSN 0859-7251 (Print)

Volume 26 No. 3 September – December 2023 ISSN XXXX-XXXX (Online)

วารสารโรงพยาบาลสกลนคร กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม – เมษายน พฤษภาคม – สิงหาคม และ กันยายน – ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิทยาการ การค้นคว้าทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในประเด็นปัญหาทางสุขภาพ และสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ความก้าวหน้า กิจกรรมและข่าวสารทางการสาธารณสุข

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.จิราพร เพ็ญวอยู่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นพ.ธนสิทธิ์ ไพระพงษ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

บรรณาธิการ

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.จุฑารัตน์ ฤทธิฤาชัย

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.ดร.นพ.ชัชฌา สวนกระต่าย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.สุเมตตา กลางการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ปิยะธิดา นาอะเกษียร

คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นพ.สุรชัย แซ่จิ่ง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.นพ.อนุชิต ปุญญทลิ่งค์

คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.พญ.วราภรณ์ พรรณพานิช วานเดอพิทท์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ผศ.นพ.กมล แก้วกิตติณรงค์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.กาญจนา วงษ์สวัสดิ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผศ.พิพัฒน์ เรืองแสง

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ดร.ทัตพร วงษ์ปูลุญทลิ่งค์

คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.จินตนา พาวงศ์

นักวิจัยอิสระ

อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

อ.ดร.อัจฉรา คำมะতিชัย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

อ.ดร.ชลการ ทรงศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ดร.เกษร แถวโนนิจ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

จังหวัดขอนแก่น

อ.ดร.อนุศักดิ์ เกิดสิน

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

กองบรรณาธิการในสถาบัน

นพ.ปิยะพงษ์ พาพิทักษ์

นพ.นิสิต ตงศิริ

พญ.สุภารัตน์ ศิริชัยพรศักดิ์

พญ.ตรีวิจิตร มุ่งภูกลาง

พญ.อภิญา กังนาคม

นพ.ปริญญา โชควิริยะประเสริฐ

ทพ.ธีรวัต ผายป่องนา

ภกญ.สุริชชา สังข์ทอง

พว.วิราภรณ์ วรอำสวปดิ

พว.ไพลิน นัดสันเทียะ

พว.ศศิธร ภักดีโชติ

พว.อุไรวรรณ ศรีดามา

พว.ปิยนุช บุญกอง

พว.เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา

น.ส.ภนารัตน์ อวนพล

ฝ่ายจัดการ

นางสาวพิสุทธิดา ขุนศรี

นางสาวสุพรรณษา ชัยสุพรรณ

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายนอกหน่วยงาน)

อ.ดร.ชลการ ทรงศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

อ.ภญ.ดร.นำพร อินสิน

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

อ.ดร.ศศิวรรณ ทิศนเี่ยม

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

อ.ดร.นวิวรรณ ศรีดาวเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

รศ.ดร.จักรกฤษณ์ แพรขาว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.ณัฏฐา พรหมสาขา ณ สกลนคร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม

ดร.สุวิกรม สุวรรณโอสถ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

พว.วิลาวณีย์ กัดแก้ว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ (ภายในหน่วยงาน)

นางชนานุช พันธุ์เพ็ง

นางนิชาพร ศรีนุด

ว่าที่ร้อยตรีไพรัช นิภานันท์

พว.วิราภรณ์ วรอำสวปดิ

พว.เปล่งฉวี สกนธรัตน์

พว.วิภา แก้วเคน

พว.พิศมัย กองทรัพย์

พว.ศรีอัมพร ตัวนีย์

พว.มยุรฉัตร สัพโส

พว.ปิยนุช บุญกอง

พว.ไพลิน นัดสันเทียะ

พว.วิชชุดา กิตติวรารุทธิ์

พว.ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์

ดร.จุฑารัตน์ ฤทธิ์ฤทัย

พว.เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา

น.ส.ภนารัตน์ อวนพล

พว.อุไรวรรณ ศรีดามา

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สมศักดิ์การพิมพ์ กรู๊ป อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042-711896

เจ้าของ

โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ 1041 ถนนเจริญเมือง อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 47000
โทร. 042-176000 ต่อ 1042

การบอกรับสมาชิก

- ค่าสมัครสมาชิก ปีละ 400 บาท
- สั่งซื้อวารสาร เล่มละ 150 บาท
- ต่ออายุสมาชิก ปีละ 400 บาท
- ค่าตีพิมพ์วารสาร บทความละ 2,600 บาท

หมายเหตุ : หากบทความเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้วจะไม่สามารถ
ขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้

ติดต่อสำนักงานวารสาร

งานวารสาร โรงพยาบาลสกลนคร โทร. 042-176000 ต่อ 1042
E-mail : skhjournal@gmail.com

หมายเหตุ :

- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายนอกโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายในหรือภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- บทความทุกบทความจากผู้นิพนธ์ภายในโรงพยาบาลสกลนครที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ มีการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาจากภายนอกหน่วยงานอย่างน้อย 2 ท่าน ตอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-blind peer review)
- ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นใดๆในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ เป็นความคิดเห็นส่วนตัวและเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ทั้งสิ้น
- บทความที่ตีพิมพ์ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร การคัดลอกเพื่อพัฒนาเชิงวิชาการต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง



Unบรรณาธิการ

“บัตรประชาชนใบเดียว” รักษาฟรีทุกที่นับเป็นหนึ่งในการยกระดับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคหรือบัตรทอง นโยบายหลักด้านสาธารณสุขของรัฐบาลใหม่ที่ได้มีการนำร่องใช้แล้ว “บัตรประชาชนใบเดียว” รักษาทุกโรคและทุกที่ คนไข้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ที่เป็นโรงพยาบาลนอกสิทธิ ไม่ต้องมีใบส่งตัว และไม่เรียกเก็บเงินจากคนไข้ จากช่วงแรกเริ่มจากมะเร็ง ขยับมาเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน และใช้กับทุกโรค เพราะบางครั้งคนไข้ไปทำงานอยู่ที่อื่นไม่ได้อยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลที่ระบุไว้ตามสิทธิซึ่งสิทธิ 30 บาท ก็ควรจะเหมือนสิทธิข้าราชการที่ไปรักษาที่ไหนก็ได้ทั่วประเทศไทย เพียงแต่สิทธิข้าราชการข้อมูลยังไม่มีมีการเชื่อมกันทำให้ประชาชนสิทธิบัตรทองถือบัตรประชาชนใบเดียวเดินทางข้ามจังหวัดในเขตได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

เป้าหมายการพัฒนาระบบบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ คือ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับ อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ โดยมีการพัฒนาระบบแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลทั้งจากโรงพยาบาลรัฐ สังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน รพ.สต. คลินิก และร้านยา ส่วนที่สอง คือ การพัฒนาระบบยืนยันตัวตน ทั้งการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ เช่น ดิจิทัลไอดียืนยันตัวตนผู้ให้บริการ การตรวจสอบสิทธิ การยืนยันเข้ารับบริการ ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการยืนยันตัวตนคนต่างด้าว ส่วนที่สาม คือ การพัฒนาระบบการทำงาน เช่น ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชน ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล การนัดหมายออนไลน์ และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น และส่วนสุดท้าย คือ การพัฒนาระบบเชื่อมต่อประชาชน ทั้งการผ่านแอปพลิเคชันไลน์และอื่น ๆ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงประชาชนทั่วประเทศ โดยความคืบหน้าการทำงานทั้งหมดนี้คืบหน้าแล้วกว่า 80% หลังจากทดลองระบบในรอบแรกและจะมีการทดลองระบบเป็นระยะ ๆ อีกครั้งในช่วงต้นเดือนธันวาคมนี้ ซึ่งจะมีการพิจารณาถึงระยะที่ 2 เพื่อให้จังหวัดอื่น ๆ ได้ทดลองใช้บริการ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ คาดว่า ระบบข้อมูลทั้งระบบจะเสร็จสมบูรณ์ภายใน 1 ปี โดยจะเกิดการเชื่อมต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อทุกสังกัด บัตรประชาชนใบเดียวสามารถรักษาได้ทุกที่และทั่วประเทศ ขณะที่สิทธิการรักษาอื่น ๆ ทั้งประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ จะมีการหารือกับสำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลางให้พิจารณาต่อไป

นพ.ศิริยุสม์ วรามิตร

บรรณาธิการ

สารบัญ

● บทบรรณาธิการ

● นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ สกลนคร 1
วิลาสินี ธนากรจักร์ พ.บ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว, วว.อายุรศาสตร์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่ม 608
ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร: การศึกษาแบบย้อนหลัง 14
สราวุธ อังโยธา ส.บ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์ ส.ด.
- ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรังเกียจและกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานการณโควิด-19 ของศูนย์บริการสาธารณสุขสุขนาเวง 27
ดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล พ.บ., วว.อายุรศาสตร์, อว.เวชศาสตร์ครอบครัว
ภัชรินทร์ วงศ์ศรีดา พย.ม.
- ประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย 37
เจษฎา วารี นักศึกษา ป.ด. (การบริหารการพัฒนา) จิตติ กิตติเลิศไพศาล ป.ด.
พิศดาร แสนชาติ ป.ด. ชนินทร์ วะสินนท์ สส.ด.
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 50
ไช้มุก โอนไธสง พย.ม. สมปรารถนา ดาผา ป.ด.
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้
ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 61
ปริญดา ไตรยะวงศ์ พย.ม. สมปรารถนา ดาผา ป.ด.
- ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรและการทำงานร่วมกัน
ระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลทั่วไป 72
ระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8
พรณา สังขนาท พย.ม. วรณชนก จันทชุม ป.ด.
- การวิเคราะห์สถานการณ์การสอยงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น 83
กุลพัชร โคตรบุตดี พย.บ. สมปรารถนา ดาผา ป.ด.
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจ
ผ่านหลอดเลือดแดงเดียว 96
กันยารัตน์ กองแก้ว พย.บ. ทศนีย์ แดขุนทด พย.ม.
อุไรวรรณ ศรีดามา ส.ม.
- การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบ
การจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร 107
ศักดิ์ศิธร จันทรโพธิ์ พย.บ. ทศนีย์ แดขุนทด พย.ม.
อุไรวรรณ ศรีดามา ส.ม. ฝนสง เมตตาวิมล พย.บ.

สารบัญ

- รายงานผู้ป่วย (Case Report)
 - การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อโควิด-19 ที่เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง: กรณีศึกษา 2 ราย
มะลิวรรณ สุนาร์ักษ์ พย.บ. 121
- คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 135
- แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 139
- ใบ Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความ
ให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา 140
- ใบสมัครสมาชิกวารสารโรงพยาบาลสกลนคร 142

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ สกลนคร

วิลาสินี ธนากรจักร พ.บ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว, วว.อายุรศาสตร์*

บทคัดย่อ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญในการลดความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนของโรค การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ สกลนคร โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 295 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกส์ทวิ (Binary logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.35 ± 8.50 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือ ร้อยละ 69.8 มีความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอร้อยละ 60.7 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยการมีอาชีพ (Adjusted OR = 0.574, 95%CI 0.342–0.965, p-value = 0.036) ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่น้อยลง คือ การมีอาชีพมีงานทำ ดังนั้นการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรคำนึงถึงลักษณะการประกอบอาชีพ เพื่อให้คำแนะนำและรักษาด้วยยาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัย ความร่วมมือในการใช้ยา

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 11 กันยายน 2566 แก้ไขบทความ: 21 พฤศจิกายน 2566 รับผิดชอบบทความ: 7 ธันวาคม 2566

Factor Associated with Medication Adherence in Patients with Non-Communicable Diseases in Tha Rae Subdistrict Health Promotion Hospital, Sakon Nakhon

Wilasinee Thanakornjuk*

M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine,

Thai Board of Internal Medicine*

Abstract

Non-communicable diseases are the global health problems and the most common cause of death and complications. Therefore, the appropriate medication adherence in patient is important to reduce the severity and complications. The purpose of this descriptive cross-sectional study was to identify the factors associated with medical adherence in outpatients with Non-Communicable Diseases in Tha Rae subdistrict health promotion hospital, Sakon Nakhon. The samples were selected from 295 participants with non-communicable diseases at least one of the followings, hypertension, diabetes, dyslipidemia and chronic kidney disease stage 3. Data were collected using the questionnaires for demographic data and assessed medication adherence from June to August, 2023. Data analysis was conducted by descriptive and binary logistic regression statistics.

The study revealed that the mean age of samples was 59.35 ± 8.50 years. Most of them were female (69.8%). The good medical adherence rate was 60.7%. The occupation factor was significantly associated with medication adherence in patients with non-communicable diseases (AOR = 0.574, 95%CI 0.342–0.965, p-value = 0.036). Therefore, the occupation of patient with non-communicable disease should be taken into account to improve the medical adherence. The drug usage advice should be tailored to each patient for correct and appropriate self-care behaviors.

Keywords: Non-Communicable Diseases, Factor associated with Medication Adherence

* Medical Doctor (Professional Level), Social Medicine Group, Sakon Nakhon Hospital

Received: September 11, 2023 / Revised: November 21, 2023 / Accepted: December 7, 2023

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือเรียกย่อว่า NCDs¹ คือ โรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคจึงติดต่อไม่ได้ด้วยการสัมผัสคลุกคลีหรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (Vector) หรือผ่านทางสารคัดหลั่งต่าง ๆ ซึ่งโรคไม่ติดต้อมีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งทำให้เป็นโรคไม่ติดต่อในที่สุด และเป็นโรคเรื้อรังจะค่อย ๆ มีอาการและอาการรุนแรงขึ้นทีละน้อยเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษา ซึ่งโรคกลุ่มนี้ประกอบด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง โรคอ้วนลงพุง และโรคมะเร็ง

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ Non Communicable Diseases (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมจากรายงานข้อมูลองค์การอนามัยโรค (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 41 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559² รวมถึงในประเทศไทยยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีคนไทยป่วยเป็นโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า 300,000 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี^{2,3,4} จากข้อมูลกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราการเสียชีวิต 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 47.15, 31.78 และ 21.87 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ^{5,6}

จากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องระยะยาว และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด (polypharmacy) ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ เพราะส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเสียชีวิต อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาล ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่พบบ่อยคือการลืมรับประทานยา รับประทานยาผิดเวลา เก็บรักษายาไม่เหมาะสม ไม่ตั้งใจใช้ยา หยุดยาเอง มียาเหลือใช้ เก็บยารวมกันไว้กับคุ้มนมและชาคนคอยเตือน⁷ มีการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์โดยร้อยละ 14.7 ลืมรับประทานยาและขาดความรู้ในการใช้ยา¹¹ หลายการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีผลต่อการควบคุมโรคเรื้อรังให้ได้เป้าหมายทั้งระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และการเสื่อมของไต⁸

ความร่วมมือในการใช้ยา (medical adherence) คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยในการใช้ยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ป่วยเห็นด้วยกับแผนการรักษา โดยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่องต้องมีอัตราความร่วมมืออย่างน้อยร้อยละ 80 ขึ้นไป⁹ หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมโรคในระยะยาว ป้องกัน และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ถึง¹⁰ ร้อยละ 30 รวมถึงลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้¹¹

มีการศึกษาในต่างประเทศของ Wong MCS และคณะ¹² ทำการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษาไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นการศึกษาในระดับความร่วมมือในการใช้ยาเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้มีการศึกษาของ Dhar L และคณะ⁸ ทำการศึกษาแบบ systemic review ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกินยารักษาความดันในประเทศกำลังพัฒนา โดยรวบรวมงานวิจัย 42 งานวิจัย ใน 19 ประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า ปัจจัยที่มีผล คือ สถานภาพทางการเงิน การศึกษา ความเชื่อต่อโรคและการรักษา เช่น ผลข้างเคียงของยา ราคา ยา การใช้สมุนไพร การไม่มีอาการของโรคจนทำให้ไม่มาติดตามการรักษา ตลอดจนการไม่พอใจในการบริการจากผู้ให้บริการ

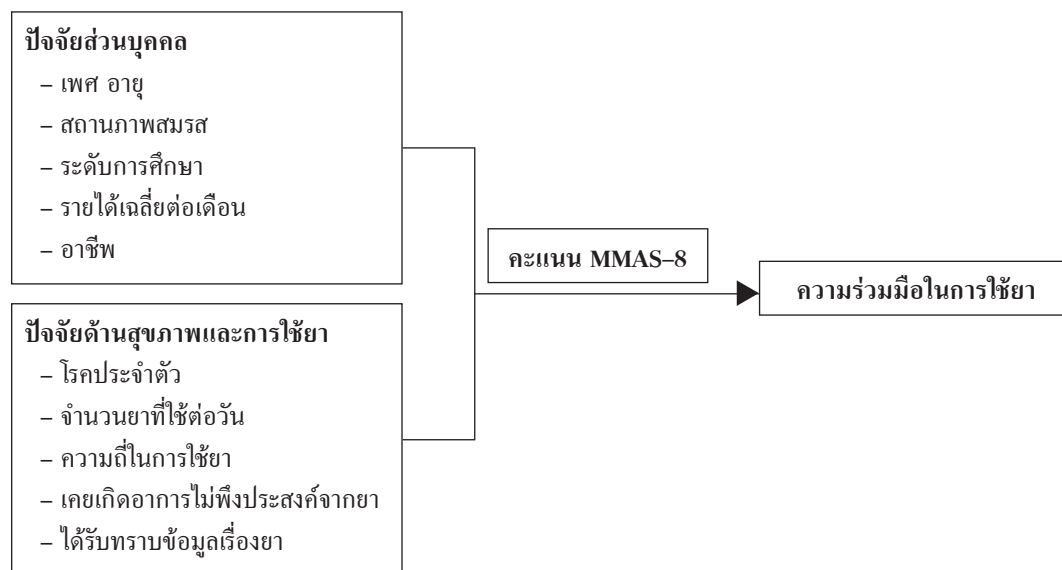
ในประเทศไทยก็มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ โดยมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุในโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลดงหลวง โดย กมลรัตน์ และคณะ¹³ ที่โรงพยาบาลตำรวจในผู้ป่วยข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยโรคเรื้อรัง โดย สุพรรณษา¹⁴ พบว่า ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ ได้แก่ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาการใช้ยา ความถี่ในการใช้ยา ในขณะที่ผลของการศึกษาในผู้ป่วยข้าราชการตำรวจเกษียณปัจจัยที่มีผล ได้แก่ รายได้ที่ไม่พอเพียง ความรู้ด้านสุขภาพ และการอธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีความแตกต่างกัน จากพื้นที่ที่ศึกษาและประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลในเรื่องด้านเชื้อชาติ ความเชื่อด้านศาสนา มาเกี่ยวข้อง การเข้าถึงสถานบริการที่มากขึ้น สถานภาพทางการเงิน หรืออาจจะมียาใหม่ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านเศรษฐกิจ ความทันสมัย

ด้านดิจิทัล ตลอดจนสภาพสังคม ที่อาจมีผลต่อการกินยา และการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังส่วนมากเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคยังมีน้อยโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการใช้ยาในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังว่าผลที่ได้ยังเหมือนเดิม หรือแตกต่างออกไป เพื่อนำไปปรับในการรักษาให้ดีขึ้นต่อไป ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ สกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มารับการบริการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่

จังหวัดสกลนคร จำนวน 295 คน โดยที่ทุกคนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง¹⁵ โรคเบาหวาน¹⁶ โรคไขมันในเลือดสูง¹⁷ โรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3¹⁸ และมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการรักษาด้วยยาเป็นประจำอย่างน้อย 1 ชนิด

เกณฑ์การเข้าร่วมวิจัย คือ เป็นประชากรโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุมากกว่า 18 ปี และยินยอมเข้าร่วม

โครงการ

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสมองที่ไม่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถใช้ยาได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการได้ยินที่ไม่สามารถสื่อสารได้หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสายตาไม่สามารถใช้ยาได้ด้วยตนเอง โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าที่ควบคุมไม่ได้ และโรคพิษสุราเรื้อรัง

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในประชากรทั้งหมด จำนวน 295 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะประชากร ซึ่งแบ่งออกเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และข้อมูลทางคลินิก เช่น โรคประจำตัวจำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการได้รับข้อมูลเรื่องยา

2. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale 8-item) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดย Morisky DE และคณะ¹⁹ ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้²⁰ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha ecoefficiency) เท่ากับ 0.83 การวิเคราะห์ค่าความไวเท่ากับ 0.93 และความจำเพาะเท่ากับ 0.53 โดย แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ 7 ข้อแรกเป็นคำถามปลายปิด ให้ตอบ “ใช่” (คะแนน = 1) หรือ “ไม่ใช่” (คะแนน = 0) ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-1 แปลผลโดยการนำคะแนนที่ได้จากคำถามทั้ง 8 ข้อ มารวมกัน โดยคะแนนรวมน้อยกว่า 6 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย คะแนน 6 ถึงน้อยกว่า 8 หมายถึง ปานกลาง และคะแนน 8 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละตัวแปร (Univariate analysis) ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test แล้วนำปัจจัยที่มีค่า p-value ≤ 0.050 มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติกส์ทวิ (Binary logistic regression) และนำเสนอค่า Adjusted Odd ratio (AOR), 95% confidence intervals (95% CI)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร รหัสโครงการ SKHREC No. 013/2566 ลงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 295 คน มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 59.3 ปี (S.D. 8.50) ส่วนใหญ่เป็น คือ เพศหญิง จำนวน 206 คน (ร้อยละ 69.8) สถานภาพแต่งงาน จำนวน 234 (ร้อยละ 79.3) ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเป็นประถมศึกษา จำนวน 249 คน (ร้อยละ 84.4) รายได้ส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 192 คน (ร้อยละ 65.1) ส่วนใหญ่มีนานทำ จำนวน 198 คน (ร้อยละ 67.1) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 279 คน (ร้อยละ 94.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานประชากร ด้านสุขภาพและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 295)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี), Mean (S.D.)	59.35 (8.50)	
น้อยกว่า 60 ปี	139	47.1
60-70 ปี	135	45.8
ตั้งแต่ 71 ปี ขึ้นไป	21	7.1
เพศ		
ชาย	89	30.2
หญิง	206	69.8
สถานภาพ		
แต่งงาน	234	79.3
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	61	20.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	249	84.4
มัธยมศึกษาขึ้นไป	46	15.6
รายได้ส่วนบุคคล		
น้อยกว่า 5,000 บาท	192	65.1
5,001-9,999 บาท	61	20.7
มากกว่า 10,000 บาท	42	14.2
อาชีพ		
ทำงาน	198	67.1
ว่างงาน	97	32.9
สูบบุหรี่	22	7.5
ดื่มแอลกอฮอล์	41	13.9
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	279	94.6
ข้าราชการ	5	1.7
ประกันสังคม	11	3.7
จำนวนชนิดของยาที่ใช้รักษาโรค		
น้อยกว่า 5	217	73.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 5	78	26.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานประชากร ด้านสุขภาพและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 295) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	180	61.0
ความดันโลหิตสูง	282	95.6
ไขมันในเลือดสูง	200	67.8
โรคไตเสื่อม	53	18.0
มีมากกว่า 2 โรคขึ้นไป	256	86.8
ผลข้างเคียงของยา		
มี	14	4.7
การใช้ยาทางเลือก		
ใช้	14	4.7
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา		
มี	294	99.7
จำนวนชนิดของยาที่ใช้มีผลต่อการกินยา		
มี	1	0.3
MMAS-8 (S.D.)	7.16 (1.19)	

2. ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่ามี สูบบุหรี่ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 7.5) และดื่มแอลกอฮอล์ 41 คน (ร้อยละ 13.9)

โรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 282 คน (ร้อยละ 95.6) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 200 คน (ร้อยละ 67.8) โรคเบาหวาน จำนวน 180 คน (ร้อยละ 61.0) และโรคไตเสื่อมเรื้อรัง จำนวน 53 คน (ร้อยละ 18.0) ตามลำดับ นอกจากนี้พบมี โรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป จำนวน 256 คน (ร้อยละ 86.8) การใช้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีการใช้น้อยกว่า 5 ชนิด จำนวน 217 คน (ร้อยละ 73.6) มีส่วนน้อยเคยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาและมีการใช้ยาทางเลือก จำนวน 14 คน (ร้อยละ 4.74) ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่

มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา จำนวน 294 คน (ร้อยละ 99.7)

ความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ส่วนใหญ่ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง จำนวน 179 คน (ร้อยละ 60.7) ระดับปานกลาง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 30.5) และระดับต่ำ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 8.8) ตามลำดับดัง ตารางที่ 2 และได้การจัดกลุ่มความร่วมมือในการใช้ยา โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มความร่วมมือสม่ำเสมอ โดยใช้คะแนนความร่วมมือระดับสูง (8 คะแนน) และกลุ่มความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ โดยใช้คะแนนความร่วมมือระดับปานกลางและต่ำ (ต่ำกว่า 7 คะแนน) ซึ่งส่วนใหญ่มีความร่วมในการรับประทานยาสม่ำเสมอ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 60.7) และความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 116 คน (ร้อยละ 39.3) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ผลลัพธ์ความสม่ำเสมอในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมิน MMAS-8 score (n = 295)

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
สม่ำเสมอ		
ระดับสูง (8)	179	60.7
ไม่สม่ำเสมอ		
ระดับปานกลาง (6-7)	90	30.5
ระดับต่ำ (< 6)	26	8.8
ความร่วมมือในการใช้ยา		
ไม่สม่ำเสมอ	116	39.3
สม่ำเสมอ	179	60.7

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 179 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 116 คน จากลักษณะทางประชากรที่เข้าร่วมวิจัยพบว่า การมีอาชีพมีงานทำและการมีผลข้างเคียงของการใช้ยา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.039 และ 0.050 ตามลำดับ) ตามตารางที่ 3

นอกจากนี้มีปัจจัยที่มีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนชนิดของยาที่ใช้รักษา การใช้ยาทางเลือก (อาหารเสริม สมุนไพร) และความรู้ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis)

ข้อมูล	ความร่วมมือในการใช้ยา สม่ำเสมอ (n = 179)	ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่สม่ำเสมอ (n = 116)	p-value
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 60 ปี	83	56	0.319 ^a
60-70 ปี	80	55	
ตั้งแต่ 71 ปี ขึ้นไป	16	5	
เพศ			
ชาย	52	37	0.603 ^a
หญิง	127	79	
สถานภาพ			
แต่งงาน	141	93	0.772 ^a
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	38	23	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร (Univariate analysis) (ต่อ)

ข้อมูล	ความร่วมมือในการใช้ยา สม่ำเสมอ (n = 179)	ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่สม่ำเสมอ (n = 116)	p-value
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	154	95	0.339 ^a
มัธยมศึกษาขึ้นไป	25	21	
รายได้ส่วนบุคคล			
น้อยกว่า 5,000 บาท	122	70	0.085 ^a
5,001–9,999 บาท	38	23	
มากกว่า 10,000 บาท	19	23	
อาชีพ			
ทำงาน	112	86	0.039 ^{a*}
ว่างงาน	67	30	
สูบบุหรี่	12	10	0.540 ^a
ดื่มแอลกอฮอล์	22	19	0.321 ^a
สิทธิ์การรักษา			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	171	108	0.595 ^b
ข้าราชการ	2	3	
ประกันสังคม	6	5	
จำนวนชนิดของยาที่ใช้รักษาโรค			
น้อยกว่า 5	128	89	0.321 ^a
มากกว่าหรือเท่ากับ 5	51	27	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	111	69	0.664 ^a
ความดันโลหิตสูง	168	114	0.07 ^a
ไขมันในเลือดสูง	123	77	0.675 ^a
โรคไตเสื่อม	30	23	0.503 ^a
มีมากกว่า 2 โรคขึ้นไป	21	18	0.348 ^a
ผลข้างเคียงของยา			
มี	5	9	0.050 ^{a*}
การใช้ยาทางเลือก			
ใช้	9	5	0.777 ^a
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา			
มี	179	115	0.213 ^a

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ตัวแปร (Univariate analysis) (ต่อ)

ข้อมูล	ความร่วมมือในการใช้ยา สม่ำเสมอ (n = 179)	ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่สม่ำเสมอ (n = 116)	p-value
จำนวนชนิดของยาที่ใช้มีผลต่อการกินยา			
มี	0	1	0.213 ^a

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value ≤ 0.050 , a = Chi-square test, b = Fisher's exact test

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอโดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติกทวิ (Binary logistic Regression)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอที่ตัวแปร (Univariate analysis) ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือมีแนวโน้มมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value น้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 0.050) มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกทวิแล้วพบว่า การมีอาชีพมีงานทำ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอน้อยกว่ากลุ่มที่ว่างงานอยู่ร้อยละ 42.6 ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR= 0.574, 95%CI 0.342–0.965, p-value = 0.036) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอโดยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกทวิ

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
อาชีพ			
ทำงาน	0.574	0.342–0.965	0.036*
ว่างงาน	reference		
ผลข้างเคียงของยา			
มี	0.330	0.107–1.021	0.054
ไม่มี	reference		

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.050

วิจารณ์และสรุป

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 295 คน โดยมีกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอ จำนวน 179 คน และกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 116 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gniwa R และคณะ²¹ ที่พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 70) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาทางเลือก (สมุนไพร อาหารเสริม) พบน้อยทั้งกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอและกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ที่เป็นเช่นนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้ป่วยได้เริ่มตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง การประชาสัมพันธ์สื่อต่าง ๆ ผลเสียของการสูบบุหรี่ การดื่ม

แอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาทางเลือก อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศชาย

จากการวิเคราะห์ความร่วมมือในการใช้ยาของประชากรที่เข้าร่วมวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือสูง (ร้อยละ 60.7) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กมลรัตน์ และคณะ¹³ ที่พบเป็นระดับความร่วมมือที่ปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.8) ขณะที่ความร่วมมือระดับสูงมี ร้อยละ 33.8 ที่เป็นเช่นนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเกิดจากกลุ่มเป้าหมายประชากรที่ศึกษามีความแตกต่างกัน การกำหนดค่านิยามความสม่ำเสมอในการใช้ยาโดยผู้วิจัยโครงการ รวมถึงเครื่องมือวัดระดับความร่วมมือที่แตกต่างกัน และในการศึกษาของผู้วิจัยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี

และจากการศึกษาของ กมลรัตน์ และคณะ¹³ ศึกษาในผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องอาชีพ การมีงานทำ และการมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า การมีอาชีพมีงานทำ และการมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าถดถอยโลจิสติกพบว่า มีเพียงปัจจัยมีงานทำ (Adjusted OR = 0.574, 95%CI 0.342–0.965, p-value = 0.036) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอเล็กน้อยกว่ากลุ่มที่ว่างงานในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นเช่นนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าจากการศึกษานี้ ปัจจัยด้านการมีอาชีพมีงานทำนั้น อาจทำให้มีการหลงลืมในการรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลา เนื่องจากไม่มีเวลาหรือเร่งรีบไปทำงานซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^{14,21} การมีอาชีพและรายได้ที่พอเพียงมีความสัมพันธ์ในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเป็นผลจากการมีงานทำแล้ว การที่มีรายได้ที่ดียังเสริมการมีโอกาสการเข้าถึงยา รูปแบบการใช้ยา การใช้ยาที่มีผลข้างเคียงน้อย ส่วนปัจจัยการมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gniwa R และคณะ²¹ แต่มีความแตกต่างกับงานวิจัยของ Dhar L และคณะ⁸ ที่ศึกษาแบบ systematic review ที่มีปัจจัยจากผลข้างเคียงของยา การใช้ยาทางเลือก ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ราคายา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ศึกษาในประเทศแถบแอฟริกา (เช่น ไนจีเรีย เอธิโอเปีย) และเอเชีย (เช่น ปากีสถาน อินเดีย บังกลาเทศ) ซึ่งจากระดับการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน จึงทำให้ได้ผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของผู้วิจัย

จากการศึกษานี้พบว่า มีเพียงการมีอาชีพมีงานทำในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสม่ำเสมอเล็กน้อยในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 0.574, 95%CI

0.342–0.965, p-value = 0.036) ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีงานทำ อาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการหลงลืมในการใช้ยา การรับประทานผิดเวลา ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ไม่ควรละเลยปัจจัยด้านผลข้างเคียงของยา เนื่องจากมีโอกาสทำให้ผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดลงได้ ดังนั้น แพทย์ผู้รักษาควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา มีการปรับการรักษาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับอาชีพของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ตามเป้าหมาย

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คลินิก หมอครอบครัวที่มีขนาดเล็ก มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในพื้นที่ที่ดูแลและเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคไขมันในเลือดเท่านั้น โดยเก็บข้อมูลทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษาวิจัยที่มารับบริการ โดยที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อนของโรคมากกว่า การดูแลผู้ป่วยในลักษณะแตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา และความแตกต่างจากการใช้ยา เช่น ยาเกิน ยาผิด เป็นต้น ผลที่ได้จึงอาจแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้

เครื่องมือที่ศึกษาใช้ประเมินพฤติกรรมความสม่ำเสมอของความร่วมมือในการใช้ยาโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ถือเป็นวิธีที่ง่ายในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่อาจมีโอกาที่ได้ข้อมูลไม่แม่นยำนักหากผู้ตอบแบบสอบถามให้การประเมินมากกว่าความเป็นจริง จึงควรมีวิธีอื่นร่วมด้วยในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เช่น การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยลง คือ การมีอาชีพมีงานทำ จึงนำไปสู่การปรับการบริการผู้ป่วยโดยเพิ่มการสอบถามด้านอาชีพ ลักษณะของงาน เพื่อนำไปปรับในการใช้ยาให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะศึกษาเพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งพฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปหลังสถานการณ์โควิด-19

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงปิยวรรณ คำศรีพล หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนครที่ได้ให้การสนับสนุน ตลอดจนทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ ที่อนุเคราะห์สถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนบุคลากร ขอขอบพระคุณอุไรวรรณ ศรีดามา สำหรับคำปรึกษาด้านกระบวนการทางสถิติและวิเคราะห์ผลการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (บุคลากรสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.multimedia.anamai.moph.go.th/associates/hp-ebook_14/
2. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดส์ไชน์; 2562
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic58.pdf>
4. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11service.moph.go.th/hdc/main/indexpk.php
5. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อปี 2559–2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี2559 – 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13683&gid=18>
7. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type2 diabetes. Int J Clin Pharm 2011;3(6):1028–35.
8. Dhar L, Dantas J, Ali M. A Systematic Review of Factors Influencing Medication Adherence to Hypertension Treatment in Developing Countries. Open J Epidemiol 2017;7(3):211–50.
9. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies –evidenceforaction 2003 [Internet]. 2003 [Cited 2023 Mar 24]. Available from: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf
10. World Health Organization (WHO). Hypertension [Internet]. 2019 [Cited 2023 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

11. Kim HJ, Yoon SJ, Oh IH, Lim JH, Kim Y. Medication adherence and the occurrence of complications in patients with newly diagnosed hypertension. *Korean Circulation Journal* 2016;46(3):384–393.
12. Wong MCS, Tam WWS, Cheung CSK, Wang HHX, Tong ELH, Sek ACH, et al. Drug adherence and the incidence of coronary heart disease– and stroke–specific mortality among 218,047 patients newly prescribed an antihypertensive medication: A five–year cohort study. *Int J Cardiol* 2013;168(2):928–933.
13. กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์, ปณิดา ลิ้มปะพัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลดงหลวง. ว. *อายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2562;5(2):40–9.
14. สุพรรณยา อุ่นสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจ. ว. *ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว* 2565;5(3):173–184.
15. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=442
16. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: รมเย็น มีเดีย; 2560.
17. ณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medinfo2.psu.ac.th/commed/web/pdf/5/dyslipidemia.pdf>
18. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [CKD–guideline–2565–revised–edition.pdf \(nephrothai.org\)](#)
19. Morisky DE, Ang A, Krousel–Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens* 2008;10(5):348–54.
20. ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิษชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. ว. *มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2559;8(1):16–26.
21. Gniwa Omezzine R, Akkara A, Abdelkafi Koubaa A, Belguith Sriha A, Rdissi A, Amamou K. Predictors of Poor Adherence to Hypertension Treatment. *Tunis Med* 2019;97(4):564–71.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่ม 608
ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร: การศึกษาแบบย้อนหลัง

สรารุช ชังโยธา ส.บ.*

เลิศชัย เจริญธัญรักษ์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังแบบ Unmatched case-control มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ใน 7 กลุ่มโรค และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (กลุ่ม 608) ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา คือ กลุ่ม 608 ที่ไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่ม 608 ที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่ม 608 ได้แก่ เพศชาย ($OR_{adj} = 2.99$, 95% CI = 1.73–5.16) ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ($OR_{adj} = 4.03$, 95% CI = 1.37–11.86) ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ช่วงเวลาก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านสื่อต่างๆ ($OR_{adj} = 2.04$, 95% CI = 1.00–4.16) ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หมอประจำครอบครัว ($OR_{adj} = 4.21$, 95% CI = 2.20–8.11) และไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว ($OR_{adj} = 3.17$, 95% CI = 1.64–6.11) ดังนั้นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้กลุ่ม 608 เห็นประโยชน์ของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ควรมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ อีกทั้งแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขควรให้คำแนะนำกับกลุ่ม 608 เป็นประจำ และขอความร่วมมือจากคนในครอบครัวในการชักชวนกลุ่ม 608 เข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

คำสำคัญ: โรคโควิด-19 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่ม 608

* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ผู้รับผิดชอบบทความ
อีเมล sarawuth.h@kkumail.com

** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รับบทความ: 11 กันยายน 2566 แก้ไขบทความ: 16 ตุลาคม 2566 รับผิดชอบบทความ: 27 ตุลาคม 2566

Factors Related to Covid–19 Vaccination among 608 Group in Napho Subdistrict, Kusuman District, Sakon Nakhon Province: a Retrospective Study

Sarawuth Hungyotha B.P.H.*

Lertchai Chareerntanyarak Ph.D.**

Abstract

This analytical retrospective study, unmatched case–control, aimed to study the factors related to COVID–19 vaccination of the elderly. People with congenital diseases were diagnosed by a doctor in seven disease groups and a group of pregnant women (Group 608) in Na Pho subdistrict, Kusuman district, Sakon Nakhon province. The sample group consisted of 310 people, divided into the study group was a group of 608 who did not receive the COVID–19 vaccination. The control group is a group of 608 who received the COVID–19 vaccine. Data were collected using the questionnaire, which has been checked for validity by 3 experts. Every item had an IOC value of 0.5 or more, and the reliability of the instrument using Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.9. The correlation was analyzed using the multiple logistic regression statistics, presented the correlation size with adjusted odds ratio (OR_{adj}) and 95% confidence interval.

The results of this study found that the factors related to COVID–19 vaccination in the 608 group were males gender ($OR_{adj} = 2.99$, 95% CI = 1.73–5.16), no history of being sick with COVID–19 in the past one year ($OR_{adj} = 4.03$, 95% CI = 1.37–11.86), did not receive any information or publicity about the COVID–19 vaccination period through various media ($OR_{adj} = 2.04$, 95% CI = 1.00–4.16), did not receive advice from a doctor or family care team ($OR_{adj} = 4.21$, 95% CI = 2.20–8.11) and did not receive advice from family members ($OR_{adj} = 3.17$, 95% CI = 1.64–6.11). Therefore, to encourage the 608 group to realize the benefits of strengthening their immunity and protecting themselves from the COVID–19 disease, there should be the public relations through various media. In addition, doctors and other public health personnel should advise the 608 group regularly and ask for cooperation from family members in persuading the 608 group to receive COVID–19 vaccination services.

Keywords: COVID–19 disease, COVID–19 vaccination, Group 608

* Student, Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University: corresponding author email sarawuth.h@kkumail.com

** Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทนำ

การระบาดครั้งแรกของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2562 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบในวงกว้าง ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การติดเชื้อโควิด-19 ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและผู้คนทั่วโลกต่างตั้งความหวังไว้กับวัคซีนเพื่อเอาชนะวิกฤตินี้¹ วัคซีนเป็น “การแทรกแซงที่ประสบความสำเร็จและคุ้มค่าที่สุดวิธีหนึ่งเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ” ในอดีตวัคซีนมีความสำคัญต่อการกำจัดหรือลดอุบัติการณ์ของโรคทั่วไปอย่างมาก ช่วยชีวิตคนนับไม่ถ้วนและปรับปรุงสุขภาพของประชากรและความเป็นอยู่ที่ดีทั่วโลก² การฉีดวัคซีนยังคงเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและเป็นรากฐานของการจัดการโรคติดเชื้อ แม้ว่าการสร้างภูมิคุ้มกันจะประสบความสำเร็จอย่างเห็นได้ชัด แต่การยอมรับของสาธารณชนที่เพิ่มขึ้นก็เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรักษาภูมิคุ้มกันหมู่ ป้องกันการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และแนะนำวัคซีนใหม่³

หลายประเทศทั่วโลกจึงมีการพัฒนาวัคซีนซึ่งเป็นเครื่องมือในการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพและดำเนินการเร่งฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับประชาชนของตนเอง ข้อมูลปัจจุบัน (26 เมษายน พ.ศ. 2564) วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีวัคซีน 13 ชนิด ที่มีผลการทดสอบประสิทธิภาพในมนุษย์ระยะที่ 3 หรืออยู่ระหว่างการทดสอบในมนุษย์ระยะที่ 3 และมีการอนุญาตให้ใช้ในการฉุกเฉิน (EUA) ในบางประเทศแล้ว ได้แก่ 1) วัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีใหม่ในการผลิต เช่น วัคซีนของบริษัท Astra Zeneca วัคซีนของบริษัท Pfizer-BioNTech วัคซีนของบริษัท Moderna และวัคซีนของบริษัท Johnson & Johnson และ 2) วัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีดั้งเดิมในการผลิตใช้กับวัคซีนหลายชนิดมาก่อน เช่น วัคซีนของบริษัท Sinovac บริษัท Sinopharm-Beijing และบริษัท Sinopharm-Wuhan⁴

การได้รับวัคซีนเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะป้องกันการติดเชื้อลดการแพร่ระบาดของโรค ลดความรุนแรงจากการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิต วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เริ่มมีการฉีดตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 แต่พบว่า อาจเกิดอาการข้างเคียงหลังจากการฉีดได้ เช่น อาการปวดบวม แดงบริเวณที่ฉีด อ่อนเพลีย มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย

กล้ามเนื้อและข้อ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว หายใจติดขัด หอบเหนื่อย ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ซึ่งเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทชั่วคราว หรือบางรายอาจมีอาการแพ้รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁵

สถานการณ์โรคโควิด-19 ในเขตพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ ณ วันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 101 ราย เสียชีวิตสะสม 2 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม 608 จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ราย ผู้สูงอายุ จำนวน 1 ราย สำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ใน กลุ่ม 608 แยกเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง จากจำนวนทั้งหมด 959 ราย ยังไม่ได้รับการฉีดจำนวน 117 ราย (ร้อยละ 12.20) กลุ่มผู้สูงอายุ จากจำนวนทั้งหมด 904 ราย ยังไม่ได้รับการฉีดจำนวน 290 ราย (ร้อยละ 32.08) และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จากจำนวนทั้งหมด 22 ราย ยังไม่ได้รับการฉีดจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 31.81)⁶ โดยเหตุผลของการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน รวมถึงความไม่เชื่อมั่นในระบบบริการสาธารณสุข แม้มีการให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และมีการดำเนินการให้บริการเชิงรุกในชุมชน แต่ประชาชนบางคนยังคงมีการปฏิเสธการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ความลังเลใจในการฉีดวัคซีน หมายถึง ความล่าช้าในการยอมรับหรือการปฏิเสธการฉีดวัคซีน แม้ว่าจะมีบริการฉีดวัคซีนอยู่ก็ตาม ความลังเลใจของวัคซีนมีความซับซ้อนและบริบทเฉพาะ โดยจะแตกต่างกันไปตามเวลา สถานที่ และวัคซีน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสะดวกสบาย และความมั่นใจ⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ^{8,9,10} อายุ¹¹ อาชีพ¹² รายได้¹³ สถานภาพสมรส^{14,15} ระดับการศึกษา¹⁶ โรคประจำตัว¹⁷ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19¹⁸ การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 มีผลต่อความสมัครใจต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในเชิงบวก¹⁶ ความเชื่อส่วนบุคคลในเชิงลบต่อวัคซีน และความเข้าใจคลาดเคลื่อนต่อ

โรคโควิด-19 มีผลต่อความไม่สมัครใจต่อการเข้ารับวัคซีนโควิด¹⁹ ความเชื่อมั่นในความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับความต้องการฉีดวัคซีน¹⁸ ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมีความสัมพันธ์กับการไม่ฉีดวัคซีนโควิด-19²⁰ ความไม่เชื่อมั่นในระบบบริการสาธารณสุข และความกังวลเกี่ยวกับวัคซีนมีความสัมพันธ์กับการไม่ฉีดวัคซีนโควิด-19²¹ และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์บุคลากรทางสาธารณสุข คนในครอบครัว และเพื่อนบ้าน²⁰ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่ม 608 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และการจัดบริการด้านสาธารณสุข

ปัจจัยด้านลักษณะประชากร

เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ต่อเดือน, โรคประจำตัว, ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

การรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

- เหตุผลของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19
- เหตุผลของการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

- 1) การได้รับข้อมูลข่าวสารการประชาสัมพันธ์ 2) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3) ความเพียงพอของวัคซีน 4) แพทย์หรือหมอประจำครอบครัว 5) เพื่อนบ้าน 6) บุคคลในครอบครัว 7) การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของเพื่อนร่วมงาน 8) การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัว 9) ความสะดวกและรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ

ให้แก่กลุ่ม 608 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่ม 608 ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน กลุ่ม 608 ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้ใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ได้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย²² ดังนี้

การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

- ฉีด
- ไม่ฉีด

วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังแบบ Unmatched case-control study โดยศึกษาข้อมูลการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ตามช่วงเวลา (1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565) จากกระบวนข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนโควิด-19 ทั่วประเทศ (MOPH Immunization Center (MOPH IC))²³ และเก็บ

ข้อมูลเพิ่มเติมโดยใช้แบบสอบถามการวิจัย โดยกำหนดอัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุม คือ 1:1 ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ใน 7 กลุ่มโรค และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (กลุ่ม 608) ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 1,885 คน มีผู้ที่ยัง

ไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 414 คน⁶

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (Case) คือ กลุ่ม 608 ที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และกลุ่มควบคุม (Control) คือ กลุ่ม 608 ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการศึกษาแบบ Unmatched Case-Control Study²⁴ ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 130 คน รวมทั้งหมด จำนวน 260 คน และทำการปรับค่าขนาดตัวอย่างขั้นสุดท้ายตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Multiple logistic regression และทำการปรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (Multiple logistic regression) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ เท่ากับ 0.4 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 155 คน รวมทั้งหมด จำนวน 310 คน และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากชนิดไม่แทนที่กลับคืนทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

กลุ่ม 608 ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาและมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป (ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565)
2. ผู้มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเมะเร็ง และโรคเบาหวาน ซึ่งมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ในช่วงรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565)

4. สามารถอ่านออกเขียนได้หรือสามารถสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา และสามารถอ่านออกเขียนได้หรือสามารถสื่อสารได้ หากไม่เข้าเกณฑ์จึงเป็นการคัดออก และหากไม่ส่งแบบสอบถามกลับถือว่าไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ตัวแปรในการศึกษา ประกอบด้วย 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร 2) ความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 3) การรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652274 ลงวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้รหัสที่ไม่สามารถเชื่อมโยงกับอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและไม่นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไปเปิดเผย โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมีการทำลายทิ้งภายใน 6 เดือน หลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา อาชีพ, รายได้ต่อเดือน, โรคประจำตัว, ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 13 ข้อ กำหนดให้มีคำตอบ 3 ช่วง มีเกณฑ์ให้คะแนนใช้เทคนิคของของลิเคิร์ต (Likert technique) โดยปรับเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00–3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ เบสท์²³ ซึ่งแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 2.35–3.00 หมายถึง ความเชื่ออยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 1.68–2.34 หมายถึง ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.67 หมายถึง ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 2) เหตุผลของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และ 3) เหตุผลของการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 1) การ

ได้รับข้อมูลข่าวสาร/ประชาสัมพันธ์ 2) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3) ความเพียงพอของวัคซีน 4) แพทย์หรือหมอประจำครอบครัว 5) เพื่อนบ้าน 6) บุคคลในครอบครัว 7) การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของเพื่อนร่วมงาน 8) การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัว และ 9) ความสะดวกและรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (index of item-objective congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.93 – 1.0 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนในกลุ่ม 608 ในพื้นที่ใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง และนำส่งคืนภายใน 7 วันหลังจากได้รับแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลด้านลักษณะประชากร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีข้อมูลต่อเนื่องมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีที่แจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วย

ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และสูงสุด ส่วนข้อมูลที่เป็นแจกแจงนำเสนอด้วย ค่าความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (univariable analysis) ที่ละตัวแปร และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (multivariable analysis) นำเสนอในรูปแบบของค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.65 อายุระหว่าง 60–69 ปี ร้อยละ 43.87 อายุเฉลี่ย 64.38 ปี (S.D. = 12.95 ปี) สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 56.77 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 72.26 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 69.03 รายได้ต่อเดือน 1,001–5,000 บาท ร้อยละ 61.94 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.03 ไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคป้องกันโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 96.77 (ตารางที่ 1)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.45 อายุระหว่าง 60–69 ร้อยละ 56.77 อายุเฉลี่ย 65.00 ปี (S.D. = 8.61 ปี) สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 53.55 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 72.26 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 81.29 รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 49.03 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.97 ไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคป้องกันโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 81.29 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม 608

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (ไม่ฉีดวัคซีน) n = 155		กลุ่มควบคุม (ฉีดวัคซีน) n = 155	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	94	60.65	52	33.55
หญิง	61	39.35	103	66.45
อายุ (ปี)				
≤ 30 ปี	3	1.94	–	–
30–39 ปี	7	4.52	2	1.29
40–49 ปี	12	7.74	9	5.81
50–59 ปี	8	5.16	11	7.10
60–69 ปี	68	43.87	88	56.77
70–79 ปี	45	29.03	40	25.81
80 ปีขึ้นไป	12	7.74	5	3.23
ค่าเฉลี่ย (S.D.)	64.38 (± 12.95)		65.10 (± 8.61)	
(ค่าต่ำสุด – สูงสุด)	18–84		36–85	
สถานภาพสมรส				
โสด	23	14.84	11	7.10
สมรส/คู่	88	56.77	83	53.55
หม้าย	38	24.52	60	38.71
หย่า	2	1.29	0	0
แยกกันอยู่	4	2.58	1	0.65
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	33	21.29	32	20.65
ประถมศึกษา	112	72.26	112	72.26
มัธยมศึกษา	6	3.87	10	6.45
อนุปริญญา หรือ ปวส.	2	1.29	0	0
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	1.29	1	0.65
อาชีพ				
เกษตรกร	107	69.03	126	81.29
ค้าขาย	0	–	1	0.65
รับจ้าง	4	2.58	3	1.94
รับราชการ	2	1.29	1	0.65
ไม่ได้ทำงาน	42	27.10	24	15.48

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม 608 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (ไม่ฉีดวัคซีน) n = 155		กลุ่มควบคุม (ฉีดวัคซีน) n = 155	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 1000 บาท	52	33.55	76	49.03
1,001 – 5,000 บาท	96	61.94	67	43.23
5,001 – 10,000 บาท	7	4.52	11	7.10
10,000 – 15,000 บาท	–	–	0.4375 in	–
มากกว่า 15,000 บาท	–	–	1	0.65
Median (IQR)	1,441	(700–7,000)	1,791.61	(600–9,000)
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)		0–10,000		0–30,000
โรคประจำตัว				
ไม่มี	107	69.03	110	70.97
มี	48	30.97	45	29.03
ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา				
ไม่เคย	150	96.77	126	81.29
เคย	5	3.23	29	18.71

2. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีน ส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.39 รองลงมา มีความเชื่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 10.32 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.94 รองลงมา มีความเชื่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.77 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	กลุ่มศึกษา (ไม่ฉีดวัคซีน) n = 155		กลุ่มควบคุม (ฉีดวัคซีน) n = 155	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ	2	1.29	2	1.29
ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง	137	88.39	127	86.94
ความเชื่ออยู่ในระดับสูง	16	10.32	26	16.77

3. การรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มศึกษา พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ของการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 คือ กลัวเกิดอาการแพ้ เช่น ปวดบวม แดงร้อน บริเวณที่ฉีด ไข้ บริเวณที่ฉีด ผื่น มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยอ่อนเพลีย ตาแดง เจ็บคอ หน้าแดง ร้อยละ 63.87 รองลงมา ไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกัน โรคโควิด-19 ร้อยละ 29.68 ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ร้อยละ 29.03 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เชื่อว่าสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 84.52 รองลงมาคือ การฉีดฟรีไม่เสียค่าใช้จ่าย ร้อยละ 67.74 ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จากตนเองผู้อื่น เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว ร้อยละ 47.74

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่ม 608 ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multivariate logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่ม 608 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศชาย โดยกลุ่ม 608 เพศชาย มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าเพศหญิง 2.99 เท่า (95%CI = 1.73–5.16) กลุ่ม 608 ที่ไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ที่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 4.03 เท่า (95%CI = 1.37

–11.86) และกลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ช่วงเวลาก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านสื่อต่างๆ มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ช่วงเวลาก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านสื่อต่างๆ 2.04 เท่า (95%CI = 1.00–4.16) กลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หมอประจำครอบครัว มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หมอประจำครอบครัว 4.21 เท่า (95%CI = 2.20–8.11) และกลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว 3.17 เท่า (95%CI = 1.64–6.11) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แบบตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate analysis) โดยการวิเคราะห์ทีละหลายตัวแปร ระหว่างตัวแปรต้นที่มีค่า p-value < 0.25 จากผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว

ตัวแปร	กลุ่มศึกษา n = 155 (%)	กลุ่มควบคุม n = 155 (%)	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value*
เพศ					< 0.001
ชาย	94 (61.94)	52 (32.90)	3.05 (1.92–4.58)	2.99 (1.73–5.16)	
หญิง	61 (38.06)	103 (67.10)	1	1	
ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					0.011
ไม่เคย	150 (96.77)	126 (81.29)	6.90 (2.59–18.36)	4.03 (1.37–11.86)	
เคย	5 (3.23)	29 (18.71)	1	1	
การได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ช่วงเวลาก่อนการฉีด วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือแจ้งเวียน แผ่นพับ โปสเตอร์ สื่อออนไลน์ และเสียงตามสาย มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19					0.049
ไม่ได้รับ	66 (42.58)	24 (15.48)	4.05 (2.36–6.94)	2.04 (1.00–4.16)	
ได้รับ	89 (57.42)	131 (84.52)	1	1	
การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หมอประจำครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19					< 0.001
ไม่ได้รับ	83 (53.55)	19 (12.26)	8.25 (4.46–14.66)	4.21 (2.20–8.11)	
ได้รับ	72 (46.45)	136 (87.74)	1	1	
การได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19					0.001
ไม่ได้รับ	80 (51.61)	22 (14.19)	6.45 (3.71–11.17)	3.17 (1.64–6.11)	
ได้รับ	75 (48.39)	133 (85.51)	1	1	

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษาในกลุ่ม 608 ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ที่พบว่า กลุ่ม 608 เพศชาย มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่า เพศหญิง 2.99 เท่า (95%CI = 1.73–5.16) นั้นซึ่งสอดคล้องกับสุกัญญา สวัสดิ์พานิช⁸ ที่พบว่า เพศชายฉีดวัคซีนน้อยกว่า เพศหญิง 0.7 เท่า แต่แย้งกับการศึกษาของ จิราพร บุญโท⁹ ที่พบว่า เพศชายตัดสินใจฉีดวัคซีนมากกว่าเพศหญิง 1.97 เท่า และการศึกษา Bongomin และคณะ¹⁰ ปี ค.ศ. 2021 ในประเทศยูกันดาที่พบว่า เพศชายมีโอกาสฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าเพศหญิง 4.10 เท่า และการศึกษา Chen และคณะ¹² ปี ค.ศ. 2021 ในประเทศจีน ที่พบว่า ความเต็มใจของผู้ชายที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 นั้นสูงกว่าผู้หญิง 1.35 เท่า และอาจเนื่องมาจากการเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหลังการฉีดวัคซีนว่าอาจทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

กลุ่ม 608 ที่ไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่า ผู้ที่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 4.03 เท่า (95%CI = 1.37–11.86) นั้น อาจเกิดจากการที่กลุ่ม 608 เชื่อว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จึงควรมีการส่งเสริมความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องให้กับกลุ่มนี้

กลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ช่วงเวลารณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านสื่อต่างๆ มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ 4.05 เท่า (95%CI = 1.00–4.16) ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของ Kashif และคณะ²⁵ ปี ค.ศ. 2021 ในประเทศปากีสถาน ที่พบว่า ข่าวเป็นแหล่งข้อมูลที่พบบ่อยที่สุดเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนโควิด-19 คือ ร้อยละ 34.2 ตามมาด้วยโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 56.7 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนในจำนวนที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Zhao และคณะ²⁶ ปี ค.ศ. 2021 ในประเทศจีน ที่พบว่า ผู้ได้รับข้อมูลการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวัคซีน มีแนวโน้ม

ได้รับวัคซีนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวัคซีน 2.23 เท่า ซึ่งอาจเกิดจากการไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงการรณรงค์หรือไม่ทราบถึงวันเวลาในการให้บริการในช่วงเวลาที่กำหนดทำให้ไม่สามารถมารับบริการฉีดวัคซีนได้ จึงควรจัดให้มีการติดตามนัดหมายการรับบริการฉีดวัคซีนเป็นรายบุคคลต่อไป

กลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หมอประจำครอบครัว มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หมอประจำครอบครัว 4.21 เท่า (95%CI = 2.20–8.11) และกลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว เป็น 3.17 เท่า (95%CI = 1.64–6.11) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Xu และคณะ¹⁹ ปี ค.ศ. 2022 ในประเทศจีนที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการฉีดวัคซีนเนื่องจากแพทย์แนะนำ มากกว่ากลุ่มที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ 1.99 เท่า และเมื่อญาติ ๆ ชวนไปฉีดวัคซีนส่งผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 เพิ่มขึ้น 2.80 เท่า อาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์มีการพบแพทย์ตามนัดประจำทุกเดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งแพทย์คอยซักถามและให้คำแนะนำในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ทุกครั้งที่เข้าพบแพทย์ และอาจเนื่องจากความตระหนักถึงการป้องกันการแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ระหว่างบุคคลในครอบครัว อีกทั้งเป็นการเคารพสิทธิในการอยู่ร่วมกัน

ส่วนปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ไม่ส่งผลต่อการมารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ที่พบว่า ความเชื่อส่วนบุคคลในเชิงลบต่อวัคซีน และความเข้าใจคลาดเคลื่อนต่อโรคโควิด-19 มีผลต่อความไม่สมัครใจต่อการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด-19 พบว่า ความเชื่อมั่นในความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับความต้องการฉีดวัคซีน¹⁶ อาจเกิดจากการรณรงค์การให้วัคซีน ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในครั้งนี้ ซึ่งเริ่มให้บริการตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 และดำเนินการเรื่อยมา อีกทั้งมีการ

ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้รวมถึงการเคาะประตูบ้านให้ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีความรู้ รับรู้ถึงประโยชน์และรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 รวมถึงการออกให้บริการเชิงรุกในชุมชน มีการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานมากขึ้น ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งมีผลในเชิงบวกต่อความสมัครใจเข้ารับวัคซีนของให้ผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการให้ความรู้แก่กลุ่ม 608 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในรูปแบบที่หลากหลาย ถูกต้องและสร้างความตระหนักในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

2. ควรเน้นย้ำบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้และทำความเข้าใจกับกลุ่ม 608 ถึงประโยชน์ในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างสม่ำเสมอ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม 608 เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค และการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้แก่กลุ่ม 608 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบอน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนโพน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ที่ให้การช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุนในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อุษา เล็กอุทัย. วัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่วยเรื่องภูมิคุ้มกันหมู่ วัคซีนป้องกันโควิด-19. ว. สาธารณสุขไทย 2564;51(3):183-7.
2. Machado M, Roberts B, Wong BLH, van Kessel R, Mossialos E. The Relationship Between the COVID-19 Pandemic and Vaccine Hesitancy: A Scoping Review of Literature Until August 2021. Front Public Health 2021;9:747787.
3. Bhatta J, Vallibhakara SA, Sigdel A, Chandra S, Samadarshi SCA, Dulal TP, Pant B, et al. Infodemic on social media and COVID-19 vaccine hesitancy. J Med Glob 2022;1(1):47-53.
4. กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ(สสส.). คู่มือวัคซีนสู้โควิด ฉบับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2564.
5. สำนักงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
6. ศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยา คปสอ. กุสุมาลย์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19. สกลนคร: สำนักงาน; 2565.
7. MacDonald NE. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine 2015;33(34):4161-4.
8. สุกัญญา สวัสดิ์พานิช. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชากรอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ว. เกษตรกรรมไทย 2566;15(1):413-20.
9. จิราพร บุญโท. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. ว. ควบคุมโรค 2565;48(1):22-32.
10. Bongomin F, Olum R, Andia-Biraro I, Nakwagala FN, Hassan KH, Nassozi DR, et al. COVID-19 vaccine acceptance among high-risk populations in Uganda. Ther Adv Infect Dis 2021;8: 20499361211024376.

11. Wong MCS, Wong ELY, Huang J, Cheung AWL, Law K, Chong MKC, et al. Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: A population-based survey in Hong Kong. *Vaccine* 2021; 39(7):1148–56.
12. Youssef D, Abou-Abbas L, Berry A, Youssef J, Hassan H. Determinants of acceptance of Coronavirus disease-2019 (COVID-19) vaccine among Lebanese health care workers using health belief model. *PLoS ONE* 2021;17(2):e0264128.
13. Chen M, Li Y, Chen J, Wen Z, Feng F, Zou H, et al. An online survey of the attitude and willingness of Chinese adults to receive COVID-19 vaccination. *Hum Vaccines Immunother* 2021;17(7):2279–88.
14. Omar DI, Hani BM. Attitudes and intentions towards COVID-19 vaccines and associated factors among Egyptian adults. *J Infect Public Health* 2021;14(10):1481-8.
15. Tao L, Wang R, Han N, Liu J, Yuan C, Deng L, et al. Acceptance of a COVID-19 vaccine and associated factors among pregnant women in China: a multi-center cross-sectional study based on health belief model. *Hum Vaccin Immunother* 2021;17(8):2378-88.
16. ชีโนรส ถีสวัสดิ์, เทอดศักดิ์ เดชคง, ลือจรรยา ธนภักดิ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565;30(2):161-71.
17. Klugar M, Riad A, Mohanan L, Pokorná A. COVID-19 Vaccine Booster Hesitancy (VBH) of Healthcare Workers in Czechia: National Cross-Sectional Study. *Vaccines (Basel)* 2021;9(12): 1437.
18. พีรวัฒน์ ตระกูลทวีสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์: ว. วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2565;3(1):47-57.
19. Xu J, Chen S, Wang Y, Duan L, Li J, Shan Y, et al. Prevalence and Determinants of COVID-19 Vaccination Uptake Were Different between Chinese Diabetic Inpatients with and without Chronic Complications: A Cross-Sectional Survey. *Vaccines* 2022;10(7):994.
20. Wong MCS, Wong ELY, Huang J, Cheung AWL, Law K, Chong MKC, et al. Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: A population-based survey in Hong Kong. *Vaccine* 2021;39(7):1148–56.
21. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. MOPH Immunization Center (MOPH IC) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://cvp1.moph.go.th/dashboard/>
22. เพชรรัตน์ สินธุโคตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ : การศึกษาแบบย้อนหลัง [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2561
23. Best, JW. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
24. Schlesselman JJ. *Case-Control Studies: Design, Conduct, Analysis (Monographs in Epidemiology and Biostatistics, 2)*. England: Oxford University; 1982.
25. Kashif M, Fatima L, Ahmed AM, Arshad Ali S, Memon RS, Afzal M, et al. Perception, Willingness, Barriers, and Hesitancy Towards COVID-19 Vaccine in Pakistan: Comparison Between Healthcare Workers and General Population. *Cureus* 2021;13(10):e19106.

26. Zhao H, Wang H, Li H, Zheng W, Yuan T, Feng A, et al. Uptake and adverse reactions of COVID-19 vaccination among people living with HIV in China: A case-control study. *Human Vaccines Immunotherapeutics* 2021;17(12):4964–70.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระและความกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานการณ์โควิด-19 ของศูนย์บริการสาธารณสุขสุชนาเวง

ดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล พ.บ., วว.อายุรศาสตร์, อว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

ภัชรินทร์ วงศ์ศรีดา พย.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดความรู้สึกเป็นภาระและความกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานการณ์โควิด-19 และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์บริการสาธารณสุขสุชนาเวง อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 60 คน ที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน (ติดบ้าน ติดเตียง) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามประเมินความรู้สึกเป็นภาระ และแบบสอบถามความกังวลต่อโควิด-19 ที่มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80, 0.92 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.3) อายุเฉลี่ยประมาณ 54 ปี เวลาเฉลี่ยต่อวันที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง > 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 55.0) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด 40 ปี จำนวนชั่วโมงที่พักผ่อนต่อวันส่วนใหญ่ 1-8 ชั่วโมง (ร้อยละ 95.0) ค่าเฉลี่ย 7.42 ชั่วโมง ความชุกของความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 76.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับความกังวลต่อโควิด-19 ของผู้ดูแล ($p = 0.028$) จากผลการศึกษานี้ควรส่งเสริมให้มีรูปแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องวินิจฉัยได้โดยเร็วเพื่อที่จะหาสาเหตุและได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โควิด-19

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร ผู้รับผิดชอบบทความ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครสกลนคร

รับบทความ: 3 พฤศจิกายน 2566 แก้ไขบทความ: 20 ธันวาคม 2566 รับผิดชอบบทความ: 27 ธันวาคม 2566

Prevalence and Factors Relating to the Burden Feelings and Concerns among the Caregivers of the Elderly and Dependent People for the COVID–19 Situation at Naveng Public Health Community Center

Duangjai Jirasawattrakul M.D., Dip. Thai Board of Medicine,
Thai Board of Family Medicine*
Patcharin Wongsrida M.N.S.**

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the prevalence and factors related to the burden feelings and concern among the caregivers of the elderly and dependent people for the COVID–19 situation at Naveng Public Health Community Center from Nov., 2022 to Sep., 2023. The study group consisted of 60 caregivers of the elderly and dependent people who had Barthel Activities of Daily Living (ADL) less than or equal to 11 points (home-bound, bed-bound). Data were collected by using the questionnaires, including general information of caregivers, knowledge in caring for the elderly and dependent people, burden feeling interview and concern to COVID–19 situation. The questionnaire reliability evaluated by the Cronbach's alpha coefficient were 0.80, 0.92 and 0.87, respectively. Data were analyzed by using the percentage, mean, standard deviation, chi-square and Fisher's exact test.

The results showed that 78.3% of caregivers were female, average age was 54 years old and 55.0% of them had average caring time > 8 hours/day. The maximum time of giving care was 40 years. Most of them (95.0%) had the rest time from 1 to 8 hours per days, mean 7.42 hours. The burden feeling of caregivers were reported at 76.7%. There were statistically significant relationships between concern about COVID –19 situation and caregiver burden feelings ($p = 0.028$). The results suggest that the assessment form of burden feeling among caregivers of the elderly and dependent people should be promoted. The early detection of burden feelings could lead to find the causes and correct appropriately.

Keywords: Caregiver burden feelings, Elderly and dependent people, COVID–19

* Medical Doctor (Senior Professional level), Social Medicine Work Group, Sakon Nakhon Hospital, Corresponding Author

** Registered Nurse (Professional Level), Public Health Service Center, Sakon Nakhon Municipality

Received: November 3, 2023 / Revised: December 20, 2023 / Accepted: December 27, 2023

บทนำ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากความเจริญทางการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น หน้าที่ของการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยและมักจะเป็นบทบาททางสังคมของผู้หญิง คนสูงอายุหรือคนโสดที่สมาชิกคนอื่นจะมอบหมายภาระนี้ให้ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง อีกทั้งผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหาของตนเองในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเอง¹

ความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden) นั้นยังไม่มีเกณฑ์วินิจฉัยที่ชัดเจนและเป็นสากล แต่ส่วนใหญ่จะให้นิยามตามการศึกษาของ Zarit และคณะ^{2,3,4} คือสภาวะที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าการให้การดูแลผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ สังคม สภาพเศรษฐกิจ จิตใจของตนเองในทางลบ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล อาจพบปัญหาอื่นไม่แพ้ วิตกกังวล ซึมเศร้า และอาจร้ายแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ นอกจากนั้นยังส่งผลให้ผู้ได้รับการดูแลได้รับการดูแลลดลงทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ความเสี่ยงที่จะเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพของตัวผู้ดูแลเอง แหล่งให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแล อายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแล เป็นต้น และถ้าผู้ดูแลเกิดภาวะ Caregiver Burden ขึ้นแล้วไม่ได้รับความช่วยเหลือ อาจถึงกับหมดไฟในการดูแล (caregiver burnout) เมื่อเกิดภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายหรือทอดทิ้งได้โดยไม่ตั้งใจ⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{6,7,8,9} พบว่า ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความไม่เพียงพอของรายได้ เป็นต้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำ “ระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิง” (Long Term Care: LTC) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล (Barthel Activity of Daily Living index: ADL) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ประชาชนไทยทุกสิทธิและทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุข¹⁰ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวงได้ดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุข จัดให้มีระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ชุมชนรับผิดชอบ และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 5 คน ปี 2565 จำนวน 31 คน และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 60 คน¹¹ ปัจจุบันทีมผู้วิจัยทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพประจำศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี แสดงถึงการต้องมีผู้ดูแลเพิ่มขึ้นร่วมกับปัจจุบันมีสถานการณ์ระบาดของโควิด -19 ทางทีมผู้วิจัยจึงตระหนักว่าควรจะต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแลเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ต้องวินิจฉัยได้โดยเร็วเพื่อหาสาเหตุและได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาเฉพาะที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นว่าควรมีการศึกษาเรื่องนี้ เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมป้องกันและหาแนวทางการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกของการเกิดความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในสถานการณ์โควิด-19 ในชุมชนรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง
2. ประเมินความความกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานการณ์โควิด-19 ในชุมชนรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ระยะเวลาศึกษา

คือ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตชุมชนรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขสุนาเวง 8 ชุมชน ในปีงบประมาณ 2565 ซึ่งมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,039 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)¹² โดยมีค่า ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน (ติดบ้าน ติดเตียง) ในชุมชนรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขสุนาเวง ในปีงบประมาณ 2566 โดยเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลกลุ่มอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง รวมจำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน 3) สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์หรือบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการ และ 2) ผู้ดูแลขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรอง Barthel Activities of Daily Living: ADL¹² เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแล เวลาเฉลี่ยต่อวันที่ให้การดูแล ความช่วยเหลือจากผู้อื่น ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด จำนวน 21 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะคำถามมีสองคำตอบให้

เลือก คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ โดยมีการแปลผล ดังนี้ คะแนนรวม 0 ถึง 11 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ คะแนน 12 ถึง 15 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง คะแนน 16 ถึง 20 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้มาก

2.3 แบบสอบถามประเมินความรู้สึกเป็นภาระใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ZBI (Zarit Burden Interview) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย^{2,3,4,14} จำนวน 22 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 ให้เลือกตอบ โดย พิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลยได้ 1 คะแนน หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง 3 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้งและ 4 คะแนน หมายถึง ประจำ โดยมีการแปลผล ดังนี้ คะแนนรวม 0 ถึง 20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระ คะแนน 21 ถึง 40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อยถึงปานกลาง คะแนน 41 ถึง 60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลางถึงมาก และ คะแนน 61 ถึง 88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก

2.4 แบบสอบถามความกังวลต่อโควิด-19 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹³ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย 2 คะแนน หมายถึง ปานกลาง และ 3 คะแนน หมายถึง มาก/ประจำ โดยมีการแปลผล ดังนี้ 5-6 คะแนน หมายถึง มีความกังวลอยู่ในระดับต่ำ 7-11 คะแนน หมายถึง มีความกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และ 12 คะแนน หมายถึง มีความกังวลอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีดังนี้

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทำการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้ค่า CVI ทั้งฉบับ เท่ากับ 1 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coef-

ficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.80

2) แบบสอบถามประเมินความรู้สึกเป็นภาระ นำมาจากแบบวัดภาระในการดูแลของ Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดย ชนัญชิดาคุณฤๅ ทูลศิริ และคณะ¹⁴ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

3) แบบสอบถามความกังวลต่อโควิด-19 กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKH REC No. 009/2565 วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม – กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อยู่ในการดูแลรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง จากนั้นทำการรวบรวมรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อยู่ในการดูแลรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนนาเวง ในปีงบประมาณ 2566 อบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่ออธิบายขั้นตอนการทำการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ผ่าน google form ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ตรงกัน และอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีวิจัย แจ้งถึงสิทธิและจริยธรรมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่จะเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งขอคำยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มเป้าหมาย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 10-15 นาที จากนั้นตรวจสอบข้อมูลและความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ถูกต้องและรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปทาง

สถิติ ข้อมูลเชิงพรรณนาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test: χ^2) และ Fisher exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 คน มีความรู้สึกเป็นภาระ 46 คน (ร้อยละ 76.7) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.3) อายุเฉลี่ยประมาณ 54 ปี ส่วนใหญ่อายุ < 60 ปี (ร้อยละ 66.7) มีผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1 ใน 3 ของผู้ดูแลทั้งหมด มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 65.0 เรียนระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 63.3 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 61.7) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 60.0) เวลาเฉลี่ยต่อวันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง > 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 55.0) ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด 40 ปี จำนวน ชั่วโมงพักผ่อนต่อวันส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-8 ชั่วโมง (ร้อยละ 95.0) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7.42 ชั่วโมง ดังแสดงตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกับความรู้สึกเป็นภาระ จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้ ความเพียงพอของรายได้ เวลาเฉลี่ยต่อวันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนชั่วโมงที่พักผ่อนต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ส่วนระดับคะแนนความกังวลต่อโควิด-19 ของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square (n = 60) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล	ความรู้สึกเป็นภาระ				χ^2	p-value
	ไม่รู้สึกเป็นภาระ		รู้สึกเป็นภาระ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนชั่วโมงที่พักผ่อนต่อวัน					3.315*	0.133
1 – 8 ชั่วโมง	12	21.1	45	78.9		
> 8 ชั่วโมง	2	66.7	1	33.3		
Mean = 7.42, S.D. = 1.60, Min = 3, Max = 12						
ระดับความรู้					1.660*	0.329
คะแนน < 12	0	0.0	5	100.0		
คะแนน $\geq$ 12	14	25.5	41	74.5		
ระดับความกังวลต่อโควิด-19						
ระดับต่ำ (5–6 คะแนน)	4	44.4	5	55.6	6.121*	0.028
ระดับปานกลาง (7–11 คะแนน)	9	28.1	23	71.9		
ระดับสูง (12 คะแนน)	1	5.3	18	94.7		

* Fisher's Exact Test มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลมีระดับความรู้มาก รองลงมา คือ ความรู้ปานกลาง ร้อยละ 11.7 และมีความรู้ น้อย ร้อยละ 8.3 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 16.47 คะแนน (ตารางที่ 2)

ระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้สึกไม่ เป็นภาระ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 มีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 76.7 โดยส่วนมากมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยถึง

ปานกลาง ร้อยละ 40.0 มีความรู้สึกเป็นภาระปานกลางถึง มาก ร้อยละ 30.0 ความรู้สึกเป็นภาระมาก ร้อยละ 6.7 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 31.67 (ตารางที่ 2)

ระดับคะแนนความกังวลต่อโควิด-19 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระดับความกังวลปาน กลางร้อยละ 53.3 มีระดับความกังวลสูงร้อยละ 31.7 และ มีระดับความกังวลต่ำ ร้อยละ 15.5 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 10.12 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรู้ ระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และระดับคะแนนความกังวลต่อไวรัส COVID-19 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 60)

ตัวแปรศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ความรู้น้อย	5	8.3
ความรู้ปานกลาง	7	11.7
ความรู้มาก	48	80.0
Mean = 16.47, S.D. = 4.91, Min = 1, Max = 20		

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรู้ ระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และระดับคะแนนความกังวลต่อไวรัส COVID-19 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 60) (ต่อ)

ตัวแปรศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล		
ไม่เป็นการะ	14	23.3
เป็นการะน้อยถึงปานกลาง	24	40.0
เป็นการะปานกลางถึงมาก	18	30.0
เป็นการะมาก	4	6.7
Mean = 31.67, S.D. = 17.61, Min = 0, Max = 70		
ระดับความกังวลต่อโควิด-19		
ระดับความกังวลต่ำ	9	15.0
ระดับความกังวลปานกลาง	32	53.3
ระดับความกังวลสูง	19	31.7
Mean = 10.12, S.D. = 3.00, Min = 5, Max = 15		

วิจารณ์และสรุป

การศึกษานี้พบความชุกของการเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 76.7 ระดับความกังวลต่อโควิด-19 อยู่ระดับความกังวลปานกลางถึงระดับสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ระดับความกังวลต่อโควิด-19 วิจารณ์ผลการศึกษา ได้ดังนี้

ความชุกของความรู้สึกเป็นภาระพบร้อยละ 76.7 ซึ่งสูงกว่าข้อมูลที่เคยมีการศึกษาไว้ในประเทศไทย^{6,7,8} จากผลการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ช่วงเวลาการศึกษาวิจัยเป็นช่วงที่มีสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคระบาดที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนมากมีโรคประจำตัวและภูมิคุ้มกันค่อนข้างต่ำ ทำให้เมื่อมีการติดเชื้อมักจะมีอาการรุนแรงมากกว่าและมีอัตราการเสียชีวิตได้มากกว่าคนทั่วไป จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งกังวลต่อตัวเองและกังวลต่อผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ตัวเองดูแล ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความกังวลต่อโควิด-19 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่พบในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลร้อยละ 85.0 มีความกังวลระดับปานกลางถึงสูง

ปัจจัยด้านระดับความกังวลต่อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.028) โดยปัจจัยนี้ยังมีการศึกษาน้อย เนื่องจาก โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดขึ้นครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 หลัง

จากนั้นมีการแพร่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลก ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีอาการแตกต่างกัน ตั้งแต่อาการเล็กน้อย ปานกลาง กระทั่งรุนแรงจนเสียชีวิต โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต สอดคล้องกับระดับความกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในการศึกษานี้ ที่ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง

ปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ และคณะ^{6,8} ที่พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ปัจจัยด้าน ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์⁶ ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ปัจจัยด้านระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาคภูมิ มนัสวรกิจ⁷ ที่พบว่า ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษานี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 91.7 จึงไม่ส่งผลต่อความ

รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

จุดแข็งของการศึกษา มีการใช้แบบวัดมาตรฐานหลายชุด เพื่อเก็บข้อมูล เป็นการศึกษาในบริบทเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท สามารถนำไปต่อยอดพัฒนาการดูแลผู้ดูแลในบริบทเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทได้

ข้อจำกัดของการศึกษา ขนาดกลุ่มศึกษามีจำนวนน้อย เป็นการศึกษาจากพื้นที่เดียว ยังขาดปัจจัยที่สำคัญในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายปัจจัย เช่น ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล เป็นต้น และการศึกษาปัจจัยระดับความกังวลต่อโควิด-19 ยังมีการศึกษาน้อย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย จากการศึกษาพบว่า ระดับความกังวลต่อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เปรียบได้ว่าเมื่อเกิดอุบัติการณ์การเกิดโรคใหม่ หรือสถานการณ์ใดก็ตามซึ่งส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของ

ผู้ดูแลหรือตัวผู้ดูแลเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จนเกิดความกังวลของผู้ดูแล อาจส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นต่อไปถ้ามีสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ควรคัดกรองผู้ดูแลให้เร็วขึ้น เพื่อวินิจฉัยการเกิดความรู้สึกเป็นภาระได้เร็ว และรีบหาสาเหตุเพื่อแก้ไข เพื่อลดการเกิด caregiver burden และ caregiver burn-out ของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อการดูแล ทำให้ผู้ดูแลอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายหรือทอดทิ้งได้ นอกจากนี้ควรมีแนวทางการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลที่เป็นระบบ และควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติม รวมถึงการศึกษาเชิงคุณภาพในมุมมองการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรองและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2553.
2. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist* 1986;26(3):260-266.
3. Zarit SH. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center; 1990.
4. อรรถธรณ์ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรสสุคนธ์ ชมชื่น. คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2558;23(1):12-24.
5. ชวินทร์ เลิศศรีมงคล และ วิชุดา จิรพรเจริญ. หนังสือเวชปฏิบัติครอบครัว เล่ม 2: การดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561. หน้า129-154.
6. ธนาสิทธิ์ วิจิตร. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการในการดูแลของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2559;6(1):56-62.
7. ภาคภูมิ มนัสวรกิจ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี. หั้วหินเวชสาร 2564;1(1):1-11.
8. อุตยาภรณ์ พิมวรรณ, นิสิตา นาทประยุทธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564;66(2):203-216
9. ปุณณัฐา อินไทย, พิชา เครือแปง, ญาณี โชคสมงาม, และณินี ชิงชาญกุล. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร 2564;60(3):383-394.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc13.pdf

11. ศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง. ข้อมูลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ปี 2565. สกลนคร: งาน Long Term Care ศูนย์บริการสาธารณสุขนาเวง; 2565.
12. กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf
13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/21aug2563-1.pdf>
14. ชนัญชิดาคุษฎี ทูลศิริ,รัชนี สรรเสริญ, วรณรัตน์ . การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2554;4(1):62-75.

ประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย

เจษฎา วารี นักศึกษา ปร.ด. (การบริหารการพัฒนา)*

จิตติ กิตติเลิศไพศาล ปร.ด.**

พิศดาร แสนชาติ ปร.ด.**

ชนินทร์ วะสินนท์ สส.ด.**

บทคัดย่อ

ประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย มีเป้าหมายหลักเพื่อให้การคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย ได้รับการจัดบริการและสวัสดิการสังคม แต่การดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งยังคงประสบปัญหา มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงาน จำนวนคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศในปี 2560 ยังสูงถึง 70,539 คน และคนไร้ที่พึ่งยังไม่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งบางแห่งมีประสิทธิผลการดำเนินงานในระดับดี ผู้วิจัยจึงทำการศึกษารายกรณีและถอดบทเรียนการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Practice) เป็นการวิจัยเป็นแบบผสมผสาน ระยะเวลาวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช วิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา มีประสิทธิผลอยู่ในระดับดี ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประสิทธิผลอยู่ในระดับดีเด่น ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั้ง 4 แห่ง มีปัจจัยด้านนโยบายที่เข้มแข็ง ภาวะผู้นำของผู้บริหาร การสนับสนุนจากองค์กร การบริหารจัดการที่ดี การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดการความรู้ และการจัดการความขัดแย้ง มีอิทธิพลต่อการพัฒนาประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย ส่งผลทำให้คนไร้ที่พึ่งได้รับการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม มีการเสริมสร้างสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ มีการรักษาพยาบาลที่ดี มีการส่งเสริมการศึกษาและอาชีพ การส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างโอกาสในสังคม มีการสนับสนุนให้คนไร้ที่พึ่งมีงานทำ มีการสนับสนุนให้คนไร้ที่พึ่งมีที่พักอาศัย มีการป้องกันมิให้มีการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อคนไร้ที่พึ่ง และมีคุณภาพการให้บริการที่ดี มีการยกระดับการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน ส่งผลให้คนไร้ที่พึ่งกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมีความสุข

คำสำคัญ : ประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง คนไร้ที่พึ่ง

* นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครพนม กองคุ้มครองสวัสดิภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

** คณะกรรมการหลักสูตรปรัชญาคุณภิวัตน์ (การบริหารการพัฒนา) มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

รับบทความ: 9 พฤศจิกายน 2566 แก้ไขบทความ: 20 ธันวาคม 2566 รับผิดชอบบทความ: 27 ธันวาคม 2566

The Effectiveness of the Homeless Protection Center in Thailand

Jatsada Waree Ph.D. student (Development Management)*

Jitti Kittilertpaisan Ph.D.**

Pissadarn Saenchat Ph.D.**

Chanin Vaseenonta Ph.D.**

Abstract

The effectiveness of the Homeless Protection Center in Thailand was to provide the protection for homeless people in Thailand to receive the services and social welfare. However, the operation of the Homeless Protection Center still faces the problems, complexity in its processes and procedures. The number of homeless people throughout the country in 2017 still high, 70,539 people, and their quality of life were not developed properly. However, there were Homeless Protection Centers in Thailand that operated with a good level of effectiveness. Therefore, a case study was conducted and lessons learned from best practice were conducted. The research study was a mixed method and conducted from February to July, 2023. The research tools were the interviews and questionnaires. The method for collecting data was sending the interviews and questionnaires by mail to four the Homeless Protection Center, Nakhon Sawan Province, Nakhon Ratchasima Province, Bangkok and Nakhon Si Thammarat Province. The effectiveness of Homeless Protection Centers was analyzed by the descriptive statistics.

The research results found that the effectiveness of the Homeless Protection Center, Nakhon Sawan and Nakhon Ratchasima Province was at a good level. The effectiveness of the Homeless Protection Center, Bangkok and Nakhon Si Thammarat Province was at a very good level. All four Homeless Protection Center had the following factors; strong policy factors, the executive leadership corporate support, good management stakeholder participation. The knowledge management and conflict management affected the development of the effectiveness of Homeless Protection Centers in Thailand. As a result, the homeless people received the appropriate social welfare. The physical and mental fitness was strengthened. They received a good medical care. The education and careers were promoted. The opportunities in society were promoted. There was a support for homeless people to get work and have shelter. They were protection for unfair discrimination against the homeless, good service quality as well as enhancing the integration and cooperation of all sectors. As a result, the helpless had returned to their families, community and society with happiness.

Keywords: Effectiveness of the homeless protection center, Homeless protection center, Homeless people

* General Administration Officer (Professional Level), Center for the Protection of Homeless Persons Nakhon Phanom Province, Welfare Protection and Quality of Life Promotion Division, Department of Social Development and Welfare, Ministry of Social Development and Human Security

** Doctor of Philosophy Program Committee (Development Management) Sakon Nakhon Rajabhat University

Received: November 9, 2023 / Revised: December 20, 2023 / Accepted: December 27, 2023

บทนำ

ปัจจุบันความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสังคมที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน ตลอดจนปัญหาของผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร ทำให้บุคคลในบางกลุ่มของสังคมไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถแก้ไขปัญหาและจัดการกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองจากสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และเกิดผลกระทบต่อชุมชน สังคม ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลกลุ่มนี้กลายเป็นคนไร้ที่พึ่งในที่สุด¹ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในฐานะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบและดูแลกลุ่มเป้าหมายคนไร้ที่พึ่ง คนเร่ร่อน และคนขอทาน ตลอดจนผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนทางสังคม ยังคงประสบปัญหาในการดำเนินงานทั้งนี้เพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับกลุ่มเป้าหมาย

สำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่ง มีหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ (ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดำเนินการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและทำหน้าที่เป็นเครือข่ายในการดำเนินงานให้กับสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในเขตพื้นที่ รวมทั้งสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งอื่น ๆ เป็นไปตามพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 (หน้า 15 หมวด 3 การคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง มาตรา 19 มาตรา 20 และมาตรา 22)² มีการบูรณาการการทำงานเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่งร่วมกัน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคุ้มครองและดูแลคนไร้ที่พึ่ง เพื่อไม่ให้กลายเป็นปัญหากับชุมชน สังคม และประเทศชาติ

สถานการณ์คนไร้บ้านทั่วโลกจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ไร้ที่อยู่อาศัยประมาณ 150 ล้านคนทั่วโลก³ สถิติคนไร้ที่พึ่งของประเทศไทย ข้อมูลจากแผนปฏิบัติการกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่า มีคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศจำนวน 70,539 คน⁴ และจากการสำรวจโดยมูลนิธิอิสระชนพบว่า คนเร่ร่อนในเขตกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย ในปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 มีคนเร่ร่อนจำนวน 3,455 และ 3,630 คน ตามลำดับ⁵ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับภาคีเครือข่ายสำรวจข้อมูล

คนไร้บ้านในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีคนไร้บ้านจำนวน 2,719 คน เป็นชายมากกว่าหญิง ส่วนใหญ่คือ ประมาณร้อยละ 57 อยู่ในช่วงวัยแรงงานตอนปลาย (อายุ 40-59 ปี) และมีสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) อยู่ที่ร้อยละ 18 คนไร้บ้านอาศัยใช้ชีวิตอยู่ในเมืองใหญ่ในระดับประเทศและระดับภูมิภาค ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีคนไร้บ้านมากที่สุด ประมาณร้อยละ 38 รองลงมาคือ นครราชสีมา ร้อยละ 5 เชียงใหม่ ร้อยละ 4 สงขลา ร้อยละ 4 ชลบุรี ร้อยละ 3 และขอนแก่น ร้อยละ 3 อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่า พบคนไร้บ้านในทุกจังหวัด และพบคนไร้บ้านมีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตประมาณ 60 ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยซึ่งอยู่ที่ 75 ปี⁶ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลคนไร้ที่พึ่งควรมีวิธีการหรือมาตรการในการดูแลทั้งจำนวนให้ลดลงและคุณภาพของการจัดการให้ดีขึ้น ควรพัฒนาประสิทธิภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความคุ้มครองและดูแลคนไร้ที่พึ่งให้เกิดผลดีและคุ้มค่า

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งแห่งประเทศไทยมีหน้าที่

- 1) สำรวจติดตามสภาพและปัญหาเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่ง
- 2) สืบเสาะข้อมูลเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่งที่ขอรับการคุ้มครองหรือที่ถูกส่งตัวมายังศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และ
- 3) ให้การคุ้มครองในเบื้องต้นแก่คนไร้ที่พึ่ง รวมทั้งรับตัวคนไร้ที่พึ่งไว้ประสานงานเพื่อจัดส่งคนไร้ที่พึ่งไปยังสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
- 4) ให้การคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งตามที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมอบหมายหรือตามที่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเห็นสมควร
- 5) มีการคัดกรองคนไร้ที่พึ่งก่อนประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ
- 6) ดำเนินการเชิงรุกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและบุคคลที่อยู่ในสภาวะยากลำบากเข้าสู่การเป็นบุคคลไร้ที่พึ่ง

จากการดำเนินงานในปี 2559 มีเป้าหมาย คือ การยกระดับคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างขีดความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย เกณฑ์ร้อยละ 80 และจากผลการดำเนินการดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 69.96⁸ ประกอบกับผลการปฏิบัติการของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ปี 2563 ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งควรมีการเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรเพื่อการบริหารนโยบายและการบริการ ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาเสริมสร้างการพัฒนาคน ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการคิดค้นพัฒนานวัตกรรมด้านสวัสดิการสังคมและพัฒนาสังคม พัฒนาระบบบริหารจัดการ เทคโนโลยีสารสนเทศและ

การสื่อสาร รวมทั้งเสริมสร้างองค์กรคุณธรรม⁹ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง อย่างไรก็ตามมีศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทยมีศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั้งหมด 77 แห่ง ผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดสวัสดิการเพื่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 37 แห่ง เป็นระดับดีเยี่ยม 10 แห่ง ระดับดี 20 แห่ง ระดับพอใช้ 7 แห่ง ซึ่งในปีต่อ ๆ ไปมีแผนการประเมินมาตรฐานการจัดสวัสดิการเพื่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เพิ่มเติมให้ครบ 77 แห่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาพการทำงานและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ เพราะจะทำให้ได้แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งต่อไป

ความหมายของประสิทธิผล

ประสิทธิผล หมายถึง ผลการปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นการวัดผลงานในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในเชิงผลลัพธ์ตามพันธกิจขององค์กร เมื่อเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ หรือตามวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

ประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย 9 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านการจัดสวัสดิการสังคม 2) ด้านการเสริมสร้างสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ 3) ด้านการรักษาพยาบาล 4) ด้านการส่งเสริมการศึกษาและอาชีพ 5) ด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างโอกาสในสังคม 6) ด้านการสนับสนุนให้คนไร้ที่พึ่งมีงานทำ 7) ด้านการสนับสนุนให้คนไร้ที่พึ่งมีที่พักอาศัย 8) ด้านการป้องกันมิให้มีการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อคนไร้ที่พึ่ง 9) ด้านคุณภาพการให้บริการ¹⁰

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาพการทำงานด้านการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่มีประสิทธิภาพในระดับดีมาก รายการและถอดบทเรียนการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Practice)

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษารายกรณี (Case Study) และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ทำการศึกษาสภาพการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 และสังเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพล เพื่อให้ได้แนวทางการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลรายการและถอดบทเรียนการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Practice) ใน 4 แห่ง คือ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 77 แห่ง รวม 616 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 77 แห่งๆ ละ 3 คน รวมจำนวน 231 คน

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 4 คน จาก 4 แห่ง ประกอบด้วย ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่กรณีศึกษาเข้ารวมการวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ระดับพื้นที่ โดยพิจารณาจากการเป็นหน่วยงานที่มีจำนวนคนไร้ที่พึ่งในพื้นที่จำนวนมาก และหน่วยงานสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอยู่ในระดับดีเด่นและระดับดี 2) เป็นพื้นที่ที่มีการศึกษาดูงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง ดูแล และให้การช่วยเหลือคนไร้ที่พึ่งในพื้นที่ และเป็นพื้นที่ตัวอย่างในการบริหารจัดการอยู่ในเกณฑ์ดี และ 3) เป็นพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานมีประสิทธิผลอยู่ในเกณฑ์ดีเด่นและเกณฑ์ดี และมีข้อมูลปรากฏอยู่ในเอกสาร หนังสือ วารสาร และรายงานประจำปี ทั้งนี้ พื้นที่ที่คัดเลือกเป็นหน่วยงานในแต่ละภาค ซึ่งผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานการจัดสวัสดิการเพื่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จากคณะกรรมการประเมินมาตรฐาน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ตั้งแต่ปี 2563-2566 ทั้งในระดับดีเด่นและระดับดีที่มีความโดดเด่นใน

แต่ละภาคอีกด้วย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่กรณีศึกษาเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือก 4 พื้นที่ โดยพิจารณาจากศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย ที่มีประสิทธิผลการดำเนินงานในระดับดีของแต่ละภาค รวมทั้งมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ใน 4 พื้นที่ ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย 2) เป็นผู้ที่มีสนใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างและให้ข้อมูล และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่เอกสารรับรอง COA NO. 162/2565 IEC NO. HE 65-131 หลังจากได้รับอนุมัติจึงดำเนินการเก็บข้อมูล การทำวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับรู้วิธีการวิจัย ผลประโยชน์ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริงและลงนามในหนังสือยินยอม การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถระบุบุคคลหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ จัดส่งทางไปรษณีย์เพื่อขอข้อมูลจากศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั้ง 4 แห่ง ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาประสิทธิผลและขอบข่ายการพัฒนาประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย จำนวน 1 ข้อ ซึ่งได้ร่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย

2. เครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จำนวน 77 แห่งทั่วประเทศ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 5 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ คะแนนเต็ม 120 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดเพื่อให้แสดงความคิดเห็น จำนวน 1 ข้อ

แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก และมีประสบการณ์ความชำนาญเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา หรือการสอนด้านสังคมศาสตร์ หรือเป็นผู้มีประสบการณ์ความชำนาญด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านการพัฒนาสังคม และวิเคราะห์หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence, IOC) ของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ทุกข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ซึ่งถือว่าเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ใช้ได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ส่งทางไปรษณีย์และรอการส่งแบบสัมภาษณ์กลับคืนมาทางไปรษณีย์ โดยเก็บข้อมูลรายการดีและถอดบทเรียน Best Practice 4 แห่ง

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์และรอการส่งแบบสัมภาษณ์กลับคืนมาทางไปรษณีย์ โดยเก็บข้อมูลจากศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 77 แห่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูล

ที่ได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป สถานภาพของ ผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และ หาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความ เรียง 2) ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ 3) ข้อมูล เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

จากการศึกษารายกรณีและถอดบทเรียน Best Practice ที่มีประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งใน ประเทศไทยในระดับดี ถึง ดีมาก จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัด นครราชสีมา กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครราชสีมา มีประเด็นที่เป็นข้อค้นพบของแต่ละแห่ง ดังนี้

1. สภาพการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์

1.1 โครงสร้างการทำงาน ประกอบด้วย ข้าราชการ 2 คน พนักงานราชการ 8 คน รวม 10 คน ทำหน้าที่ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาในพื้นที่ 15 อำเภอ 130 ตำบล 1,328 หมู่บ้าน

1.2 สภาพพื้นที่ในการทำงานจังหวัดนครสวรรค์ มีสภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีป่าไม่มาก และมีภูเขาสลับซับซ้อนทางด้านตะวันตกของจังหวัด ศูนย์ คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ทำหน้าที่ดูแลพื้นที่ 15 อำเภอ 130 ตำบล 1,328 หมู่บ้าน ซึ่งบางพื้นที่เป็น พื้นที่ที่อยู่ห่างไกลและมีความยากลำบากในการเข้าถึงพื้นที่ ทั้งนี้ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย ข้าราชการ 2 คน และพนักงานราชการ 8 คน ซึ่งถือว่า มีจำนวนน้อย หากเปรียบเทียบกับขนาดของพื้นที่ และ ปริมาณจำนวนของผู้ประสบปัญหา แต่ก็สามารถดูแลกลุ่ม เป้าหมายได้อย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล ที่ดี จังหวัดนครสวรรค์นับเป็นจังหวัดที่มีการคมนาคมขนส่ง ที่มีความหลากหลาย เป็นประตูที่จะนำไปสู่จังหวัดอื่น ๆ ของภาคเหนือ มีเส้นทางคมนาคมเชื่อมต่อกับพื้นที่ในหลาย จังหวัด และนำมาซึ่งคนไร้ที่พึ่ง คนเร่ร่อน และคนขอทาน มีจำนวนมาก โดยจะเดินทางสัญจรตามเส้นทางรถไฟ หรือ รถโดยสารประจำทาง ทำให้ควบคุมจำนวนและปริมาณได้

ยาก แต่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ มีการ วางแผนในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งได้รับความร่วมมือและมีการบูรณาการ การให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนองค์กรและมูลนิธิ ต่าง ๆ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนินงานที่ เข้มแข็ง ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพที่ดี

1.3 ประสิทธิภาพ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัด นครสวรรค์ ในปีงบประมาณ 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ใช้ บริการ จำนวนทั้งสิ้น 87 คน และมีผลการดำเนินงานเป็น ไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จ โดย 1) ได้ให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้ในการทำโดยการส่งกลุ่มเป้าหมายให้ สถานประกอบการ จำนวน 2 คน 2) มีการส่งกลับครอบครัว หรือญาติมา จำนวน 57 คน 3) มีการส่งต่อโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน 4) มีการนำส่งสถาน สงเคราะห์ จำนวน 14 คน และ 5) ไม่ยินยอมรับความช่วยเหลือ จำนวน 9 คน และในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน ผู้ใช้บริการจำนวนทั้งสิ้น 108 คน และมีผลการดำเนินงาน เป็นไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จ โดย 1) ได้ให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้ในการทำโดยการส่งกลุ่มเป้าหมาย ให้สถานประกอบการ จำนวน 7 คน 2) มีการส่งกลับ ครอบครัวหรือญาติมา จำนวน 52 คน 3) มีการส่งต่อ โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน 4) มี การนำส่งสถานสงเคราะห์ จำนวน 32 คน 5) ไม่ยินยอมรับ ความช่วยเหลือ จำนวน 5 คน และ 6) เสียชีวิต จำนวน 6 คน (ตารางที่ 1)

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ มีการ บริหารจัดการและการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ ในแต่ละปีมีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก (ตารางที่ 1) แต่ศูนย์ คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ยังคงรักษามาตรฐาน การในการทำงานได้เป็นอย่างดี โดยมีกระบวนการการ ดำเนินงานที่ดีในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหา เช่น ช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้ การส่งกลับครอบครัว หรือญาติมา การส่งต่อโรงพยาบาลและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง การนำส่งสถานสงเคราะห์ เป็นต้น มีความเร็วใน การบริหารจัดการ และมีการติดตามไม่ให้เกิดกลับมาเป็นคนไร้

ที่พึ่งซ้ำ นอกจากนี้ ยังมีผลงานและรางวัลแห่งความสำเร็จ คนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ผ่านการประเมินมาตรฐาน อาทิจำราชการดีเด่น ประจำปี 2565 หรือ รางวัล “คนดีศรี การจัดสวัสดิการเพื่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ประจำปี 2565 พส.” ประจำปี 2565 หรือ ประกาศเกียรติคุณ ศูนย์คุ้มครอง ในระดับดี

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รายการและถอดบทเรียนการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Practice) จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดนครราชสีมา กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครศรีธรรมราช

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง	การบริหารจัดการ	จำนวน (ร้อยละ)			ระดับ*
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	
1. นครสวรรค์	ส่งต่อหางานทำ	2 (1.74)	7 (7.56)		
	ส่งกลับครอบครัวหรือกลับภูมิลำเนา	57 (49.59)	52 (56.16)		
	ส่งต่อโรงพยาบาล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	5 (4.35)	6 (6.48)		
	นำส่งสถานสงเคราะห์	14 (12.18)	32 (34.56)		
	ไม่ยินยอมรับความช่วยเหลือ	9 (7.83)	5 (5.4)		
	หลบหนี	–	–		
	เสียชีวิต	–	6		
รวม		87	108		ดี
2. นครราชสีมา	ส่งต่อหางานทำ	68 (161.84)	9 (15.75)		
	ส่งกลับครอบครัวหรือกลับภูมิลำเนา	105 (249.9)	115 (201.25)		
	ส่งต่อโรงพยาบาล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	7 (23.87)	3 (5.25)		
	นำส่งสถานสงเคราะห์	23 (54.74)	21 (36.75)		
	ไม่ยินยอมรับความช่วยเหลือ	35 (83.3)	27 (47.25)		
	หลบหนี	–	–		
	เสียชีวิต	–	–		
รวม		238	175		ดี
3. กรุงเทพมหานคร	ส่งต่อหางานทำ		53 (352.98)	51 (125.97)	
	ส่งกลับครอบครัวหรือกลับภูมิลำเนา		131 (872.45)	72 (177.84)	
	ส่งต่อโรงพยาบาล		17 (113.22)	2 (4.94)	
	นำส่งสถานสงเคราะห์		170 (1132.22)	33 (81.51)	
	ส่งต่อหน่วยงานอื่นๆ		64 (47.25)	24 (59.28)	
	สิ้นสุดการใช้บริการ		195 (426.24)	40 (98.8)	
	หลบหนี		31 (206.46)	20 (49.4)	
	เสียชีวิต		5 (33.3)	5 (12.35)	
รวม		–	666	247	ดีเด่น

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รายการณีและถอดบทเรียนการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Practice) จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดนครราชสีมา กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง	การจัดบริการ	จำนวน (ร้อยละ)			ระดับ*
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	
4. นครศรีธรรมราช	ส่งต่อหางานทำ		2 (4.78)	5 (8.8)	
	ส่งกลับครอบครัวหรือกลับภูมิลำเนา		45 (239.45)	20 (35.2)	
	ส่งต่อโรงพยาบาล		15 (35.85)	16 (28.16)	
	นำส่งสถานสงเคราะห์		69 (164.91)	26 (45.76)	
	ส่งต่อหน่วยงานอื่นๆ		103 (246.17)	109 (17.44)	
	สิ้นสุดการใช้บริการ		–	–	
	หลบหนี		–	–	
	เสียชีวิต		5 (11.95)	–	
รวม			239	176	ดีเด่น

* เกณฑ์การประเมินมาตรฐานการจัดสวัสดิการเพื่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ระดับดีเยี่ยม หมายถึง มากกว่าร้อยละ 90 ระดับดี หมายถึง ร้อยละ 80-89 ระดับพอใช้ หมายถึง ร้อยละ 51-79 และระดับต้องปรับปรุง หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 50

2. สภาพการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

2.1 โครงสร้างการทำงาน ประกอบด้วย ข้าราชการ 3 คน พนักงานราชการ 8 คน รวม 11 คน ทำหน้าที่ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาในพื้นที่ 32 อำเภอ 289 ตำบล 3,743 หมู่บ้าน

2.2 สภาพพื้นที่ในการทำงาน จังหวัดนครราชสีมา มีสภาพภูมิประเทศเป็นพื้นที่ภูเขาสูง เป็นที่ราบสูง แบ่งเป็นบริเวณเทือกเขาและที่สูงทางตอนใต้ของจังหวัด บริเวณที่สูงทางตอนกลางของจังหวัด พื้นที่ลูกคลื่นทางตอนเหนือของจังหวัด และบริเวณที่ราบลุ่มทางตอนเหนือของจังหวัด ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ดูแลกลุ่มเป้าหมายคนไร้ที่พึ่ง คนขอทาน และผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนภายในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีพื้นที่ 32 อำเภอ 289 ตำบล 3,743 หมู่บ้าน นับเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่กว้างใหญ่ มีพื้นที่แต่ละอำเภอที่ห่างไกล ดังนั้น การให้การช่วยเหลือและดูแลกลุ่มเป้าหมาย จึงเป็นเรื่องที่ยากลำบาก แต่ก็ยังสามารถที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งได้รับความร่วมมือและมีการบูรณาการการให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนองค์กร และมูลนิธิต่าง ๆ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนิน

งานที่เข้มแข็ง ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี

2.3 ประสิทธิภาพ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ใช้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 238 คน และมีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จ โดย 1) ได้ให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มิ้งงานทำโดยการส่งกลุ่มเป้าหมายให้สถานประกอบการ จำนวน 68 คน 2) มีการส่งกลับครอบครัวหรือภูมิลำเนา จำนวน 105 คน 3) มีการส่งต่อโรงพยาบาล จำนวน 7 คน 4) มีการนำส่งสถานสงเคราะห์และสถานคุ้มครอง จำนวน 23 คน และ 5) ไม่ยินยอมรับความช่วยเหลือ/ขอลาออก จำนวน 35 คน และในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ใช้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 175 คน และมีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จ โดย 1) ได้ให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มิ้งงานทำโดยการส่งกลุ่มเป้าหมายให้สถานประกอบการ จำนวน 9 คน 2) มีการส่งกลับครอบครัวหรือภูมิลำเนา จำนวน 115 คน 3) มีการส่งต่อโรงพยาบาลกายและจิต จำนวน 3 คน 4) มีการนำส่งสถานคุ้มครอง จำนวน 21 คน รวมถึงในกรณีขอสิ้นสุดการใช้บริการ มีจำนวน 27 คน (ตารางที่ 1)

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา มีการบริหารจัดการและการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้

ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก (ตารางที่ 1) แต่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ยังคงรักษามาตรฐานการทำงานได้เป็นอย่างดี โดยมีกระบวนการการดำเนินงานที่ดีในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง เช่น ช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีงานทำ การส่งกลับครอบครัวหรือภูมิลำเนา การส่งต่อโรงพยาบาล การนำส่งสถานสงเคราะห์ เป็นต้น มีความรวดเร็วในการบริหารจัดการ ตลอดจนการมีช่องทางรับเรื่องที่หลากหลาย ทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับรู้ และเห็นความเคลื่อนไหวของกลุ่มเป้าหมาย นำมาซึ่งการวางแผนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น จากการสำรวจ / สายด่วน 1300 / เครือข่าย / ตำรวจ / แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) และ Walk in เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีผลงานและรางวัลแห่งความสำเร็จ อาทิ ได้รับรางวัลเลิศรัฐ ประจำปี 2565 ระดับดี ประเภทสัมฤทธิ์ผล ประชาชนมีส่วนร่วม ผลงาน “โคราชโมเดล เราไม่ทิ้งกัน” บูรณาการความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาคนไร้บ้าน ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประจำปี 2566 ระดับดีเด่น รางวัลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วมระดับดีเด่น ประเภทสัมฤทธิ์ผล ประชาชนมีส่วนร่วม ผลงาน: “โนนแดงโมเดล” สร้างเสริมสวัสดิการสังคม และประเภทผู้นำหุ้นส่วนความร่วมมือโดยนางลำพู โมรานอก ผลงาน “โนนแดงโมเดล” สร้างเสริมสวัสดิการสังคม (เสนอชื่อโดย ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ) อีกด้วย

3. สภาพการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร

3.1 โครงสร้างการทำงาน ประกอบด้วย ข้าราชการ 4 คน พนักงานราชการ 38 คน จ้างเหมาบริการ 23 คน รวม 65 คน ทำหน้าที่ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาในพื้นที่ 52 เขตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีบ้านมิตรไมตรี 4 แห่ง ซึ่งอยู่ในความดูแล ประกอบด้วย บ้านมิตรไมตรีสายไหม บ้านมิตรไมตรีธนบุรี บ้านมิตรไมตรีห้วยขวาง และบ้านมิตรไมตรีอ่อนนุช

3.2 สภาพพื้นที่ในการทำงาน ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร ดูแลกลุ่มเป้าหมายคนไร้ที่พึ่ง คนเร่ร่อน คนขอทาน และผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนในสังคมภายในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีพื้นที่ 52 เขต นับว่ามีมี

พื้นที่กว้างใหญ่ พื้นที่ที่มีความซับซ้อน ดังนั้นการให้การช่วยเหลือและดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม จึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก แต่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร ก็สามารถที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีการวางแผนการดำเนินงานที่ดี มีประสิทธิภาพ และได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ ภาคส่วน และมีการบูรณาการการให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนองค์กรและมูลนิธิต่าง ๆ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี

3.3 ประสิทธิภาพ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีจำนวนผู้ใช้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 247 คน และมีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จ โดย 1) ได้ให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีงานทำโดยการส่งกลุ่มเป้าหมายให้สถานประกอบการ จำนวน 51 คน 2) มีการส่งกลับครอบครัวหรือภูมิลำเนา จำนวน 72 คน 3) มีการส่งต่อโรงพยาบาลกายและจิต จำนวน 2 คน 4) มีการนำส่งสถานคุ้มครอง จำนวน 33 คน และ 5) มีการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 คน รวมถึงในกรณียุติบริการ จำนวน 40 คน หลบหนี มีจำนวน 20 คน และเสียชีวิต จำนวน 5 คน และในปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ใช้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 666 คน และมีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จ โดย 1) ได้ให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีงานทำโดยการส่งกลุ่มเป้าหมายให้สถานประกอบการ จำนวน 53 คน 2) มีการส่งกลับครอบครัวหรือภูมิลำเนา จำนวน 131 คน 3) มีการส่งต่อโรงพยาบาลกายและจิต จำนวน 17 คน 4) มีการนำส่งสถานคุ้มครอง จำนวน 170 คน และ 5) มีการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 64 คน รวมถึงในกรณียุติบริการ จำนวน 195 คน และหลบหนี จำนวน 31 คน และเสียชีวิต จำนวน 5 คน (ตารางที่ 1)

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกรุงเทพมหานคร มีการบริหารจัดการและการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในปีงบประมาณ 2566 ในครึ่งปีแรกนั้น มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนเกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ใช้บริการปี 2565 (ตารางที่ 1) ปกติกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ใหญ่และมีความ

ซับซ้อนและมีจำนวนกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด แต่ยังคงรักษามาตรฐานการในการทำงานได้เป็นอย่างดี โดยมีกระบวนการดำเนินงานที่ดีในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง เช่น ช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีงานทำการส่งกลับครอบครัวหรือภูมิลำเนา การส่งต่อโรงพยาบาลการนำส่งสถานสงเคราะห์ เป็นต้น มีความรวดเร็วในการบริหารจัดการ และมีการติดตามไม่ให้เกิดกลับมาเป็นคนไร้ที่พึ่งซ้ำ ตลอดจนการบูรณาการของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน องค์กร และมูลนิธิต่าง ๆ อย่างเข้มแข็ง ส่งผลทำให้เกิดศักยภาพมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลที่ดีในการทำงานสูง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีผลงานและรางวัลแห่งความสำเร็จ อาทิ ได้รับรางวัล “ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร เป็นผู้มีส่วนงานด้านการพัฒนาสังคมเป็นเลิศ” ประเภทหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ที่มีผลงานเป็นเลิศ ปี 2563 จากกระทรวง พม. หรือประกาศเกียรติคุณ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร ผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดสวัสดิการเพื่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ประจำปี 2566 ในระดับดีเด่น หรือ รางวัล “ขวัญใจคนไร้ที่พึ่ง ปี 2566” จัดโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) อีกด้วย

4. สภาพการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

4.1 โครงสร้างการทำงาน ประกอบด้วย ข้าราชการ 3 คน ลูกจ้างประจำ 3 คน พนักงานราชการ 11 คน รวม 17 คน ทำหน้าที่ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาในพื้นที่ 23 อำเภอ 165 ตำบล 1,428 หมู่บ้าน

4.2 สภาพพื้นที่ในการทำงาน จังหวัดนครราชสีมา มีสภาพพื้นที่เป็นที่ราบชายฝั่งเทือกเขาตอนกลาง และที่ราบเชิงเขา จากลักษณะที่เป็นเทือกเขาที่มีความยาวตามแนวยาวของคาบสมุทร เป็นผลให้ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดนครราชสีมา แบ่งเป็นบริเวณเทือกเขาตอนกลาง บริเวณที่ราบชายฝั่งตะวันออก และบริเวณที่ราบตะวันตก ทั้งนี้ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ดูแลกลุ่มเป้าหมายคนไร้ที่พึ่ง คนเร่ร่อน คนขอทาน และผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนในสังคมภายในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีพื้นที่ 23 อำเภอ 165 ตำบล 1,428 หมู่บ้าน อีกทั้ง จังหวัดนครราชสีมา

มีพื้นที่เป็นบริเวณเทือกเขา และบริเวณที่ราบเชิงเขา ซึ่งมีเส้นทางในการเข้าถึงแต่ละพื้นที่ที่มีความยากลำบากค่อนข้างมาก รวมทั้งแต่ละพื้นที่มีระยะทางห่างไกลกัน ดังนั้นการให้การช่วยเหลือและดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ จึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและมีความท้าทาย แต่ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ก็สามารถที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีการวางแผนการดำเนินงานที่ดี มีประสิทธิภาพ และได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ ภาคส่วน และมีการบูรณาการการให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนองค์กรและมูลนิธิต่าง ๆ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี

4.3 ประสิทธิภาพ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ใช้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 234 คน และมีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จ โดย 1) ได้ให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีงานทำโดยการส่งกลุ่มเป้าหมายให้สถานประกอบการ จำนวน 2 คน 2) มีการส่งกลับครอบครัวหรือภูมิลำเนา จำนวน 45 คน 3) มีการส่งต่อโรงพยาบาลกายและจิต จำนวน 15 คน 4) มีการนำส่งสถานคุ้มครองภายในหน่วยงาน จำนวน 69 คน และ 5) มีการส่งต่อหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง จำนวน 103 คน และในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ให้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 176 คน โดยมีผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จ ดังนี้ 1) ได้ให้การช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีงานทำโดยการส่งกลุ่มเป้าหมายให้สถานประกอบการ จำนวน 5 คน 2) มีการส่งกลับครอบครัวหรือภูมิลำเนา จำนวน 20 คน 3) มีการส่งต่อโรงพยาบาลกายและจิต จำนวน 16 คน 4) มีการนำส่งสถานคุ้มครองภายในหน่วยงาน จำนวน 26 คน หรือ 5) มีการส่งต่อหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง จำนวน 109 คน (ตารางที่ 1)

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา มีการบริหารจัดการและการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 1) เนื่องจากมีเครือข่ายที่มีความสำคัญในการทำงาน เช่น วัด ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยรับคนไร้ที่พึ่งเข้าไปพักอาศัยและดูแล รวมทั้งศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีกระบวนการทำงานที่ดี คือ กระบวนการแรกรับ กระบวนการคัดกรอง กระบวนการ คัดกรอง และกระบวนการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จาก จำนวนผู้ใช้บริการในปี 2565 โดยทั่วไปจังหวัด นครศรีธรรมราช มีพื้นที่เป็นบริเวณเทือกเขา และบริเวณ ที่ราบเชิงเขา ซึ่งมีเส้นทางในการเข้าถึงแต่ละพื้นที่ที่มีความ ยากลำบากค่อนข้างมาก รวมทั้งแต่ละพื้นที่มีระยะทางห่าง ไกลกัน แต่ทั้งนี้ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัด นครศรีธรรมราช ยังคงรักษามาตรฐานการทำงานได้ เป็นอย่างดี โดยมีกระบวนการการดำเนินงานที่ดีในการให้ ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหา ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง เช่น ช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้มีงานทำ การส่งกลับครอบครัว หรือญาติมา การส่งต่อโรงพยาบาล การนำส่งสถาน สงเคราะห์ เป็นต้น มีการติดตามไม่ให้เกิดกลับมาเป็นคนไร้ที่พึ่ง ซ้ำ ตลอดจน การบูรณาการของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน องค์กร และมูลนิธิต่าง ๆ อย่างเข้มแข็ง ส่งผลทำให้เกิดศักยภาพ มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล ที่ดีในการทำงานสูง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีผลงานและ รางวัลแห่งความสำเร็จ อาทิ ประกาศเกียรติคุณ ศูนย์ คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผ่านการ ประเมินมาตรฐานการจัดสวัสดิการเพื่อการคุ้มครองคนไร้ ที่พึ่ง ประจำปี 2565 ในระดับดีเยี่ยม อีกด้วย

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาสภาพการทำงานของศูนย์คุ้มครองคน ไร้ที่พึ่งที่มีประสิทธิผลรายกรณีและถอดบทเรียนการปฏิบัติ งานที่ดีที่สุด (Best Practice) จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ ที่พึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัด นครศรีธรรมราช จากภาพรวมพบว่า ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่ พึ่งมีการบริหารจัดการและการดำเนินงาน การประสานส่ง ต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการดำเนินงานที่ดี รอบคอบและรัดกุม การได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ ภาค ส่วน และการบูรณาการการให้ความช่วยเหลือของหน่วยงาน ต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจน องค์กรและมูลนิธิต่าง ๆ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่าย การดำเนินงานที่เข้มแข็ง บุคลากรมีศักยภาพ มีความตั้งใจ เข้มแข็ง รู้จักแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี มีการเรียนรู้อยู่

ตลอดเวลา มีการประสานส่งต่อให้ความช่วยเหลือได้รวดเร็ว จึงนับเป็นความคล้ายคลึงกันของสภาพการทำงานของศูนย์ คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ส่งผลให้การทำงานของศูนย์คุ้มครองคน ไร้ที่พึ่งเกิดประสิทธิผลที่ดี

ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั้ง 4 แห่ง แม้มีสภาพการ ทำงานที่มีความแตกต่างกัน แต่ยังคงส่งผลให้เกิดประสิทธิผล ที่ดีในการทำงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งคล้ายคลึงกัน อาทิ กระบวนการปฏิบัติงาน การดำเนินงานที่เป็นไปตาม กฎหมายอย่างชัดเจน มีการบริหารจัดการกับปัญหาได้ถูก ต้องเหมาะสมและเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้ความช่วย เหลือ และระเบียบโดยเคร่งครัด มีการบริหารจัดการที่มีความ รวดเร็ว และเป็นต้นแบบในการดำเนินงานให้กับศูนย์ คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศ ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือในการ วางระบบและหลักการจัดบริการสวัสดิการต่อกลุ่มเป้าหมาย อย่างเหมาะสม และยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร และการดำเนินงานอย่างยิ่ง หน่วยงาน องค์กร และบุคลากร ซึ่งได้รับการยอมรับ และเป็นต้นแบบที่ดีในการเรียนรู้ ศึกษา และพัฒนาต่อไปอย่างไร้ขีดจำกัด ดังนั้น ผลจากการศึกษา สภาพการทำงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่มีประสิทธิผล รายกรณีและถอดบทเรียนการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Practice) ครั้งนี้ ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการ มุ่งพัฒนาและต่อยอดผลการดำเนินงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางการพัฒนาประสิทธิผล อย่างต่อเนื่องในอนาคตของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งใน ประเทศไทย และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่มีประสิทธิผลราย กรณีและถอดบทเรียนการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best Prac- tice) ทั้ง 4 แห่งนี้ ต่างก็มีจุดเด่นในการดำเนินงานที่มีความ แตกต่างและคล้ายคลึงกัน อาทิ ความรวดเร็วในการบริหาร จัดการกับกลุ่มเป้าหมาย การติดตามประเมินผลไม่ให้คนไร้ ที่พึ่งกลับมาเป็นคนไร้ที่พึ่งซ้ำ การบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพภายใต้งบประมาณที่มีจำกัด ส่งผลให้สามารถ เป็นแบบอย่างที่ดีในการปรับปรุงและพัฒนาต่อยอด ประสิทธิภาพการดำเนินงานของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งใน ประเทศไทย ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ยังมียุทธศาสตร์ที่มีอิทธิพลต่อ ประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยทำให้การทำงานของศูนย์ คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเกิดประสิทธิผลที่ดี โดยผู้บริหารองค์กรการ สามารถใช้ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลและมีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยง เพื่อประกอบการตัดสินใจในการใช้ปัจจัยดังกล่าว

ให้เกิดประโยชน์ต่อประสิทธิผลในการทำงานของศูนย์
คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ประกอบด้วย นโยบายที่เข้มแข็ง ภาวะ
ผู้นำของผู้บริหาร การสนับสนุนจากองค์กร การบริหาร
จัดการที่ดี การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดการ
ความรู้ และการจัดการความขัดแย้ง

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

ควรมีระบบการประเมินมาตรฐานประสิทธิผลของ
ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้
บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของประสิทธิผลการทำงาน
ของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมากขึ้น และเป็นแนวทางในการ
ต่อยอดการพัฒนาประสิทธิผลของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สวัสดิการภาคประชาชน” ลดความเหลื่อมล้ำ...สร้างนวัตกรรมทางสังคม [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันพัฒนาองค์กร
ชุมชน; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://web.codi.or.th/20230228-43168/>
2. พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 (หน้า 15 หมวด 3 การคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง มาตรา 19
มาตรา 20 และมาตรา 22) [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2557 [เข้า
ถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2557/A/083/1.PDF>
3. These innovative projects are tackling homelessness around the world. [อินเทอร์เน็ต]. World
Economic Forum; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.weforum.org/agenda/2021/10/innovative-projects-tackling-homelessness-around-the-world/>
4. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. แผนปฏิบัติการกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.
2561. กรุงเทพฯ: กรม; 2561.
5. เฉลิมพล พลมุข. คนไร้บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. มติชน; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2566]; เข้าถึงได้จาก:
http://www.cps.chula.ac.th/newcps/upload/news/421/file_1_1700.pdf
6. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. เผยผลสำรวจคนไร้บ้านทั่วประเทศพบ 2,719 ราย เสนอรัฐสนับสนุนสร้าง
บ้านกลางให้คนตกงาน-ผู้พลัดถิ่นอยู่อาศัย [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7
เมษายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://web.codi.or.th/20200124-10190/#>
7. พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 (เล่ม 131 ตอนที่ 83 ก หน้า 4) [อินเทอร์เน็ต].
ราชกิจจานุเบกษา สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2557/A/083/1.PDF>
8. การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.
2560 [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม 2566];
เข้าถึงได้จาก: <https://dsw.go.th/Data/GaranteeList/20190808180814.pdf>
9. รายงานประจำปี พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม
2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://chiangmai.m-society.go.th/หนังสือรายงานประจำปี-2563-ก/>
10. กลุ่มพัฒนามาตรฐานสังคม. รายงานการศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนมาตรฐานการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์ [อินเทอร์เน็ต]. กลุ่มการพัฒนามาตรฐานทางสังคม กองวิชาการ สำนักงานปลัด

ในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็น
คนไร้ที่พึ่งในประเทศไทยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้
อย่างมีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะกรรมการหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการพัฒนา) มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสกลนคร ประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.จิตติ
กิตติเลิศไพศาล ว่าที่ร้อยตรี ดร.พิศดาร แสนชาติ และ
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนินทร์ วะสินนท์ ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยว
กับการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

กระทรวง กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับคณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://socadmin.tu.ac.th/uploads/
socadmin/file_research/published_11208_519.pdf](https://socadmin.tu.ac.th/uploads/socadmin/file_research/published_11208_519.pdf)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ไข่มุก โอนไธสง พย.ม.*

สมปรารถนา ดาผา ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 209 คน สุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า เท่ากับ 1.00, 0.97 และ 0.99 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.52) 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ และด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของ พยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.326$, $p = 0.002$ และ $r = 0.311$, $p = 0.003$ ตามลำดับ) และด้านการอบรมเกี่ยวกับความ ปลอดภัยในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.025$, $p = 0.022$) ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ และ 3) ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านการจัดการคุณภาพ ด้านการป้องกันการติดเชื้อและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โดยร่วมกันพยากรณ์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของ พยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 71.20

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัย ปัจจัยที่มีอิทธิพล การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้รับผิดชอบบทความ

รับบทความ: 3 สิงหาคม 2566 แก้ไขบทความ: 6 กันยายน 2566 รับผิดชอบบทความ: 12 กันยายน 2566

Factors Influencing the Perception of Safety Culture of Professional Nurses, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Khaimook Onthaisong M.S.N*

Sompratthana Dapha Ph.D.**

Abstract

The descriptive predictive research designed to study the factors that influenced the perception of safety culture of professional nurses. The samples were 209 professional nurses in Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen university selected by stratified random sampling. The research tools consisted of the questionnaires for personal factors, work environmental factors and safety culture as perceived by professional nurses. The content validity indexes of the questionnaires were 1.00, 0.97 and 0.99, respectively. The reliability of the questionnaires in 2nd and 3rd sections examined by the Cronbach's alpha coefficient were 0.97, 0.96, respectively. Data were analyzed using the descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient and multiple regression analysis.

The result revealed that 1) the overall mean score of safety culture perception of professional nurses in Srinagarind hospital, faculty of medicine, Khon Kaen university was at a high level ($\bar{X} = 4.15$, S.D = 0.52) 2) the personal factors; age and duration of work had moderately positive correlation with safety culture perception of professional nurses ($r = 0.326$, $p = 0.002$ and $r = 0.311$, $p = 0.003$, respectively) and the safety culture training had low positive correlation with safety culture perception of professional nurses ($r = 0.025$, $p = 0.022$). The level of education showed no correlation with safety culture perception of professional nurses. And 3) the variables coordinately predicted the safety culture perception of registered nurses in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen university with statistically significant level of 0.05 were the environmental factor in quality management, infection prevention and duration of work. They could coordinately predict the safety culture perception of registered nurses at 71.20%.

Keywords: Safety culture, Influencing factors, Perception of professional nurses

* Registered Nurse, Operating Room, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

** Nursing Instructors, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author

Received: August 3, 2023 / Revised: September 6, 2023 / Accepted: September 12, 2023

บทนำ

องค์กรสุขภาพทั่วโลกให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการรักษายาบาลและสนับสนุนให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ¹ ในประเทศไทยมีนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยทั้งในผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขและได้มีการขับเคลื่อนดำเนินงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่องตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยสำหรับประชาชนทุกคนในประเทศไทยภายใต้การใช้หลักการ Patient and Personnel Safety Goals² โดยความปลอดภัยของบุคลากรทางสาธารณสุขในการปฏิบัติงานทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ และเกิดความผาสุกในชีวิตและการทำงาน

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณค่า ทักษะ การรับรู้ ความสามารถ การประพฤติปฏิบัติของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่กำหนดเจตจำนงค์ วิธีการทำงานที่ทำให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร วัฒนธรรมความปลอดภัยจะช่วยให้องค์กรมีภูมิคุ้มกันที่สามารถตรวจจับและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคลากรได้ดีขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านการพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จากลักษณะงานต้องสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่ง การฉีดยาอยู่เป็นประจำ พยาบาลวิชาชีพจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากที่สุด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการป้องกันอุบัติเหตุ สภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อม และการบริหารจัดการในองค์กรของผู้บริหาร³ ซึ่งมีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งอาจนำความเสียหายมาสู่โรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นความปลอดภัยของบุคลากรจึงเป็นประเด็นสำคัญต่อการให้บริการในโรงพยาบาล การสร้างวัฒนธรรมในองค์กรให้เกิดขึ้นจะช่วยเพิ่มความปลอดภัย ป้องกันโอกาสเกิดความปลอดภัยหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานของบุคลากร มีการศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล⁴ โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยมี

อิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรเกี่ยวกับความปลอดภัย⁵ มีอิทธิพลทางตรงกับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของบุคลากร⁶ นอกจากนี้การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยยังช่วยในการวิเคราะห์ด้านความเสี่ยง และความปลอดภัยทางคลินิก การประเมินคุณภาพทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์เกี่ยวกับความปลอดภัย สามารถสะท้อนได้ว่าองค์กรนั้นมีวัฒนธรรมความปลอดภัย และทราบถึงจุดเด่น และจุดด้อยของพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากรในการทำงานในองค์กร เพื่อนำไปสู่การวางแผนการปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานและการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับพยาบาล⁷ ผู้บริหารองค์กรควรตระหนัก และเห็นความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร พร้อมทั้งให้การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดระบบให้เกิดความปลอดภัยและมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงกำหนดนโยบายและกระบวนการทำงานที่ชัดเจนเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานและเกิดเป็นวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยขององค์กร ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน⁸ ดังนั้นการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กล่าวคือ หากพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับสูง ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน Healthcare Accreditation (HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน ผ่าน Re-Accreditation ครั้งที่ 5 อีกทั้งเป็นสถานพยาบาล ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบุคลากรด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการปรับแนวคิด ปรับพฤติกรรม และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยให้เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมความปลอดภัยในบุคลากร โดยกำหนดนโยบายความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยมีการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีเจตคติ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันและควบคุม

การติดเชื้อในโรงพยาบาล ตลอดจนมีการกำกับ ติดตามการดูแลรักษา และผลกระทบในด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับมาตรฐานโลก (Centers for Disease Control and Prevention, CDC และ World Health Organization, WHO) ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและทีมบุคลากร⁹ แม้ว่าโรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติและระบบที่สามารถป้องกันความผิดพลาด (Error) ได้ดีก็ตาม แต่ยังพบอุบัติการณ์ความผิดพลาดได้ ซึ่งอาจเกิดจากการละเลยไม่ปฏิบัติตามแนวทาง หรือการข้ามขั้นตอนการปฏิบัติบางข้อจากสถานการณ์ที่เร่งด่วน อัตราการล้มเหลวเพียงพอกับภาระงานประจำวัน ความเหนื่อยล้า ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการเกิดภาวะเครียดสะสมอันส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยของบุคลากรและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง นอกจากนี้แม้มีการนำเทคโนโลยีเครื่องช่วยยาอัตโนมัติมาช่วยจัดยาให้ผู้ป่วยในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการจ่ายยาแล้ว ยังพบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาและการบริหารยา¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการศึกษาระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการพยาบาลกับวัฒนธรรมความปลอดภัย⁴ ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในแต่ละระดับของพยาบาลวิชาชีพ¹¹ แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่า ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการ

รับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ในโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการให้บริการพยาบาลที่ต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยทั้งในผู้ป่วยและตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนในเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร นำไปสู่การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรได้ และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กรทั้งระบบ ก่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

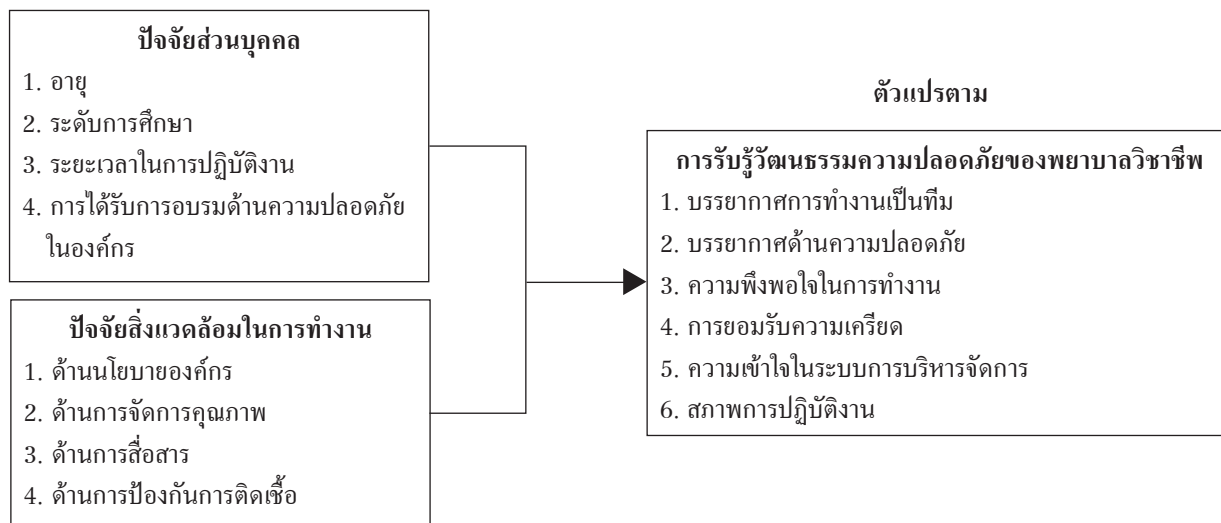
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้ประสานแนวคิดที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลตามแนวคิดของ McCormick et al.⁶ 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามแนวคิดความปลอดภัยบุคลากรสาธารณสุข (Personnel safety) ด้านการจัดการคุณภาพและการป้องกันการติดเชื้อของ สรพ.² ด้านนโยบายขององค์กรของ McCormick et al.⁶ และด้านการสื่อสารของ Reason¹² และ 3) แนวคิดการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของ Sexton et al.⁷

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบการพยากรณ์ (predictive study) โดยประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 1,516 ราย สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 176 ราย ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Cochran¹³ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 0.05 และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 211 ราย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาค้นคว้าจากตำราการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลมี 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในองค์กร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการบูรณาการจาก 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดของ McCormick⁶ Reason¹² และแนวคิดของ สรพ.² มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) นโยบายองค์กร 7 ข้อ 2) การจัดการคุณภาพ 4 ข้อ 3) การสื่อสาร 6 ข้อ

และ 4) การป้องกันการติดเชื้อ 6 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของประคอง กรรณสูต¹⁴ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง องค์กรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีความปลอดภัยอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง องค์กรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง องค์กรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง องค์กรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีความปลอดภัยอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง องค์กรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีความปลอดภัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก

แบบสอบถามทัศนคติด้านความปลอดภัย (Safety Attitude Questionnaire: SAQ) ของ University of Texas และ John Hopkins University⁷ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) บรรยากาศการทำงานเป็นทีม 2) บรรยากาศด้านความปลอดภัย 3) ความพึงพอใจในการทำงาน 4) การยอมรับความเครียด 5) ความเข้าใจในระบบการบริหารจัดการ และ 6) สภาพการปฏิบัติงาน มีจำนวนรวม 37 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale)

5 ระดับ แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต¹⁴ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาขาบริหารการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการพิเศษ รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลฝ่ายคลินิกบริการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 ท่าน และหัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญ หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 1 ท่าน โดยคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) ของแบบสอบถามได้เท่ากับ 1.00, 0.97 และ 0.99 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ลงวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2565 หมายเลขโครงการ HE651570 ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/2563 โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังผ่านการรับรอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยนำส่งเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างโดยผ่านผู้ประสานงาน ประกอบด้วยเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบสอบถามการวิจัย จากนั้นผู้ประสานงานชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามและรวบรวมกลับมายังผู้วิจัย ใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมา 209 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 209 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคือ 198 ราย (ร้อยละ 94.70) เป็นเพศชาย 11 ราย (ร้อยละ 5.30) มีอายุตั้งแต่ 24 – 60 ปี อายุเฉลี่ย 37.55 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 184 ราย (ร้อยละ 88.00) ปริญญาโทจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 12.00) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากที่สุดคือ 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 56.00) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.90 ปี และไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในองค์กรมากที่สุดจำนวน 116 คน (ร้อยละ 55.50)

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.52) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันมี

2 ด้าน และอยู่ในระดับมากคือ ด้านบรรยากาศด้านความปลอดภัยและด้านความเข้าใจในระบบการบริหารจัดการ ($\bar{X}$ = 4.33, S.D. = 0.73, 0.56 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ด้านบรรยากาศการทำงานเป็นทีมและด้านความพึงพอใจในการทำงาน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน และอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.60, 0.65 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ (n = 209)

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านบรรยากาศการทำงานเป็นทีม	4.24	0.60	มาก
ด้านบรรยากาศด้านความปลอดภัย	4.33	0.73	มาก
ด้านความพึงพอใจในการทำงาน	4.24	0.65	มาก
ด้านการยอมรับความเครียด	3.62	0.81	มาก
ด้านความเข้าใจในระบบการบริหารจัดการ	4.33	0.56	มาก
ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	4.21	0.59	มาก
โดยรวม	4.15	0.52	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพยากรณ์กับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.326$, $r = 0.311$ ตามลำดับ) และการอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.025$) ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาล

วิชาชีพ ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.787$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า การจัดการคุณภาพและการป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.746$, $r = 0.731$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย (n = 209)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับของความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
1. อายุ	0.326	0.002**	ปานกลาง
2. ระดับการศึกษา	0.164	0.869	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.311	0.003**	ปานกลาง
4. การอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในองค์กร	0.025	0.022*	ต่ำ
ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน			
1. ด้านนโยบายขององค์กร	0.662	0.000**	ปานกลาง
2. ด้านการจัดการคุณภาพ	0.746	0.000**	สูง
3. ด้านการสื่อสาร	0.674	0.000**	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0.731	0.000**	สูง
ภาพรวมปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	0.787	0.000**	สูง

* p-value < 0.05, ** p-value < 0.01

ตัวแปรพยากรณ์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ 1) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Beta = 0.129)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การตัดสินใจ (n = 209)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Std. Error	Beta	t	p-value
สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านการจัดการคุณภาพ	0.424	0.040	0.560	10.60	0.000
สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0.319	0.053	0.316	5.99	0.000
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์	0.007	0.002	0.129	3.12	0.002

F = 126.33 (sig = 0.00), Constance = 10.056 (sig = 0.00), df = 86
R = 0.79, R² = 0.712, R²_{Adj} = 0.701, *p-value < 0.05

วิจารณ์และสรุป

ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.15) เนื่องจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิ ให้บริการด้วยมาตรฐานระดับสากล และเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพของประชาชน ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA มาแล้ว 5 ครั้ง ทำให้มีการตื่นตัวและพัฒนาคุณภาพการทำงานด้วยมาตรฐานอย่างต่อเนื่องและมุ่งเน้นด้านความปลอดภัยทั้งในบุคลากรและผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา บุญรอดรักษ์¹⁵ สุทธิชาร์ตน์ จันติยะ¹⁶ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพยากรณ์กับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพด้านอายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.326$ และ $r = 0.311$) แสดงว่า เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีอายุมากขึ้นจะมีทักษะและประสบการณ์จากการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้นตามไปด้วย ประกอบกับมีระดับวุฒิภาวะที่สูงขึ้น จะมีความ

2) สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านการจัดการคุณภาพ (Beta = 0.560) และ 3) สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ (Beta = 0.316) โดยตัวแปรทั้ง 3 ด้านร่วมกันพยากรณ์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 71.20 (พิจารณาจากค่า R²) (ตารางที่ 3)

ระมัดระวัง มีสติ และความรอบคอบในการทำงานมากกว่า และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.90 ปี อายุเฉลี่ย 37.55 ปี ซึ่งตามแนวคิดของ Benner¹⁷ ถือเป็นช่วงที่มีความเชี่ยวชาญในการทำงานมีความสามารถในการพยาบาลขั้นสูง สามารถเป็นที่ปรึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชส์สุดา ชูศรีทอง และคณะ¹⁸ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล แจ่มนาม และรัชมีศรีนนท์¹⁹ พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Venesoja et al.²⁰ ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ในส่วนการอบรมที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในองค์กรเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย ทำให้เกิดความตระหนัก และรับรู้ในเรื่องความปลอดภัย เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังอุบัติเหตุในการปฏิบัติงานได้ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ โซยทิติย์ นุชนารถ และจุมพฏ บริราช²¹ พบว่า การได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร ส่งผลให้สถิติการเกิดความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุลดลงได้

และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย เนื่องจากการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมความปลอดภัย เช่น แสงสว่างที่เพียงพอ การจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน มีอากาศถ่ายเทสะดวก เครื่องมือมีความเหมาะสมสำหรับการใช้งาน ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อนร่วมงานจะส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพของบุคลากรได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรสา ภูพุด และคณะ²²

ตัวแปรพยากรณ์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านการจัดการคุณภาพเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพมาก โดยการจัดการคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้คุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งในผู้ป่วยและบุคลากร โดยที่บุคลากรในองค์กรต้องตระหนัก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติงานเกิดคุณภาพในงานประจำ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรนำระบบการดำเนินงานด้านคุณภาพ กิจกรรมหรือโครงการมาปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภจิรย์ เมืองสุริยา²³ พบว่า การรับรู้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทำให้ได้พัฒนาความรู้และทักษะต่าง ๆ มากที่สุด ร้อยละ 82.69 การรับรู้ว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงาน ร้อยละ 75.00 และมีความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ได้ ร้อยละ 73.08

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพได้ โดยระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องมีแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานสากล มีระบบเอื้ออำนวยให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยงให้เพียงพอ มีระบบประเมินและติดตามการปฏิบัติของบุคลากร และมีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีร์ จำลองชาติ²⁴ ที่พบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย และประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพได้ โดยเมื่อพยาบาลมีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่นานขึ้นจะมีผลให้การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยเพิ่มขึ้นด้วย เพราะการที่พยาบาลปฏิบัติงานเป็น ระยะเวลาานานทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์ มีความชำนาญในการให้การพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์เฉลี่ย 13.90 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้มีสมรรถนะระดับผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รวมทั้งโรงพยาบาลมีนโยบายในการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เกิดการเรียนรู้ เข้าใจและเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นระยะเวลาในการปฏิบัติงานจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Fraley²⁵ พบว่า พยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีความสามารถทางความคิด และการคาดการณ์ล่วงหน้าได้มากกว่าพยาบาลระดับเริ่มต้นที่มีข้อจำกัดด้านความรู้และประสบการณ์ในการทำงาน จึงอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้

ดังนั้นหากต้องการส่งเสริมให้มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารควรสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอ รวมทั้งการกำกับ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ และหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลอาวุโสที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านการพัฒนาคุณภาพมีการนิเทศทางคลินิกหรือสอนงานพยาบาลในหน่วยงานด้านความปลอดภัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย และเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านคุณภาพ เพื่อให้บุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและปรับปรุงงานส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนางานและเพิ่มผลลัพธ์การพยาบาลให้ประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

2. สร้างศูนย์การเรียนรู้ในเรื่องความปลอดภัย และระบุนการฝึกปฏิบัติและเพิ่มพูนความรู้ที่จำเป็นในเรื่องความปลอดภัยขององค์กรที่บุคลากรต้องผ่านการประเมินตามที่องค์กรกำหนด และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์เท่านั้น ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และกลุ่มที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้านความปลอดภัย ซึ่งทุกคนล้วนมีความสำคัญในการช่วยให้เกิดความปลอดภัยในองค์กรได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคคลที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะและตรวจเครื่องมือ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลและอนุมัติทุนการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World alliance for patient safety [Internet]. 2022 [Cited 2022 Jul 16]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety; 2P Safety ระยะ 4 ปี. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2560.
3. สันต์ฤทัย ธาราภิรมย์รักษ์. แนวทางการบริหารจัดการความปลอดภัยของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. ว. วิจัยวิชาการ 2564;4(3):137-46.
4. ศยามล ภูเบศร์, วรณชนก จันทชุม. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(3):51-60.
5. Cooper MD. Towards a model of safety culture. Saf Sci 2000;36(2):111-36.
6. McCormick EJ, Ilgen DR, McCormick EJ. Industrial and organizational psychology. 8th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1985.
7. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res 2006;6:1-10.
8. วชิระ สุริยะวงศ์, เทียมสร ทองสวัสดิ์. การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในองค์กรพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัย. พยาบาลสาร 2564;48(1):331-40.
9. อัมรา ศิริทองสุข, ทวนทอง พัฒะโร, สมศักดิ์ เทียมเก่า, บรรณาธิการ. คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: หน่วยควบคุมการติดเชื้อ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2562.
10. เพียงเพ็ญ ชนาเทพาพร. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของระบบการจ่ายยาด้วยเครื่องจ่ายอัตโนมัติและอิเล็กทรอนิกส์จัดมือในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563;35(3):311-9.
11. ถาวร ถาวงศ์, พีระพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับความสามารถทางคลินิก ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

- สุขภาพ 2561;36(4):110–9.
12. Reason JT. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate; 1997.
 13. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: Wiley; 1977.
 14. ประคอง วรรณสุต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
 15. จริญญา บุญรอดรักษ์. ปัจจัยทำนายความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
 16. สุทธิชาวัฒน์ จันดิยะ. โมเดลสมการโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย ปัจจัยความปลอดภัยและวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2563.
 17. Benner PE. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
 18. รัชส์สุดา ชูศรีทอง, นิสากร ชีวะเกตุ, สมสมัย รัตนกริฑากุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี. ว. วิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2564; 37(2):120–30.
 19. อุบล แจ่มนาม, รัศมี ศรีนนท์. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี. ว. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2561; 24(2):25–36.
 20. Venesoja A, Lindström V, Aronen P, Castrén M, Tella S. Exploring safety culture in the Finnish ambulance service with emergency medical services safety attitudes questionnaire. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2021;29(1):1–11.
 21. ชโยทิพย์ นุชนารถ, จุมพฏ บริราช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของพนักงานฝ่ายผลิตในอุตสาหกรรมเหล็ก ในเขตนิคมอุตสาหกรรมดับบลิวเอชเอตะวันออก (มาบตาพุด) จังหวัดระยอง. ว. วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์บูรพาปริทัศน์ 2563;15(2):106–20.
 22. อรสา ภูพุม, ศิริญาคันธิยงค์, เกรียงศักดิ์ งามแสงศิริทรัพย์. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ว. โรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;16(3):188–96.
 23. สุกจริย์ เมืองสุริยา. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. ว. การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2556;14(3): 42–53.
 24. สุธีร์ จำลองชาติ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
 25. Fraley TE. Transitioning novice nurses to expert nurses in progressive telemetry care [Thesis]. Boiling Springs, NC: Hunt School of Nursing, Gardner-Webb University; 2016.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของ
ผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8

ปริญดา ไตรยะวงศ์ พย.ม.*

สมปรารถนา ดาผา ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าตึก หัวหน้างาน และผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล จำนวน 110 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว และการมีส่วนร่วม และ 3) แบบสอบถามองค์กรสมรรถนะสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และหาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.96, 0.91, 0.81 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) การขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.02 (S.D. = 0.51) 2) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูง ($r = 0.17, p < 0.037$) 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว และการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูง ($r = 0.79 (p < 0.001), r = 0.79 (p < 0.001)$ และ $r = 0.74 (p < 0.001)$ ตามลำดับ) และ 4) ตัวแปร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว และการมีส่วนร่วม ร่วมกันทำนายการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 72.9 ($R^2 = 0.729, p < 0.001$)

คำสำคัญ: องค์กรสมรรถนะสูง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว การมีส่วนร่วม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหนองคาย

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 4 สิงหาคม 2566 แก้ไขบทความ: 5 กันยายน 2566 รับผิดชอบบทความ: 12 กันยายน 2566

Influencing Factors in High-Performance Organizations Perceived by Executive Nurses at General Hospitals in Health Region 8

Parinda Traiyawong M.S.N.*

Sompratthana Dapha Ph.D.**

Abstract

This descriptive research aimed to study the factors that influence the driving of high-performance organization as perceived by the executive nurses at general hospital in health region 8. The sample group consisted of 110 professional nurse, supervisors and assistant head nurses from multistage random sampling. The research tool was questionnaire, which was divided into 3 parts, consisting of 1) Demographic data 2) Environmental in workplace factor and 3) High-performance organization factors. The content validity was checked by 5 experts and the reliability determined by the Cronbach's alpha coefficient method were 0.96, 0.91, 0.81 and 0.97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation. The inferential statistics, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis were used to analyze data.

The results of the research found that 1) the driving of high-performance organization as perceived by the executive nurses at general hospital in health region 8 overall was in a high level ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.51) 2) the education level had a low positive relationship with the driving of high-performance organization ($r = 0.17$, $p < 0.037$) 3) the environmental factors, working in transformational leadership, adaptive organizational culture and participation aspects showed a high positive relationship with the driving of high performance organization ($r = 0.79$ ($p < 0.001$), $r = 0.79$ ($p < 0.001$) and $r = 0.74$ ($p < 0.001$), respectively) and 4) the variables coordinately predicted the driving of high-performance organization were transformational leadership, adaptive organizational culture and participation, accounting for 72.9% ($R^2 = 0.729$, $p < 0.001$).

Keywords: High-performance organization, Transformational leadership, Adaptive organizational culture and participation

* Registered Nurse, Neonatal intensive care unit, Nong Khai Hospital

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: August 4, 2023 / Revised: September 5, 2023 / Accepted: September 12, 2023

บทนำ

องค์กรต่าง ๆ ในยุคปัจจุบันอยู่ภายใต้สภาวะแวดล้อมและเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผลักดันให้องค์กรต้องขับเคลื่อนด้วยการพัฒนาขีดความรู้ความสามารถขององค์กรให้เกิดประสิทธิภาพ และมีอัตลักษณ์ที่แตกต่างจากองค์กรอื่น เพื่อให้เป็นที่รู้จักและยอมรับสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรในการกำหนดเป้าหมายและทิศทางที่ชัดเจนเพื่อก้าวสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงไม่ว่าจะเป็นองค์กรของภาครัฐหรือเอกชน ในประเทศไทยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการร่วมกับสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ นำแนวคิดการบริหารงานที่เป็นเลิศเรียกว่า Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) มาพัฒนาเป็นเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในปี พ.ศ. 2549¹ เพื่อยกระดับมาตรฐานให้เทียบเท่าสากล ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามแนวคิด “การปรับปรุงทีละขั้น” ในปี พ.ศ. 2561² ทำให้มีการกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2566 – 2568 ข้อที่ 6 เรื่อง การพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูงและบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้นโดยการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรด้วยแนวทาง 4 T ได้แก่ Trust, Teamwork & Talent, Technology และ Target³ และกองการพยาบาลได้ใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติในการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายนอกเพื่อบ่งชี้ความเป็นเลิศ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552⁴ เรียกว่า รางวัล Nursing Quality Award (NQA) มีการปรับปรุงให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับการพัฒนาขององค์กร เสริมสร้างความภาคภูมิใจ และขวัญกำลังใจแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน⁵ นอกจากนี้ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ได้รับการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) ทุกโรงพยาบาล ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital accreditation: HA) ขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ อันเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน⁶

องค์กรสมรรถนะสูง หมายถึง องค์กรที่มีการวิเคราะห์สถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานจากหลากหลายด้าน มีแผนรองรับผลกระทบจนสามารถดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ วิสัยทัศน์ และเป้าหมายได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ตรงตามเวลา คุณภาพของงานเป็นที่ยอมรับโดดเด่น ตามแนวคิดเกณฑ์บริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)¹ มีการดำเนินงานใน 7 หมวด ประกอบด้วย 1) การนำองค์กร 2) การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 6) การจัดการกระบวนการ และ 7) ผลลัพธ์การดำเนินการ การจะก้าวสู่องค์กรสมรรถนะสูงนั้นภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญ องค์กรต้องมีการดำเนินยุทธศาสตร์ให้บุคลากรทั้งองค์กรดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน มีการตั้งเป้าหมายและแสวงหาแนวทางในการบรรลุเป้าหมาย มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ

บุคลากรพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ของสหวิชาชีพในการร่วมปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ การนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงมีบทบาทในการนำทีมและองค์กรมุ่งสู่เป้าหมาย หัวหน้าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในด้านการนำองค์กรพยาบาล การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และการบริหารจัดการกระบวนการทำงาน การนำแผนกลยุทธ์ขององค์กรพยาบาลสู่การปฏิบัติ การมีวัฒนธรรมองค์กรที่ดีจะส่งผลให้คนในองค์กรมีค่านิยมร่วมกัน ในปัจจุบัน องค์กรพยาบาลต้องเผชิญกับความเสียงรอบด้านเช่นเดียวกับองค์กรอื่นจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (SWOT Analysis)⁷ ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2565 มีข้อคิดเห็นว่าการดำเนินงานประกันคุณภาพเป็นเรื่องยุ่งยาก เป็นภาระงานนอกเหนือจากงานประจำ อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร การถ่ายทอดแผนไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และการไม่ขึ้นเวรตรวจการของหัวหน้าตึกหรือหัวหน้างาน ปี พ.ศ. 2563–2565 พบร้อยละ 50, 47.5 และ 38 ตามลำดับ เนื่องจากไม่มีความมั่นใจในการนิเทศงานที่ตนไม่ถนัด ต้องมีการตัดสินใจกับเหตุการณ์ในสภาวะฉุกเฉิน ไม่ได้รับการวางแผนการขึ้นสู่ตำแหน่งผู้บริหาร และการบริหารจัดการ

กระบวนการทำงานที่ยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจและมีข้อร้องเรียน โดยสถิติความเสี่ยงเรื่องข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล จาก ปี พ.ศ 2563–2565 พบมากกว่า 10 เรื่องต่อปี ซึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์องค์กร และการขับเคลื่อนการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง⁸ การพัฒนาด้านความรู้และทักษะเนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางและอนุสาขาเพิ่มมากขึ้น รวมถึงสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านการสื่อสาร การเชื่อมโยงการทำงานกับสหวิชาชีพ⁸ ทำให้การพัฒนาองค์กรต่อเนื่องและยั่งยืน ทุกวิชาชีพจึงจำเป็นต้องพัฒนาไปด้วยกัน^{6,9}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงานยังไม่มีข้อสรุปที่ไปในทิศทางเดียวกันว่ามีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูง¹⁰ ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว และการมีส่วนร่วม ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อสามารถปรับกลยุทธ์การดำเนินการ มีวิธีถ่ายทอดวิสัยทัศน์ขององค์กร มีเป้าหมายร่วมกันและปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รับรู้ถึงความจำเป็นปัจเจกบุคคล¹¹ ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดีจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วม¹² มีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย¹³ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการศึกษาว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานและ

การเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กร และการมีส่วนร่วม มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูง และนำผลการศึกษาไปพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงต่อไป

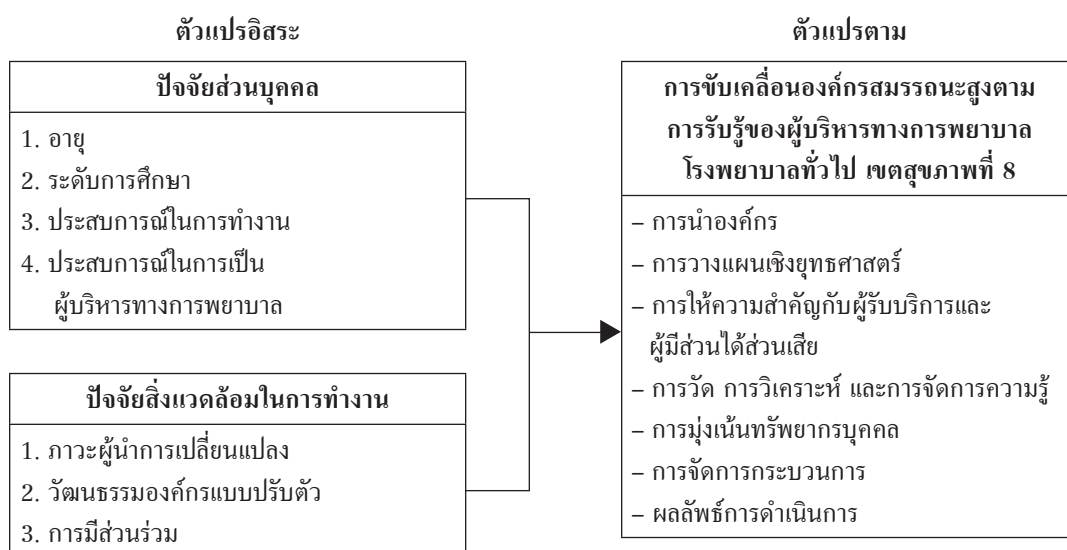
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล ในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการศึกษาตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย 1) แนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Bass & Avolio¹¹ 2) แนวคิดวัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัวของ Denison, 1990¹⁴ และ 3) แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff¹⁵ และใช้แนวคิดองค์กรสมรรถนะสูงตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ: PMQA, 2550² เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาตัวแปรตาม ซึ่งประกอบด้วย 1) การนำองค์กร 2) การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 6) การจัดการกระบวนการ และ 7) ผลลัพธ์การดำเนินการ ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive research) ศึกษาในประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นและระดับกลางของโรงพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย หัวหน้าตึก หัวหน้างาน และผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล จำนวน 199 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลนครพนม คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power Analysis) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณจากการเปิดตารางของ Cohen¹⁵ กำหนดค่าอำนาจทดสอบ = 0.90, $\alpha = 0.05$ และมีจำนวนตัวแปรอิสระ 7 ตัวแปร เปิดตารางได้ค่า $\lambda = 19.4$ และเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มโรงพยาบาล โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) ร้อยละ 50 โดยจับฉลาก 3 โรงพยาบาล จากทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลนครพนม และโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการแพทย์ ประกอบด้วย หัวหน้าตึก หัวหน้างาน และผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลโดยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจัดสรรตามสัดส่วน (Proportional allocation)¹⁶ สุ่มประชากรผู้บริหารทางการแพทย์จาก 3 โรงพยาบาล จำนวน 132 คน โดยคำนวณจากสูตรขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$(n_i) = \frac{n}{N} \times N_i$$

เมื่อ N_i คือ ขนาดประชากรผู้บริหารทางการแพทย์แต่ละโรงพยาบาล

n คือ ขนาดตัวอย่างผู้บริหารทางการแพทย์ทั้งหมดในงานวิจัยเท่ากับ 110 คน

N คือ ขนาดประชากรผู้บริหารทางการแพทย์

ทั้งหมดที่ศึกษาเท่ากับ 132 คน

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 29 คน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 38 คน และโรงพยาบาลนครพนม จำนวน 43 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหาร จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานสนับสนุนการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีจำนวน 19 ข้อ วัฒนธรรมองค์กร แบบปรับตัว จำนวน 13 ข้อ และ การมีส่วนร่วม จำนวน 13 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 45 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 ถึงคะแนนมากที่สุด คือ 5 ตามแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ มีจำนวนทั้งหมด 41 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 ถึงคะแนนมากที่สุด คือ 5 ตามแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) มีองค์ประกอบ 7 ด้าน ตามกรอบแนวคิดคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ได้แก่ 1) การนำองค์กร 7 ข้อ 2) การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 7 ข้อ 3) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและการมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย 4 ข้อ 4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ 7 ข้อ 5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 8 ข้อ 6) การจัดกระบวนการ 5 ข้อ และ 7) ผลลัพธ์การดำเนินการ 3 ข้อ

การแปลผลระดับคะแนนปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานและการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ แปลผลตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด¹⁷ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ระดับ

น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นอาจารย์คณะพยาบาล สาขาบริหารทางการพยาบาล 2 ท่าน หัวหน้างานยุทธศาสตร์และเทคโนโลยีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาล และผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านบริหาร 2 ท่าน โดยคำนวณค่า Content validity index (CVI) ได้เท่ากับ 0.97, 0.93, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้บริหารทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.96, 0.91, 0.81 และ 0.97 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประจำมหาวิทยาลัยขอนแก่น ลงวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2566 หมายเลขสำคัญ HE662098 ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/ 2563 และได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของทุกโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งเอกสารทั้งหมดประกอบด้วยเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถาม ทางไปรษณีย์ไปยังผู้ประสานงาน จากนั้นให้ผู้ประสานงานชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยโดยตอบแบบสอบถาม รวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัยทาง

ไปรษณีย์ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2566 ได้รับแบบสอบถามกลับมา จำนวน 110 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.)

2. วิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานกับการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) และก่อนการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเบื้องต้น (assumptions) พบว่าเป็นไปตามเงื่อนไขทุกประการ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 71.80 มีอายุระหว่าง 51–60 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.10 และระดับสูงปริญญาโท ร้อยละ 20.90 ร้อยละ 47.20 มีประสบการณ์ในการทำงาน 31–40 ปี ส่วนใหญ่คือร้อยละ 28.20 มีประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลมากกว่า 10 ปี

2. การขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 ผลการศึกษาพบว่า การขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 110)

การขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านการนำองค์กร	4.16	0.60	มาก
ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์	4.11	0.57	มาก
ด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	4.00	0.53	มาก
ด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	3.94	0.55	มาก
ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	4.04	0.62	มาก
ด้านการจัดการกระบวนการ	3.85	0.64	มาก
ด้านผลลัพธ์การดำเนินการ	4.06	0.60	มาก
รวม	4.02	0.51	มาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงาน ประสพการณ์ในการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 (n = 110)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value*	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.139	0.074	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.170	0.037	ต่ำ
ประสพการณ์ในการทำงาน	0.100	0.130	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสพการณ์ในการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล	-0.108	0.130	ไม่มีความสัมพันธ์

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานกับการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 ผลการวิเคราะห์พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว และการมีส่วนร่วม (r = 0.79, 0.79 และ 0.74 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานกับการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 (n = 110)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value*	ระดับของความสัมพันธ์
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	0.795	< 0.001	สูง
วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว	0.791	< 0.001	สูง
การมีส่วนร่วม	0.747	< 0.001	สูง

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 จากการวิเคราะห์หัตถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า Beta สูงสุดคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($B = 0.350$) รองลงมาคือ วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว ($B = 0.319$) และการมีส่วนร่วม ($B = 0.265$) แสดงว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์การขับเคลื่อน

องค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 รองลงมาคือ วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัวและการมีส่วนร่วม ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งสามสามารถร่วมกันอธิบายการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 ได้ร้อยละ 72.90 (พิจารณาจากค่า R^2) แสดงว่าอีกร้อยละ 27.10 เป็นผลมาจากตัวแปรอื่นที่ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 โดยการวิเคราะห์หัตถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ($n = 110$)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Std. error	Beta (B)	t	p-value*
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	0.303	0.077	0.350	3.912	< 0.001
วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว	0.307	0.087	0.319	3.537	< 0.001
การมีส่วนร่วม	0.260	0.076	0.265	3.406	< 0.001

Constant = 0.434, Std. Error = 0.219, $R^2 = 0.729$, F change = 11.601

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษาพบว่า การขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคลคือ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงฯ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้บริหารทางการแพทย์ได้อบรมเพิ่มศักยภาพ หรือศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ปริญญาเอก ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้การนำองค์กร การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การจัดการความรู้ การจัดการกระบวนการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลทางบวกด้านการขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงที่ยั่งยืน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี เจริญพงศ์¹¹ ที่พบว่า การศึกษาระดับปริญญาโทมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากกว่าการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขต

สุขภาพที่ 8

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้บริหารทางการแพทย์ เนื่องจากการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงมีลักษณะตามแนวคิดของ Bass & Avolio⁷ คือการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีการสร้างแรงบันดาลใจ กระตุ้นการใช้ปัญญาให้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข กล้าคิดกล้าทำสิ่งใหม่ และมีการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ขอมรับจุดแข็งจุดอ่อน และมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษณีษ์ ยศทอง¹³ ที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้การพัฒนาด้านการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา ธิปไตย พรหมพิไล บัวสุวรรณ และสุดารัตน์ สารสว่าง¹² พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อองค์กรสมรรถนะสูง โดยเฉพาะด้านการนำองค์กร

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ด้านวัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงฯ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีลักษณะตามแนวคิดของ Denison⁸ คือ การมุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลง การมุ่งเน้นผู้รับบริการ และการเรียนรู้ขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา ธิปไตย พรหมพิไล บัวสุวรรณ และสุภารัตน์ สารสว่าง¹² พบว่า วัฒนธรรมองค์กรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของกรมแพथท์ทหารบก ที่เน้นการทำงานเป็นทีม การมีความร่วมมือกัน ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องรู้เป้าหมายขององค์กร มองความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นโอกาสพัฒนา หาแนวทางการทำงานแบบใหม่ และมีการนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงวิธีการทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ และสรุปบทเรียนในการทำงานเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในองค์กร

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงฯ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงในด้านการประเมินผลโดยมีการทบทวนตัวชี้วัดเพื่อปรับปรุงและควบคุมกระบวนการทำงาน การทบทวนผลการดำเนินงาน ปัญหา การแก้ไข และติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ อธิบายได้ว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ มีบทบาทด้านการประเมินผลเป็นหน้าที่หลักสำคัญ เพื่อให้มีการควบคุม กำกับ และวางนโยบายในแผนปฏิบัติการรอบปีถัดไป

ตัวแปรพยากรณ์ที่มีอำนาจพยากรณ์การขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว และการมีส่วนร่วม โดยพบว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงได้ร้อยละ 72.9 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ตัวแปรทำนายที่มีค่า Beta สูงที่สุดคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\beta = 0.350$) รองลงมาคือ วัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว ($\beta = 0.319$) และการมีส่วนร่วม ($\beta = 0.265$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านบริหาร

1. ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ส่งเสริมให้มีการพัฒนาด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อการสร้างผู้บริหารรุ่นใหม่ในการขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง

2. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปจัดกระบวนการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูง ในการพัฒนาศักยภาพจากการนำจุดแข็งจุดอ่อนของบุคลากรทางการแพทย์มาเป็นข้อมูลในการพัฒนาเพื่อเป็นองค์กรสมรรถนะสูง เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านบริหารงานบุคคล

3. สนับสนุนให้ผู้บริหารทางการแพทย์และบุคลากรในองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมในการทบทวนผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงานมากขึ้น

ด้านบริการ

1. ส่งเสริมการนำกลยุทธ์การตลาดมาพัฒนาระบบบริการเพื่อขยายกลุ่มบริการเฉพาะทางที่ซับซ้อน และมีการเทียบเคียงผลดำเนินงานกับองค์กรอื่นเพื่อพัฒนางาน

2. มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแบบปรับตัว มุ่งเน้นผู้รับบริการเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการให้บริการตามคุณภาพมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างถูกต้อง เหมาะสม รับฟังข้อเสนอแนะของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Voice of customer) มาทบทวนและพัฒนาแนวทางใหม่ที่ตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย และสร้างระบบการดำเนินงานที่ครอบคลุม ปรับปรุงระบบบริการให้ดีขึ้น

ด้านวิชาการ

1. ส่งเสริมการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงของหน่วยงาน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถทางการแพทย์ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน

2. องค์กรควรมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรเพื่อสร้างความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น การทำวิจัย และคิดค้นนวัตกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการวิจัยการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงในโรงพยาบาลโดยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปสู่ผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงในด้านอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนการปฏิบัติงานในปัจจุบัน และแนวทางในการพัฒนาองค์กรที่มีประสิทธิภาพ

3. ศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลระดับที่ต่างกัน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการบริหารงานในองค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย; 2549.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม: เทคนิควิธีและการนำไปสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560.
3. กองแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566. กรุงเทพฯ: กองแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2562.
5. อภิญา จำปามูล. การจัดการทางพยาบาลเพื่อความเป็นเลิศขององค์กร. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5: พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบัน; 2565.
7. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย. แผนกลยุทธ์ กลุ่มการพยาบาล พ.ศ.2565 – 2566. หนองคาย: โรงพยาบาลหนองคาย; 2565.
8. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย. สถิติความเสี่ยงข้อร้องเรียนปีงบประมาณ 2563–2565. หนองคาย: โรงพยาบาลหนองคาย; 2565.
9. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลหนองคาย. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลหนองคาย ปี 2565 – 2566. หนองคาย: โรงพยาบาลหนองคาย; 2565.
10. ขวัญรัตน์ เป้ารัมย์. อิทธิพลของการรับรู้และการมีส่วนร่วมที่มีต่อการยอมรับของประชาชนในงานบริการวิชาการ แก่สังคมของสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2560.
11. Bass BM, and Avolio BJ. Improving organization effectiveness through transformation leadership. Thousand Oaks: Sage; 1994.
12. สุนิสา ธิปไตย, พรหมพิไล บัวสุวรรณ, และสุดารัตน์ สารสว่าง. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของกรมแพทยทหารบก. ว. สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ 2563;11(2):103–118.
13. ดุษณี ยศทอง. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง: กรณีศึกษา โรงพยาบาลศิริราช [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
14. Denison RD. Corporate culture and organizational effectiveness. Canada: John Wiley & Sons; 1990.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย หัวหน้าพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 ที่ให้ความร่วมมือและคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา งานวิจัยสำเร็จลุล่วง

15. Cohen JM, and Uphoff NT. World development. New York: McGraw-Hill; 1988.
16. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการพยาบาลในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
17. บุญชม ศรีสะอาด. วิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรและการทำงานร่วมกัน
ระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8

พรนภา สังขนาค พย.ม*

วรรณชนก จันทชุม ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรอย่างเป็นทางการ จำนวน 206 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามประสิทธิผลของหอผู้ป่วย แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรในด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ด้านการบริหารจัดการ ด้านภาวะผู้นำ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และแบบสอบถามการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพได้ค่าเท่ากับ 0.92, 0.86, 0.87, 0.82, 0.81 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรทุกด้านอยู่ในระดับสูง ประกอบด้วยด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.45) ด้านการบริหารจัดการ ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.46) ด้านภาวะผู้นำ ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.49) และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.51) การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.49) สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรโดยรวมและการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.811$, $p < 0.01$ และ $r = 0.817$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ประสิทธิผลของหอผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

รับบทความ: 3 สิงหาคม 2566 แก้ไขบทความ: 4 กันยายน 2566 รับผิดชอบบทความ: 12 กันยายน 2566

Relationship Between the Competencies of Charge Nurses and Interprofessional Collaboration as Healthcare Team and the Effectiveness of Wards in Tertiary Care, General Hospitals of Health Region 8

Pornnapa Sungkanak M.S.N*

Wanchanok Juntachum Ph.D.**

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationship between competencies of charge nurses and interprofessional collaboration as healthcare team and the effectiveness of wards in tertiary care hospitals of health region 8. The samples were 206 registered nurses who were officially assigned to be charge nurses and selected by a multi-stage sampling method. The research instruments included the questionnaire about the effectiveness of wards, competencies of charge nurses and interprofessional collaboration as healthcare team with 5-level rating scale. The content validity of the questionnaires was measured by 5 experts. The reliability of the questionnaires about the effectiveness of wards, competencies of charge nurses with regard to expertise in profession, management, leadership and information and technology and the questionnaire about interprofessional collaboration as healthcare team measured by the Cronbach's alpha coefficient were 0.92, 0.86, 0.87, 0.82, 0.81 and 0.97 respectively. Data were analyzed using the statistics, frequency, mean, percentage, standard deviation and Pearson's correlation coefficient.

The study results indicated that the charge nurses' competencies in all aspects were at a high level; expertise in profession ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.45), management ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.46), leadership ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.49) and information and technology ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.51). In average, the interprofessional collaboration as healthcare team was at a high level ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.49). The average competencies of charge nurses and interprofessional collaboration as healthcare team were positively and significantly correlated with the effectiveness of wards at a high level ($r = 0.811$, $p < 0.01$ and $r = 0.817$, $p < 0.01$, respectively).

Keywords: Competencies of charge nurses, Interprofessional collaboration as healthcare team, Effectiveness of wards

* Registered Nurse (Practitioner Level), Female Surgery Ward, Nakhon Phanom Hospital

** Nursing Instructors, Faculty of Nursing, Khon Kaen University (Corresponding Author)

Received: August 3, 2023 / Revised: September 4, 2023 / Accepted: September 12, 2023

บทนำ

ประเทศไทยมีการพัฒนาและปฏิรูประบบต่าง ๆ เน้นเรื่องความเสมอภาคและการเข้าถึง เพื่อให้ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง มีการแบ่งเขตสุขภาพภายใต้เขตสุขภาพเพื่อประชาชนทั้งหมด 13 เขต โดยเขตบริการสุขภาพที่ 8 มี 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และบึงกาฬ¹ ซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนเข้าใช้บริการได้อย่างทั่วถึง ให้บริการสาธารณสุข 7 ด้าน ได้แก่ ด้านตรวจวินิจฉัย ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการเรียนการสอน และด้านการวิจัย มีจำนวนเตียง 150 – 500 เตียง โดยโครงสร้างประกอบด้วย 5 กลุ่มภารกิจ คือ ด้านอำนวยการ ด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ด้านการพยาบาล ด้านบริการตติยภูมิ และด้านบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ²

หอผู้ป่วยมีการให้บริการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพ และให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวตลอด 24 ชั่วโมง เปรียบเสมือนหัวใจที่ทำให้โรงพยาบาลประสบผลสำเร็จ ซึ่งพยาบาล เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ มีการติดต่อสื่อสารกัน มีกิจกรรมบริการทางสุขภาพที่เกิดขึ้นมากที่สุด โดยการประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาล³ สามารถประเมินได้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานวิชาชีพ เกิดความพึงพอใจและบรรลุตามเป้าหมาย ไม่เกิดความเสี่ยง ไม่มีข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยหรือญาติ 2) ประสิทธิภาพมีการใช้เครื่องมือให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า ทำงานเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีพยาบาลเพียงพอ 3) ความพึงพอใจพยาบาลสามารถที่จะอุทิศเวลาให้กับงานและไม่ขาดงาน เกิดความภูมิใจและมีความกระตือรือร้นต่อการทำงาน 4) การปรับตัวพยาบาลยอมรับในการเปลี่ยนแปลงภายในและภายนอกหอผู้ป่วย และ 5) พัฒนาการพยาบาลได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและสนับสนุนให้ศึกษาอย่างต่อเนื่องในระดับที่สูงขึ้น⁴

พยาบาลหัวหน้าเวรถือว่าเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีหน้าที่โดยตรงต่อพยาบาลในทีม จึงต้องมีสมรรถนะทางการบริหาร และการปฏิบัติกรพยาบาล

โดยมีหน้าที่รับผิดชอบทุกอย่างภายในเวร ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ในการบริหารต้องมีการวางแผนงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละเวร⁵ ดังนั้นหากปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เกิดความเสี่ยงลดลงสามารถใช้ทรัพยากรได้คุ้มค่า รวมทั้งสมาชิกทีมมีความพึงพอใจ สามารถปรับตัวและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่มีความเชื่อมโยงกับประสิทธิผล โดยสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรประกอบด้วย 1) ด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ คือสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ปฏิบัติงานและทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย 2) ด้านการบริหารจัดการสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง มีการวางแผนการทำงาน และสามารถประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ มีทักษะการบริหารความเสี่ยง การบริหารอัตรากำลัง การบริหารความขัดแย้ง และการเจรจาต่อรองที่ดี 3) ด้านภาวะผู้นำ เป็นผู้มีความมุ่งมั่น มีความคิดเชิงระบบ มีการตัดสินใจที่ดี มีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจ กล้าที่จะเสนอความคิดเห็น และ 4) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ มีทักษะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ในการจัดการความรู้ผ่านเทคโนโลยี สืบค้นข้อมูลได้รวดเร็ว และนำมาพัฒนาให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้^{6,7,8,9}

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ (Interprofessional collaborative practice: IPCP) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยด้านกลุ่มที่ปฏิบัติงานร่วมกันซึ่งจะต้องมีการสื่อสาร ประสานงาน และทำงานร่วมกันกับทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณงาน เป็นต้น เพื่อทำให้บริการมีคุณภาพ¹⁰ ส่งผลดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าใจในบทบาท แต่ละวิชาชีพมีความเข้าใจในบทบาทของตัวเองและผู้อื่น แบ่งปันความรู้เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การทำงานเป็นทีม มีการสื่อสารที่ดีและรับฟังทีม แบ่งปันข้อมูลที่เป็นประโยชน์ 3) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการปฏิบัติงานและมีความรับผิดชอบร่วมกัน และ 4) การแก้ไขความ

ขัดแย้ง ประเมินความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในการทำงานและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกันภายในทีมได้อย่างต่อเนื่อง^{11,12,13,14}

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ภายใต้อิทธิพลกำลังของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจำกัด ส่งผลให้พยาบาลน้องใหม่ที่ยังมีประสบการณ์ทำงานน้อยต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรเร็วขึ้น ดังผลงานวิจัยที่พบว่า ภาวะความขาดแคลนพยาบาล ส่งผลต่อการเตรียมพยาบาลหัวหน้าเวร ทำให้ต้องปรับคุณสมบัติ โดยลดจำนวนปีในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลลงจาก 5 ปี เป็น 2-3 ปี¹⁵ จากสถิติการรายงานความเสี่ยงของทีมการดูแลผู้ป่วย (Patient care team, PCT) ศัลยกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิภาครัฐแห่งหนึ่ง¹⁶ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบว่า การรายงานความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในเวรป่วยและเวรดึก ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีประสบการณ์และจำนวนน้อยกว่าเวรเช้า โดยในเวรดึก รายงานความเสี่ยง 128 รายงาน เวรป่วย 17 รายงาน ระดับความรุนแรงอยู่ในระดับ D (เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่ส่งผลเสียหาย) ถึงระดับ I (เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ) ขณะที่เวรเช้ารายงานความเสี่ยง 55 รายงาน แต่ระดับของความรุนแรงของความเสียหายส่วนใหญ่อยู่ในระดับ B (เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายหรือไม่ส่งผลเสียหายเนื่องจากความคลาดเคลื่อนยังไม่ถึงผู้รับบริการ) และไม่เกินระดับ C (เกิดความคลาดเคลื่อนถึงผู้รับบริการ แต่ไม่เป็นอันตรายหรือไม่ส่งผลเสียหาย) ทั้งนี้ หากพยาบาลหัวหน้าเวรมีสมรรถนะที่ดีเพียงพอ สามารถ

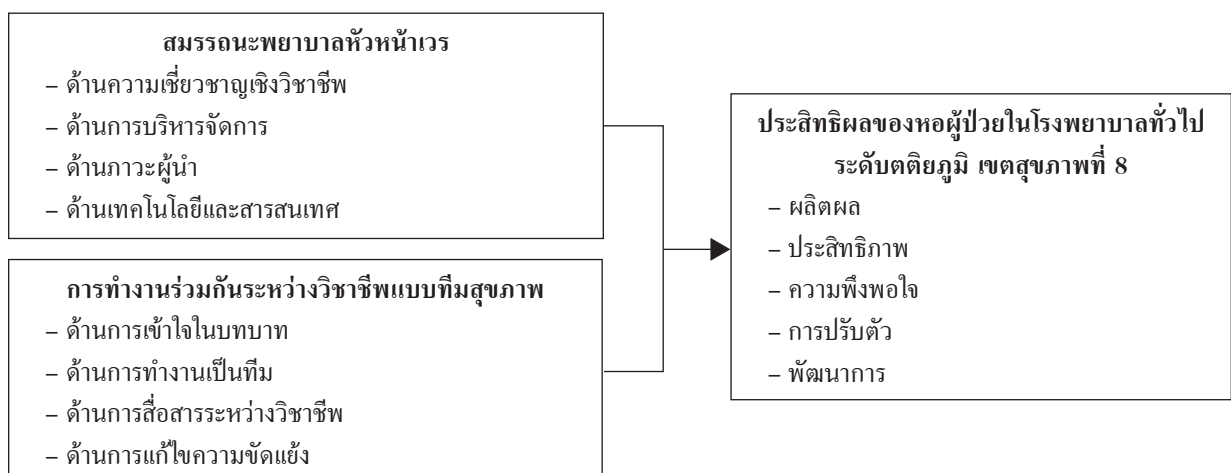
ร่วมกันทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการพยาบาล ย่อมเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่การมีประสิทธิผลของหอผู้ป่วยและองค์กรต่อไป⁶

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยพบว่า มีการศึกษาความสัมพันธ์ในปัจจัยต่างๆ พอสมควร แต่ยังไม่พบการศึกษาของพยาบาลหัวหน้าเวรหรือในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะเวลาที่ผ่านมาแล้ว อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง นโยบาย และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพในปัจจุบัน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการพัฒนามาตรฐานหัวหน้าเวรอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรมีประสิทธิผลที่ดีเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำไปใช้พัฒนาหน่วยงานและองค์กร ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรในด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ด้านการบริหารจัดการ ด้านภาวะผู้นำ และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพของพยาบาลหัวหน้าเวร กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 8

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlational study) โดยดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 2,021 คน โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power¹⁷ กำหนดขนาดตัวอย่างที่ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.27¹⁸ อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 เปิดตาราง Power analysis ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 172 คน และได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับ 206 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มโรงพยาบาล โดยการสุ่มแบบง่าย ร้อยละ 50¹⁹ โดยจับฉลาก 3 โรงพยาบาล จากทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลนครพนม และโรงพยาบาลบึงกาฬ ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจาย ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนประชากร โดยที่ผู้วิจัยได้ทำการจัดสรรจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วน (Proportional allocation)²⁰

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล หัวหน้าเวร และแผนกหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน โดยเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลิตผลประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ การปรับตัว และพัฒนาการ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก

คะแนน 1 คือ ความจริงน้อยที่สุด ถึงคะแนน 5 คือ ความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาล หัวหน้าเวร 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ด้านการบริหารจัดการ ด้านภาวะผู้นำ และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 คือ การปฏิบัติน้อยที่สุด ถึงคะแนน 5 คือ การปฏิบัติมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าใจในบทบาท การทำงานเป็นทีม การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และการแก้ไขความขัดแย้ง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 คือ การปฏิบัติน้อยที่สุด ถึงคะแนน 5 คือ การปฏิบัติมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ มีดังนี้¹⁹ ค่าเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึง ระดับสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึง ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50–3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึง ระดับต่ำ และค่าเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึง ระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาบริหารทางการพยาบาล 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและความ ครอบคลุมของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และหาความเที่ยง (reliability) โดยการหาความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม (Internal consistency) ของ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย 2) แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรในด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ด้านการบริหารจัดการ ด้านภาวะผู้นำ และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 3) แบบสอบถามการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.92, 0.86, 0.87, 0.82, 0.81 และ 0.97 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการ HE652252 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งมอบรหัสคิวอาร์ (QR code) ให้กับผู้ประสานงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการแจกให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ทาง Google forms ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามที่ สมบูรณ์กลับมาจำนวน 206 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. วิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ และประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร (n = 206)

สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ	4.41	0.45	สูง
ด้านการบริหารจัดการ	4.29	0.46	สูง
ด้านภาวะผู้นำ	4.21	0.49	สูง
ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	4.21	0.51	สูง
รวม	4.28	0.44	สูง

3. ผลการวิเคราะห์การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพพบว่า ด้านการเข้าใจในบทบาทอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.50) ด้านการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.52) ด้านการสื่อสารระหว่าง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 189 คน (ร้อยละ 91.7) และเพศชายจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 ส่วนใหญ่อายุ 30–39 ปี จำนวน 78 คน (ร้อยละ 37.9) รองลงมาคือ อายุ 20–29 ปี จำนวน 71 คน (ร้อยละ 34.5) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 195 คน (ร้อยละ 94.7) รองลงมาคือ ปริญญาโท จำนวน 11 คน (ร้อยละ 5.3) ส่วนใหญ่มีระดับตำแหน่งชำนาญการ จำนวน 97 คน (ร้อยละ 47.1) รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 90 คน (ร้อยละ 43.7) มีประสบการณ์ทำงาน 1–10 ปี จำนวน 101 คน (ร้อยละ 49) รองลงมาคือ 10 ปีขึ้นไป–20 ปี จำนวน 58 คน มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าเวร 1–10 ปี จำนวน 108 คน (ร้อยละ 52.4) รองลงมาคือ 10 ปีขึ้นไป–20 ปี จำนวน 60 คน (ร้อยละ 29.1) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 53 คน (ร้อยละ 25.7) รองลงมาคือ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 41 คน (ร้อยละ 19.9)

2. ผลการวิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรพบว่า ด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.45) ด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.46) ด้านภาวะผู้นำอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.49) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.51) และสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.44) ดังแสดงในตารางที่ 1

วิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.50) ด้านการแก้ไขความขัดแย้งอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.53) และโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.49) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ (n = 206)

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านการเข้าใจในบทบาท	4.30	0.50	สูง
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.32	0.52	สูง
ด้านการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ	4.32	0.50	สูง
ด้านการแก้ไขความขัดแย้ง	4.30	0.53	สูง
รวม	4.32	0.49	สูง

4. ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยพบว่า ตัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.48) พัฒนาการอยู่ มีผลิตผลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.45) ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.60) และประสิทธิภาพโดย ประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 0.47) ความ รวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = 0.43) ดังแสดงใน พึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.51) การปรับ ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย (n = 206)

ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ผลิตผล	4.20	0.45	สูง
ประสิทธิภาพ	4.16	0.47	สูง
ความพึงพอใจ	4.29	0.51	สูง
การปรับตัว	4.32	0.48	สูง
พัฒนาการ	4.14	0.60	สูง
รวม	4.22	0.43	สูง

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า สมรรถนะ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.811, 0.742, 0.766, 0.728$ และ 0.711 ตามลำดับ) และการทำงานร่วมกัน ระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกใน ระดับสูงกับประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.817$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร และการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพแบบทีมสุขภาพกับประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย

ตัวแปร	ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย		
	Pearson correlation (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร	0.811*	0.000	สูง
– ด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ	0.742*	0.000	สูง
– ด้านการบริหารจัดการ	0.766*	0.000	สูง
– ด้านภาวะผู้นำ	0.728*	0.000	สูง
– ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	0.711*	0.000	สูง
การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ	0.817*	0.000	สูง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิจารณ์และสรุป

สมรรถนะด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในระดับสูง แสดงว่า พยาบาลหัวหน้าเวรมีการเตรียมความพร้อมเบื้องต้นก่อนทำหน้าที่หัวหน้าเวร และมีประสพการณ์ทำงานพอสมควร สามารถที่บูรณาการความรู้กับการพยาบาลและการตัดสินใจได้ แต่ยังต้องฝึกฝนและได้รับการนิเทศ ติดตาม และสอนงานจากพยาบาลที่มีประสพการณ์มากกว่า อีกทั้งได้รับการอบรมเพื่อพัฒนา ฝึกฝนทักษะ¹³ และประสพการณ์เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นำความรู้ทางคลินิกมาใช้ในการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อองค์กร⁶

สมรรถนะด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในระดับสูง ซึ่งพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบโดยตรงกับผู้ป่วย ทั้งดูแล วางแผนให้การพยาบาล ให้คำปรึกษา ติดต่อประสานงาน และบริหารจัดการทุกอย่างภายในเวร ต้องพบกับปัญหาที่มีความซับซ้อน มีทักษะในการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹ สอดคล้องกับผลการการศึกษาที่พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรต้องวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อให้การพยาบาลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ มีทักษะในการบริหารความขัดแย้ง และการเจรจาต่อรองอย่างมีประสิทธิภาพ มีการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ⁶ ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะด้านภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในระดับสูง แสดงว่า พยาบาลหัวหน้าเวรมีพื้นฐานของภาวะผู้นำที่ได้จากการเรียนรู้ ฝึกฝน และประสพการณ์ จากการสังเกตพบว่า ประสพการณ์น้อยก็สามารถแสดงภาวะผู้นำได้ดี กล่าวคือ กล่าวพูด กล่าวตัดสินใจ เผชิญปัญหาด้วยความมั่นใจ สามารถมอบหมายงานให้กับสมาชิกในทีมได้ แต่ยังต้องมีการพัฒนาและฝึกฝนเพื่อให้ดีที่สุดในที่สุด^{5,22} สอดคล้องกับผลการการศึกษาที่พบว่า ผู้นำมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน เข้าใจในบทบาทและความรับผิดชอบของตนเอง สามารถปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ มีความพึงพอใจ มีการพัฒนาตนเอง มี

ความเชื่อมั่น และมีทัศนคติต่องานที่ดี²³

สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในระดับสูง แสดงว่า พยาบาลหัวหน้าเวรมีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศที่ดี เนื่องจากต้องใช้ในการทำงานประจำวัน เช่น ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ระบบเอกสาร ระบบยา เป็นต้น แต่เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีในการให้การดูแลผู้ป่วยมีการพัฒนาอยู่เสมอ พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากที่สุด²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า พยาบาลในในศตวรรษที่ 21 มีสมรรถนะด้านการใช้ดิจิทัลสูง สามารถใช้แอปพลิเคชันหรือเครือข่ายสังคมโลกออนไลน์ เพื่อติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้รวดเร็ว ส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี²⁵

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในระดับสูง เนื่องจากการทำงานให้สำเร็จจะต้องร่วมกันเป็นทีม เมื่อมีความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ ภายใต้วความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ นำไปสู่การบริการที่เป็นเลิศ ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ ซึ่งมีความสำคัญเพราะงานส่วนใหญ่ไม่สามารถทำได้สำเร็จได้ด้วยตนเอง จะต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกภายในทีม เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรได้ตั้งไว้²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพทำให้เกิดคุณภาพในการให้บริการ เช่น ลดค่าใช้จ่าย ผู้ให้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เป็นต้น¹¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ สร้างสัมพันธภาพที่ดี ปลูกฝังค่านิยมในการปฏิบัติงานเป็นทีม ยอมรับในความแตกต่างของแต่ละวิชาชีพ วางแผนงานให้มีความเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมทางวิชาการในการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อทักษะในการบริหารงานของพยาบาลหัวหน้าเวร เช่น การจัดการทรัพยากรบุคคล การบริหารอัตรากำลัง การจัดการระบบครุภัณฑ์ การจัดการความเสี่ยง การปฏิบัติการพยาบาลที่มี

คุณภาพให้แก่พยาบาลหัวหน้าเวร และส่งเสริมวิชาการด้านภาวะผู้นำ

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการจัดอบรม การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร การเตรียมความรู้ ความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ และทักษะในการบริหารงานของพยาบาล ก่อนที่จะให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร

4. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมการพัฒนา ทักษะด้านภาวะผู้นำ โดยให้เข้าอบรมด้านการบริหาร หรือ พัฒนาทักษะภาวะผู้นำ เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาล หัวหน้าเวรและนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้เหมาะสม

5. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพัฒนาโปรแกรม ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยมีการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาพัฒนาระบบบริหาร การจัดการความรู้ต่าง ๆ รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในด้านของการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศยุคใหม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีม สุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์ และ เป้าหมายในการพัฒนาประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ทั้งใน โรงพยาบาลของภาครัฐและเอกชน

2. การทำวิจัยในการสร้างเครื่องมือเพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้า

เวรในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โดยนำผลในการประเมินมาพิจารณาในแต่ละประเด็นที่ต้องพัฒนา เพื่อให้ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยดีขึ้น

3. การทำการวิจัยในการประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโดยการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงที่ไม่ใช่ประเมินจากการรับรู้ของพยาบาล เช่น การสำรวจความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วย การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

4. การวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เช่น โปรแกรม พัฒนาการเรียนรู้โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร พัฒนาความสามารถของพยาบาลหัวหน้าเวร หรือการพัฒนาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมพยาบาลหัวหน้าเวร ให้เข้ากับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

5. การวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อค้นหาเงื่อนไขความสำเร็จของการทำงานที่มีประสิทธิภาพ หรือลักษณะการทำงานที่เป็นเลิศจากประสบการณ์จริงของพยาบาลหัวหน้าเวร เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดีในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้อง และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมช่วยให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/60_01_15_8475.pdf
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.phoubon.in.th/data/โครงสร้างภารกิจ.pdf>
3. Cameron KS, Whetten DA. Perception of organization effectiveness over organize life cycle. *Adm Sci Q* 1981;26(4):525–844.
4. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly JH. Organizations: behavior, structure, process. 7th ed. Boston: Rachial D; 1991.
5. วรา เขียวประทุม, สมพันธ์ หนูชีระนันท์, ปราณี มีหาญพงษ์. องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ. *ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2565;32(1):27–39.

6. กัทธรัตน์ ต้นนุกิจ. การศึกษาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลกลาง. ว. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2562;15(1):14-22.
7. Connelly LM, Nabarrete SR, Smith KK. A charge nurse workshop based on research. J Nurses Staff Dev 2003;19(4): 203-208.
8. Matthews A, Whelan J. In charge of the ward. 3rd ed. Australia: Blackwell scientific publications; 1993.
9. Spencer LM, Spencer SM. Competence at work: Models for superior performance. New York: John Wiley and Sons; 1993.
10. World Health Organization. Framework for action on inter professional education & Collaborative Practice [Internet]. 2010. [cited 2022 Sep 27]. Available from: <http://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
11. บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธ์, นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์. การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพในบริการสุขภาพระดับอำเภอ: ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ. ว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562;11(1):142-154.
12. จันทิกา บัณฑิตเลิศรัศมี, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา, นงนุช บุญยัง. องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2565;9(1):186-198.
13. Canadian interprofessional health collaborative. A National Interprofessional Competency Framework [Internet]. 2010. [Cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
14. Interprofessional education collaborative expert panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice 2016 update [Internet]. 2016. [Cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.ipecc.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>
15. พวงยูพา ยิ้มเจริญ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, พรศรี ศรีอัญญาพร. การพัฒนาบทบาทสู่การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรหน่วยศัลยกรรมเด็กโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. ว. พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562;30(1):117-130.
16. โรงพยาบาลนครพนม. กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม ปีพ.ศ. 2564-2565. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2565.
17. Buchner A. G*Power: Users Guide – Analysis by design. Heinrich–Heine–Universität–Insituform experimented Psychologies. Instruments & Computers 2010;28(1):1-11
18. ฌบักซ์ วิเศษชูชาติกุล, พิพัฒน์ นนทนารณณ์. อิทธิพลของภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้า หอผู้ป่วยและพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎ. ว. สมาคมนักวิจัย 2559;21(3):75-85.
19. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: An introduction. New York: Longman Publishing; 1996.
20. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.

21. Sherman RO, Schwarzkopf R, Kiger AJ. What we learned from our charge nurses. *Nurse Leader* 2013;11(1):34–9.
22. ชลธิชา โกชนกิจ. การพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [วิทยานิพนธ์]. ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
23. เสาวนีย์ วงษ์พัชรวรากุล. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2561.
24. ศรีผาสุก พึ่งศรีเพ็ง. การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. ว. กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2560;3(2):180–192.
25. ปิติณัฏ ราชักดี. สมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่. ว. พยาบาลทหารบก 2566;24(1): 336–347.
26. พิรยา คงรอด, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, เบญจวรรณ พุทธิอังกูร. ผลของโปรแกรมการทำงานเป็นทีมต่อคุณภาพบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *พยาบาลสาร* 2562;46(2):131–141.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การวิเคราะห์สถานการณ์การสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

กุลพัชร โคตรบุตดี พย. บ.*

สมปรารถนา ดาผา ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ทำการศึกษาตั้งแต่ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโดย คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 5 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน 2) พยาบาลผู้รับการสอนงาน ซึ่งปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่เกิน 3 ปี จำนวน 30 คน และ 3) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยหรือหัวหน้าห้องผ่าตัด จำนวน 3 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถาม ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การสอนงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการสอน งานของพยาบาลห้องผ่าตัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ ตีความข้อมูล และเขียนสรุป

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ในการสอนงานให้กับ พยาบาลใหม่จะใช้รูปแบบการปฐมนิเทศ รูปแบบของการฝึกปฏิบัติงานไปพร้อมการทำงานจริง (on the job training) การสอนงานแบบตัวต่อตัว การสอนงานรูปแบบการประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน และ 2) ปัญหา อุปสรรค ในการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย ปัญหาด้านนโยบายการสอนงาน แนวทางการสอนงานไม่เป็นไปใน ทิศทางเดียวกัน ขาดคู่มือในการสอนงาน ขาดการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้สอนงาน และขาดการมีส่วนร่วมใน การสอนงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการสอนงาน คือ 1) ควรกำหนดให้การสอนงานเป็นนโยบายของหน่วยงาน 2) ควรมีหลักสูตร หรือรูปแบบการสอนงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน และ 3) ควรพัฒนาชุดความคิดของทีมให้มีความคิดแบบเติบโต (Growth mind set)

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์ การสอนงาน พยาบาลห้องผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

** อาจารย์ประจำสาขาวิชาการศึกษาวิชาการและบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รับบทความ: 3 สิงหาคม 2566 แก้ไขบทความ: 4 กันยายน 2566 รับผิดชอบบทความ: 12 กันยายน 2566

Situation Analysis of Coaching of Operating Room Nurses in Khon Kaen Hospital

Kullapat Khotbuddee B.N.S.*

Sompratthana Dapha Ph.D.**

Abstract

The objectives of this action research were to explore the situation analysis of coaching of operating room nurses in Khon Kaen hospital and study the problems, obstacles and recommendations in their coaching. This research was carried out from December, 2021 to March, 2022. The samples were registered nurses who had worked in operating room. They were selected using the purposive sampling method and classified into 3 groups; 1) seven registered nurses who had worked in operating room for at least 5 years 2) thirty registered nurses who had been taught and worked in operating room for no more than 3 years and 3) three head nurse of nursing department or operating room. The research instruments verified for content validity by the five experts including the personal information and the questionnaire guide for in-depth interviews and group discussion about the coaching situation, the problems, obstacles and recommendations from coaching nurses in operating room. The data were analyzed using the statistics; frequency and percentage and the content analysis; classified, interpreted and summarized.

The findings found that 1) the coaching method of operating room nurses at Khon Kaen hospital for the novice nurses were the orientation, on-the-job training, personal coaching and pre and post – working meetings and 2) the problems and obstacles in coaching included: the problem of coaching policy, the different in coaching guidelines, the lack of coaching manuals, the lack of preparation of nurse mentors and the lack of participation in coaching.

This study suggests that 1) the coaching program should be set as an organization policy 2) the coaching course or approaches should be set into the same standard and 3) the Growth mind set among the teams should be developed.

Keywords: Situation analysis, Coaching, Operating room nurses

* Registered Nurse (Professional Level), Operating Room, Khon Kaen Hospital

** Department of Study Research and Administration of Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นกระบวนการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยยา บุคลากรที่สำคัญในทีมผ่าตัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยประกอบด้วย ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี และทีมการพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ร่วมกันให้บริการผ่าตัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต้องใช้กระบวนการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ด้วยความรู้ ความสามารถและมีความชำนาญเฉพาะทางห้องผ่าตัด มีการทำงานเป็นทีมผ่าตัดร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ การปฏิบัติงานอยู่ภายใต้ความกดดันสูง มีโอกาสเกิดความเสี่ยงทั้งกับผู้ป่วยและทีมผ่าตัดได้ตลอดเวลา¹ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องมีทักษะเฉพาะทางทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ทันเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด²

การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ อีกทั้งเป็นการเริ่มต้นการเรียนรู้และฝึกทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด รูปแบบการสอนงานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล ซึ่งหากการพยาบาลห้องผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่น เกิดการผ่าตัดอวัยวะผิดตำแหน่ง ผิดชนิดของการผ่าตัด เกิดสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด เป็นต้น รวมทั้งหากพยาบาลใหม่ไม่สามารถปรับตัวในการปฏิบัติงานได้ จะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล เครียด และมีการโอนย้ายหน่วยงานหรือลาออกจากการงานได้

รูปแบบการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล มีเครื่องมือสำหรับพัฒนารายบุคคลในการฝึกปฏิบัติงานจริงในสถานที่ทำงาน ซึ่งมีหลากหลาย ได้แก่ การปฐมนิเทศ การพัฒนาในขณะปฏิบัติงาน (on the job training) การนิเทศงานทางการพยาบาล การสอนงาน การมีระบบพยาบาลพี่เลี้ยง การฝึกอบรมระยะสั้น และการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการศึกษาพยาบาล³ การสอนงาน (Coaching) เป็นวิธีการสอนงานในการปฏิบัติงานและเป็นหน้าที่ของผู้บริหารทางการพยาบาลที่ต้องสอนงานผู้ได้บังคับบัญชา โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของผู้ได้บังคับบัญชา ให้มีความรู้

(knowledge) ทักษะ (skill) และคุณลักษณะเฉพาะตัว (personal attributes) ในการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ผู้บริหารทางการพยาบาลและหน่วยงานคาดหวัง (result-oriented) โดยจะต้องตกลงและยอมรับร่วมกันระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ได้บังคับบัญชา ทั้งนี้การสอนงานนอกจากจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาผลการปฏิบัติงานของผู้ได้บังคับบัญชาในปัจจุบันแล้วยังมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่สูงขึ้นต่อไปในอนาคตด้วย⁴ การสอนงานเป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ได้บังคับบัญชาโดยอาศัยการสื่อสารทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ได้บังคับบัญชา รวมทั้งรับฟังสิ่งที่คาดหวัง ความต้องการ ตลอดจนรับทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน แบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานร่วมกัน

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ให้บริการผ่าตัดและส่องตรวจด้วยกล้องแก่ผู้มารับบริการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและมาจากภาคอื่น ๆ รวมทั้งชาวต่างชาติ ปี 2563–2565 ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 42,497 ราย, 42,509 ราย และ 42,856 ราย ตามลำดับ⁵ โดยมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 107 คน แบ่งตามกลุ่มสาขาศัลยกรรมจำนวน 7 สาขาดังนี้ ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ สาขาศัลยกรรมทั่วไป สูติ-นรีเวชกรรม และศัลยกรรม โสตศอนาสิก และมีพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดจำนวน 15 คน ทำหน้าที่เป็นผู้สอนงานให้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 3 ปี ข้อมูลเบื้องต้นจากการสังเกตการสอนงานเกี่ยวกับการสอนงานในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ทั้งพยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานมีความลำบากใจในการสอนงานและการเรียนรู้งาน บางส่วนมีความไม่พึงพอใจรูปแบบการสอนงาน และการสอนงานมีรูปแบบที่หลากหลาย และแตกต่างกัน ตามประสบการณ์หรือจากการลองผิดลองถูกในการตัดสินใจในประเด็นปัญหาบางอย่างในการปฏิบัติงานของผู้สอน และยังขาดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based-practice) มาใช้ในการสอนงาน จึงทำให้เกิดปัญหาข้อโต้แย้งในการเรียนรู้และการสอนงาน อีกทั้งการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต้องทำงานเป็น

ทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีความคาดหวังสูงในการปฏิบัติงานแบบมืออาชีพของทีมพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจของทีม และอาจเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ จากสถิติข้อมูลในปี 2563–2565 พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G, H, I (เกิดความคลาดเคลื่อนในระดับอันตรายถาวร อันตรายเกือบถึงชีวิต และจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ) จำนวน 11, 4 และ 7 รายการ ตามลำดับ⁵ ซึ่งมีส่วนทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลใหม่บางคนมีความวิตกกังวลและความเครียดในงานสูง จึงพบว่ามีอัตราการโอนย้าย ลาออกจากงานของพยาบาลใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี⁵

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อนำไปวางแผนพัฒนาคุณภาพและปรับปรุงระบบการสอนงานพยาบาลในห้องผ่าตัดให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการสอนงาน ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

แนวคิดการวิจัย

การพัฒนากระบวนการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอนงาน (analysis) ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนากระบวนการสอนงาน (design and development) ประกอบด้วย กิจกรรมการสอนงาน คู่มือการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด และการประเมินผลการสอนงาน ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ (implementation) เป็นการนำกิจกรรมการสอนงาน คู่มือการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ไปใช้ในการปฏิบัติการสอนงานจริง ตามแนวคิดการสอนงานแบบ GROW model⁶ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (evaluation: development) เป็นการประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการสอนงาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30

เมษายน พ.ศ. 2565 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 107 คน และพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดจำนวน 15 คน ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลผู้สอนงาน คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด 5 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน 2) พยาบาลผู้รับการสอนงาน คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดที่มีอายุงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ไม่เกิน 3 ปี จำนวน 30 คน และ 3) หัวหน้างาน คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หรือพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด จำนวน 3 คน ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และความจำเป็นของรูปแบบการสอนงานในห้องผ่าตัด (analysis) โดยหาจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสพัฒนา สภาพปัญหาและอุปสรรคของการสอนงาน ความต้องการ รูปแบบการสอนงาน รูปแบบการเรียนรู้ และความสำเร็จที่คาดหวังจากพยาบาลผู้รับการสอนงาน โดยร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบการสอนงาน ดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) ในกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลผู้สอนงาน จำนวน 7 คน พยาบาลผู้รับการสอนงาน จำนวน 30 คน และหัวหน้างานห้องผ่าตัด จำนวน 3 คน การสัมภาษณ์เป็นการใช้คำถามแบบปลายเปิด ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 15–20 นาที

1.2 การสนทนากลุ่ม (focus group) นำข้อมูลมากำหนดรูปแบบการสอนงานที่คาดหวังให้เหมาะสมกับบริบทของงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ระดมสมองและวางแผนกำหนดเป้าหมายร่วมกันโดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาเปรียบเทียบกับทฤษฎีและประเด็นต่าง ๆ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนากระบวนการสอนงาน (design and development) ใช้การมีส่วนร่วม

ในการพัฒนารูปแบบการสอนงานตามทฤษฎีแนวคิดการ
สอนงานแบบ GROW model⁶ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์
ประกอบ คือ 1) G (goal) การกำหนดเป้าหมาย 2) R
(reality) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ประเมินปัญหา
หรือค้นหาความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน 3)
O (option) การกำหนดทางเลือกร่วมกัน แล้วให้พยาบาล
ผู้รับการสอนงานเลือกวิธีที่จะนำไปปฏิบัติ และ 4) W
(wrap-up) การสรุปและตัดสินใจ กำหนดสิ่งที่ทำต่อไป

2.1 จัดทำคู่มือการสอนงานตามกิจกรรมหลักทั้ง 4
กิจกรรม ดังนี้ การเชื่อมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การ
วางแผนเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด การ
ให้การพยาบาลในขณะผ่าตัดตามบทบาทของพยาบาลส่ง
เครื่องมือและพยาบาลช่วยเหลือนอก และการพยาบาล
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องตาม
ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการสอนงาน

2.2 กระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลที่รับผิดชอบ
ประจำสาขาต่าง ๆ เป็นผู้จัดทำคู่มือการสอนงานในความรู้
เฉพาะเจาะจง และในกลุ่มนี้จะมีพยาบาลผู้สอนงานรวมอยู่
ด้วยในแต่ละสาขา

2.3 นำรูปแบบการสอนงานตามทฤษฎี แนวคิดเกี่ยว
กับรูปแบบการสอนงานที่สร้างขึ้นไปสอนงาน ได้แก่ การ
ประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน การฝึกปฏิบัติการ
พยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การสอนแบบ
สาธิต และสาธิตย้อนกลับ การสอนโดยใช้กรณีศึกษา การ
สอนแบบถาม-ตอบ และการประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติ
งาน เพื่อช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมและมี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการสอนงานไปใช้จริง
(implementation)** เป็นการนำรูปแบบการสอนงานไปใช้
ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดเป็นเวลา 1 เดือน
ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยดำเนินการดังนี้

3.1 นำรูปแบบการสอนงานตามบทบาทของ
พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดดำเนินการตามกระบวนการสอน
งาน โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือกับหัวหน้ากลุ่ม
งานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เพื่อช่วยคัดเลือกพยาบาล
ผู้สอนงานที่มีประสบการณ์ในการสอนงานพยาบาลวิชาชีพ
และผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
จำนวน 7 คน และพยาบาลผู้รับการสอนงาน จำนวน 30

คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพใหม่ และ/หรือพยาบาลที่โอน
ย้ายเข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ที่สอบผ่านใบประกอบ
วิชาชีพพยาบาล โดยเริ่มฝึกปฏิบัติงานในสาขาดังต่อไปนี้
1) สาขาศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 6 คน 2) สาขาศัลยกรรม
หัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก จำนวน 5 คน 3) สาขา
ศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 5 คน 4) สาขาศัลยกรรม
ระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 5 คน 5) สาขาศัลยกรรม
อโรโอดิกส์ จำนวน 5 คน และ 6) สาขาสูติ-นรีเวชกรรม
จำนวน 4 คน หลังจากนั้นประชุมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้
สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงาน เพื่อชี้แจงรูปแบบการ
สอนงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ตาม
แนวคิดการสอนงาน⁶ ในกิจกรรมการสอนงานแบ่งออกเป็น
4 ขั้นตอน ดังนี้

1) G (goal) การกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่าง
พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงาน โดยใน
การเตรียมการสอนงาน ผู้วิจัยและพยาบาลผู้สอนงานประชุม
ปรึกษาเตรียมการสอนงาน มีการเตรียมคู่มือการสอนงาน
และกระบวนการสอนงาน ระยะเวลา 30-45 นาที การ
ประชุมปรึกษาการปฏิบัติงานในแต่ละวันเพื่อมอบหมายงาน
ในกิจกรรมการสอนงานทั้ง 4 กิจกรรม

2) R (reality) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันเพื่อ
กำหนดแผนการสอนงานและการวางแผนการสอนงาน
ระหว่างผู้วิจัย พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอน
งาน ซึ่งในแต่ละกิจกรรมการสอนงานจะมีเนื้อหาพื้นฐาน
หลักที่เหมือนกัน แต่จะมีเนื้อหาเฉพาะของแต่ละสาขาที่แตก
ต่างกัน ผู้วิจัยและพยาบาลผู้สอนงานชี้แจงกิจกรรมการสอน
งานเรื่องละ 15-30 นาที และปฏิบัติการกิจกรรมการสอนงาน
เรื่องละ 1 สัปดาห์ ในแต่ละรอบ

3) O (option) การกำหนดทางเลือกในการดำเนิน
การสอนงาน พยาบาลผู้สอนงานชี้แจงความสำคัญของการ
พัฒนาดตนเอง รายละเอียดของแต่ละกิจกรรมและประโยชน์
ของกิจกรรมสอนงาน ซึ่งพยาบาลผู้สอนงานและพยาบาล
ผู้รับการสอนงานสามารถเลือกวิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือ
มากกว่า 1 วิธี โดยแต่ละวิธีใช้ระยะเวลาดังนี้ การประชุม
ปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน 15-30 นาที การใช้กระบวนการ
พยาบาล 30-45 นาที การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล
15-30 นาที การสอนแบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 30-45
นาที การสอนโดยใช้กรณีศึกษา 30-45 นาที การสอนแบบ

ถาม-ตอบ 15-30 นาที และการประชุมปรึกษาหลังการปฏิบัติงาน 15-30 นาที ในการดำเนินการสอนงาน ผู้วิจัยสังเกตกระบวนการสอนงานตามระยะเวลาการสอนงานของพยาบาลผู้สอนงานและผู้วิจัยนัดหมายประชุมปรึกษาร่วมกันก่อนการสังเกตพฤติกรรมการสอนงานของพยาบาลผู้สอนงาน ทบทวนการจัดการเรียนการสอนงานระหว่างพยาบาลผู้สอนงานกับพยาบาลผู้รับการสอนงาน

4) W (wrap-up) เป็นการนำทางเลือกของการจัดการเรียนการสอนงานที่พยาบาลผู้รับการสอนงานเลือกไปกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการร่วมกัน เพื่อการติดตามและประเมินผลการสอนงานที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้สอนงานต้องคอยติดตาม และประเมินผลพยาบาลผู้รับการสอนงานเป็นระยะๆ ทุกสัปดาห์ โดยการติดตามและประเมินผล เช่น การตรวจสอบพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้รับการสอนงานจากทีมหรือเพื่อนร่วมงานที่เกี่ยวข้อง หรือเรียกพยาบาลผู้รับการสอนงานเข้ามาพูดคุยเพื่อให้มีการสะท้อนผลกลับทุกสัปดาห์ เพื่อตรวจสอบความถี่หน้าของผลงานการสอนงานและพัฒนาการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามเป้าหมายของพยาบาลผู้รับการสอนงานหรือไม่

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (evaluation: development) เป็นการประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการสอนงาน เป็นการนำผลการทดลองการใช้รูปแบบการสอนงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด มาประเมินผลและสรุปเป็นรูปแบบการสอนงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ได้จากการศึกษาวิจัย มีการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรค และความคิดเห็นที่มีต่อสมรรถนะเฉพาะตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่ยังปฏิบัติไม่ได้ตามมาตรฐาน มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และพร้อมที่จะนำไปใช้ต่อไป

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สาขาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนว

คำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับสถานการณ์การสอนงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามมาจากการรอบมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล และมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด คือ 9 มาตรฐาน⁷ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษาและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการเลขที่ HE642199 ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่นฉบับวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลเสียใดๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคิดการสอนงานแบบ GROW model ประกอบด้วย แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยจะมีการบันทึกภาพและเสียงตลอดการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่ได้ออก วิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ ตีความข้อมูล และเขียนสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม มีการวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ ตีความข้อมูล และเขียนสรุป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลผู้สอนงานส่วนใหญ่ อายุอยู่ระหว่าง 36–40 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 เพศชายจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28 และมีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรีทุกคนปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด มากที่สุดจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 11–15 ปี มากที่สุดจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 พยาบาลผู้รับการสอนงานส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 25–30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เป็นเพศหญิง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 เพศชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 และมีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรีทุกคน ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสาขา ศัลยกรรมทั่วไปมากที่สุดจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมากกว่า 2–3 ปี มากที่สุดจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 1–2 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30

2. สถานการณ์การสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การสอนงานโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group) กับพยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงาน ได้ข้อมูลสถานการณ์การสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนี้

2.1 รูปแบบการปฐมนิเทศ (orientation) เป็นการสอนงานให้กับพยาบาลที่จบใหม่และพยาบาลที่โอนย้ายมาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด เป็นการสอนงานภายใต้ความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น มีขอบเขตเนื้อหา ได้แก่ การแนะนำอาคาร สถานที่ หน่วยบริการและหน่วยสนับสนุนบริการ นโยบายและขอบเขตการให้บริการผู้ป่วยและญาติ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด ลักษณะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยว

กับเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์ทางการแพทย์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นในห้องผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด การส่งเครื่องมือผ่าตัดพื้นฐานของแต่ละสาขา และความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่การทำให้ปราศจากเชื้อ การล้างมือ การใส่ถุงมือเพื่อ การผ่าตัด การฝึกทักษะในการสวมชุดปราศจากเชื้อ การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด และการส่งเครื่องมือผ่าตัดพื้นฐานของแต่ละสาขา โดยลักษณะการสอนงานเป็นการสอนแบบกลุ่ม ให้กับทุกคน โดยจัดครั้งละ 4–5 คน ในห้องเรียนรวม และลงพื้นที่สังเกตการณ์ปฏิบัติงานจริงในห้องผ่าตัด รวมระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นมอบหมายให้ฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสาขาต่าง ๆ รวมถึงห้องคัดกรองผู้ป่วย ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ใช้เวลา 1 เดือน

2.2 รูปแบบของการฝึกปฏิบัติงานไปพร้อมการทำงานจริง (on the job training) เป็นการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติงาน การสอนงานแบบตัวต่อตัว ซึ่งส่งเสริมทำให้เกิดการเรียนรู้และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในทีมงาน อีกทั้งการเรียนรู้จากรุ่นพี่ที่เป็นผู้สอนงาน เป็นการสอนงานแบบส่งต่อความรู้และทักษะปฏิบัติกันจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้องใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยปฏิบัติมาเป็นแนวทางในการสอนงาน ไม่มีแบบแผนการสอนงานหรือไม่มีการลงบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการสอนงานเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าหรือพยาบาลที่ได้รับมอบหมายตามความชำนาญ ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เช่น การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด การส่งเครื่องมือผ่าตัด หรือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ

2.3 รูปแบบการประชุมปรึกษาหารือก่อนและหลังการปฏิบัติงาน (pre conference and post conference) มีการจดบันทึกปัญหาจากการปฏิบัติงาน ซึ่งการประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน เป็นการสอนก่อนเริ่มปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานก่อนเริ่มปฏิบัติงานจริงในแต่ละวัน และ การประชุมปรึกษาหารือหลังปฏิบัติงาน เป็นการนำปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานมาอภิปรายร่วมกันในประเด็นที่ไม่เข้าใจ และมีการสอนเพิ่มเติม ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการสอนงาน คือ พยาบาลหัวหน้าสาขาหรือ

พยาบาลหัวหน้าห้องที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมากกว่า 10 ปี มีลักษณะหรือรูปแบบการสอนงานที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์และพื้นฐานความรู้ของผู้สอนงานแต่ละคน การสอนงานจะไม่มีแผนการสอน ไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลการสอนงาน และไม่มีการประเมินผลภายหลังการสอนงาน ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ประเมินผลผ่านการสังเกตว่าพยาบาลที่ผ่านการสอนงานไปแล้วนั้นปฏิบัติงานได้ตามที่พยาบาลผู้สอนงานต้องการ

3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ปัญหา และอุปสรรคในการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย

1) ด้านนโยบายการสอนงาน พบว่า กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด มีนโยบายเฉพาะการสอนงานแบบรุ่นพี่สอนรุ่นน้องที่หน้างาน แต่ยังไม่มีการวางแผนงานเกี่ยวกับการสอนงานที่ชัดเจนหรือไม่มีแผนการสอนงานที่เป็นรูปธรรม ทำให้รูปแบบการสอนงานไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดเอกสารหรือคู่มือการสอนงาน ส่งผลให้การสอนงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และทำให้การปฏิบัติการสอนงานไม่มีความต่อเนื่อง รวมถึงลักษณะการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีความเร่งรีบหรือการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ไม่สามารถทำการสอนงานได้ในขณะนั้น และรูปแบบการสอนงานมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้พื้นฐานของพยาบาลผู้สอนงาน

“...ในการพัฒนาผู้สอนควรให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญประจำสาขานั้น ๆ เป็นผู้สอน และในการเตรียมทีมผู้สอนส่วนตัวผู้เรียนและผู้สอนต้องตระหนักร่วมกันว่า การพัฒนาสมรรถนะของตนเองทั้งสองฝ่ายจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพยิ่งขึ้น...” (จากสัมภาษณ์เชิงลึก: S2)

2) ด้านการสอนงานควรมีแนวทางในการปฏิบัติและคู่มือการสอนงานจากการศึกษาพบว่ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดมีคู่มือการสอนงานเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่พบบ่อยแนวทางการปฏิบัติงาน รายการเครื่องมือพื้นฐานการใช้เครื่องมือพิเศษ และการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเพียงบางสาขาเท่านั้น ได้แก่ สาขาการพยาบาลผู้บริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมช่องปากและศัลยกรรม

ตกแต่ง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสูติเวช สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ทางห้องผ่าตัดควรมีมาตรฐานการสอนงานตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด เช่น มาตรฐานการรับ-ส่งผู้ป่วย มาตรฐานการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง มาตรฐานการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ คู่มือการสอนงานที่ยังไม่ได้รวบรวมเป็นคู่มือการสอนงานของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น และยังไม่ได้นำมาใช้ในการสอนงานพยาบาลใหม่ที่มาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจริง หรือมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการสอนงาน ที่เกิดขึ้นจริง

“...ตอนที่หนูไปฝึกที่ห้องศัลยกรรมตกแต่ง จะมีคู่มือให้ดูเวลาเตรียมของใช้ก็ดูตามคู่มือ แต่บางสาขาที่ไปปฏิบัติงานไม่มี บอกว่าให้พวกหนู จดบันทึกเอง ทำเป็นลักษณะ Mind mapping ที่คิดคุณะคะ พวกหนูยังไม่รู้เรื่องงานเลย จะเขียนออกมาเป็น Mind mapping ได้ยังไง ...” (จากสัมภาษณ์เชิงลึก: P26)

3) ด้านการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้สอนงาน พบว่า พยาบาลผู้สอนงาน ยังไม่พร้อมสำหรับบทบาทการเป็นผู้สอนงาน เนื่องจากยังมีทัศนคติที่เห็นว่าการเตรียมความพร้อมของพยาบาลใหม่ที่มาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดก่อนเข้าปฏิบัติงานได้จริง เป็นหน้าที่ของหัวหน้างานหรือคณะกรรมการพัฒนากุศลกรของห้องผ่าตัดเท่านั้น ถึงแม้พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด หรือพยาบาลหัวหน้าเวรจะได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการสอนงานแก่พยาบาลผู้รับการสอนงานก็ตาม และปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้พยาบาลผู้สอนงานไม่คิดว่าการสอนงานเป็นบทบาทของตน ก็คือพยาบาลผู้สอนงานไม่ได้รับการอบรมหรือการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นพยาบาลผู้สอนงาน ทำให้พยาบาลผู้สอนงานเกิดความไม่เข้าใจหลักการสอนงานและไม่มีความมั่นใจในการสอนงานแก่พยาบาลผู้รับการสอนงาน

“...จุดที่ต้องพัฒนาที่หนูคิดว่าควรปรับปรุงก็คือความพร้อมของผู้สอนงานและอารมณ์ของผู้สอนที่ไม่มั่นคงขึ้น ๆ ลง ๆ บางครั้งก็ใจดี บางครั้งก็ดุมาก บางทีหนูมองว่า การใช้คำพูดของผู้สอนซึ่งผู้สอนอาจไม่ใช่ครู จึงมีการสอนที่แตกต่างกัน แต่หนูเชื่อว่า คนเราสามารถใช้อำนาจที่ดีพูดกันได้ในการสอนงาน บางครั้งก็เกี่ยวกับการสอนงานของพี่พยาบาลสอนไปคนละทิศคนละทางตกลงหนูจะเชื่อใครดี พี่บางคนตั้งใจสอนดีมาก รู้สึกซาบซึ้งในความตั้งใจดีของพี่เขา

นางฟ้าซัด ๆ...” (จากสัมภาษณ์เชิงลึก: P28)

4) ด้านการมีส่วนร่วมในการสอนงานของบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ยังพบว่า ทั้งพยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงาน ยังมีการสอนงานที่ไม่สม่ำเสมอและขาดความต่อเนื่อง จากลักษณะการปฏิบัติงานที่มีภาระงานมากต้องใช้ความรวดเร็วในการปฏิบัติงานตลอดเวลา บางครั้งเกิดความเหนื่อยล้า ทั้งพยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงาน รวมทั้งยังขาดการกำหนดรูปแบบการสอนงาน ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดยังไม่เห็นความสำคัญหรือความจำเป็นและประโยชน์ของการสอนงานที่เป็นรูปธรรม

“...ที่ต่างคน ต่างก็มีเทคนิคต่างกัน และเกิดการ fix idea ของน้อง บางครั้งทำให้น้องเกิดความสับสน ผู้สอนบางคนมักจะมีเทคนิคเป็นของตนเองและน้องที่ถูกสอนมาจากคนอื่น ถ้าไม่ทำตามอย่างที่ผู้สอนคาดหวังก็จะกลายเป็นเรื่องที่ผิดใจต่อผู้สอน ผู้สอนบางคนควรมีการพัฒนาทัศนคติเปิดใจยอมรับสิ่งใหม่ๆที่ไม่ใช่เรื่องที่ทำให้เกิดความเสียหายต่องาน เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ง่ายและกล้าที่จะพัฒนาตนเอง บนพื้นฐานของการปฏิบัติงานที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อยู่บนพื้นฐานความ sterile อยากให้พี่พยาบาลผู้สอนงานไปทำข้อตกลงร่วมกันก่อนในทิศทางการสอนงานเพื่อให้ไปในทิศทางเดียวกันไม่ใช่ต่างคนต่างสอนต่างสไตล์...” (จากการสนทนากลุ่ม:C2-C15)

ข้อเสนอแนะในการสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลผู้สอนงานและพยาบาลผู้รับการสอนงานได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการสอนงานไว้ 3 แนวทาง ดังนี้

แนวทางที่ 1 การกำหนดให้การสอนงานเป็นหนึ่งในนโยบายของห้องผ่าตัด ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของหน่วยงาน โดยผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในห้องผ่าตัด เพื่อคุณภาพของการให้บริการผ่าตัด ผู้รับบริการปลอดภัยจากบริการที่ได้รับ ได้รับการยอมรับจากสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกห้องผ่าตัด มีการสร้างระบบการปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการสอนงาน สร้างบรรยากาศในการปฏิบัติงานที่ดี และเน้นการทำงานเป็นทีมที่สร้างสรรค์เป็นกัลยาณมิตรที่ดีต่อกัน

แนวทางที่ 2 มีหลักสูตรหรือรูปแบบการสอนที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลใหม่ โดย

มีการวางแผนเป็นโปรแกรมการสอนงานอย่างเป็นระบบ และมีแผนการสอนงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในแต่ละห้องผ่าตัด เพื่อการให้บริการที่มีมาตรฐานขั้นสูง และพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการผ่าตัดที่ยุ่ยากซับซ้อน ตัวอย่างเช่น มีกิจกรรมการสอนงานที่ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การวางแผนเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด 3) การให้การพยาบาลในขณะผ่าตัดตามบทบาทของพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก และ 4) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

แนวทางที่ 3 การพัฒนาชุดความคิด (Mind set) ของทีมให้มีความคิดแบบเติบโต (Growth mind set) เนื่องจากการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดรูปแบบการปฏิบัติงานจะเน้นการทำงานเป็นทีมที่เชื่อมประสานการทำงานในทุกขั้นตอนของการให้บริการ ตั้งแต่การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่ประกอบด้วยทีมงานจากสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแนวทางในการพัฒนาชุดความคิด ดังนี้

1) จุดเริ่มต้นของทีมต้องมาจากผู้นำทีมโดยหัวหน้าทีมเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญควรเป็นผู้ที่มีความคิดเปิดกว้าง มีทัศนคติที่ดีต่อการสอนงานโดยพยาบาลผู้สอนงานสามารถชี้แนะและสนับสนุนทีมให้มีความคิดที่เติบโตก้าวหน้าไปด้วยกัน กล้าคิดนอกกรอบในการพัฒนาทีม มีการนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ เทคนิคใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน และการให้บริการ

2) การปฏิบัติงานของทีมควรมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการสอนงานให้กับพยาบาลใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เพราะการรับรู้ในสิ่งที่พยาบาลใหม่รับรู้จากการสอนงานของพยาบาลผู้สอนงานรับรู้ได้ไม่เท่ากัน ถึงแม้จะใช้ระยะเวลาในการสอนงานเท่ากันพยาบาลผู้สอนงานต้องมีการปรับรูปแบบการสอนงานให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของพยาบาลใหม่ รวมทั้งมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) คำชื่นชมให้กับพยาบาลใหม่ให้มีความกระตือรือร้น และมีความรู้สึกภาคภูมิใจในสิ่งที่พยาบาลใหม่ปฏิบัติงานได้ดี หรือทำได้สำเร็จ พยายามหลีกเลี่ยงการตำหนิในข้อบกพร่อง หรือสิ่งที่พยาบาลใหม่ทำได้ไม่ดีหรือไม่ถูกต้องต่อหน้าบุคคลอื่น ควรเป็นการให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานที่สร้างสรรค์และเป็นมิตร

3) การยอมรับฟังความคิดเห็นของทีม เป็นสิ่งที่ยุทธศาสตร์ทุกคนต้องการอยากให้ทีมการพยาบาลห้องผ่าตัดและทีมสหสาขาวิชาชีพยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ไม่อยากให้องค์กรมองว่าวิชาชีพไหนเก่งกว่าวิชาชีพอื่น เพราะกระบวนการทำงานเป็นทีมจะประสบความสำเร็จได้ต้องมาจากการยอมรับฟังความคิดเห็นของทุกคนในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ หรือแม้แต่การสอนงานของพยาบาลผู้สอนงานที่บางคนค่อนข้างยึดติดกับแนวทางการสอนงานจากประสบการณ์เดิมที่ได้รับมาเมื่อสิบกว่าปี ตอนนี้เทคนิคการผ่าตัด มีเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วยในการให้บริการ จึงอยากให้พยาบาลผู้สอนงานเปิดใจกว้างในการพัฒนาการสอนงาน มีการนำใช้ประโยชน์จากพยาบาลรุ่นใหม่ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยีมาประยุกต์หรือบูรณาการการสอนงานในรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อดึงดูดใจพยาบาลในยุค generation Z และส่งเสริมการเรียนรู้ที่ตอบโจทย์คนในยุคนี้ เนื่องจากคนรุ่นนี้เกิดมาพร้อมกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการสอนงาน

วิจารณ์และสรุป

ในการศึกษาครั้งนี้สถานการณ์การสอนงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ที่เกี่ยวข้องคือ พยาบาลผู้สอนงาน พยาบาลผู้รับการสอนงานซึ่งเป็นพยาบาลใหม่ และผู้บริหารทางการพยาบาล โดยการศึกษาพบว่า

1. รูปแบบการสอนงาน ประกอบด้วย การสอนงานในรูปแบบการปฐมนิเทศ การสอนงานในรูปแบบของการฝึกปฏิบัติงานไปพร้อมการทำงานจริง การสอนงานในรูปแบบการประชุมปรึกษาหารือก่อนและหลังการปฏิบัติงานนั้น ยังไม่มีความชัดเจนในรูปแบบและพยาบาลผู้สอนงานไม่ได้สอนงานตามมาตรฐานเดียวกัน คู่มือหรือแนวปฏิบัติในการสอนงานจะมีคู่มือการสอนงานเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่พบบ่อย แนวทางการปฏิบัติงาน รายการเครื่องมือพื้นฐานและการใช้เครื่องมือพิเศษ และการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเพียงบางสาขา เช่น สาขาการพยาบาลผู้บริจาควัยและและการปลูกถ่ายอวัยวะ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมช่องปากและศัลยกรรมตกแต่ง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสูติรีเวช สาขาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาการสอน

งานในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าการสอนงานเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่เลี้ยง โดยเป็นการสอนงานที่มุ่งเน้นงานเป็นส่วนใหญ่ การสอนงานในหน่วยงานต่าง ๆ ที่ผ่านมา ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน พยาบาลที่เลี้ยงยังไม่เข้าใจวิธีการสอน ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับการสอน ขาดการกำหนดเป้าหมายและการวางแผน การปฏิบัติงานร่วมกัน รูปแบบใหม่ของการสอนงานที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการเรียนรู้ของบุคคล^{8,9}

2. วิธีการสอนงานของพยาบาลผู้สอนงาน พบว่า พยาบาลผู้สอนงานแต่ละคนมีรูปแบบและเทคนิคการสอนงานตามรูปแบบประสบการณ์เดิมที่ได้รับการสอนงานมาจากพยาบาลรุ่นพี่ที่เป็นการสอนงานแบบ on the job training บางคนมีข้อจำกัดในการสอนงานในเรื่องของการสื่อสาร การถ่ายทอด บางคนมีปัญหาในเรื่องของการควบคุมอารมณ์ ในขณะที่สอนงาน จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า รูปแบบการเตรียมสอนงานโดยคู่มือการพยาบาลเพื่อเสริมความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ พื้นฐาน การจัดตารางเวลาในการสอนงานให้เหมาะสมกับเวลาการปฏิบัติงาน¹⁰ และการสอนงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดความปลอดภัย¹¹

3. ลักษณะงานการให้บริการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่มีความหลากหลายในการผ่าตัด และมีการนำใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น บริบทของการปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อนต้องการความรวดเร็วในการให้บริการ ทำให้พยาบาลใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีความสับสนในกระบวนการเรียนรู้ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งเกิดความรู้สึกกดดันจากความคาดหวังในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้สอนงาน ทีมการพยาบาล และทีมสัลแพทย์ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดในการปฏิบัติงาน หากพยาบาลใหม่ปรับตัวไม่ได้จะส่งผลให้เกิดการโอนย้ายหน่วยงาน หรือลาออกจากงาน และได้มีการศึกษา¹² พบว่า หากองค์กรมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานในห้องผ่าตัด มีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการอย่างต่อเนื่อง บรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงาน ส่งผลให้ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดลดลง

4. ปัญหา อุปสรรคในการสอนงานของพยาบาลห้อง

ผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบาย การสอนงานในหน่วยงานยังไม่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมทำให้ รูปแบบการสอนงานไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 2) ด้านการ เตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้สอนงาน พบว่าพยาบาล ผู้สอนงานมีทัศนคติในการสอนงานว่าเป็นบทบาทหน้าที่ ของหัวหน้างานหรือคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรของ ห้องผ่าตัดเท่านั้น และพยาบาลผู้สอนงานไม่ได้ถูกเตรียม ความพร้อมให้มีสมรรถนะในการสอนงานทำให้พยาบาล ผู้สอนงานไม่มีความเข้าใจในหลักการสอนงานและไม่มีความ มั่นใจในการสอนงาน

5. ข้อเสนอแนะทางแก้ไขปัญหามีดังนี้ 1) หากหน่วย งานสามารถกำหนดการดำเนินงานด้านนโยบายในรูปของ คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายด้านการสอนงานโดยการ มีส่วนร่วมของพยาบาลห้องผ่าตัด จะช่วยให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรทุกระดับในการพัฒนารูปแบบการสอนงาน ของพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกัน ซึ่งรูปแบบของการสอนงาน จะมีความเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ ของหน่วยงานอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษา¹³ ที่ให้ ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงปัจจัย สำคัญของความสำเร็จอยู่ที่การได้รับการสนับสนุนจาก ผู้บริหารในการกำหนดนโยบายพยาบาลที่เลี้ยงส่งผลให้การ ดำเนินงานการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงเกิดความราบ รื่นได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 2) การสอน งานควรมีแนวทางในการปฏิบัติงานและคู่มือการสอนงาน ประโยชน์ของการมีคู่มือการปฏิบัติงานและคู่มือการสอน งานคือ ช่วยให้พยาบาลผู้สอนงานมีแนวทางในการสอนงาน ไปในมาตรฐานเดียวกัน ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับ พยาบาลผู้สอนงาน มีการสอนงานแบบมืออาชีพ สร้างความ น่าเชื่อถือให้กับพยาบาลผู้สอนงาน และผู้นำทางการ พยาบาลควรมีความรู้ มีทักษะการโค้ช และมีการสร้างคู่มือ การพัฒนาทักษะการโค้ช โดยทักษะการโค้ชที่สำคัญ ประกอบด้วย (1) การตั้งคำถามที่ดีและมีพลัง (2) การรับ ฟังอย่างตั้งใจ (3) การให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวก (4) การ จูงใจและให้กำลังใจ และ (5) การกำหนดเป้าหมายร่วมกับ รูปแบบการโค้ช Grow model และ 3) หน่วยงานจำเป็นต้องมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้สอน งาน¹⁴ อีกทั้งยังพบว่าในหน่วยงานภาครัฐมีการจัดอบรม การสอนงานหรือการโค้ชให้เฉพาะผู้บริหารระดับสูงเท่านั้น

มีเพียงส่วนน้อยที่จัดอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะให้กับผู้นำ ทางพยาบาล เช่น พยาบาลที่มีประสบการณ์สูง หัวหน้า หอผู้ป่วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล ผล การศึกษาที่ผ่านมายืนยันว่าผู้นำทางการพยาบาลที่ผ่าน ทักษะการสอนงานหรือการโค้ชสามารถปรับตัวกับ สถานการณ์ที่ยากลำบาก มีกลไกในการเผชิญปัญหาที่ดี และ สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของทีมการพยาบาล ช่วย ให้ทีมการพยาบาลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและทีมการ พยาบาลมีความร่วมแรงร่วมใจกันมากขึ้นภายใต้ความ กดดันต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในงาน ส่งผลให้การคงอยู่ของ บุคลากรทางการพยาบาลที่มีความสามารถคงอยู่ในองค์กร เพิ่มขึ้น ดังนั้นการอบรมทักษะการสอนงานเป็นการ พัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ควรได้รับการสนับสนุนจาก องค์กร เพื่อเติมเต็มการพัฒนาศักยภาพของผู้นำทางการ พยาบาลทุกระดับ ในการเตรียมความพร้อมรับมือกับความ ทำทายในการพัฒนาภาวะผู้นำวิชาชีพพยาบาล ส่งผลลัพธ์ ที่ดีต่อระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ และผู้รับบริการพึง พอใจ¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการปฐมนิเทศ รูปแบบของการฝึกปฏิบัติงานไปพร้อมการทำงานจริง รูปแบบการประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน ทำให้ เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการ สอนงานเพื่อเป็นกลยุทธ์ในการบริหารทางการพยาบาลให้ เหมาะสมกับสถานการณ์ ภายใต้บริบทปัจจุบัน

2. ในการพัฒนารูปแบบการสอนงานนอกเหนือจาก การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้สอนงาน ผู้บริหาร ทางพยาบาลควรจัดให้มีสิ่งสนับสนุนการสอนงานให้เกิด กระบวนการเรียนรู้ได้ในหลากหลายช่องทางได้แก่ คู่มือการ พยาบาลห้องผ่าตัด แนวปฏิบัติการให้การพยาบาลผ่าตัดที่ แยกตามชนิดของการผ่าตัด มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัด 3 ระยะ คู่มือการใช้เครื่องมือผ่าตัดพิเศษ คลิปวิดีโอ ขั้นตอนการส่งผ่าตัด หรือการใช้เครื่องมือผ่าตัดพิเศษ

3. นำไปต่อยอดการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือ ประเมินการสอนงานทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา จากหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วย

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น ที่กรุณาให้คำปรึกษาและ
ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่งเกี่ยวกับการวิจัย จึงขอ
ขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่าน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น และหัวหน้าพยาบาล โรง
พยาบาลขอนแก่น ที่อนุมัติสนับสนุนให้ทำการวิจัย ให้คำ
ปรึกษางานวิจัย และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติ
งานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น และหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จนกระทั่งสำเร็จ
ลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kaafarani HMA, Itani KMF, Rosen AK, Zhao S, Hartmann CW, Gaba DM. How does patient safety culture in the operating room and post-anesthesiacare unit compared to the rest of the hospital. *Am J Surg* 2009;198(1):70-75.
2. เรณู อาจสาธิต. การพยาบาลผู้ที่รับการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส; 2553.
3. ฤทัยรัตน์ กรมโรตง และพิสิฐ โอ่งเจริญ. การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ทางการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์. *ว.วิชาการสังคมมนุษย์*. 2565; 12(2): 60-75.
4. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. เทคนิคการสอนงาน (Coaching technique) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2017-eb 12.pdf>
5. โรงพยาบาลขอนแก่น. ข้อมูลงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2565.
6. Whitmore J. Coaching for performance: A practical guide to growing your own skills. London: Nicholas Brealey Publishing; 1992.
7. สภาการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึง 16 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files /A111.pdf>
8. วรณชนก จันทุม, สมปรารถนา ดาผา, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, เจริญทอง วงศ์สุดตา, สุรวดี คัทสิงห์, สุภัทลักษ์ณ์ กระแสร์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการสอนงานในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. *ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2563;38(1):157-166.
9. กิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. *ว. แพทย์เขต* 2562;38(4):300-317.
10. ลอศรี ประเสริฐสุข. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.
11. กัญจน์ชยรัตน์ อุดคำมี, พรธิดา ชื่นบาน, และลัดกษณา จันทราโยธากร. ผลของการใช้เทคนิคการสอนงาน พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่. *ว. โรงพยาบาลแพร่* 2563;28(2):18-24.
12. พลอยชนกกรณ์ กุลวัฒนาพันธ์. ความเครียดจากการท างานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ ชั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
13. จิดาภา รอดโพธิ์ทอง, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา. การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง สำหรับพยาบาลวิชาชีพใหม่ โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช; 2558.
14. สุมลา พรหมมา. รูปแบบการพัฒนาการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล. *ว. วิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*

2559;11(2):367–382.

15. รุ่งอรุณ เกศวงษ์, และมนตรี แสงภัทรราชย์. การใช้เพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล. ว. การปฏิบัติ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2565;9(1):122–128.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล

กันยารัตน์ กองแก้ว พย.บ*

ทัศนีย์ แดขุนทด พย.ม.**

อุไรวรรณ ศรีดามา ส.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล และประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงดังนี้ ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยผู้บริหารการพยาบาล 5 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาล 5 คน ผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ 20 คน และผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล 113 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 56 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 57 คน ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัย 6 ขั้นตอนดังนี้ การศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ปรับปรุงแนวปฏิบัติ นำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียลที่พัฒนาประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะก่อนทำหัตถการ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยตามระบบแบบฟุงเป้า การให้ข้อมูลก่อนการทำหัตถการ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ และการพยาบาลระหว่างส่งต่อห้องสวนหัวใจ และระยะหลังทำหัตถการ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยตามระบบแบบฟุงเป้า การพยาบาลขณะใส่อุปกรณ์กดห้ามเลือด ขณะถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด หลังถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน และ 2) ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มทดลองเกิดภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่พบภาวะเลือดออกและภาวะก้อนเลือดได้ผิวหนังไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.05$) และความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean 4.59, S.D. 0.51)

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล หัตถการสวนหัวใจ หลอดเลือดแดงเรเดียล

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสกลนคร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสกลนคร

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patient with Radial Artery Catheterization Procedure

Kanyarat Kongkaew, B.N.S*

Tasaneek Daekhunthod, M.N.S**

Uraiwan Sridama, M.P.H***

Abstract

This research and development aimed to develop the clinical nursing practice guideline for patients with radial artery catheterization procedures and evaluate the outcomes of using the guideline. The samples were purposively selected. They were the guideline developers; 5 nursing administrators and 5 nursing specialists, the guideline users; 20 professional nurses worked at the cardiac intensive care unit and 113 patients with acute myocardial infarction who underwent the radial artery catheterization. The patients were divided into two groups, control group (56 patients received the usual care) and experimental group (57 patients received the developed nursing practice guideline). The research was conducted into 6 steps; situation study of nursing care for patients received cardiac catheterization procedure, development of nursing practice guideline, guideline trial, guideline improvement, guideline Implementation and outcome evaluation. Data were analyzed using the descriptive statistics and Chi-square test.

The results found that 1) the developed nursing practice guideline comprised of 2 phases, phase 1, before radial artery catheterization; patients assessment according to the focus system, information providing before radial artery catheterization, risk assessment for complications, patients preparation before the procedure and nursing care during transfer patients to the cardiac catheterization room, and phase 2, after radial artery catheterization; patients assessment according to the focus system, nursing care while patients on, off and after off TR- Band and predischage education and 2) the outcomes after nursing practice guideline implementation, the experiment group had the significantly lower incidence of limb ischemia than that of control group ($p < 0.05$). However, there was no statistically significant difference in the bleeding and hematoma among two groups ($p > 0.05$). The nurses' satisfaction was at the highest level (mean 4.59, S.D. 0.51).

Keywords: Development of Clinical Nursing Practice Guideline, Catheterization, Radial Artery

* Registered Nurse (Practitioner Level), Department of Intensive Care, Sakon Nakhon Hospital

** Registered Nurse (Senior Professional Level), Department of Intensive Care, Sakon Nakhon Hospital

*** Registered Nurse (Senior Professional Level), Department of Research and Nursing quality improvement, Sakon Nakhon Hospital

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) สาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างทันทีทันใด เป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ ซึ่งจะช่วยลดขนาดและจำกัดบริเวณการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการเสียชีวิตได้ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงเป็นอันดับต้น ดังสถิติในปี 2560–2562 ที่พบอัตราการป่วยเท่ากับ 501.41, 515.91 และ 535.29 ต่อแสนประชากร และอัตราตายเท่ากับ 31.82, 31.78 และ 31.36 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ¹ การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี 3 วิธี คือ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) การสวนหัวใจ (Percutaneous coronary intervention: PCI) และการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพื่อต่อหลอดเลือดใหม่ (Coronary artery bypass graft: CABG) ซึ่งวิธีที่ได้รับการยอมรับและเลือกใช้ในการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดในปัจจุบันคือการสวนหัวใจ เนื่องจากบอกตำแหน่ง ขนาด ความรุนแรงของโรคได้แม่นยำ สามารถเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด²

การสวนหัวใจ เป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องอาศัยอายุรแพทย์โรคหัวใจที่เชี่ยวชาญเฉพาะ (interventionist) เนื่องจากการสอดสายสวนชนิดพิเศษที่มีบอลูนติดอยู่ปลายสายผ่านเข้าไปยังหลอดเลือดแดงโคโรนารี เพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนที่ตีบตันให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ หรือร่วมกับการใส่โครงตาข่ายตรงตำแหน่งที่หลอดเลือดตีบ ซึ่งสามารถสอดสายสวนได้ทางหลอดเลือดแดงเรเดียล(radial artery) หลอดเลือดแดงบราเคียล (brachial artery) และหลอดเลือดแดงฟemorอล (femoral artery) แต่ที่นิยมในปัจจุบัน คือ การสอดสายสวนทางหลอดเลือดแดงเรเดียล เนื่องจากผู้ป่วยสุขสบายกว่า ไม่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของขา สามารถลุกนั่งหรือเดินได้ แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดได้ เช่น ภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma) และ

ภาวะเลือดออก(Bleeding) และภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยง (Limb Ischemia) เป็นต้น^{3,4,5,6}

โรงพยาบาลสกลนครเป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคหัวใจ สามารถเปิดให้บริการสวนหัวใจได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา รับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจทั้งในจังหวัดสกลนคร หนองคาย นครพนม และร้อยต่อจังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้ารับบริการสวนหัวใจทั้งแบบเร่งด่วนและแบบวางแผนไว้ล่วงหน้าเพิ่มสูงขึ้นโดยเป็นการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียลทั้งหมด ดังสถิติในปี พ.ศ. 2561–2562 การสวนหัวใจมีจำนวนสูงขึ้นจาก 867 ราย เป็น 1,496 ราย ตามลำดับ หอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจให้บริการผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ มีจำนวนผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ต้องได้รับการสวนหัวใจแบบเร่งด่วนสูงขึ้น จาก 528 ราย เป็น 769 ราย ตามลำดับ และจากรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกปี 2562 พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ ได้แก่ การเกิดภาวะเลือดออก 42 รายงาน การเกิดก้อนเลือดขนาดใหญ่มากกว่าขนาด 5x5 เซนติเมตร 43 รายงาน และภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด โดยพบค่า O₂ saturation น้อยกว่า 95 เปอร์เซนต์จากการใส่อุปกรณ์กดห้ามเลือด (TR-Band) 46 รายงาน⁷ ซึ่งหากมีการประเมินค่าซ้ำ ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อแก้ภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น หรืออาจสูญเสียอวัยวะได้

จากการทบทวนอุบัติการณ์ทางคลินิكدังกล่าวพบว่า หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การพยาบาลยังเป็นแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงการพยาบาล ตั้งแต่ก่อนการสวนหัวใจ ระหว่างการสวนหัวใจ และหลังการสวนหัวใจ และหน่วยงานมีพยาบาลที่จบใหม่หมุนเวียนเข้ามาทุกปี ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี สูงถึงร้อยละ 30 ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guidelines: CNPGs) เป็นเครื่องมือสำคัญที่เกิดจากการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการพยาบาลอย่างเหมาะสม เป็นไปในแนวเดียวกัน โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับ

บริการ⁸ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจที่เป็นกรณีศึกษา⁹ แต่ยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจทางหลอดเลือดแดงเรเดียลโดยเฉพาะ

ผู้วิจัยในบทบาทของผู้ให้การพยาบาลโดยตรง จึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจทางหลอดเลือดแดงเรเดียลโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย เกิดความปลอดภัยในทุกระยะของการพยาบาลทั้งก่อนและหลังการทำการสวนหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียลต่อการเกิดอุบัติการณ์ภาวะเลือดออก ภาวะก้อนเลือดได้ผิวหนัง และภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development)¹⁰ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563–กันยายน พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำการสวนหัวใจ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4) การปรับปรุงแนวปฏิบัติ 5) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้จริง และ 6) การประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ สถานที่ศึกษา คือ หอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าหน่วยงาน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวนรวม 54 คน 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึง กันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 135 คน และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจที่เข้ารับบริการ

ที่โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 735 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารการพยาบาล 5 คน คือ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หัวหน้าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ และหัวหน้าห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ มีประสบการณ์เป็นผู้บริหารการพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี และ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 5 คน คือ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก 2 คน พยาบาลห้องตรวจสวนหัวใจ 1 คน และพยาบาลห้องฉุกเฉินตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน 2 คน โดยเลือกจากหน่วยงานที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการมากที่สุด มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างน้อย 5 ปี

2. ผู้ประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจอย่างน้อย 1 ปี มีใบประกอบโรคศิลปะ ยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 20 คน และ 2) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเรเดียล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วน 2 กลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน คำนวณโดยอ้างอิงจากงานวิจัยเดิมที่มีอยู่¹¹ เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทำการวิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 120 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารพยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล มี 5 ส่วน คือ 1) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 2) การประเมินผู้ป่วยตามระบบแบบฟุงเป่า 3) การประเมินความเสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อน 4) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล 5) การดูแลก่อน/ระหว่าง/หลังการส่งต่อไปยังห้องสวนหัวใจ และการพยาบาลระยะหลังได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล มี 5 ส่วน คือ 1) การประเมินผู้ป่วยตามระบบแบบฟุงเป่า 2) การพยาบาลขณะใส่อุปกรณ์กดห้ามเลือด 3) ขณะถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด 4) หลังถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด 5) การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน จำนวนค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจเป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มด้านความคิดเห็นต่อการพัฒนา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ สถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล การปฏิบัติการพยาบาล การเปลี่ยนแปลงวิธีการหรือรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวนค่า CVI ได้เท่ากับ 1.0

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ การวินิจฉัยโรค บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบบันทึกการเกิดอุบัติการณ์

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการ

ศึกษา โรคประจำตัว ชนิดการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ด้านการให้ข้อมูล 5 ข้อ ด้านการพยาบาลก่อนหรือหลังการสวนหัวใจ 6 ข้อ ด้านการบริการ 3 ข้อ การให้คะแนนมีตั้งแต่ระดับ 1-5 โดย คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวนค่า CVI ได้เท่ากับ 1.0

การแปลผลระดับความพึงพอใจเป็นดังนี้ คะแนน 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 3.50 – 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย และคะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร การนำเสนอข้อมูล และการรายงานผลการวิจัยทำในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงและขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจ (ตุลาคม พ.ศ. 2563)

1.1 ศึกษาเอกสารทางวิชาการ และค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหัตถการสวนหัวใจ การสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดกรอบในการตั้งคำถามการสนทนากลุ่ม

1.2 สนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ด้านบริหารทางการพยาบาลและด้านปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 คน โดยใช้คำถามปลายเปิด ศึกษาบริบทขององค์กร สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหัตถการสวนหัวใจ ของโรงพยาบาลสกลนคร และความต้องการพัฒนา เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการพัฒนา

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้อาจการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มเชิงเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

1) ด้านบริบทขององค์กร พบว่า การทำหัตถการสวนหัวใจเกือบร้อยละ 100 เลือกวิธีสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเดียว 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติตามประสบการณ์ และความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล และ 3) ด้านความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในทิศทางเดียวกัน การปฏิบัติการพยาบาลส่วนใหญ่ยังแยกส่วนขาดการเชื่อมโยงการพยาบาลในระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจ ระหว่างการทำหัตถการสวนหัวใจ และระยะหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
(พฤศจิกายน พ.ศ.2563 ถึง มกราคม พ.ศ.2564)

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 สู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเดียว ที่มีความเชื่อมโยงการพยาบาลในระยะก่อนการทำหัตถการ ระหว่างการทำหัตถการ และหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ โดยพัฒนาตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁶ 6 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ คือ “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเดียว”

2.2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเดียว

2.3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย โดยผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ คือ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเดียว และประเมินผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และกำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเดียว

2.4 กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ ลดการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ภาวะเลือดออก ภาวะก้อนเลือดได้ผิวหนัง และภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด

2.5 การสืบค้น และประเมินคุณภาพ กำหนดเครื่องมือในการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ คัดเลือกหลักฐาน

วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.6 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 2 ระยะ คือ การพยาบาลก่อนทำหัตถการสวนหัวใจ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลระหว่างการส่งห้องสวนหัวใจ และการพยาบาลระยะหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การพยาบาลก่อนการถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด การพยาบาลขณะถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด และการพยาบาลหลังถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด ผู้วิจัยนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการสวนหัวใจ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564)

3.1 ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 16 คน ก่อนนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดเป็นผู้ทดลองใช้

3.2 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเดียวในหอผู้ป่วยที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อดูความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยก่อนการเก็บข้อมูลมีการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทุกครั้ง และผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ตลอดการรักษาในหอผู้ป่วย

3.3 ประเมินความเหมาะสมของการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจใช้ยาก การประเมินไม่เป็นหมวดหมู่ และการพยาบาลในระยะหลังการทำหัตถการสวนหัวใจไม่ครอบคลุมในส่วนการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564)

ปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติโดยปรับการพยาบาลระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจเป็น 5 ส่วน คือ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ การประเมินผู้ป่วยตามระบบ แบบพุ่งเป้า การประเมินความเสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อน การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการทำหัตถการสวนหลอดเลือดหัวใจบริเวณเรเดียล การดูแลก่อน/ระหว่างการส่งต่อห้องสวนหัวใจ และปรับการพยาบาลระยะหลังได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียลเป็น 5 ส่วน คือ การประเมินผู้ป่วยตามระบบแบบพุ่งเป้า การพยาบาลขณะใส่อุปกรณ์กดห้ามเลือด ขณะถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด หลังถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความคลอบคลุ้มด้านการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนและง่ายต่อการใช้งาน ภายหลังปรับปรุง ผู้วิจัยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้ง คำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 1.0

ขั้นตอนที่ 5 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง (มีนาคม พ.ศ. 2564–กันยายน พ.ศ. 2564) วิจัยกำหนดรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ดำเนินการวิจัยในหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงเรเดียล เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 120 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน ดังนี้

5.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างก่อน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียลที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติทวนซ้ำจนเข้าใจถ่องแท้ หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้จริงในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยก่อนการเก็บข้อมูลมีการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทุกครั้ง และผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานแนวปฏิบัติพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ตลอดการรักษา

ที่หอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ด้านผู้รับบริการ และผู้ให้บริการดังนี้

6.1 ด้านผู้รับบริการ เปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ ภาวะเลือดออก ภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง และภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด

6.2 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดหมวดหมู่เนื้อหา การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติ Chi square test วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.)

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การให้ข้อมูล (Information) ก่อนการทำหัตถการสวนหลอดเลือดหัวใจบริเวณเรเดียล ได้แก่ เหตุผลหรือข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการสวนหัวใจ ประโยชน์หรือเป้าหมายของการทำหัตถการสวนหัวใจ วิธีการทำหัตถการสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและภายหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ และการยินยอมได้รับการรักษาการทำหัตถการสวนหัวใจ 2) การประเมินผู้ป่วย (Focus Assessment) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด เป็นการประเมินแบบพุ่งเป้า ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด และ 3)

การพยาบาลก่อนและระหว่างส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องสวนหัวใจ ได้แก่ การตรวจสอบความพร้อมก่อนการส่ง (verification) ด้านการระบุผู้ป่วย เวชระเบียน การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และการสื่อสารประสาน

ส่วนที่ 2 การพยาบาลระยะหลังได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) การประเมินผู้ป่วยตามระบบแบบฟุงเป่า ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด 2) การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่อุปกรณ์กีดห้ามเลือด ได้แก่ การประเมินภาวะแทรกซ้อนภาวะเลือดออก ภาวะก้อนเลือด ภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน 3) การพยาบาลผู้ป่วยขณะถอดอุปกรณ์กีดห้ามเลือด ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกหลังถอดอุปกรณ์กีดห้ามเลือด การพยาบาลระยะ Deflate ลมออกจากอุปกรณ์กีดห้ามเลือด และการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน 4) การพยาบาลหลังถอดอุปกรณ์กีดห้ามเลือด ได้แก่ การพยาบาลระยะหลัง Deflate ลมหมด หลังถอดอุปกรณ์กีดห้ามเลือดออก และ 5) การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน (pre discharge education) ด้านการดูแลแผลบริเวณแทงหลอดเลือดแดงเรเดียล การใช้งานของข้อมือ และการฟื้นฟูสภาพ

2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ด้านผู้รับบริการ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป ระหว่างการวิจัยมีผู้ป่วยออกจากกรวิจัย จำนวน 7 คน เนื่องจากหลังการทำหัตถการสวนหัวใจผู้ป่วยได้รับการย้ายไปยังหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 3 คน และปฏิเสธการรักษา จำนวน 4 คน เป็นกลุ่มทดลอง 3 คน กลุ่มควบคุม 4 คน

เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง 57 คน และกลุ่มควบคุม 56 คน โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.57 อายุเฉลี่ย 71.0 ปี (S.D. 10.4) เป็นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทียกสูง ร้อยละ 80.36 ชนิดเอสทีไม่ยกสูง ร้อยละ 19.64 มีปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือด ส่วนใหญ่ เป็นภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.28 รองลงมา คือ สูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 85.71 ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 75.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่ได้รับการสวนหัวใจครั้งแรก ร้อยละ 92.86 เป็นการสวนหัวใจแบบ primary percutaneous coronary intervention (PPCI) ร้อยละ 71.43 แบบ pharmaco-invasive PCI ร้อยละ 8.93 และแบบ routine PCI ร้อยละ 19.64 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.19 อายุเฉลี่ย 70.13 ปี (S.D. 10.9) เป็นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทียกสูง ร้อยละ 80.70 ชนิดเอสทีไม่ยกสูง ร้อยละ 19.30 มีปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือด ส่วนใหญ่เป็นภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.96 รองลงมา คือ สูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 87.71 ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 78.95 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 70.17 ส่วนใหญ่ได้รับการสวนหัวใจครั้งแรก ร้อยละ 89.47 เป็นการสวนหัวใจแบบ primary percutaneous coronary intervention (PPCI) ร้อยละ 70.17 แบบ pharmaco-invasive PCI ร้อยละ 10.53 และแบบ routine PCI ร้อยละ 19.30

2.1.2 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มทดลองเกิดอุบัติการณ์ภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) ส่วนอุบัติการณ์ภาวะเลือดออก และภาวะก้อนเลือดได้ผิวหนังในทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.860$ และ 0.061 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มควบคุม ($n = 56$) และกลุ่มทดลอง ($n = 57$)

อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Chi square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อุบัติการณ์ภาวะเลือดออก	11	19.64	5	8.77	2.67	0.860
อุบัติการณ์ภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง	9	16.07	3	5.26	3.409	0.061
อุบัติการณ์ภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด	7	12.50	1	1.75	4.891	0.03*

*Fisher's exact test มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2 ด้านผู้ให้บริการ จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียลที่พัฒนาขึ้น มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.59, S.D. = 0.51) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยด้านที่พึงพอใจมากที่สุด คือ การ

ตารางที่ 2 การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล

ความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	Mean	S.D.	แปลผล
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความครอบคลุมด้านเนื้อหา	4.53	0.51	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ	4.47	0.62	มาก
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.53	0.51	มากที่สุด
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติได้ง่าย และสะดวกต่อการใช้	4.76	0.44	มากที่สุด
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถเรียนรู้ และปฏิบัติตามแนวทางได้	4.41	0.51	มาก
6. แนวปฏิบัติการพยาบาลทันสมัย มีการใช้หลักฐานการวิจัย	4.71	0.47	มากที่สุด
7. แนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น	4.82	0.39	มากที่สุด
8. แนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้ลดการฟ้องร้อง	4.59	0.51	มากที่สุด
9. แนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผู้ปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น	4.53	0.51	มากที่สุด
10. ภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล	4.59	0.51	มากที่สุด

วิจารณ์และสรุป

1. ผลลัพธ์ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียลที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสกลนคร อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมทั้งผู้บริหารการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยอย่างเป็นระบบ แนวปฏิบัตินี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นกรณีศึกษาซึ่งผลลัพธ์ไม่ได้ผ่านการทดสอบทางสถิติ และการศึกษาของสดาวลัย ฤทธิกล้า และดิฉก กิโยทัย¹¹ ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ แต่แนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความแตกต่าง คือ มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมในระยะ

พยาบาลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น (Mean = 4.82, S.D. = 0.39) และมีความคิดเห็นเพียง 2 ด้านที่อยู่ในระดับมาก คือ สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามแนวทางได้ (Mean = 4.41, S.D. = 0.51) และความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ (Mean = 4.47, S.D. = 0.62)

ก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจ และหลังการทำหัตถการสวนหัวใจได้แก่ 1) ระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจ ด้านการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ซึ่งมีการประเมินผู้ป่วยตามระบบแบบฟุงเปา เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ภาวะหลอดเลือดหดเกร็ง และภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด การดูแลก่อนการส่ง/ระหว่างส่งห้องสวนหัวใจ 2) การพยาบาลระยะหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลทั้งการพยาบาลขณะใส่อุปกรณ์กดห้ามเลือด ได้แก่ การประเมินภาวะแทรกซ้อนภาวะเลือดออก ภาวะก้อนเลือด ภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้ป่วยขณะถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก การพยาบาลระยะ deflate ลมออกจากอุปกรณ์กดห้ามเลือด และการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลหลังถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด ได้แก่ การพยาบาลระยะหลัง deflate ลมหมด หลังถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือดออก และการให้คำแนะนำผู้ป่วย

ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน (pre discharge education) ด้านการดูแลแผลบริเวณทางหลอดเลือดแดงเรเดียล การใช้ งานของข้อมือ และการฟื้นฟูสภาพ

2. ผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะเลือดออก ภาวะ ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง และภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลมาจาก 1) แนวปฏิบัติการ พยาบาลในระยะก่อนการทำหัตถการ มีความครอบคลุม และ จำเพาะสำหรับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยได้รับการทำ หัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงเรเดียล ทั้งในด้านการ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็น ระบบที่ประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พุ่งเป้าไปยังระบบที่สำคัญ คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก ความเสี่ยงต่อการเกิด การหดเกร็งของหลอดเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ อวัยวะส่วนปลายขาดเลือด ส่งผลให้สามารถคาดการณ์ความ เสี่ยง และสื่อสารวางแผนในการจัดการเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนร่วมกับหน่วยสวนหัวใจได้ และ 2) แนวปฏิบัติ การพยาบาลในระยะหลังการทำหัตถการ มีความครอบคลุม การพยาบาลทั้งในระยะก่อนถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด ระหว่างถอดอุปกรณ์กดห้ามเลือด และหลังถอดอุปกรณ์กด ห้ามเลือด ซึ่งในแต่ละระยะมีการประเมินความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะเลือดออก การเกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดที่ ส่งเสริมการเกิดเลือดออกหรือก้อนเลือดใต้ผิวหนัง และการ เกิดภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด การวางแผน และ จัดการทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gomes BR¹², Caputo RP¹³ และ Bilodeau LM, Simon I¹⁴ ผลการศึกษา ครั้งนี้ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติ ($p < 0.05$) นั้นสามารถอธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ สามารถดักจับอาการและอาการแสดงก่อนการเกิดภาวะ อวัยวะส่วนปลายขาดเลือด (early warning signs) ได้ ก่อนที่จะเกิดอวัยวะส่วนปลายขาดเลือด สอดคล้องการ การศึกษาที่พบว่า การประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะ ส่วนปลาย (perfusion of hand) ด้วยการประเมิน

capillary refill ลักษณะสี อุณหภูมิ อาการปวดหรือชา และ ประเมิน pulse oximetry ที่นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้เพื่อแสดง Arterial wave form และมีค่ามากกว่าร้อยละ 95 สามารถ ดักจับการเกิดภาวะส่วนปลายขาดเลือดได้¹³ สำหรับอุบัติ การณ์การเกิดภาวะเลือดออก และการเกิดก้อนเลือด พบว่า เกิดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแต่ไม่แตกต่างกันทางด้านสถิติ นั้น สามารถอธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ได้รับการสวนหัวใจแบบเร่งด่วน อาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนหนึ่งทำการสวนหัวใจภาย หลังที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้วไม่สามารถเปิดขยายหลอดเลือด ได้ จึงมีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย และข้อ สังเกตจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง บริเวณแขนเป็นผู้ป่วยที่เกิดการเกร็งของหลอดเลือดในขณะที่ ทำการสวนหัวใจ มีปัจจัยเสี่ยงคือ การสูบบุหรี่จำนวนมาก และเป็นระยะเวลาเกิน 10 ปี อย่างไรก็ตามควรมีการ ศึกษาวิจัยต่อเนื่องโดยการเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ ผลแยกในกลุ่มที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร ควรมีนโยบายส่งเสริมให้มีการนำแนว ปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างต่อเนื่อง และมีการ ขยายผลการใช้แนวปฏิบัติไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการสวนหัวใจได้
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการนำ ผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้การปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการ เตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องโดยเพิ่มขนาด ของกลุ่มตัวอย่าง และควรมีวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบใน กลุ่มที่ได้ยาละลายลิ่มเลือดและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดมาก่อน
2. ส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจให้ ครอบคลุมในระยะระหว่างการทำหัตถการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สกลนคร หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนให้การวิจัย
ป่วยหนัก ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวหน้า ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี
ศูนย์โรคหัวใจ และอายุรแพทย์โรคหัวใจทุกท่านของ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8900>
2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes JM, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2018;39(2):119–177.
3. Lawton SJ, Tamis-Holland EJ, Bangalore S, Bates RE, Beckie MT, Bischoff MJ, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: Executive Summary. *J Am Coll Cardiol* 2022;79(2):197–215.
4. Dwivedi SK, Nayak G, Sharma AK, Chaudhary GK, Chandra S, Bhandari M, et al. Forearm hematoma as a complication of transradial coronary intervention: an Indian single-center experience. *Am J Cardiovasc Dis* 2021;11(4):462–470.
5. Durham, KA. Cardiac catheterization through the radial artery. an often safer alternative to a traditional procedure. *Am J Nurs* 2012;112(1):49–56.
6. Manda YR, Baradhi KM. Cardiac catheterization, risks and complications [Internet]. 2018 [Cited 2019 Jun 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531461/>
7. ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร. รายงานสถิติข้อมูลโรคหัวใจประจำปี 2561–2562. สกลนคร: ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร; 2562 .
8. The National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines [Internet].1999 [cite 2019 Nov16]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf
9. แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, ณฤทัย นฤมานโกสิน. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ: กรณีศึกษา. ว. พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562;30(2):2–12.
10. ศิริชัย กาญจนวาสี. การวิจัยและการพัฒนาการศึกษาไทย. ว. ศิลปการศึกษาศาสตรวิจัย 2559; 8(2):1–18.
11. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, และ ดิลก ภิกขุโยทัย. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะแทรกซ้อน และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม รพ.2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. พยาบาลสาร 2562;46(4): 149–157.
12. Gomes BR. Care of the patient undergoing radial approach heart catheterization: implications for medical surgical nurses. *Medsurg Nurs* 2015;24(3):173–6. 6.
13. Caputo RP. Avoiding and managing forearm hematomas. *Cardiac intervention today* [Internet]. 2011[Cited 2019 Jul 18]. Available from: https://citoday.com/pdfs/cit0311_feature_caputo.pdf
14. Bilodeau LM, Simon I. Transradial Basics A practical approach to coronary catheterization and intervention via the radial artery. *Cardiac Interventions Today* [Internet]. 2010 [Cited 2019 Mar 20]. Available from: <https://citoday.com/articles/2010-mar-apr/transradial-basics>

การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร

ศักดิ์ศิริ จันทรโพธิ์ พย.บ.*

ทัศนีย์ แดขุนทด พย.ม.**

อุไรวรรณ ศรีดามา ส.ม.**

ฝนสง เมตตาวิมล พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง และศึกษาผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดประกอบด้วย กลุ่มพัฒนาเครือข่าย คือ ผู้บริหารการพยาบาล 36 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 21 คน กลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ ผู้บริหารพยาบาล 18 คน พยาบาลวิชาชีพ 36 คน และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 180 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 90 คน ซึ่งได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุม 90 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการวิจัย 6 ขั้นตอน ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะล้มเหลว การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง แนวทางการนิเทศเครือข่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม แบบเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินสมรรถนะ แบบนิเทศทางคลินิก แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Wilcoxon signed-ranks test

ผลการวิจัย พบว่า 1) เครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนครที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว รูปแบบการจัดการตนเอง และการนิเทศทางคลินิกระดับเครือข่าย และ 2) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ คุณภาพชีวิตและจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.008$, $p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: เครือข่ายการพยาบาล ส่งเสริมการจัดการตนเอง สมรรถนะพยาบาล ภาวะหัวใจล้มเหลว

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 1 กันยายน 2566 แก้ไขบทความ: 9 พฤศจิกายน 2566 รับผิดชอบบทความ: 6 ธันวาคม 2566

The Development of Nursing Care Network Based on Self-Management for Patients with Heart Failure in Sakon Nakhon Province

Saksitorn Chanpho B.N.S.*

Tasanee Daekhunthod M.N.S.**

Uraiwan Sridama M.P.H.*

Fonsong Mettavimon B.N.S.*

Abstract

This research and development research aimed to develop the nursing care network based on self-management for patients with heart failure in Sakon Nakhon province and study the outcomes after development. The target groups were purposively selected according to the specified qualifications consisted of the network development group, 36 nursing administrators and 21 specialists in nursing care for heart failure patients. The outcome evaluation group consisted of 18 nurse administrators, 36 professional nurses, and 180 heart failure patients which were divided into the experimental group, 90 patients received a self-management program, and the control group, 90 patients received usual care. The research was conducted in 6 steps from March, 2023 to November, 2023. The research tools were the self-management program for patients with heart failure, nurse's competency development in self-management, supervision guideline for nursing network. The data collection tools were the focus-group discussions form, data collecting form, competency assessment form, clinical supervision form, quality of life assessment form and satisfaction assessment form. Data were analyzed by statistics, number, percentage, mean, standard deviation, independent t-test and Wilcoxon signed-ranks test.

The results found that 1) the nursing care network based on self-management for patients with heart failure, Sakon Nakhon province composed of 3 components; professional nurses with nursing competency for patients with heart failure, self-management program, network and clinical supervision and 2) the outcomes before and after network development as measured by the 6-minute walks test, the quality of life and the number of hospital admission were statistically significant difference ($p < 0.008$, $p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively).

Keywords: Nursing network, Self-management, Nurse's competency, Heart failure

* Registered Nurse (Professional Level), Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital

** Registered Nurse (Senior Professional Level), Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital

Received: September 1, 2023 / Revised: November 9, 2023 / Accepted: December 6, 2023

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นที่ระดับโครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอด ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขน ขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และ ภาวะน้ำท่วมปอด ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นอาจไม่สัมพันธ์กับระดับความผิดปกติ ของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่ขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นในขณะผู้ป่วยมีอาการทรุดลงด้วย¹ และเป็นภาวะที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกแม้จะได้รับการรักษาให้อาการดีขึ้นแล้ว จึงส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ²

โรงพยาบาลสกลนครเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและรับส่งต่อโรงพยาบาลเครือข่าย 17 แห่งในเขตจังหวัดสกลนคร พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ดังสถิติในปี พ.ศ. 2562–2564 ที่พบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นจาก 780 ราย เป็น 866 และ 875 ราย ตามลำดับ³ มีการพัฒนาระบบบริการโดยเปิดให้บริการคลินิกหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา แต่ไม่สามารถรองรับการบริการได้ทั้งหมด ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการให้บริการได้เพียง 249, 324 และ 394 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.9, 37.4 และ 45.0 ตามลำดับ และยังพบว่าแต่ละปีผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองเข้าถึงบริการได้เพียงร้อยละ 13.45, 16.35 และ 21.28 ตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเฉลี่ยคนละ 3–5 ครั้งต่อปี จากรายงานอุบัติการณ์ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาลในโรงพยาบาล จำนวน 202 รายงาน ผู้ป่วยขาดนัดร้อยละ 15.22 จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง เนื่องจากอาการของโรคเอง และค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรักษา ทำให้ไม่สามารถเดินทางมารักษาต่อเนื่องตามนัดได้ อีกทั้งด้านอัตราการกลับ บุกคลาที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชน ทำให้การติดตามผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม และการเข้ารับบริการโรงพยาบาลใกล้บ้าน พยาบาลยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีรูปแบบการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้ม

เหลว และขาดการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดการกลับมาเข้ารับการรักษาลในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะสุขภาพ การติดตามตนเอง และการจัดการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ การดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง⁴

โรงพยาบาลสกลนครมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร⁵ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁶ พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เหมาะสม สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น การกลับมารักษาลในโรงพยาบาลลดลง และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ได้มีการพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งในระดับเครือข่าย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเองภายในจังหวัดสกลนคร โดยคาดหวังให้เกิดเครือข่ายพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสกลนคร และส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจัดการตนเองได้ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดการกลับมารักษาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ เป็นการวิจัยและพัฒนา⁷ (Research and Development) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง 2) ออกแบบการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัด สกลนคร 3) ทดลองใช้แนวทางการพัฒนาเครือข่าย 4) ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาเครือข่าย 5) นำแนวทางการ พัฒนาเครือข่ายไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง และ 6) ประเมินผลลัพธ์การพัฒนา สถานที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลสกลนคร และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด สกลนครทั้ง 17 แห่ง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย

1. ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้บริหารการ พยาบาล คือ หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลวิชาชีพจบ เฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกหัวใจล้มเหลว หรือประจำห้อง ตรวจตรวจอายุรกรรมปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสกลนคร และ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายจังหวัดสกลนครทุกแห่งทั้ง 17 แห่ง รวม ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 58 คน

2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติการพยาบาลในห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัด สกลนครทั้ง 17 แห่ง ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวน 54 คน

3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อายุ 18 ปีขึ้นไป มารับ การรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายจังหวัดสกลนคร 17 แห่ง ในช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวน 1,075 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ที่กำหนด ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อการศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการ พยาบาล จำนวน 36 คน คือ หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้า กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีประสบการณ์บริหาร 1 ปี และ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลว จำนวน 21 คน คือ พยาบาลวิชาชีพจบเฉพาะทาง ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก 2 คน พยาบาล

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างน้อย 5 ปี ปฏิบัติงานที่คลินิกหัวใจล้มเหลว หรือห้องตรวจอายุรกรรม เลือกรมาโรงพยาบาลละ 1 คน รวม 18 คน โดยกลุ่มผู้ให้ หลักทั้ง 2 กลุ่ม ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสกลนคร และ โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร 17 แห่ง ในช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 และยินดีเข้าร่วมวิจัย

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้บริหารพยาบาล ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก จำนวน 18 คน มีประสบการณ์บริหาร 1 ปี ยินดี เข้าร่วมวิจัย 2) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว ปฏิบัติงานที่คลินิกหัวใจล้มเหลว ห้องตรวจ อายุรกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และมี ประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 36 คน และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีสาเหตุมาจากหัวใจ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีประสิทธิภาพ การบีบตัวของหัวใจ left ventricle ejection fraction (LVEF) น้อยกว่าร้อยละ 40 สื่อสารเข้าใจ สามารถเดินได้ มารับการรักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลว ห้องตรวจอายุรกรรม ที่ให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 180 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 90 คน และกลุ่ม ควบคุม 90 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ปฏิบัติงาน หรือมารับบริการที่โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาล ชุมชน 17 แห่ง ในเครือข่ายจังหวัดสกลนคร ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 ถึงมกราคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบ คุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่อง มือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 2 ท่าน และอาจารย์ พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เชี่ยวชาญด้านการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล 1 ท่าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการ พัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะล้มเหลว ประยุกต์จากโปรแกรมการจัดการตนเองของอุไรวรรณ ศรีดามาและคณะ⁵ มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่า content validity index (CVI) ได้เท่ากับ 0.8

1.2 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลของเบนเนอร์⁸ มีค่า CVI เท่ากับ 0.8

1.3 แนวทางการนิเทศเครือข่ายโดยเป็นแบบนิเทศทางคลินิกด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประยุกต์จากแนวคิดของพรอคเตอร์⁹ มีค่า CVI เท่ากับ 0.8

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบสนทนากลุ่ม พัฒนาขึ้นตามกรอบการพัฒนาเครือข่าย และกรอบแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเอง⁶ เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง 3 ข้อ วิธีการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 4 ข้อ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง 3 ข้อ การนิเทศทางการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ข้อ และความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง 2 ข้อ มีค่า CVI เท่ากับ 0.8

2.3 แบบบันทึกผลการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยเดินพื้นราบในระยะเวลา 6 นาที (6 Minute walk test)¹⁴ ให้ได้ระยะทางมากที่สุดเท่าที่เดินได้ หน่วยเป็นเมตร ระยะทางที่เพิ่มขึ้นหมายถึงสมรรถนะการทำงานของหัวใจดีขึ้น

2.4 แบบบันทึกจำนวนครั้งการนอนรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดีขึ้น

2.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ Minnesota Living with heart failure questionnaire (ML-

HFQ)¹⁰ จำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อมี 6 ตัวเลือก เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 (ไม่เลย) ถึง 5 (มาก) การแสดงผลคะแนนประกอบด้วย 3 ส่วน คือข้อคำถามด้านกายภาพ ข้อคำถามด้านอารมณ์ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 – 105 ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแย่กว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า มีค่า CVI เท่ากับ 0.8

2.6 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลของเบนเนอร์⁸ เป็นแบบประเมินทักษะการส่งเสริมการจัดการตนเอง 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย 6 ข้อ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง 9 ข้อ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง 7 ข้อ การสร้างแรงจูงใจและการสร้างพลังอำนาจการสนับสนุนการจัดการตนเอง 4 ข้อ และการประสานงานระหว่างเครือข่าย 4 ข้อ คะแนนที่มากขึ้นหมายถึงสมรรถนะพยาบาลด้านการส่งเสริมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบปฏิบัติได้ = 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ = 0 คะแนน มีค่า CVI เท่ากับ 0.8

2.7 แบบนิเทศทางคลินิกด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของพรอคเตอร์⁹ เป็นแบบประเมินการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้รูปแบบการจัดการตนเองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ 7 ด้าน จำนวน 36 ข้อ โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบปฏิบัติได้ = 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ = 0 คะแนน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย 5 ข้อ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 9 ข้อ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง 7 ข้อ การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4 ข้อ การสร้างแรงจูงใจและการสร้างพลังอำนาจ 4 ข้อ การบันทึกทางการพยาบาล 3 ข้อ และการประสานงานระหว่างเครือข่าย 4 ข้อ คะแนนที่มากขึ้นหมายถึง ผลลัพธ์การนิเทศที่ดี มีค่า CVI เท่ากับ 0.8

2.8 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่ายผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของอุไรวรรณ ศรีดามาและคณะ⁵ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) คะแนนที่มาก หมายถึง

มีความพึงพอใจมาก มีค่า CVI เท่ากับ 0.8

2.9 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต่อการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยประยุกต์แบบประเมินความพึงพอใจของอุไรวรรณ ศรีดามาและคณะ⁵ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) คะแนนที่มาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร การนำเสนอข้อมูล และการรายงานผลการวิจัยทำในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงและขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่เกิดผลกระทบใดๆ รวมถึงไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (มีนาคม พ.ศ. 2566) ดำเนินการ ดังนี้

1.1 สันทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล (ระยะเวลา 1 วัน) จำนวน 57 คน ผู้วิจัยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามในการสนทนากลุ่มส่งให้ทำความเข้าใจก่อนล่วงหน้า 7 วัน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระและให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอเป็นรายกลุ่ม พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วม

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และจัดหมวดหมู่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำไปสู่การทบทวนวรรณกรรมและออกแบบในการพัฒนาเครือข่าย

ผลการดำเนินการขั้นตอนที่ 1 พบประเด็นที่นำมาสู่การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเองจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 2) การส่งเสริมการจัดการตนเอง และ 3) การนิเทศเครือข่าย/ทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร (มีนาคม พ.ศ. 2565) ดำเนินการดังนี้

2.1 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การส่งเสริมการจัดการตนเอง สมรรถนะพยาบาล การนิเทศเครือข่าย และการนิเทศทางคลินิก

2.2 ยกร่างแนวทางการพัฒนาเครือข่ายในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง ดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 2) กำหนดสมรรถนะการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองของเครียร์⁶ และแนวคิดของเบนเนอร์⁵ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง การฝึกทักษะการจัดการตนเอง การสร้างแรงจูงใจและการสร้างพลังอำนาจการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการประสานงานระหว่างเครือข่าย

องค์ประกอบที่ 2 การส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้นโดยอุไรวรรณ ศรีดามาและคณะ⁵ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินด้านจิตสังคม การประเมินความรู้ ทักษะ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการตนเอง การรับประทานยา การจำกัดอาหารที่มีโซเดียม การจำกัดน้ำดื่ม การดื่มน้ำสะอาด การชั่งน้ำหนักตัว การจับชีพจร และการออกกำลังกาย 3) การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะน้ำคั่ง และการแก้ไขเบื้องต้น การตรวจบวม การชั่งน้ำหนักตัว การปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง การจับชีพจร และการออกกำลังกาย 4) การสร้างแรงจูงใจและการสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลการจัดการกับภาวะน้ำคั่งติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้กำลังใจชื่นชม และเปิดช่อง

ทางเพื่อขอคำปรึกษา 5) การสนับสนุนการจัดการตนเอง สนับสนุนคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเอง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์ในการตวง น้ำดื่ม และตวงปัสสาวะ

องค์ประกอบที่ 3 แนวทางการนิเทศเครือข่ายและการนิเทศทางคลินิกด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง สำหรับเครือข่าย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของพรอคเตอร์⁹ ประกอบด้วย การนิเทศการจัดการตนเอง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะการจัดการตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเอง การสร้างแรงจูงใจ และการสร้างพลังอำนาจ การบันทึกทางการพยาบาล และการประสานงานระหว่างเครือข่าย

ร่างแนวทางการพัฒนาเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้แนวทางการพัฒนาเครือข่าย (เมษายน พ.ศ. 2566) ดำเนินการ ดังนี้ นำแนวทางการพัฒนาเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ในโรงพยาบาล 1 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเป็น หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 2 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการพัฒนา

ผลการดำเนินการขั้นตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้ พบว่า ด้านการพัฒนาสมรรถนะ ด้วยการจัดสอนเชิงเนื้อหา เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการเพิ่มฝึกทักษะการจัดการตนเอง ด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตัดสินใจ ไม่ได้ โดยเฉพาะเรื่องการจัดการกับภาวะน้ำคั่ง น้ำเกิน การจัดการด้านยา และการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาเครือข่าย (เมษายน พ.ศ. 2566) ดังนี้ ผู้วิจัยปรับปรุงแนวทางการพัฒนาเครือข่าย ประกอบด้วย การฝึกทักษะการจัดการตนเองในสถานการณ์เสมือนจริง และจัดทำการ์ดประเมินตนเองด้วยหัวใจ 3 สี (Heart Failure Self-checklist) และปรับคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองในประเด็นการ

จัดการกับภาวะน้ำคั่ง น้ำเกิน การจัดการด้านยา และการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองให้เหมาะสมกับการใช้มากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยร่วมให้ข้อเสนอแนะ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำ ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 5 นำแนวทางการพัฒนาเครือข่ายไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (เมษายน พ.ศ. 2566 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2566) ดำเนินการดังนี้ นำแนวทางการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง ที่คลินิกหัวใจล้มเหลว หรือ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร และโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายจังหวัดสกลนคร 17 แห่ง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 16 คน พยาบาลวิชาชีพ 36 คน และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 180 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 90 คน และกลุ่มทดลอง 90 คน ดำเนินการดังนี้

5.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ก่อน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ ประเมินผลลัพธ์ตามที่กำหนดจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

5.2.1. เตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการพัฒนาเครือข่าย แก่ผู้บริหารการพยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสร้างความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้

5.2.2. เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในด้านวิธีการ เทคนิค แนวทางการนิเทศเครือข่าย และแผนนิเทศทางคลินิกด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง

5.2.3. เตรียมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการจัดการตนเอง โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสอนเชิงเนื้อหาและฝึกทักษะการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ระยะเวลา 1 วัน โดยพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบจะได้รับประเมินสมรรถนะพยาบาล ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนา

5.2.4. นำรูปแบบการจัดการตนเองไปใช้กับ

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองจนครบ 6 เดือน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ตามแผนที่กำหนดไว้ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความรู้ ทักษะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประมวลผลสะท้อนข้อมูล และตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วย 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง ได้แก่ การสังเกตอาการตนเอง การรับประทานยา การจำกัดอาหารที่มีโซเดียม การจำกัดน้ำดื่ม การดื่มน้ำสะอาด การชั่งน้ำหนักตัว การจับชีพจร และการออกกำลังกาย 3) ฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านการเฝ้าระวังภาวะน้ำคั่ง การตรวจพบการชั่งน้ำหนักตัว การปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง และ 4) มอบคู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเอง พร้อมทั้งเรื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์ในการดื่มน้ำดื่ม ดื่มน้ำสะอาด และฝึกการลงบันทึกการจัดการตนเองในสมุดคู่มือ และเปิดช่องทางเพื่อขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 2-6 ผู้ป่วยได้รับการนัดติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก ทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพทุกครั้ง และตรวจบันทึกข้อมูลการจัดการตนเอง การประมวลผล และประเมินข้อมูล และการตัดสินใจในการจัดการตนเอง และได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังรับบริการทุกครั้ง เพื่อสอบถามผลการเฝ้าระวังตนเอง และการจัดการตนเอง ให้กำลังใจ ชื่นชม เพื่อการสร้างแรงจูงใจ และการสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่าย ดำเนินการเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ

1. ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ประเมินเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาผลลัพธ์การนิเทศทางคลินิกภายหลังการใช้แนวทางการนิเทศ และประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่าย

2. ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ เปรียบเทียบผลการ

ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยใช้การทดสอบการเดินใน 6 นาที จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิต จำนวน 3 ครั้ง คือ เมื่อเข้ารับบริการครั้งแรก 3 เดือน และ 6 เดือน ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองที่ใช้แนวทางของเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการส่งเสริมการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิต และจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. วิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะพยาบาล ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.) และ Wilcoxon signed-ranks test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

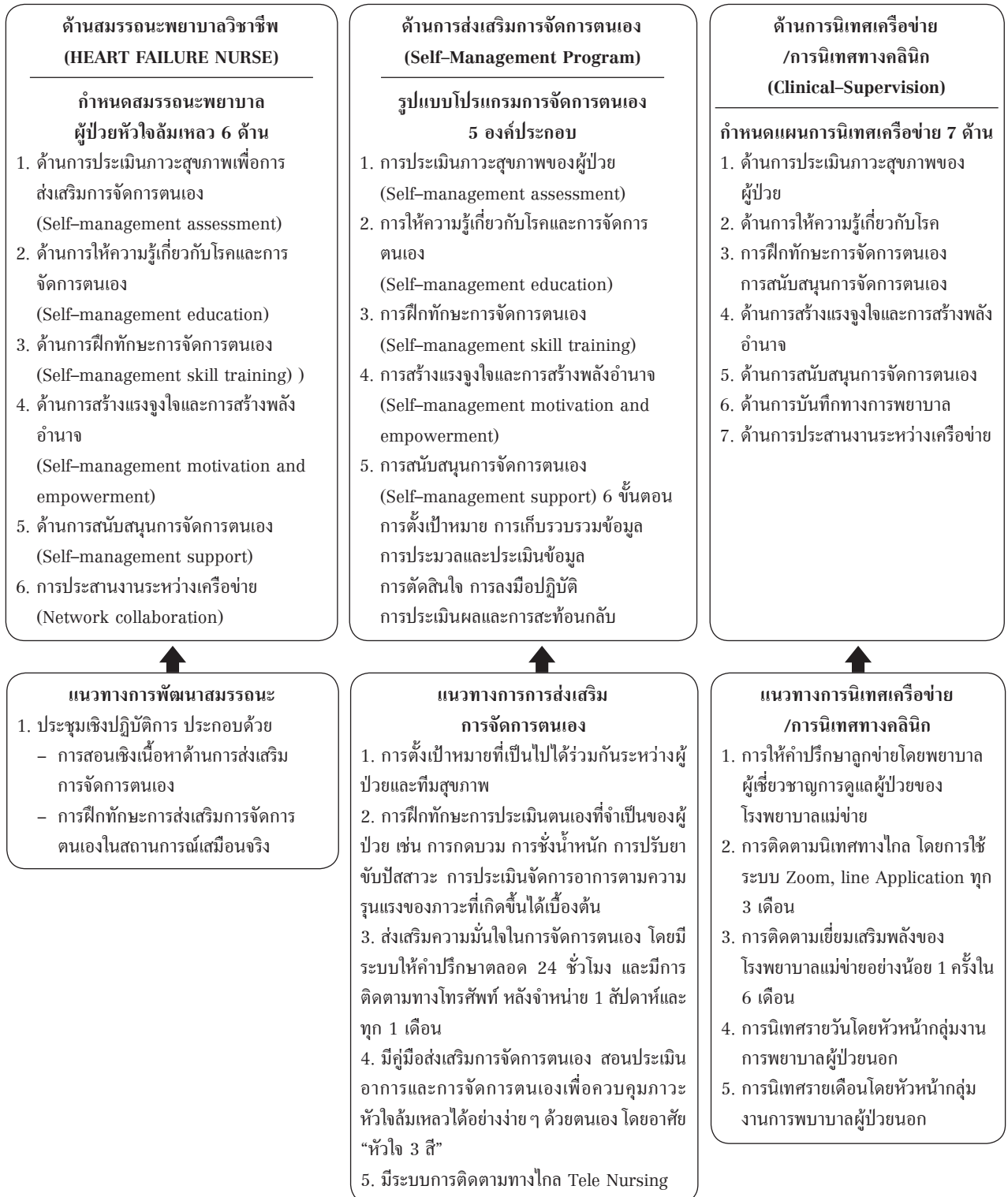
3. วิเคราะห์ข้อมูลผลการนิเทศทางคลินิก ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการส่งเสริมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาเครือข่าย ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล การส่งเสริมการจัดการตนเอง และการนิเทศเครือข่าย/การนิเทศทางคลินิก ซึ่งการพัฒนาเครือข่ายในระดับโรงพยาบาลชุมชนส่งผลให้พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนมีสมรรถนะในการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในรูปแบบเดียวกัน สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลสกลนคร และได้รับการนิเทศติดตามต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยสรุปภาพรวมดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 แสดงองค์ประกอบของการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร

**องค์ประกอบการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
โดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร**



2. ผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร

2.1 ด้านผู้รับบริการ

2.1.1 การเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยที่ได้รับการให้การรักษาพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการ

พยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6MWT) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.008$) เมื่อเข้าโปรแกรมครบ 6 เดือน มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติเมื่อเข้าโปรแกรมครบ 3 เดือน ($p < 0.006$) และ 6 เดือน ($p < 0.001$) และมีจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติเมื่อเข้าโปรแกรมครบ 6 เดือน ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n = 90) Mean	กลุ่มทดลอง (n = 90) Mean	p-value
1. 6 Minute walk test (เมตร)			
ก่อนเข้าโปรแกรม	245.38	256.93	0.461
หลังเข้าโปรแกรม 3 เดือน	265.76	270.44	0.771
หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน	267.41	336.28	< 0.008*
2. คุณภาพชีวิต			
ก่อนเข้าโปรแกรม	48.82	46.54	0.228
หลังเข้าโปรแกรม 3 เดือน	37.31	30.41	0.006*
หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน	32.93	16.29	< 0.001*
3. จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล			
ก่อนเข้าโปรแกรม	1.51	1.53	0.132
หลังเข้าโปรแกรม 3 เดือน	0.30	0.23	0.045
หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน	0.20	0.08	< 0.001*

* Independent t-test, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.1.2 ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการส่งเสริมการจัดการตนเองทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 5.0, S.D. = 0.05) โดยมีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดในการ

จำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสนับสนุนอุปกรณ์ กลุ่มี้อการส่งเสริมการจัดการตนเองและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต่อโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง

การส่งเสริมการจัดการตนเอง	Mean	SD	แปลผล
1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	4.79	0.410	มากที่สุด
2. การฝึกทักษะด้านการประเมินและสังเกตภาวะน้ำคั่ง น้ำเกินได้	4.94	0.230	มากที่สุด
3. การแนะนำจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง	5.00	0.000	มากที่สุด
4. การแนะนำด้านการรับประทานยา	5.00	0.000	มากที่สุด
5. การแนะนำด้านการออกกำลังกาย	5.00	0.000	มากที่สุด
6. การฝึกทักษะด้านการจับชีพจร	4.83	0.375	มากที่สุด
7. การฝึกทักษะด้านการกดประเมินบวม	4.94	0.230	มากที่สุด
8. การฝึกทักษะการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง	4.79	0.410	มากที่สุด
9. การสนับสนุน อุปกรณ์ เช่น คู่มือการส่งเสริมการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์ตวงน้ำดื่ม อุปกรณ์ตวงปัสสาวะ	5.00	0.000	มากที่สุด
10. การติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจากทีมแพทย์ พยาบาล ทั้งในเยี่ยมบ้านหรือ การติดตามอาการทางโทรศัพท์	5.00	0.000	มากที่สุด

2.2 ด้านผู้ให้บริการ

2.2.1 สมรรถนะพยาบาลด้านการส่งเสริม และการพัฒนาเครือข่ายฯ พบว่า หลังการพัฒนา พยาบาลมีคะแนนสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัย การจัดการตนเอง เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลก่อน สำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนสมรรถนะพยาบาลด้านการส่งเสริมการจัดการตนเองก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ($n = 36$)

สมรรถนะพยาบาล	คะแนนเต็ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		p-value*
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	
1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	6	4.75	0.72	5.80	0.366	0.000
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง	8	6.20	0.93	7.85	0.366	0.000
3. การฝึกทักษะการจัดการตนเอง	5	3.85	0.88	4.60	0.502	0.000
4. การสร้างแรงจูงใจและการสร้างพลังอำนาจ	4	2.90	0.85	3.55	0.510	0.000
5. การสนับสนุนการจัดการตนเอง	3	2.55	0.51	3.00	0.048	0.001
6. การประสานงานระหว่างเครือข่าย	4	3.25	0.55	3.80	0.410	0.000

* Wilcoxon signed-ranks test*, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.05$)

2.2.2 การนิเทศทางคลินิกด้านการส่งเสริม การจัดการตนเอง ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้ง 36 คนมีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองสูงที่สุดในด้านการบันทึกทางการพยาบาลและการ ประสานงานระหว่างเครือข่าย ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 รองลง

มาคือ ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง ปฏิบัติได้ร้อยละ 95 ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร้อยละ ปฏิบัติได้ร้อยละ 92.75 และด้านการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปฏิบัติ ได้ร้อยละ 91.0 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การนิเทศทางคลินิกด้านการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (n = 36)

การนิเทศทางคลินิก	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.	Min	Max	ร้อยละ
1. ด้านการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	5	4.55	0.51	4	5	91.00
2. ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค	9	8.35	0.88	7	9	92.78
3. การฝึกทักษะการจัดการตนเอง	7	6.20	0.90	5	7	88.57
4. ด้านการสร้างแรงจูงใจและการสร้างพลังอำนาจ	4	3.50	0.51	3	4	87.50
5. การสนับสนุนการจัดการตนเอง	4	3.80	0.41	3	4	95.00
6. การบันทึกทางการพยาบาล	3	3.00	0.00	3	3	100.00
7. การประสานงานระหว่างเครือข่าย	4	4.00	0.00	4	4	100.00

วิจารณ์และสรุป

การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง จังหวัดสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ทั้ง 3 องค์ประกอบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น และจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลลดลง อธิบายได้ดังนี้

องค์ประกอบด้านสมรรถนะพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล มีสมรรถนะพยาบาลสูงขึ้น และผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ซึ่งเป็นผลมาจาก เครือข่ายมีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นเฉพาะสำหรับการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และมีแนวทางการพัฒนาสมรรถนะที่เป็นทั้งการสอนเชิงเนื้อหา และการฝึกทักษะโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง จนเกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ตลอดจนการได้รับการชี้แจงสถานการณ์ปัญหาวัตถุประสงค์ในการพัฒนาเครือข่ายก่อนการนำไปใช้ เป็นการสร้างความเข้าใจ การปรับทัศนคติในการปฏิบัติ และเกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหาาร่วมกัน สามารถผลักดันบุคคลนั้นให้สร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่รับผิดชอบได้ สอดคล้องกับแนวคิดของเบนเนอร์⁸ ที่กล่าวว่า การพัฒนาสมรรถนะต้องประกอบด้วยกระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะ ทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติ เป็นผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการจัดการตนเองได้ และส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพการพยาบาล¹¹ -

องค์ประกอบด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่งผลสนับสนุนให้ผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่ายดีขึ้น อธิบาย

ได้ว่า ผู้วิจัยใช้รูปแบบของการจัดการตนเองตามโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง 5 ด้าน ที่ผ่านการวิจัยและใช้โนบริบทของโรงพยาบาลสกลนครและส่งผลลัพธ์ที่ดีมาใช้^{ref} และมีการปรับปรุงให้เหมาะสมมากขึ้นโดยให้ผู้ป่วยร่วมออกแบบ เพื่อง่ายต่อการใช้ของผู้ป่วย เพิ่มด้านแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติของผู้ป่วยมากขึ้น ได้แก่ ระบบการพยาบาลทางไกล และเครื่องมือในการตัดสินใจด้านการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยด้วยหัวใจ 3 สี ทำให้ผู้ป่วยสามารถประมวลเปรียบเทียบอาการในแต่ละวันได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความรุนแรงของอาการจากการเฝ้าระวัง เรียนรู้การตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติในการจัดการตนเอง และการประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นการสะท้อนตนเองเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองที่เหมาะสม ประกอบกับการมีพยาบาลที่มีสมรรถนะด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นผู้ส่งเสริมการจัดการตนเองตามโปรแกรม มีระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ มีคู่มือส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการประเมินอาการตนเองด้านภาวะน้ำคั่ง น้ำเกินในร่างกาย โดยการสังเกตอาการการชั่งน้ำหนัก การตรวจบวมด้วยตนเอง และสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเอง สอดคล้องการศึกษาของลดาวัลย์และคณะ¹² ที่ได้ศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้การให้ความรู้รายบุคคล ฝึกทักษะในการจัดการตนเองในการควบคุมอาการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมอาการได้ เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

องค์ประกอบด้านการนิเทศเครือข่ายและการนิเทศทางคลินิก ส่งผลสนับสนุนให้ผลลัพธ์การพัฒนาเครือข่ายดีขึ้น อธิบายได้ว่า เป็นผลมาจาก 1) การนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาล เพราะการนิเทศทางการพยาบาลมีเป้าหมายพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถของบุคลากร ทำให้การพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ของกระบวนการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล คือ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของงานการนิเทศทางคลินิกเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีการพัฒนาบุคลากรทั้งทางด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติสอดคล้องการศึกษา¹³ ที่พบว่า การนิเทศทางคลินิกเป็นหนึ่งในรูปแบบที่ช่วยให้บุคคล พัฒนาตนเอง เพิ่มความเชี่ยวชาญ ช่วยพัฒนาแผนการพยาบาล ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การปรับปรุง และการสร้างเสริมความสามารถทางคลินิก สร้างความมั่นใจในคุณภาพของการพยาบาล การปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และ 2) การนิเทศเครือข่ายเป็นกระบวนการเพื่อให้เกิดพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่เป็นทิศทางเดียวกัน และเป็นการประสานความร่วมมือในระดับเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการพัฒนาเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: เนกสเตรป ดีไซน์; 2562.
2. Imes CC, Dougherty CM, Pyper G, Sullivan MD. Descriptive study of partners' experiences of living with severe heart failure. *Heart Lung* 2011;40(3):208–16.
3. โรงพยาบาลสกลนคร. งานเวชระเบียน. สถิติผู้รับบริการ โรงพยาบาลสกลนคร ประจำปี 2562–2564. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2566.
4. อรุณกาญจน์ ชัยมงคล. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. *วารสารการพยาบาล* 2565;24(1):75–95.
5. อุไรวรรณ ศรีดามา, ทศนีย์ แดขุนทด, ศักดิ์ศิธร จันทรีโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ.คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร. *ว. โรงพยาบาลสกลนคร* 2563; 23(1):38–50.
6. Creer L T. Self-management of chronic illness . In BoekaertsM, Printrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of self-regulation*. San Diego CA: Academic Press; 2000. pp. 601–29.
7. Mahdjoubi D. Four Type of R&D [Internet]. 2009 [Cited 2017 Oct 10]. Available from: <https://>

การพยาบาลที่พัฒนาขึ้นทั้ง 3 องค์ประกอบไปใช้ในการพัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและขยายผลการศึกษาไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 8 โดยการนำไปใช้ ควรมีการเตรียมความพร้อมของเครือข่ายในด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ด้านการส่งเสริมการจัดการตนเอง การส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แนวทางการนิเทศเครือข่าย และการนิเทศทางคลินิก

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีข้อจำกัดคือ ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 40 (Heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF) จึงควรมีการสนับสนุนให้มีการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจมากกว่าร้อยละ 50 (Heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF) ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสกลนคร ที่สนับสนุนการทำวิจัย และให้คำปรึกษาด้วยดีมาโดยตลอด และขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

www.bioin.or.kr/InnoDS/data/upload/policy/1265598213568.pdf

8. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park : Addison-Wesley; 1984.
9. Butterworth T, Cutcliffe JR, Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In: Butterworth T, Cutcliffe JR, Proctor B, editors. Fundamental Themes in Clinical Supervision. London: Routledge; 2001.
10. วิวัฒน์ ตั้งสถิตเกียรติ, พรณพ ศักดิ์ทอง. การปรับปรุงเนื้อหาของแบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตาฉบับภาษาไทยด้วยวิธีการสัมภาษณ์กระบวนการคิดในการตอบแบบสอบถาม. ว. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2552;4(2):227-35.
11. สุริพร ดวงสุวรรณ, พูลสุข หิงคานนท์, ปกรณ์ ประจัญบาน, และกาญจนา สุขแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะในการปฏิบัติงานกับคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ เขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 17. ว. การพยาบาลและสุขภาพ 2554;5(2):67-77.
12. ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ, พีระพงศ์ กิตติวงค์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองภาวะหายใจลำบากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. พยาบาลสาร 2555;39(1):64-76.
13. Ryandini TR, Nurralam , & Rahayu P. Effective Clinical Supervision In Integrated Patient Development Records Of Compliance And Nursing Performance: Systematic Review [Internet]. 2018 [Cited 2017 Oct 10]. Available from: https://www.academia.edu/83841469/Effectivity_Clinical_Supervision_In_Integrated_Patient_DevelopmentRecords_Of_Compliance_And_Nursing_Performance_SystematicReview
14. กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. 6-Minute Walk Test. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2557;24(1):1-4

รายงานผู้ป่วย

Case Report

**การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
จากเชื้อโควิด-19 ที่เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง: กรณีศึกษา 2 ราย**

มะลิวรรณ สุนารักษ์ พย.บ.*

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมีโอกาสเกิดความเสี่ยงของโรคและอาการแทรกซ้อนระบบต่าง ๆ ที่สำคัญต่อชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อโควิด-19 ที่เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง 2 ราย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนให้การพยาบาลผู้ป่วย เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคโควิด-19 โรงพยาบาลสกลนคร เดือนกรกฎาคม 2565 จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ชักประวัติเพิ่มเติม ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะคุณภาพทั้งภายในตัวเอง ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิดทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุใกล้เคียงกันเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รับการรักษาโดยการฟอกไต ประวัติรับวัคซีนป้องกันโควิด 2 ครั้ง กรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 รักษาแบบประคับประคองติดตามอาการ ไม่เคยรับวัคซีนป้องกัน เปรียบเทียบความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากปอดอักเสบ กรณีศึกษาที่ 1 มีความเสี่ยงของภาวะขาดออกซิเจนน้อยกว่าสามารถแก้ไขได้ด้วยการให้ O₂ canula กรณีศึกษาที่ 2 เป็นแบบเฉียบพลันและมีความเสี่ยงมากกว่า เห็นได้จากค่าออกซิเจนในเลือดเมื่อแรกรับต่ำกว่าร้อยละ 92 และต้องรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูง การเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะหัวใจขาดเลือด ในวันที่ 8 ของการรักษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพที่คล้ายกันเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะชดด้านจิตใจอารมณ์สังคมและการพัฒนาการ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและถูกแยกจากครอบครัว รักษาพยาบาลในห้องแยกโรค ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและวิตกกังวล การประเมินภาวะคุณภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 รายการ ให้การพยาบาลและสามารถจำหน่ายกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2 ออกจากโรงพยาบาลได้หลังรักษา 14 วัน และ 10 วัน ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ พยาบาลสามารถนำทฤษฎีระบบของนิวแมนมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังได้

คำสำคัญ: โควิด-19 ผู้สูงอายุ โรคปอดอักเสบ โรคไตเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร

The Application of Neuman Systems Theory for Nursing Care of Elderly Patients with COVID–19 Pneumonia and Pre–existing Chronic Kidney Disease: 2 Case Studies

Maliwan Sunarak B.N.S*

Abstract

Pneumonia caused by COVID–19 infection in elderly patients with chronic kidney disease has the potential to worsen the disease and cause complications in various systems that are important to life. This study aimed to compare the nursing care of two case studies of elderly patients with chronic kidney disease who had pneumonia caused by COVID–19. The Neuman's Systems Theory was applied to provide nursing care to the patients. The case studies were selected specifically from patients admitted to the COVID–19 ward at Sakon Nakhon Hospital in July 2023. Two patients were included. Data were collected from the patient's medical record, additional history, physical examination, and assessment of health threats, both internal, interpersonal, and external.

The study found that the two case studies of patients with pneumonia caused by COVID–19 were elderly patients of similar age with chronic kidney disease. Case study 1 had end–stage chronic kidney disease and was treated with hemodialysis. The patient had a history of receiving two doses of COVID–19 vaccine. Case study 2 had stage 4 chronic kidney disease and was treated with supportive care and monitoring. The patient had never received a COVID–19 vaccine. Comparison of severity of illness. Case study 1 had less severe hypoxemia and could be resolved with O₂ cannula. Case study 2 had acute and more severe hypoxemia, as evidenced by an oxygen saturation level of less than 92% on admission and the need for high–flow oxygen therapy. Development of complications. Case study 1 developed a complication of myocardial infarction on the 8th day of treatment. Both case studies had similar pathologies related to high blood sugar levels and anemia. Psychosocial and developmental aspects. As elderly patients who were separated from their families and treated in an isolation room, both case studies felt isolated and anxious. Assessment of health threats. The study team identified 12 nursing diagnoses and provided nursing care that allowed the patients to be discharged from the hospital. Case study 1 and case study 2 were discharged after 14 and 10 days, respectively.

This study suggested that nurses can apply Neuman's Systems Theory as a framework for providing nursing care to patients with pneumonia caused by COVID–19 in elderly patients with chronic kidney disease.

Keywords: COVID–19, Older adults, Pneumonia, Chronic kidney disease

* Registered Nurse (Professional Level), Sakon Nakhon Hospital

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (2019 nCoV: novel coronavirus) หรือ ซาร์โควี2 (SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนทั้งทางการสัมผัสทางละอองเสมหะขนาดใหญ่ (droplet) และละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) ระยะฟักตัวอยู่ในช่วงเวลา 2-14 วัน^{1,2} ผู้ป่วยติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางเริ่มจากอาการไข้ ไอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ต่อมาผู้ป่วยจะมีปอดอักเสบ แสดงอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด Shock มีภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจ ระบบสมอง³ ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยโควิดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ปี 2563-2565 มีจำนวน 1 ราย, 1,175 ราย และ 3,697 ราย ตามลำดับ³

ภาวะปอดอักเสบจากเชื้อโควิด-19 เมื่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ร่างกายจะกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ (complement) แบบไม่เจาะจง (innate immune response) ทำให้เกิดการอักเสบของถุงลมและเยื่อหุ้มปอด เนื้อปอดสูญเสียความยืดหยุ่น ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบเนื้อปอดลักษณะเหมือนกระจกฝ้า (infiltration) ในรายที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงเนื้อปอดเป็นแบบฝ้าขาว (ground-glass opacities) ซึ่งแสดงถึงออกซิเจนเข้าปอดไม่ได้ เกิดภาวะออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ขณะพัก $\leq 94\%$ ^{4,5} เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อจากผลการตรวจ ATK หรือ RT-PCR ซึ่งป่วยสังเกตหลังจากหลังโพรงจมูกและลำคอหรือน้ำลาย พบผลบวก การรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มี hypoxia (resting SpO₂ $\leq 94\%$) ด้วยการให้ยา ได้แก่ ยาต้านไวรัส เช่น nirmatrelvir, molnupiravir และ remdesivir เป็นเวลา 5-10 วัน เป็นต้น ยา corticosteroid ยาต้านแบคทีเรีย และ ยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant) หรือยาอื่น ๆ ให้ขึ้นกับอาการทางคลินิกตามดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา⁶ การรักษาด้วยการให้ออกซิเจน SpO₂ ถ้า $< 92\%$ พิจารณาให้ออกซิเจน ผ่าน Nasal cannula หรือ Non-rebreathing mask กรณีไม่ตอบสนองต่อออกซิเจนผ่าน Nasal cannula หรือ Non-rebreathing mask กรณี ค่า SpO₂ $< 92\%$ พิจารณาให้ออกซิเจนอัตราไหลสูง (High Flow Nasal

Canula: HFNC) และการรักษาอื่นๆ เช่นการจัดท่านอนคว่ำ (Awakening prone position : APP) เป็นการเพิ่มออกซิเจนและลดอัตราตายได้ในผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ⁷ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น มีข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสการเจ็บป่วยที่รุนแรงและอัตราเสียชีวิตที่สูงร้อยละ 25-27⁸

โรคไตเรื้อรังเป็นความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือการทำงานของไตอย่างใดอย่างหนึ่งมานานกว่า 3 เดือน ระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระยะ ตามระดับอัตราการกรองของเสียทางไต ในระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่มีพยาธิสภาพที่ไตเล็กน้อยจนถึงปานกลางตามลำดับ มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง การรักษาเน้นที่ชะลอการเสื่อมของไต ระยะที่ 4 การทำหน้าที่ของไตลดลงมาก มีอัตราการกรองของไตลดลงมากเป็น 15-29 มล./นาที่/1.73 ม² การรักษาเริ่มแนะนำให้การรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ระยะที่ 5 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายไตสูญเสียการทำงานที่ของไตอย่างถาวรอัตราการกรองของไตเหลือน้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ม² การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง และการปลูกถ่ายไต รวมทั้งต้องรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจ และหลอดเลือด⁹

ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำจากความเสี่ยงของอวัยวะและเซลล์ตามวัย การเจ็บป่วยภาวะปอดอักเสบจากเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงของโรคจนอาการทรุดลงได้ง่าย⁶ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคติดต่อ พยาบาลต้องสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสม¹⁰ ตามมาตรการป้องกันความปลอดภัย

การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายด้วยกระบวนการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลเป็นกรอบในการประเมินสุขภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยระบุปัญหาสุขภาพ และการให้การพยาบาล ตามแนวทางของแต่ละทฤษฎีให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมดังเช่น ทฤษฎีระบบของนิวแมน

(Neuman System Theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลในระดับกว้าง (grand theory)¹¹ ที่มีแนวคิดหลัก คือ บุคคลเป็นหนึ่งระบบประกอบด้วยตัวแปร 5 ด้าน คือ สรีระวิทยา จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ระบบของบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา นิวแมนเชื่อว่าภาวะคุกคามสุขภาพ (stressor) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล และบุคคลมีระบบหรือกลไกการป้องกันต้นเหตุของภาวะคุกคามสุขภาพ 3 ระดับ คือ 1) แนวป้องกันยืดหยุ่น (Flexible line of defense) ทำหน้าที่ป้องกันสิ่งรบกวนชีวิต 2) ภาวะสมดุลของระบบ หรือแนวป้องกันปกติ (Normal line of defense) ทำหน้าที่รักษาภาวะสมดุลของบุคคล และ 3) แนวป้องกันต่อต้าน (Line of resistance)¹² แนวป้องกันทั้ง 3 ระดับนี้ทำหน้าที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสู้กับภาวะคุกคามสุขภาพเพื่อรักษาสมดุลหรือภาวะปกติของสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทเชื่อมโยงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมสุขภาพ และการพยาบาล โดยใช้แบบแผนการป้องกัน 3 ระยะ คือการป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการให้การพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้น การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นวงจรอย่างต่อเนื่องรักษาระดับความผาสุกไว้ให้มากที่สุด และสามารถปรับตัวต่อสู้กับต้นเหตุของภาวะคุกคามสุขภาพที่อาจคุกคามในอนาคตได้ การประยุกต์ ทฤษฎีระบบของนิวแมนมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลเกิดผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (cohort ward) โควิด-19 ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพกับครอบครัวและสังคม จึงสนใจที่จะศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโควิด-19 2 รายที่เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีระบบของนิวแมนวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประเมินผลผลลัพธ์ของการพยาบาล การศึกษานี้คาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อโควิด-19 ที่เป็นผู้สูงอายุและโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคปอดอักเสบจากเชื้อโควิด-19 ที่เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง 2 ราย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

การศึกษารายกรณีเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด (covid pneumonia) ที่เป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคโควิด-19 โรงพยาบาลสกลนคร ในเดือนกรกฎาคม 2565 จำนวน 2 ราย มีข้อพิจารณาจริยธรรม พัทธกฤษฎีผู้ให้ข้อมูลและปกป้องข้อมูลของกรณีศึกษา นำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ มีการขออนุญาตเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เอกสารเลขที่ SKNH REC 042/2566

ขั้นตอนการศึกษา โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีระบบของนิวแมน การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด (covid pneumonia) ที่เป็นผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนในการระบุปัญหาสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ชายไทย อายุ 83 ปี รูปร่างสันทนต์ค่อนข้างท้วม น้ำหนัก 52 กิโลกรัม สูง 153 เซนติเมตร (BMI 22.21/m²) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 8 กรกฎาคม 2565 เนื่องจากเข้ารับการฟอกเลือดตามนัดและ ตรวจ ATK positive มีอาการไอและเจ็บคอเล็กน้อย ไม่มีไข้ หลังรับการรักษา 15 วัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 23 กรกฎาคม 2565

วันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีอ่อนเพลียเล็กน้อยถึงปานกลาง อุณหภูมิกาย 36.5 °C ความดันโลหิต 126/69 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที SpO₂ 92% (room air) ให้ออกซิเจน canular 3 L/

min SpO₂ เพิ่มขึ้น 98% ผลการเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) พบ alveolar infiltration right lower lung เริ่มรักษาด้วยยา remdesivir 200 มิลลิกรัม IV ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ serum Potassium (K) สูง 5.4 mmol/L ให้ ยา Kalimite® 30 กรัม ผสม น้ำ 50 มิลลิตร รับประทานทางปาก

วันที่ 2-7 อ่อนเพลียเล็กน้อย เดินไปห้องน้ำได้ พุดคุยได้ความ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจ DTX ก่อนอาหาร 222-333 mg% ให้อินซูลิน (NPH) ปรับตามระดับน้ำตาลตามการรักษา ฟอกไตที่หน่วยไตเทียม วันเว้นวัน

วันที่ 8 ผู้ป่วยบ่นเจ็บแน่นหน้าอก ราวไปหลัง กระสับกระส่าย อุณหภูมิกาย 36.4 °C ความดันโลหิต 118/68 mmHg ชีพจร 68-118 ครั้ง/นาที หายใจหอบตื้น อัตราการหายใจ 20-28 ครั้ง/นาที SpO₂ 92-93 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Trop-T 106.9 และผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด Non-STEMI ผล Chest X-Ray พบ interstitial infiltration both lung ดูแลให้ O₂ HFNC 60 L/min FiO₂ 0.4, T 34 °C ให้ยา ASA 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทันที ยา Plavix 75 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทันที ยา Enoxaparin 0.4 มิลลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง วันละ 1 ครั้ง

วันที่ 9 -13 ไม่เจ็บแน่นหน้าอก อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 °C ความดันโลหิต 112/60- 119/66 mmHg ชีพจร 68-72 ครั้ง/นาที หายใจหอบตื้น อัตราการหายใจ 20-28 ครั้ง/นาที SpO₂ 96-98% ลด flow O₂ HFNC และ เปลี่ยนเป็น canular 3 L/min ตามลำดับ ส่งผู้ป่วยฟอกไตที่หน่วยไตเทียมวันเว้นวัน

วันที่ 14 จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แนะนำให้ดูแล

ตนเองตามหลัก DMHTT

กรณีศึกษารายที่ 2

ชายไทย อายุ 82 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 48 กก. สูง 166 ซม. (BMI 17.4/m²) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 13 กรกฎาคม 2565 เนื่องจาก ไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย รับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 10 วัน และ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 22 กรกฎาคม 2565

วันที่ 1 รู้สึกตัวดี มีไข้ อุณหภูมิกาย 38.2 -38.4 °C หनावสัน ความดันโลหิต 131/65 mmHg ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจเหนื่อยหอบอัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที SpO₂ 89% in room air on O₂ mask with bag 10 L/min และ O₂ HFNC 40 L/min, FiO₂ 0.4, T 34 °C SpO₂ เพิ่มขึ้น 94% และ 98 % ตามลำดับ ผล Chest x-ray พบ alveolar infiltration both lung เริ่มรักษาด้วยยา remdesivir 200 มิลลิกรัม IV และยาปฏิชีวนะ clindamycin 600 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง และ Cefazidime 2 gm. IV วันละครั้ง

วันที่ 2-3 อาการเหนื่อยหอบลดลงไม่มีไข้ ยังมีอาการอ่อนเพลีย อุณหภูมิกาย 36.5-37 °C ความดันโลหิต 115/68 -158/84 mmHg ชีพจร 72- 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที SpO₂ 96-98% on O₂ Canular 3 L/min

วันที่ 4-10 อาการเหนื่อยหอบลดลง ตามลำดับ อุณหภูมิกาย 36.5-37 °C ความดันโลหิต 115/68-119/70 mmHg ชีพจร 72- 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที SpO₂ 96-98 % on O₂ Canular 3 L/min off O₂ ในวันที่ 9 ของการรักษา

วันที่ 10 จำหน่ายกลับบ้าน แนะนำให้ดูแลตนเองตามหลัก DMHTT

ตารางที่ 1 ข้อมูลองค์ประกอบภายในบุคคลกรณีศึกษา 2 ราย

องค์ประกอบภายในบุคคล	
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ด้านร่างกาย	
ระบบหายใจ Chest x-ray พบ alveolar infiltration right lower lung ฟังเสียงปอดมีเสียง crepitation ที่ปอดข้างขวา หายใจหอบเล็กน้อยอัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที SpO ₂ 92% (room air) ให้ออกซิเจน canular 3 L/min SpO ₂ เพิ่มขึ้นเป็น 98%	ระบบหายใจ Chest x-ray พบ Alveolar infiltration both lung ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 26-28 ครั้ง/นาที SpO ₂ 89% in room air on O ₂ mask with bag 10 L/min ระหว่างรอเตรียม O ₂ HFNC 40 L/min FiO ₂ 0.4 T 34 °C SpO ₂ เพิ่มขึ้น 94% และ 98% ตามลำดับ
ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต วันที่ 8 ของการรักษา มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ราวไปหลัง กระสับกระส่าย ความดันโลหิต 118/68 mmHg ชีพจร 68-118 ครั้ง/นาที capillary refill < 2 วินาที ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แพทย์วินิจฉัยเป็น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด Non- STEMI ค่า Trop-T 106.9	ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิต 131/65 mmHg ชีพจร 98 ครั้ง/นาที capillary refill < 2 วินาที
ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะกลางวัน วันละ 5-6 ครั้ง กลางคืน 1-2 ครั้ง BUN 54 mg/dl., Creatinine mg/dl., Creatinine 5.74 Total albumin 3.8, eGFR 8mL/min/1.73 m ² รักษาภาวะไตวายด้วยการฟอกไต	ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะกลางวัน วันละ 5-6 ครั้ง กลางคืน 1-2 ครั้ง BUN 31 mg/dl., Creatinine 2.69, Total albumin 7.9 , eGFR 21 mL/min/1.73m ² รักษาโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคองติดตามอาการยังไม่รับการฟอกไต
ระบบทางเดินอาหาร ไม่พบตับม้ามโต รับประทานอาหารเฉพาะได้เอง ถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง มีท้องผูกบ้าง 1-2 ครั้ง/เดือน ลักษณะอุจจาระปกติ Serum Electrolyte: Na 132 mmol/min, K 5.1 mmol/min, Cl 91 mmol/min, CO ₂ 26 mmol/min HbA1C 6.7 mg%	ระบบทางเดินอาหาร ไม่พบตับม้ามโต รับประทานอาหารเฉพาะได้เอง ถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง มีท้องผูกบ้าง 1-2 ครั้ง/เดือน ลักษณะอุจจาระปกติ Serum Electrolyte: Na 132 mmol/min, K 4.4 mmol/min, Cl 102 mmol/min, CO ₂ 24 mmol/min HbA1C 6 mg%
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เดินได้เองแต่ช้า ต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงตัว	ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เดินได้เองแต่ช้าเล็กน้อย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงตัว
ระบบเลือดและต่อมน้ำเหลือง ผิวหนังไม่มีจ้ำเลือด คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้ หรือขาหนีบ ซีดเล็กน้อย Hb 10.8	ระบบเลือดและต่อมน้ำเหลือง ผิวหนังไม่มีจ้ำเลือด ทดสอบ capillary refill < 2 วินาที คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้ หรือขาหนีบ ซีดเล็กน้อย Hb 9.2
2. ด้านจิตใจ	
ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตก บอกว่าตกใจไม่รู้ว่าจะรับเชื้อโรคมายังอย่างไร กลัวที่เป็นโรครุนแรง กลัวเสียชีวิต ถูกแยกอยู่คนเดียวไม่เห็นหน้าลูกหลาน กังวลว่าจะถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว	ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตก บอกว่าตกใจไม่รู้ว่าจะรับเชื้อโรคมายังอย่างไร กลัวที่เป็นโรครุนแรง กลัวเสียชีวิต ถูกแยกอยู่คนเดียวไม่เห็นหน้าลูกหลาน กังวลว่าจะถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว
3. ด้านพัฒนาการ	
ผู้สูงอายุ เกษียณอายุราชการ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หลงลืมบางครั้ง พูดสื่อสารได้ปกติแต่พูดซ้ำ สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้	ผู้สูงอายุเคยเป็นเกษตรกรและเจ้าของร้านขายของชำในหมู่บ้าน ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หลงลืมบางครั้ง พูดสื่อสารได้ปกติแต่พูดซ้ำ สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลองค์ประกอบภายในบุคคลกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

องค์ประกอบภายในบุคคล	
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ด้านจิตสังคม-วัฒนธรรม	
อาศัยอยู่กับบุตรชายคนโตและหลาน หลานพามาตรวจตามนัด ทุกครั้ง ครอบครัวพึ่งพาอาศัยกันได้ รักใคร่กลมเกลียว ดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ	อาศัยอยู่กับบุตรสาวคนเล็กและหลาน ลูกสาวพามาตรวจตามนัดทุกครั้ง ครอบครัวพึ่งพาอาศัยกันได้ รักใคร่กลมเกลียว ดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ
5. ด้านจิตวิญญาณ	
นับถือศาสนาพุทธ เชื้อในบุญกรรม ชอบบริจาคเงินช่วยการกุศลต่าง ๆ ตามโอกาส ฟังธรรมะและสวดมนต์ทุกวัน ไปวัดตามโอกาสเมื่อลูกหลานพาไป	นับถือศาสนาพุทธ เชื้อในบุญกรรม ชอบบริจาคเงินช่วยการกุศลต่าง ๆ ตามโอกาส ไปโบสถ์ ฟังธรรมะและสวดมนต์ทุกวัน ไปวัดทุกวันพระ

ภาวะคุณภาพสุขภาพและแผนการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาพยาบาลในห้องแยก หอผู้ป่วยเฉพาะโรค ผลการวิเคราะห์การตอบสนองของกรณีศึกษาจากภาวะคุณภาพ (stressor) ตามองค์ประกอบของบุคคลกรณีศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ภาวะคุณภาพจำแนกตามองค์ประกอบของบุคคลของกรณีศึกษา 2 ราย

องค์ประกอบของบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ด้านร่างกาย		
ค่าปกติ ⁷	- ปอดอักเสบจากติดเชื้อโคโรนาไวรัส	- ปอดอักเสบจากติดเชื้อโคโรนาไวรัส และ มีติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย
CBC: WBC 5000-10000 cell/mm ³	CXR alveolar infiltration right lower lung	CXR infiltration both lung
SpO ₂ = 95-100%	RT-PCR detected	RT-PCR detected
อัตราการกรองของไต (eGFR) โรคไตเรื้อรัง ⁹	CBC: WBC 7,740 cell/mm ³	CBC: WBC 10,460 cell/mm ³
ระยะที่ 1 eGFR ≥91 mL/min/1.73 m ²	- หายใจหอบ RR 20-24 ครั้ง/นาที	- หายใจหอบ RR 26-28 ครั้ง/นาที มีภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) (Resting SpO ₂ 89%)
ระยะที่ 2 eGFR 60-89 mL/min/1.73 m ²	- ออกซิเจนในเลือดต่ำขณะพัก (hypoxia)	
ระยะที่ 3 eGFR 30-59 mL/min/1.73 m ² (Resting SpO ₂ =92%)		
ระยะที่ 4 eGFR 15-29 mL/min/1.73 m ²	- ไอ คัดจมูก เจ็บคอเล็กน้อย ไม่มีไข้	- ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไข้ T 38.2 °C
ระยะที่ 5 eGFR ≤15 mL/min/1.73 m ²	- เจ็บหน้าอกมีอาการของภาวะหัวใจขาด	- ไม่มีภาวะหัวใจขาดเลือด
BUN 6-12 mg/dl., Creatinine 0.5-1.0	เลือด EKG พบ Non-STEMIE	- eGFR 21 mL/min/1.73m ² BUN 31 mg/dl., Creatinine 2.69
Total protein 6.6-8.7g/dl K 3.5-5.1	- eGFR 8 mL/min/1.73 m ² BUN 54 mg/dl., Creatinine 5.79	Total protein 7.9
mmol/min HbA1C 4.8-6 gm/dl		- โปแตสเซียมปกติ K 4.4
Hb 12-15 gm/dl	6	- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง HbA1C 6 mg%
สัญญาณชีพ T= 36.5-37.4°C	- โปแตสเซียมสูง ในเลือดสูง K 5.1	- ภาวะซีด Hb 9.2 gm/dl
PR 60-100 ครั้ง/นาที	- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง HbA1C 6.7 mg%	
RR 15-20 ครั้ง/นาที		
BP 120/80-mmHg	- ภาวะซีด Hb 10.8 gm/dl	
2. ด้านจิตใจ		
	รู้สึกโดดเดี่ยว กังวลที่ต้องอยู่ในห้องแยกโรคคนเดียว กังวลเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวและ ทีมสุขภาพ วิดกกังวลกลัวมีอาการรุนแรงและกลัวเสียชีวิต	รู้สึกโดดเดี่ยว กังวลที่ต้องอยู่ในห้องแยกโรคคนเดียว กังวลเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวและ ทีมสุขภาพ วิดกกังวลกลัวมีอาการรุนแรงและกลัวเสียชีวิต

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ภาวะคุณภาพสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบของบุคคลของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

องค์ประกอบของบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. ด้านพัฒนาการ	ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ	ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ
4. ด้านจิตสังคม-วัฒนธรรม	รู้สึกโดดเดี่ยว กังวล กลัวบุคคลอื่นรังเกียจที่เป็นโรคระบาด	รู้สึกโดดเดี่ยว กังวล กลัวบุคคลอื่นรังเกียจที่เป็นโรคระบาด
5. ด้านจิตวิญญาณ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าการฟังธรรมะและสวดมนต์จะช่วยให้การเจ็บป่วยไม่รุนแรงและหายเป็นปกติ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าการฟังธรรมะและสวดมนต์จะช่วยให้การเจ็บป่วยไม่รุนแรงและหายเป็นปกติ

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ^๑	เป้าหมายการพยาบาล (Nursing Goal)	ระดับการป้องกัน (Level of Prevention)	การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome)
ด้านร่างกาย					
1	การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการหายใจ (Altered breathing patterns) ที่ไม่มีประสิทธิภาพ	เพื่อลดการใช้แรงในการหายใจและรักษาระดับออกซิเจนในเลือด Oxygen saturation in arterial blood, SpO ₂) ให้อยู่ในช่วง 95-97% กรณีใช้ HFNC ROX index $\geq$ 4.8, และสามารถลดปริมาณออกซิเจนลงได้	ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ	1.1 ประเมินสัญญาณชีพ : ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจรูปแบบการหายใจ และระดับออกซิเจนในเลือดผ่านนิ้วมือ 1.2 จัดทำนั่งศีรษะสูงประมาณ 45 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพ และกระตุ้นการทำ Awakening prone position (APP) 5 ชั่วโมงต่อวัน โดยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมงในท่าคว่ำ ตะแคงซ้าย ตะแคงขวา สลับกันไป 1.3 การดูแลให้ออกซิเจน HFNC ประเมินอาการร่วมกับแพทย์เป็นระยะ ๆ โดย 1) วัดค่า SpO ₂ ถ้า SpO ₂ $>$ 92% พิจารณาให้ออกซิเจน cannula หรือ Non-rebreathing mask ถ้า SpO ₂ $<$ 92% พิจารณาให้ HFNC 2) การตั้งค่า HFNC ประกอบด้วย Flow rate 40-60 L/min FiO ₂ 0.21-1.0 และ T 31-37 °C และ 3) ติดตามประเมินความล้มเหลว/ความสำเร็จของการใช้ HFNC เช่น RR, hypoxemia ค่า ROX index	-ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO ₂) มากกว่า 95% กรณีศึกษาที่ 1 SpO ₂ เมื่อแรกรับ 92 % หลังให้ O ₂ canula 3 L/min SpO ₂ เพิ่มขึ้น 98% และสามารถ off O ₂ ได้ใน วันที่ 13 ของการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 SpO ₂ เมื่อแรกรับ 89% 60 L/min FiO ₂ 0.4 อุณหภูมิ 34 °C วันที่ 2 off HFNC เป็น O ₂ canula 3 L/min ให้ต่อเนื่องจน off ได้ ใน วันที่ 7 ของการรักษา

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย (ต่อ)

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)	เป้าหมายการพยาบาล (Nursing Goal)	ระดับการป้องกัน (Level of Prevention)	การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome)
2	มีความเสี่ยงต่อภาวะระบบไหลเวียนโลหิตไม่สามารถทำงานได้อย่างคงที่มีประสิทธิภาพ	เพื่อรักษาสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 15-20 ครั้ง/นาที BP 120/80- mmHg	ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ	3.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) ความดันโลหิต (BP) อัตราการหายใจ (RR) และระดับความรู้สึกตัว 3.2 การบันทึกปริมาณน้ำที่เข้า-ออกของร่างกาย 3.3 กรณี มีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือด ให้การพยาบาลดังนี้ 1) ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก pain scale และรายงานแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัย รักษา 2) ตรวจ ECG 3) ดูแลให้ยา thrombolytic drug และ 4) ดูแลให้ออกซิเจนตามการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการหัวใจขาดเลือดในวันที่ 8 หลังรับการรักษาโควิด-19 แพทย์ให้การรักษามีอาการดีขึ้น กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีอาการหัวใจขาดเลือดและสัญญาณชีพปกติ
3	ภาวะความทนต่อกิจกรรมลดลง (activity intolerance) ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หรือหายใจลำบาก เมื่อทำกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจาก ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัม % และภาวะปอดอักเสบ	เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน	ทุติยภูมิ	5.1 ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อกำหนดขอบเขตความช่วยเหลือที่เหมาะสม 5.2 สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการทำกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้องและปลอดภัย เช่น การเปลี่ยนอริยบทซ้ำๆ การใช้ราวพยุงตัวขณะเดิน เป็นต้น 5.3 ฝึกผู้ป่วยให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างค่อยเป็นค่อยไป 5.4 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง	ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เอง โดยได้รับความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย (ต่อ)

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)	เป้าหมายการพยาบาล (Nursing Goal)	ระดับการป้องกัน (Level of Prevention)	การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome)
4	ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำเกินและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากไตเสียหน้าที่	เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะบวม น้ำ ระดับอิเล็กโทรไลต์และแลคเตทอยู่ในระดับปกติ	ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ	7.1 ประเมินติดตามสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ 7.2 ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ/ทางปากตามการรักษา 7.2 ตรวจสอบระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือด 7.3 กรณี โปแตสเซียมสูงกว่า 5.0 mEq/L ดูแล 1) ให้ยาตามการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 2) ประเมินอาการโพแทสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องผูก ตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะ แบบ 3) งดยาที่มี potassium สูง เช่น ผลไม้ และ 4) ติดตามผลตรวจ serum electrolyte 7.4 กรณี โปแตสเซียมต่ำกว่า 3.5 mEq/L ดูแล 1) ประเมินอาการแสดงได้แก่ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อ อ่อนแรง 2) หัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะแบบ Torsade de pointes 3) ดูแลให้ได้รับยาน้ำโปแตสเซียมคลอไรด์ 30 มิลลิลิตร รับประทานทุก 4 ชั่วโมง 4 ครั้ง 7.5 บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก	กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีภาวะ โปแตสเซียมสูงเล็กน้อยคือ K 5.1 –5.6 mEq/L รักษาด้วยยา Kalimate® 30 กรัม ผสม น้ำ 50 มิลลิลิตร รับประทานทางปาก หลังจากนั้น K ลดลงเป็น 3.6–3.9 mEq/L กรณีศึกษาที่ 2 ภาวะ โปแตสเซียมในเลือดปกติ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการแสดง และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจากความผิดปกติของระดับโปแตสเซียมในเลือด
5	ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อโควิด-19 และมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อเพิ่มเติม	เพื่อดูแลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และป้องกันการไม่ให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มเติม	ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ	8.1 จัดให้ผู้ป่วยพักรักษาในไว้ห้องแยกเดี่ยวแรงดันลบและดูแลผู้ป่วยตาม standard precaution ได้แก่ การล้างมือ สวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล 8.2 บริหารยาด้านไวรัสและยาปฏิชีวนะตามการรักษาของแพทย์ 8.3 แยกการจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์และขยะทางการแพทย์	กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 ได้รับยาด้านไวรัสตามแนวทางการรักษา กรณีศึกษาที่ 1 ไม่ได้รักษาปฏิชีวนะ แต่กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยาปฏิชีวนะ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รักษาในโรงพยาบาลครบตามระยะกักตัว คือ 10 วัน
6	การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกาย	เพื่อรักษาอุณหภูมิภายในเกณฑ์ปกติ 36.5–37.4 °C	ทุติยภูมิ	2.1 การติดตามอุณหภูมิของผู้ป่วยทุก ๆ 4 ชั่วโมง 2.2 การให้ยาลดไข้ Paracetamol เมื่อมีไข้มากกว่า 38.5 °C 2.3 การเช็ดตัวลดไข้ (Tepid sponging)	กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีไข้ กรณีศึกษาที่ 2 มีไข้และไข้ลดใน วันที่ 3 ของการรักษา

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย (ต่อ)

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)	เป้าหมายการพยาบาล (Nursing Goal)	ระดับการป้องกัน (Level of Prevention)	การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome)
7	ภาวะโภชนาการบกพร่อง (Impaired nutritional status) เนื่องจากผู้สูงอายุและเจ็บป่วยเรื้อรัง ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเหมาะสม มีโลหิตจาง เบาหวาน	เพื่อปรับปรุงโภชนาการของผู้ป่วยให้ดีขึ้น	ทุติยภูมิ	4.1 ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน รสจืด ที่ย่อยง่าย และมีมืออาหารว่าง 4.2 ดูแลให้อาหารที่มีวิตามินซีและสังกะสี ชัลเฟต เช่น สับปะรด ฝรั่ง คენห่า ผักโขม ข้าวกล้อง เป็นต้น เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย 4.3 กรณีมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (DTX>200 mg%) ให้การพยาบาล 1) ตรวจ DTX ก่อนมื้ออาหารตามแผนการรักษา 2) ดูแลให้ยาอินซูลินตามการรักษา ให้มีค่า DTX 80–200 mg% 3) สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดหลังได้รับยาอินซูลิน เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตาพร่า ชาตามปลายมือปลายเท้า หากพบอาการน้ำตาลต่ำให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์เพื่อปรับยาอินซูลิน และ 4) กรณีมีภาวะซีด ให้ยา Folic ยาเสริมธาตุเหล็กตามการรักษา และติดตามประเมินอาการเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ขณะเข้ารับการรักษาโรคโควิด-19 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จึงให้การรักษาด้วย อินซูลิน ปรับตามระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อจำหน่ายให้ยาชนิดรับประทาน
8.	มีอาการของภาวะการนอนหลับไม่สนิท ได้แก่ นอนหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ	เพื่อช่วยมีคุณภาพการนอนหลับ คือ หลับได้อย่างสนิท หลับลึก และไม่ตื่นกลางดึกและจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับในแต่ละคืนเพียงพอ		6.1 จัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ สำหรับการนอนหลับด้วยการรบกวนน้อยที่สุด 6.2 กำหนดเวลาการบริหารยาเพื่อลดการรบกวนให้น้อยที่สุด 6.3 ให้ยาคลายกังวลก่อนนอนตามการรักษาของแพทย์	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการนอนไม่หลับ ตื่น ทุก 1 ชั่วโมงในช่วงกลางคืน วันที่ 1–2 ของการรักษา ได้ดูแลให้ผู้ป่วยพักหลับช่วงกลางวัน

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย (ต่อ)

ลำดับ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)	เป้าหมายการพยาบาล (Nursing Goal)	ระดับการป้องกัน (Level of Prevention)	การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcome)
ด้านจิตใจ					
9	ความวิตกกังวล ความเครียดและความกลัวจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะการเจ็บป่วยและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล	ช่วยเหลือผู้ป่วยให้รู้สึกสบายใจขณะรับการรักษาพยาบาล และห่างจากครอบครัว	ทุติยภูมิ	9.1. ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายขณะหายใจลำบากเขียนปล้นโดยการอยู่กับผู้ป่วย ใช้คำพูดและท่าทียินดีพร้อมให้ความช่วยเหลือทันทีและตลอดเวลา 9.2. แนะนำการใช้กริ่งขอความช่วยเหลือเรียกพยาบาล 9.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยผ่านโทรศัพท์ วิดีโอคอลกับสมาชิกครอบครัวหลังจากอาการคงที่	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลความกลัวลดลงและติดต่อสื่อสารกับครอบครัวทางโทรศัพท์
ด้านความเชื่อ และค่านิยมของผู้ป่วยตามสังคมและวัฒนธรรม					
10	ถูกแยกตัวทางสังคมและรู้สึกผิดที่ป่วยเป็นโรคระบาด	สนับสนุนผู้ป่วยให้รู้สึกได้รับการยอมรับ	ทุติยภูมิ	ให้คำปรึกษาเพื่อผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของโรค และส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวพูดคุยกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หรือ วิดีโอคอล	ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายหลังจากได้พูดคุยกับสมาชิกครอบครัว
ด้านพัฒนาการ					
11	ขาดความรู้เกี่ยวกับข้อมูลการแพร่เชื้อของโรคอุบัติใหม่	ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แก่ผู้ป่วย	ทุติยภูมิ และตติยภูมิ	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลการแพร่กระจายและวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรค	ผู้ป่วยทำตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อทั้งหมด
ด้านจิตวิญญาณ					
12	ผู้ป่วยมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (ความกลัวตาย)	สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย	ทุติยภูมิ	สนับสนุนผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบขึ้น	ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจมากขึ้น

สรุปผลการศึกษาและอภิปราย

กรณีศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิดทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุใกล้เคียงกัน เป็นโรคไตเรื้อรัง โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ไตวาย) อัตราการกรองของไต eGFR 8mL/min/1.73m² รับการรักษาโดยการฟอกไต มีภาวะโปแตสเซียมสูง ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อัตราการกรองของไต eGFR 21 mL/min/1.73m² รักษาแบบประคับประคอง ติดตาม ยังไม่ได้รับการรักษาโดยการฟอกไตมีภาวะโปแตสเซียมปกติ ซึ่งพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง ส่งผลต่อระบบการควบคุมสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์⁹ ภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่พบโดยการตรวจ ATK ให้ผลบวก และ RT-PCR ผลบวก ซึ่งสาเหตุการติดเชื้อไม่แน่ชัด เนื่องจากไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโควิด แต่กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาจสัมผัสเชื้อจากการอยู่ในสถานที่มีคนจำนวนมาก⁴ เช่น กรณีศึกษาที่ 1 มีประวัติรับวัคซีน 2 ครั้ง เดินทางมารับการฟอกไต ที่โรงพยาบาลสกลนครสัปดาห์ละ 2 ครั้ง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่เคยรับวัคซีน ที่บ้านเป็นร้านขายของชำ และเดินทางไปวัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากปอดอักเสบ กรณีศึกษาที่ 1 มีความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนน้อยกว่า สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการให้ O₂ canula กรณีศึกษาที่ 2 เป็นแบบเฉียบพลันและมีความรุนแรงมากกว่า เห็นได้จากค่า ออกซิเจนในเลือดเมื่อแรกรับต่ำกว่า 92 % และต้องรักษาด้วยออกซิเจนอัตราไหลสูง การเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อน มีภาวะหัวใจขาดเลือด ในวันที่ 8 ของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน¹³ ที่พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 อาจทำให้เกิดพยาธิสภาพของหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เป็นต้น นอกจากนี้ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพที่คล้ายกันเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะช็อค ใน

ด้านจิตใจอารมณ์สังคมและพัฒนาการเนื่องจากการเป็นผู้สูงอายุและถูกแยกจากครอบครัว รักษาพยาบาลในห้องแยกโรค ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและวิตกกังวล จากการประเมินและวิเคราะห์ภาวะคุณภาพชีวิตได้ขอวินิจฉัยการพยาบาลรวม 12 ข้อ ภายหลังได้รับการรักษาพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้นตามลำดับ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็น 14 วัน และ 10 วัน

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะปอดอักเสบแบบองค์รวม ที่มีการพิจารณาถึงคุณภาพเฉพาะบุคคล จากปัจจัยภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และวางแผนการพยาบาล เพื่อควบคุมผลกระทบของสิ่งคุกคามสุขภาพนั้นๆ เป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับพยาบาลช่วยให้เข้าใจปัญหา และให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลนิวแมนในกระบวนการพยาบาลเพื่อช่วยให้ระบุภาวะคุกคามสุขภาพ และจัดการกับสิ่งคุกคาม อีกทั้งเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังรับวัคซีนป้องกันโควิดและให้ความรู้วิธีป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ เว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น
2. ด้านการบริหารการพยาบาลควรสนับสนุนและนิเทศให้พยาบาลประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลนิวแมน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง
3. ด้านการวิจัยควรมีการศึกษาวิเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. Thakur V, Ratho RK, Kumar P, Bhatia SK, Bora I, Mohi GK, Mehariya S. Multi-organ involvement in COVID-19: beyond pulmonary manifestations. J Clin Med 2021;10(3):446.
2. World Health Organization. Q&As on COVID-19 and related health topics [Internet]. 2021 [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub>
3. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลสกลนคร. รายงานแบบประเมินตนเอง. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2565.

4. มะลิ วิโรจน์แสงทอง. โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19). Center for Continuing Professional Education, Pharmacy Council [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=903
5. รัตนกรณ แซ่ลิ้ม, สุพัตรา ยอดปัญญา, จิตภา อัญชลีธรรม, และ เดชา ชุมภูอินทร์. บทความวิชาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วชิรสารการพยาบาล. 2565;25(2):85-102.
6. กรมการแพทย์. CPG COVID-19 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 18 พฤษภาคม 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25650518154445PM_CPG_COVID-19_v.23_n_20220518.pdf
7. ดุสิต สดาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สันธิติ โมรากุล, และ ภูษิต เฟื่องฟู. Covid and crisis in critical care. กรุงเทพ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย; 2563.
8. Harrison P. COVID-19 and the Kidney: Another Target to Attack. Medscape [Internet] 2020. [Cited 2022 Apr 09]. Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/932005>
9. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทันยุค.วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2564, 11(1):116-124
10. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19)สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Covid-Update 01042020.pdf>
11. ศรีพรรณ กันธวัง. ระดับของทฤษฎีการพยาบาล Levels of Nursing Theories. พยาบาลสาร 2557;41(3): 132-138.
12. ศรีพรรณ กันธวัง. ทฤษฎีระบบของนิวมาน: การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
13. Shi S, Qin M, Yang B. Coronavirus Disease 2019 (COVID- 19) and cardiac injury-reply. JAMA Cardiology 2020;5(10):1199-1200
14. Joshi PK, Ajesh KT. Application of Betty Neuman systems model in nursing care of patients with COVID-19. Ann Nurs Pract 2020;7(2):1116.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

คำแนะนำทั่วไป

วารสารโรงพยาบาลสกลนครยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษต้นฉบับที่ส่งให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือไม่ได้รอตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความที่รับพิจารณาตีพิมพ์มี 8 ประเภท คือ

1. **นวัตกรรม (Innovation)** เป็นรายงานผลงานสิ่งประดิษฐ์คิดค้นใหม่หรือดัดแปลงแนวความคิดหรือวิธีการผ่าตัดใหม่ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางการแพทย์และทางสาธารณสุขได้
2. **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** เป็นรายงานผลการค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน
3. **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผลการรักษาจากผู้ป่วย มีบทสรุปเสนอข้อคิดเห็นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้
4. **บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ และมีบทสรุปวิจารณ์ และไม่ควรเกิน 10 หน้า
5. **บทสัมมนา-ประชุมวิชาการ (Conference-symposium)** เป็นบทความที่รวบรวมจากผลการประชุมวิชาการ การสัมมนาทางคลินิก และการประชุมอื่นๆ ที่น่าสนใจ
6. **ย่อวารสาร (Journal abstract)** เป็นบทความสั้นที่แปลและเรียบเรียงจากวารสารต่างประเทศ ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่าน
7. **จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the editor)** ได้แก่ จดหมายที่เขียนวิจารณ์เกี่ยวข้องกับบทความที่ได้ลงตีพิมพ์แล้ว หรือแสดงผลงานทางวิชาการที่ต้องการเผยแพร่อย่างย่อ ๆ ความยาวไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษพิมพ์ และมีเอกสารอ้างอิงประกอบด้วย

8. **บทความวิจัยอย่างสั้น (Short communication)** เป็นบทความวิจัยฉบับย่อ เป็นรูปแบบการรายงานการศึกษาแบบกระชับ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษา แต่มีความสมบูรณ์ในเนื้อหาที่น่าสนใจ รูปแบบที่เขียนเป็นลักษณะคล้ายนิพนธ์ต้นฉบับ แต่จะสั้นและกระชับกว่า ผู้นิพนธ์ต้องลงนามในจดหมายแจ้งความจำนงค์ที่จะตีพิมพ์ถึงบรรณาธิการ และส่งต้นฉบับมีการเขียนตามรูปแบบแล้วจำนวน 2 ชุด ไปยังบรรณาธิการ วารสารโรงพยาบาลสกลนคร งานห้องสมุดโรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 โทร 042-176000 ต่อ 1042 และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แนบไฟล์บทความที่พิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word มาที่ E-mail address: skhjournal@gmail.com กองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบตามคำแนะนำ

กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง บทความที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นผู้สงวนสิทธิ์ทุกประการ ข้อเขียนและความคิดเห็นใดๆ ในบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนครเป็นของผู้เขียนซึ่งคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย ผู้รับผิดชอบบทความจะเป็นผู้ได้รับการติดต่อเมื่อมีเรื่องแจ้งหรือสอบถามในกรณีที่มีการแก้ไข และรับวารสารจำนวน 2 ฉบับ พร้อมไฟล์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Word for Windows ในกระดาษสัน ขนาด 8½ นิ้ว x 11 นิ้ว (A4) ด้วยอักษร Cordia New ขนาด 15 จำนวนไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) พิมพ์หน้าเดียว เว้นขอบทุกด้านประมาณ 1 นิ้ว ตาม Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (URMs) ที่รวบรวมโดย International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine 1997;

336:309–15 (updated February 2006) และสามารถสืบค้นได้ที่ <http://www.icmje.org/index.html> โดยมีเนื้อหาเรียงตามลำดับดังนี้

ใบปะหน้า (Title Page)
บทคัดย่อภาษาไทย
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract)
บทนำ (Introduction) ซึ่งระบุกรอบแนวคิด (ถ้ามี) และวัตถุประสงค์ของบทความ
วิธีการวิจัย (Methods)
ผลการวิจัย (Results)
วิจารณ์ (Discussion) และสรุป (Conclusion)
กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
เอกสารอ้างอิง (References)
ตาราง (Table)
ภาพ (Illustrations)
คำบรรยายภาพ (Legends for Illustration)
ต้นฉบับภาษาไทยควรพยายามใช้ถ้อยคำและศัพท์ภาษาไทยมากที่สุด โดยใช้ตามพจนานุกรมศัพท์แพทย์ อังกฤษ-ไทยและพจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ตัวสะกดให้อิงตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2547

ใบปะหน้า (Title page)

ประกอบด้วยชื่อเรื่อง ซึ่งควรสั้นแต่ได้ใจความ (ไม่เกิน 50 ตัวอักษร) ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน คุณวุฒิสูงสุดขณะทำวิจัย หน่วยงานและสถาบันที่ผู้พิมพ์สังกัดขณะทำวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ โทรสารและอีเมลของผู้รับผิดชอบบทความ ที่ทางกองบรรณาธิการจะติดต่อได้

ตัวอย่างชื่อเรื่อง

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อการสอนในรูปแบบ ซี เอ ไอ ช่วยในการสอนการฝึกหัดเจาะเลือด

Efficacy of CAI as Additional Media for Medical Procedure Training, a Trial in Blood Collection Procedure Training

บทคัดย่อ

ให้เขียนบรรยายในลักษณะ Structured abstract ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาประกอบด้วย

หลักการและเหตุผล (Background)

วัตถุประสงค์ (Objective)

วิธีการวิจัย (Methods)

รูปแบบการศึกษา (Design) เช่น descriptive, case-control, randomized controlled trial
สถานที่ศึกษา (Setting) เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

การรักษา (Intervention) ถ้ามี เช่น ยาที่ใช้ การผ่าตัด

การวัดผล (Measurements)

ผลการวิจัย (Results)

สรุป (Conclusions)

คำสำคัญ (Key words) 2 ถึง 5 คำ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลในมนุษย์ ต้องระบุให้ชัดเจนในส่วนวิธีการวิจัย (Methods) ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยประจำสถาบันที่ทำการวิจัย โดยบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับและบทความวิจัยอย่างสั้น ผู้พิมพ์ต้องแนบสำเนาหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการฯ ส่วนบทความประเภทรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษา ผู้พิมพ์ต้องแนบสำเนาหนังสือที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้บริหารสถาบันและได้รับอนุญาตจากเจ้าของข้อมูล

ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ

ให้พิมพ์แยกไว้ท้ายบทความ มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิที่ไม่รัดกุม ช้ำซ้อน หรือมากเกินไปจนเป็นภาระสำหรับภาพให้บันทึกโดยใช้นามสกุล .jpg หรือ .tif

การนำเสนอสถิติ

รูปแบบการนำเสนอควรเป็นสากล เช่น ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความชุกและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 [(95% confidence interval (X, Y)] ชนิดของสถิติที่นำมาใช้วิเคราะห์ เช่น Student's t test หรือ ANOVA test เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง โดยใช้ตัวเลขอารบิกด้วยกไมใส่วงเล็บหลังชื่อผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความให้จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยเขียนตามแบบของ URM's หรือที่เรียกกันว่า Vancouver Style ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine 1997;336:309–15 (updated February 2006) และชื่อย่อของวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (เครื่องหมาย ✓ หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)**บทความในวารสาร (Journal article)**

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ชื่อย่อวารสาร ✓ ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

เนสินี ไชยเอีย, อรรธรณ นุราณรักษ์, สมเดช พินิจสุนทร, มลิวรรณ บุญมา, ศิริพร ลีลาธนาพิพัฒน์, ชัยดา สุจินพรหม, และคณะ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทยใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น. ว. โรงพยาบาลสกลนคร 2548;20(1):3–10. Chau-In W, Pongmetha S, Sumret K, Vatanasapt P, Khongkankong W. Translaryngeal retrograde wire-guided fiberoptic intubation for difficult airway: A case report. J Med Assoc Thai 2005;88:845–8.

ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-,) และตามด้วย และคณะ หรือ et al. สำหรับเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ

หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อหนังสือ. ✓ ครั้งที่พิมพ์. ✓ เมืองที่พิมพ์. ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

สรราชย์ ชีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์. วิสัณณูวิทยาในสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น:

โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.

Vatanasapt V, Sripan B. Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagnosis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000.

บทในหนังสือ (Chapter in a book)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อบทในหนังสือ. ✓ ใน: ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อหนังสือ. ✓ พิมพ์ครั้งที่. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีที่พิมพ์. ✓ หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

บุญเกิด คงยิ่งยศ. เกตซ์จลนศาสตร์. ใน: บุญเกิด คงยิ่งยศ, วีรพล คู่คงวิชัยพันธุ์, ปณต ตั้งสุจริต, บรรณาธิการ. เกตซ์วิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2548. หน้า 27–53.

Sripa B, Pairojkul C. Pathology of Cholangiocarcinoma. In: Vatanasapt V, Sripan B, editors. Liver cancer in Thailand; epidemiology, diagnosis and control. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Press; 2000. p. 65–99.

สิ่งตีพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)**– CD-ROM**

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

– บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตและบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Journal article on the Internet and E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ชื่อย่อวารสาร ✓ [อินเทอร์เน็ต]. ✓ เดือน ปีที่ตีพิมพ์ ✓ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. ✓ ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ✓ เข้าถึงได้จาก: ✓ http://

Authors. ✓ Article Title. ✓ Journal Title ✓ [Internet]. ✓ Date of publication ✓ [Date of citation]; Volume number (Issue number): first page–last page. ✓ Available from: ✓ http://

ตัวอย่าง

รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลละ, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, จิราพร วัฒนศรีสิน. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน-ธันวาคม 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560]; 5:133-45. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/111206/86935/>

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required

– **เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)**

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อเรื่อง. ✓ [อินเทอร์เน็ต]. ✓ เมือง: ✓ ชื่อหน่วยงาน; ✓ ปีที่เผยแพร่ ✓ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. ✓ เข้าถึงได้จาก: ✓ <http://>

– **สิ่งตีพิมพ์ขององค์กรต่าง ๆ**

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร. ✓ ชื่อเรื่อง. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ ชื่อหน่วยงาน; ✓ ปีที่เผยแพร่

Advanced Life Support Group. Acute medical emergencies: the practical approach. London: BMJ Books; 2001.

มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. รายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ; 2552.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางการตรวจวิเคราะห์เมลามีน: คู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการ [National guideline for melamine testing]. นนทบุรี: กรม; 2552.

วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อวิทยานิพนธ์ ✓ [วิทยานิพนธ์]. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ ชื่อมหาวิทยาลัย; ✓ ปีที่พิมพ์.

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans

[dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ (Conference proceedings)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อเรื่อง. ✓ ใน: ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อการประชุม; ✓ วัน เดือน ปีที่ประชุม; ✓ สถานที่จัดประชุม. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีพิมพ์. ✓ หน้า ✓ เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5 Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002:182-91.

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

ขอส่ง ☐ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) ☐ บทฟื้นฟูวิชาการ (Review article) ☐ รายงานผู้ป่วย (Case study)
☐ อื่นๆ ระบุ

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

.....

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

.....

คำสำคัญ (ภาษาไทย)

.....

คำสำคัญ (ภาษาอังกฤษ)

.....

ผู้เขียนหลัก (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนหลัก (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาไทย) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

ผู้เขียนร่วม (ภาษาอังกฤษ) ชื่อ.....สกุล.....

วุฒิการศึกษา.....(ตัวย่อ).....สาขา.....

หมายเหตุ: กรณีมีผู้เขียนร่วมมากกว่า 1 คน ให้ระบุเฉพาะคนที่ 1 คนอื่นๆ ระบุในบทคัดย่อ

ผู้รับผิดชอบบทความ ชื่อ.....สกุล.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

โดยบทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ อีก นับ
จากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ลงนาม

(.....)

Check List สำหรับผู้เขียนก่อนส่งบทความให้วารสารโรงพยาบาลสกลนครพิจารณา

1. เอกสารที่ต้องส่ง

- ☐ สำเนาบทความที่ได้ปรับรูปแบบแล้ว จำนวน 2 ชุด โดยบทความพิมพ์ด้วยโปรแกรม Word for Windows ตัวอักษร Cordia New ขนาด 15 จำนวนไม่เกิน 10 หน้า กระดาษ A4
- ☐ หนังสือขอตีพิมพ์ตามแบบฟอร์มของวารสารโรงพยาบาลสกลนคร
- ☐ กรณีเป็นนักศึกษา ให้แนบหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาว่าบทความได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว
- ☐ สำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. หน้าแรก (Title Page)

- ☐ ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวใหญ่ (upper case) เฉพาะอักษรตัวแรกและอักษรตัวแรกของชื่อเฉพาะ
- ☐ ชื่อผู้เขียนแต่ละคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพิมพ์คนละบรรทัด ชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษให้เขียนเต็ม ตามด้วยอักษรย่อคุณการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวา
- ☐ ใช้ *, **, *** แสดงลำดับของผู้เขียน
- ☐ ส่วนท้ายของหน้าให้ ขยายความของ * ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการขณะทำวิจัย และสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา และระบุชื่อของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) ต่อท้ายสถานที่ทำงาน

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ☐ ชื่อเรื่องจัดกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 17
- ☐ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษสอดคล้องกันและเขียนอย่างกระชับ มีความยาวไม่เกิน 300 คำ ตัวอักษร Cordia New ขนาด 15
- ☐ แยกบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้อยู่คนละหน้า
- ☐ บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างย่อ
- ☐ อธิบายการดำเนินงานวิจัยพอสังเขป
- ☐ มีข้อสรุปสำคัญ (important conclusions) ที่ได้จากการศึกษา
- ☐ ระบุคำสำคัญไม่เกิน 2- 5 คำ (เรียงลำดับตามความสำคัญ) ต่อท้ายบทคัดย่อแต่ละภาษาคำสำคัญไทยและอังกฤษมีความสอดคล้องกัน

4. กรณีการวิจัยเกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลในมนุษย์

- ☐ ระบุในส่วนของวิธีการวิจัย (Method) ว่าได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยประจำสถาบันที่ทำวิจัย
- ☐ เขียนอธิบายว่าผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างไร
- ☐ นิพนธ์ต้นฉบับ บทความวิจัยอย่างสั้น และรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษาได้แนบสำเนาหนังสืออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำสถาบันที่ทำวิจัย

5. เนื้อหา (Text)

- ☐ ไม่ต้องจัดแบ่งคอลัมน์
- ☐ แต่ละส่วนของเนื้อหาไม่ต้องใส่หมายเลข แต่หัวข้อใช้ตัวหนา จัดชิดซ้ายและเรียงลำดับดังนี้ บทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการวิจัย ผลการวิจัย วิจารณ์และสรุปผล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ตาราง และหรือ ภาพ บทความภาษาอังกฤษมีหัวข้อดังนี้ Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions, Acknowledgements, References, Table or Illustrations)
- ☐ หัวข้อเรื่องรองให้ใช้ตัวหนา ย่อหน้า 1 แท็บ
- ☐ ใช้คำย่อเมื่อมีการใช้คำนั้นบ่อยๆ ไม่จำเป็นต้องใช้คำเต็มอีก
- ☐ คำว่า “et al.” ไม่ต้องทำตัวเอน เว้นช่องว่างระหว่างคำว่า “และ” ในการอ้างอิงผู้เขียนสองคน คำว่า “และคณะ” เขียนติดกัน
- ☐ การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใช้ตัวเลขอารบิกด้วยกไม่ใส่วงเล็บหลังชื่อผู้เขียนหรือหลังข้อความที่อ้างอิง เรียงตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา
- ☐ วิธีการศึกษาควรเขียนในรูปบรรยาย แยกเนื้อหาด้วยย่อหน้า
- ☐ ระบุช่วงเวลาดำเนินการศึกษาและสถานที่ทำการศึกษาย่างชัดเจน
- ☐ ระบุการวิเคราะห์ทางสถิติหรือที่มาของค่าทางสถิติที่จะใช้ประกอบตารางผลการศึกษาย่างชัดเจน

6. เอกสารอ้างอิง References (เขียนอ้างอิงตามคำแนะนำของวารสาร)

- ☐ เรียงตามลำดับหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อหาบทความ โดยเขียนตามแบบของ Vancouver style
- ☐ ทุกอ้างอิงต้องมีการอ้างในเนื้อหา

7. ตาราง (Tables)

- ☐ ตารางสร้างโดยใช้คำสั่งแทรกตารางใน Microsoft Word ตัวอักษร Cordia New ขนาด 14
- ☐ ชื่อตารางอยู่เหนือตาราง จัดชิดซ้าย
- ☐ ตัวย่อในตาราง ให้มีคำอธิบายอยู่ด้านล่างของตาราง ตัวอักษร Cordia New ขนาด 12
- ☐ การแสดงนัยสำคัญให้ ใช้ สัญลักษณ์ * หรือ ** สำหรับ $p < 0.05$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ
- ☐ การแสดงค่าเฉลี่ยต้องมีค่าการกระจายอย่างใดอย่างหนึ่งประกอบ เช่น %CV, SD, SE, ค่าต่ำสุด-สูงสุด, พิสัย เป็นต้น
- ☐ หากมีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่า p-value ต้องแสดงค่า standard error of mean (SEM) ประกอบ

8. ภาพ (Figures)

- ☐ ชื่อภาพอยู่เหนือภาพ จัดชิดซ้าย
- ☐ ภาพหรือกราฟที่แสดงไม่ซับซ้อนจนทำความเข้าใจได้ยาก
- ☐ ระบุชื่อแกนและหน่วยที่ชื่อแกนของกราฟ (ถ้ามี)



ใบสมัครสมาชิก

เลขที่สมาชิก.....

“วารสารโรงพยาบาลสกลนคร”

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสกลนคร

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

สถานภาพของผู้พิมพ์ ☐ นิสิต / นักศึกษา ☐ อาจารย์ ☐ บุคคลทั่วไป

ที่อยู่ (สำหรับจัดส่งวารสาร).....

รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์

E-mail address :มีความประสงค์ที่จะ

☐ สมัครสมาชิกวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ประจำปี เป็นระยะเวลา 1 ปี (3 ฉบับ)☐ ต่ออายุสมาชิกวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ประจำปี (3 ฉบับ)☐ ตีพิมพ์บทความวารสารโรงพยาบาลสกลนคร☐ สั่งซื้อวารสาร ปีที่ ฉบับที่ จำนวน เล่ม

- หมายเหตุ** 1) สมัครสมาชิกวารสารโรงพยาบาลสกลนคร จำนวนเงิน 400 บาท/ปี
 2) ต่ออายุสมาชิกวารสารโรงพยาบาลสกลนคร จำนวนเงิน 400 บาท/ปี
 3) สั่งซื้อวารสารเพิ่มเติมเล่มละ 150 บาท
 4) ค่าตีพิมพ์วารสาร จำนวนเงิน 2,600 บาท / เรื่อง (หากบทความของท่านเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของกองบรรณาธิการแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินค่าตีพิมพ์วารสารคืนได้)

**** หากท่านมีความประสงค์จะสมัครสมาชิกฯ / ต่ออายุสมาชิกฯ กรุณาโอนเงินไปที่**

ธนาคาร : ธนาคารกรุงไทย สาขาสกลนคร (ประเภทออมทรัพย์)

ชื่อบัญชี : เงินบำรุงโรงพยาบาลสกลนคร

เลขที่บัญชี : 412-1-57194-0

**** หากท่านมีความประสงค์จะสั่งซื้อวารสารฯ / ตีพิมพ์วารสารฯ กรุณาโอนเงินไปที่**

ธนาคาร : ธนาคารกรุงไทย สาขาสกลนคร (ประเภทออมทรัพย์)

ชื่อบัญชี : มูลนิธิโรงพยาบาลสกลนคร

เลขที่บัญชี : 412-3-00875-5

- 5) โอนเมื่อได้รับแจ้งจากฝ่ายจัดการของวารสารแล้ว

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....) ดังได้แนบเอกสารการโอนเงินมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบการชำระเงินเป็นอันถูกต้อง และได้ลงทะเบียนคุุณรายชื่อสมาชิกไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....นายทะเบียน

(.....)

วันที่





โรงพยาบาลสกลนคร

SAKONNAKHON HOSPITAL

วิสัยทัศน์



“โรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำและศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน”

พันธกิจ



1. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ
2. บริการสุขภาพแบบผสมผสาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน
3. พัฒนาและส่งเสริมศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความทันสมัย
5. ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

ค่านิยม



“TEAMS”



Teamwork

มุ่งมั่น
การทำงาน
เป็นทีม



Excellent service

การบริหาร
สู่
ความเป็นเลิศ



Achievement

มุ่งมั่น
สู่
ความสำเร็จ



Moral

ธำรงไว้
ซึ่งคุณธรรม



Service mind

บริการ
ด้วยหัวใจ

อัตลักษณ์



“รับผิดชอบ มีวินัย ใส่ใจบริการ”

