ส.น.พ.
NIHA
สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association

NIHAJ

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

Nursing Innovation and Health Association Journal

ISSN 3088-2184 (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2025) มกราคม - เมษายน 2568

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association Journal
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ และนวัตกรรม ให้กับนักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ทางวิชาการและนวัตกรรมด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถชี้นำและเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาวิชาชีพ สังคม และประเทศ

3. เพื่อเป็นสื่อกลางและสร้างความร่วมมือทางวิชาการระหว่างนักศึกษา อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ นักนวัตกรรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

อาคาร 6 ชั้น 10 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

15 ถนนกาญจนวณิชย์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์ 082-4282586

E – mail: nihha2024@gmail.com

Website: https://ni-ha.org/home/

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association Journal
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดใชย
นายกสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทร์วิน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กองจัดการ

อาจารย์ณัชชา สังขภิญโญ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
นางสาววัลคุ์วดี ชูจิต
สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
นายไกรวุฒิ ศรีจันทร์
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียซื่อ
ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุมดวง
รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เพิงมาก
รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต
รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ
รองศาสตราจารย์ นพ.พิทยาพล ปีตธวัชชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทาว์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โรชินี อุปรา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม
อาจารย์ ดร.จรูญรัตน์ รอดเนียม
อาจารย์ ดร.พท.เสถียรพงษ์ ภูผา
อาจารย์ ดร.วราภรณ์ ยศทวี
Mr. Geoffrey Cox

สังกัด

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer – review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind)
ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

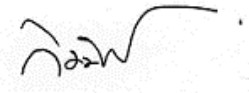
บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีปีใหม่ 2568

สมาชิกวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพทุกท่าน ยุคปัจจุบันที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และความต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น วงการพยาบาลและสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสรรค์แนวทางใหม่ ๆ ที่ตอบสนองต่อความท้าทายในศตวรรษที่ 21

ด้วยเหตุนี้ สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพจึงได้จัดทำ วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ซึ่งวารสารฉบับนี้นับเป็นก้าวแรกของการสร้างพื้นที่ทางวิชาการ เพื่อเป็นเวทีสำหรับแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ เผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ ทางการพยาบาลและสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำสู่การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศอย่างยั่งยืน โดย ฉบับที่ 1 มีบทความจำนวน 5 เรื่อง ทั้งหมดผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง และให้คำแนะนำอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลากสถาบันจำนวน 3 คนต่อบทความ

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ.2568 ขออำนาจแห่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกคนเคารพนับถือ จงดลบันดาลให้ท่านประสบความสำเร็จในการหน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)
บรรณาธิการ
วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

ISSN 3088-2184 (Online)

สารบัญ

บทความวิชาการ :

e4190 กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์
Physical Activity and Exercise among Pregnant Women: The Role of Nurses in Prenatal Care
อิชยา มอญแสง, พัชรินทร์ ไชยบาล

บทความวิจัย :

e5436 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลา
Competency of Registered Nurses Working in Primary Health Care Service Units in the Songkhla Provincial Network
ภัชลดา สิทธิคง, เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์

e4151 การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ
Development of an Innovative Simulation Model Representing Six Stages of Pressure Injuries
ชฎาธิรักษ์ นาทองเจริญสุข, ชนิตา กังงา, ชลธิชา โต๊ะเส็น, ชุติกาญจน์ ชูพันธ์, ณีรีน จารู, ทิพย์ศิริ สหวรพันธุ์

e4157 การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลทุ่งสง
Development of a Care Model to Prevent Pressure Ulcers in Critically ill Patients Thung Song Hospital
ปริศนา มณีฉาย

e6456 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของประชาชนพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา
Factors Affecting Perception Towards the “30-Bath Healthcare for All with One ID Card Policy” in Takua Pa District Phang-nga Province
รังสรรค์ เตี่ยวสกุล

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลา

Competency of Registered Nurses Working in Primary Health Care Service Units in the Songkhla Provincial Network

ภัชลดา สิทธิคง[1*], เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์[1]

Phatlada Sittikong[1*], Pensiri Atthawong[1]

[1]โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

[1]Songkhla Hospital

(Received: *April 13, 2025*: Revised: *June 7, 2025*; Accepted: *June 9, 2025*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้เพื่อศึกษาสมรรถนะและเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง การศึกษา และการผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน 128 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Mann-Whitney U Test ผลการวิจัยพบว่า

1. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลาในภาพรวมทั้ง 10 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา ที่มีอายุ ประสบการณ์ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และเพศต่างกัน มีสมรรถนะไม่แตกต่างกัน

ควรให้มีการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการวิจัย ด้านหัตถการตามข้อกำหนดสภาวิชาชีพพยาบาล โดยการจัดอบรมหรือหลักสูตรพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมเพื่อยกระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพระดับปฐมภูมิให้สามารถตอบสนองต่อบทบาทและภารกิจในระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jeab.nit1969@gmail.com)

Abstract

This descriptive research aimed to examine and compare the competencies of registered nurses working in primary healthcare units within the Songkhla provincial network. The comparison was based on age, work experience, job position, educational background, and completion of the general nurse practitioner training program (basic medical care). The sample consisted of 128 registered nurses selected through stratified random sampling. The research instruments included a general information questionnaire and a competency assessment questionnaire for registered nurses working in primary healthcare units in Songkhla province. The content validity index (CVI) ranged from 0.67 to 1.00, and the instrument's reliability, measured by Cronbach's alpha coefficient, was 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test. The research findings revealed that:

1. The overall competencies of registered nurses across all 10 areas were rated at the highest level. The highest average score was in ethics, morals, and legal aspects, followed by basic disease treatment. The lowest average score was in research and knowledge transfer.

2. The competencies of registered nurses did not significantly differ based on age, work experience, position, education level, or gender.

Therefore, it is recommended to enhance the competencies of professional nurses by organizing targeted training programs or appropriate capacity-building courses, to strengthen the skills of primary care nurses, enabling them to meet the population's needs and effectively fulfill their roles and responsibilities within a rapidly evolving health care system.

Keywords: Competency, Registered Nurse, Primary Health Care Unit

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) การลดลงของอัตราการเกิด ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของบริบททางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีลักษณะ “ผันผวน ไม่แน่นอน ซับซ้อน และคลุมเครือ” (VUCA World) สิ่งเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อรูปแบบการเจ็บป่วยและความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน ทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัว โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นด่านหน้าของการดูแลสุขภาพ

การที่องค์การจะมีผลงานที่สูง ต้องมีปัจจัยนำเข้าที่มีคุณภาพ ซึ่งก็คือบุคลากรทีมีสมรรถนะ และความสามารถที่สอดคล้องกับสมรรถนะขององค์การ กล่าวว่าสมรรถนะรวมถึงความรู้ที่กว้างขวาง ทัศนคติและพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ คุณสมบัติทั้งสามประการนี้จะเป็นที่มาของการแสดงออกถึงความสามารถที่จะให้ บริการทางวิชาชีพเฉพาะได้ สมรรถนะมีการพัฒนาและสั่งสมมาจากความรู้ทักษะและบุคลิกภาพ ดังนั้นสมรรถนะเป็นผลรวมของทักษะ ความรู้ ค่านิยม ทัศนคติ ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ ที่แสดงออกผ่านพฤติกรรม สมรรถนะยังได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน การศึกษา และการได้รับ การอบรมเพิ่มเติม (กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ปัจมัย ดำทิพย์, 2559) สมรรถนะจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมรรถนะสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีในงานที่ตนรับผิดชอบ ช่วยให้ผลงานของบุคลากรตรงตามความต้องการขององค์กร ลดความเสี่ยงจากความผิดพลาดขณะปฏิบัติงาน ช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ และส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ (มารศรี ก้วนหิ้น, อุไร จเรประพาฬ, อุไรวรรณ พานทอง, 2561)

สภาการพยาบาลได้กำหนดกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไว้อย่างชัดเจน ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ จริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย การปฏิบัติการพยาบาล คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ภาวะผู้นำ วิชาการและวิจัย การสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ และสมรรถนะด้านสังคม เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางพัฒนาตนเองและการทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดประสิทธิผลได้นั้น พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ มีหลักวิชาการและทักษะในการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือ ต้องสามารถบูรณาการความรู้ เจตคติ ที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และทักษะที่เหมาะสมเกิดเป็นคุณลักษณะพฤติกรรมการแสดงออกซึ่งสมรรถนะการปฏิบัติงาน (นิสากร กรุงไกรเพชร, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศร, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, ชรัญญากร วิริยะ, และคณะ, 2560)

จังหวัดสงขลา ในฐานะจังหวัดขนาดใหญ่ของภาคใต้ กำลังเผชิญกับบริบทปัญหาที่สอดคล้องกับระดับประเทศและมีลักษณะเฉพาะในพื้นที่ เช่น อำเภอระโนด สทิงพระ เมืองสงขลา ควนเนียง นาหม่อม และกระแสสินธุ์ ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2565) อีกทั้งยังพบแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยร่วมจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อายุขัยที่ยืนยาวขึ้น และภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง เนื่องจากการย้ายถิ่นของแรงงานหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของความต้องการด้านสุขภาพในระดับชุมชนที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา ย่อมมีความหลากหลายในปัจจัยส่วนบุคคลและบริบทพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับสมรรถนะที่แตกต่างกัน การศึกษารูปแบบสมรรถนะของพยาบาลในบริบทดังกล่าวจึงเป็นแนวทางสำคัญในการสะท้อนคุณภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิ และวางรากฐานสู่การพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับสมรรถนะและใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้สามารถรองรับภารกิจในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

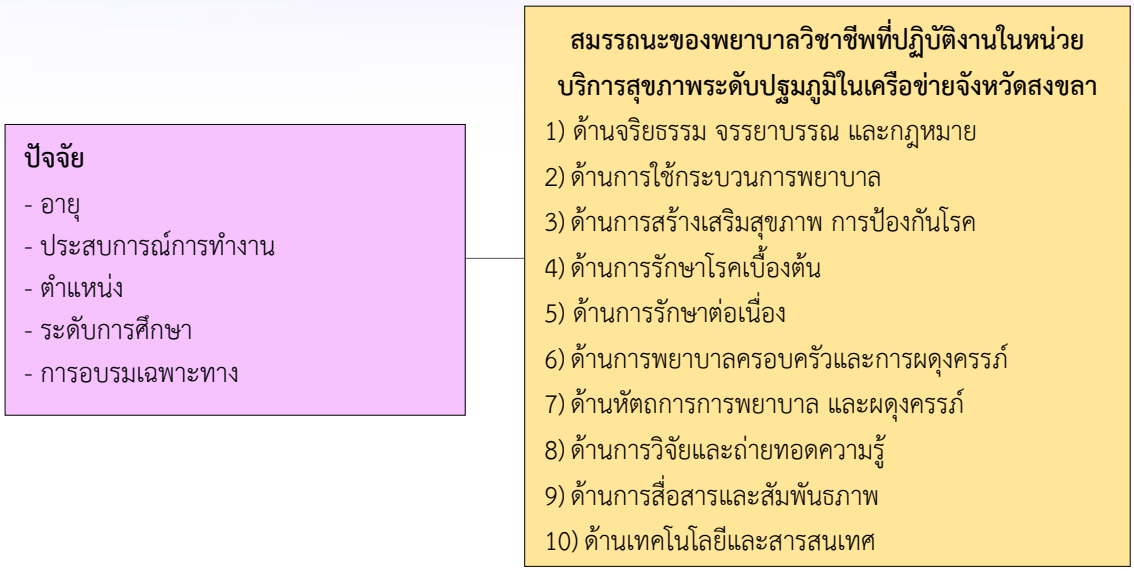
1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง การศึกษา และการผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

สมมติฐานวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลาที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง การศึกษา และการผ่านการอบรม ต่างกัน มีสมรรถนะการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดสมรรถนะหลักพยาบาลวิชาชีพของสภาการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2552 ร่วมกับสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ประกอบด้วย 10 สมรรถนะ (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 561 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา ในปีงบประมาณ 2567 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two groups) เลือก Two tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลางขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 128 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามโซนของอำเภอในจังหวัดสงขลา 4 โซน ดังนี้

กลุ่มประชากรทั้งหมดประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดสงขลา รวมทั้งสิ้นจำนวน 561 คน โดยแบ่งตามเขตโซนการให้บริการ ได้แก่ โซนเฟื่องฟ้า จำนวน 177 คน โซนกระดังงา จำนวน 194 คน โซนชบาแดง จำนวน 152 คน และโซนลีลาวดี จำนวน 38 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการสุ่มตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโซน รวมจำนวนทั้งสิ้น 128 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในโซนเฟื่องฟ้า จำนวน 40 คน โซนกระดังงา จำนวน 44 คน โซนชบาแดง จำนวน 35 คน และโซนลีลาวดี จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานในหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ผลิตผลงานวิชาการ และการผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามจากงานวิจัยสมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ ,ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ปัจมัย ดำทิพย์ (2565) ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 5 ข้อ 2) ด้านการใช้กระบวนการพยาบาล 4 ข้อ 3) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค 21 ข้อ 4) ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น 6 ข้อ 5) ด้านการรักษาต่อเนื่อง 5 ข้อ 6) ด้านการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ 8 ข้อ 7) ด้านหัตถการตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ 19 ข้อ 8) ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ 3 ข้อ 9) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 5 ข้อ 10) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 81 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนน ซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากมากที่สุดให้คะแนนเต็ม 5 ถึง น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลชุมชนรายสมรรถนะ และภาพรวม ออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง สมรรถนะอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) รวมทั้งความสอดคล้องและเหมาะสมของชุดคำถาม จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล ประธานชมรมพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 ผู้วิจัยได้นำข้อความเห็นมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลชุมชนที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงจากสูตรสัมประสิทธิแอลฟา (Alpha Coefficient) รายด้านระหว่าง .86 - 98 และภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองด้วยการสืบค้นรายชื่อจากทำเนียบพยาบาลวิชาชีพจากฐานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เมื่อได้รับอนุญาตจึงประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ/หรือกรมราชทัณฑ์ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด

3. ส่งแบบสอบถามออนไลน์ ในรูปแบบ Google form ไปยังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ ทั้งนี้ให้เวลาตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ รอตรวจสอบข้อมูล พบว่าได้รับคืนมา 128 ชุด ร้อยละ 100

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนมา วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติและแปลผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง การศึกษา และการผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Sig < .001)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลา ได้หมายเลขรับรอง รหัส SKH IRB 2024-Nrt-In3-1100 ลงวันที่ 19 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	**จำนวน** (n = 128 คน)	**ร้อยละ**
เพศ		
ชาย	9	7.03
หญิง	119	92.97
อายุ (*M* = 44.90, *SD* = 8.25, Min = 23, Max = 59)		
ประสบการณ์ทำงาน (*M* = 12.52, *SD* = 8.90, Min = 1, Max= 38)		

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงร้อยละ 92.96 มีอายุระหว่าง 23 - 59 ปี (*M* = 44.90, *SD* = 8.25) ประสบการณ์ทำงานระหว่าง 1-38 ปี (*M* = 12.52, *SD* = 8.90)

2. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา จำแนกรายข้อ รายด้าน และภาพรวม

สมรรถนะ	*M*	SD	**แปลผล**
1. สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย	**4.64**	**0.48**	**มากที่สุด**
1.1 มีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายและจริยธรรมเชิงวิชาชีพ	4.05	0.73	มาก
1.2 ตระหนักในคุณค่า ความเชื่อ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	4.77	0.58	มากที่สุด
1.3 เคารพในสิทธิ ความต้องการ และความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้รับบริการ	4.77	0.55	มากที่สุด
1.4 พิทักษ์สิทธิ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ	4.80	0.55	มากที่สุด
1.5 ให้บริการอย่างเท่าเทียม เป็นธรรม	4.81	0.51	มากที่สุด
2. สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาล	**4.36**	**0.55**	**มาก**
2.1 สามารถประเมินผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชนโดยใช้เทคนิควิธีการที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม ภาวะสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมและเป็นองค์รวม รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน	4.30	0.63	มาก
2.2. สามารถวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมจัดลำดับความสำคัญ วินิจฉัย การพยาบาล และวางแผนการพยาบาลโดยการคิดวิเคราะห์บนพื้นฐานข้อมูล และหลักการได้อย่างครบถ้วน	4.32	0.64	มาก
2.3 สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแผนการพยาบาล	4.43	0.62	มาก
2.4 สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องสอดคล้องเป้าหมายผลลัพธ์ บันทึกการพยาบาลถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน	4.40	0.66	มาก

สมรรถนะ	*M*	SD	แปลผล
3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค	**4.28**	**0.55**	**มาก**
3.1 มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด/ หลักการ/ ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ	4.15	0.65	มาก
3.2 มีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพและวิชาชีพ	4.51	0.70	มากที่สุด
3.3 ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ	4.38	0.70	มาก
3.4 พัฒนาตนเองโดยการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง	4.32	0.69	มาก
3.5 ประเมินพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ	4.45	0.63	มาก
3.6 ประเมินสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	4.40	0.66	มาก
3.7 ตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย	4.50	0.63	มากที่สุด
3.8 ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม	4.39	0.62	มาก
3.9 วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	4.28	0.68	มาก
3.10 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ	4.23	0.72	มาก
3.11 สอนและให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	4.46	0.65	มาก
3.12 จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ	4.21	0.75	มาก
3.13 ใช้สื่อต่าง ๆ ในการให้ข้อมูล ความรู้ แก่ประชาชน	4.29	0.72	มาก
3.14 กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของงานเพื่อการประเมินผลงาน	4.27	0.66	มาก
3.15 เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมและโครงการสร้างเสริมสุขภาพ	4.09	0.79	มาก
3.16 สร้างเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้	4.10	0.70	มาก
3.17 สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการการสร้างเสริมสุขภาพ	4.14	0.73	มาก
3.18 วิเคราะห์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและนำมาใช้ในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ	4.04	0.75	มาก
3.19 เสริมพลังอำนาจให้กับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ	4.20	0.68	มาก
3.20 เป็นที่ปรึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ร่วมงาน/ บุคคลทั่วไป	4.30	0.70	มาก
3.21 แสวงหาและใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	4.23	0.67	มาก
4. ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น	**4.46**	**0.57**	**มาก**
4.1 สามารถประเมินภาวะสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคและอาการสำคัญและปฏิบัติการรักษาพยาบาลสุขภาพที่พบบ่อยได้อย่างแม่นยำ	4.40	0.63	มาก
4.2 สามารถตรวจ วินิจฉัยโรค บำบัดการเจ็บป่วยเบื้องต้นด้วยยาที่จำเป็นรักษาภาวะฉุกเฉินก่อนส่งต่อถูกต้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ไข้หวัด ไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ท้องผูก ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ แมลงสัตว์กัดต่อย ปวดเมื่อยตามตัว วิงเวียน กระเพาะอาหารเป็นแผลอาหารไม่ย่อย เป็นต้น	4.54	0.64	มากที่สุด
4.3 สามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรค การรักษา การใช้ยาการดูแลและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	4.48	0.63	มาก
4.4 สามารถสั่งยา บริหารยาโดยใช้ความรู้ด้านเภสัชวิทยาเลือกใช้ยาในคู่มือการใช้ยาของสภาการพยาบาล ให้ยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการคงที่ตามแนวปฏิบัติที่วางไว้ในขอบเขตที่กฎหมายกำหนด	4.37	0.77	มาก
4.5 สามารถจัดระบบและแผนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่สำคัญ เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้อย่างต่อเนื่อง	4.36	0.70	มาก
4.6 สามารถส่งต่อเมื่ออาการไม่บรรเทา มีอาการรุนแรงมากขึ้น	4.62	0.62	มากที่สุด

สมรรถนะ	*M*	SD	แปลผล
5. ด้านการรักษาต่อเนื่อง	**4.34**	**0.59**	**มาก**
5.1 สามารถประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ฉุกเฉิน และเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย	4.52	0.60	มากที่สุด
5.2 สามารถใช้หลักการ เทคโนโลยีบำบัดทางการพยาบาลจัดการอาการ ดูแลความสุขสบาย เฝ้าระวัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการลุกลามของโรค รวมถึงการส่งเสริมการฟื้นหายเหมาะสมกับความเจ็บป่วยและความพิการ และความเป็นปัจเจกบุคคลผู้ใช้บริการ	4.31	0.66	มาก
5.3 สามารถใช้หลักการดูแลต่อเนื่อง หลักการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในการพัฒนาศักยภาพผู้ใช้บริการ และครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ซับซ้อนได้	4.37	0.64	มาก
5.4 สามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ร่วมกับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.32	0.75	มาก
5.5 สามารถวิเคราะห์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่น แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม	4.20	0.76	มาก
6. ด้านการพยาบาลครอบครัว และการผดุงครรภ์	**4.31**	**0.73**	**มาก**
6.1 สามารถใช้กระบวนการดูแลหญิงและครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอดและทารกแรกเกิด	4.35	0.76	มาก
6.2 สามารถคัดกรอง ภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนใน หญิงตั้งครรภ์ และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม	4.41	0.77	มาก
6.3 สามารถส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	4.37	0.77	มาก
6.4 สามารถบริการวางแผนครอบครัวตามขอบเขตวิชาชีพ	4.45	0.79	มาก
6.5 สามารถทำคลอดปกติ	3.91	1.03	มาก
6.6 สามารถสอน แนะนำ ให้คำปรึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	4.41	0.86	มาก
6.7 สามารถแนะนำการเตรียมความพร้อมในการมีครอบครัว การเตรียมตัวเป็นบิดามารดา การเตรียมตัวเพื่อการคลอด และการปฏิบัติตน ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด	4.32	0.91	มาก
6.8 สามารถสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดาทารก และครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด	4.28	0.91	มาก
7. ด้านหัตถการตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วย ข้อจำกัด และเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ ผดุงครรภ์	**4.45**	**0.58**	**มาก**
7.1 สามารถให้บริการทำแผล : แผลสด แผลแบบแห้ง (Dry Dressing) แผลแบบเปียก (Wet Dressing)	4.77	0.59	มากที่สุด
7.2 สามารถให้บริการตกแต่งบาดแผล	4.62	0.64	มากที่สุด
7.3 สามารถให้บริการเย็บแผล	4.60	0.83	มากที่สุด
7.4 ให้บริการตัดไหมในตำแหน่งที่ไม่เป็นอันตราย	4.75	0.63	มากที่สุด
7.5 ให้บริการผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอม การผ่าฝี การผ่าตัดตาปลา การเลาะก้อนใต้ผิวหนัง ในตำแหน่งซึ่งไม่เป็นอันตราย โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทางผิวหนังหรือฉีดยาชาเฉพาะที่	4.32	0.90	มาก
7.6 สามารถให้การถอดเล็บ	4.23	1.04	มาก
7.7 สามารถให้บริการจี้หูดหรือจี้ตาปลา	2.88	1.20	ปานกลาง
7.8 สามารถบริการให้ออกซิเจน	4.59	0.72	มากที่สุด
7.9 สามารถให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ หรือตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	4.47	0.87	มาก

สมรรถนะ	*M*	SD	แปลผล
7.10 สามารถให้ยาทางปาก ทางผิวหนัง ทางหลอดเลือดดำหรือช่องทางอื่น ๆ ตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือตามที่สภาการพยาบาลประกาศ	4.63	0.68	มากที่สุด
7.11 สามารถบริการเปิดทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการดูดเสมหะ การเคาะปอด	4.56	0.66	มากที่สุด
7.12 สามารถให้การช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤติของผู้ป่วย	4.48	0.72	มาก
7.13 สามารถให้บริการเช็ดตา ล้างตา (Eye Irrigation) หยอดตา ป้ายตา ปิดตา หรือการล้างจมูก	4.63	0.67	มากที่สุด
7.14 สามารถให้บริการสอดใส่สายยางลงไปในกระเพาะอาหาร (NG Tube) เพื่อให้อาหาร ยา หรือล้างกระเพาะอาหารในรายที่กินสารพิษ หรือตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	4.63	0.69	มากที่สุด
7.15 สามารถให้บริการสวนปัสสาวะ หรือการเปลี่ยนสายสวน ปัสสาวะในรายที่ไม่มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ	4.68	0.65	มากที่สุด
7.16 สามารถให้บริการสวนทางทวารหนักในรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้อันตราย	4.42	0.91	มาก
7.17 สามารถให้บริการดาม หรือการใส่เฝือกชั่วคราว	4.09	1.04	มาก
7.18 สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	4.61	0.64	มากที่สุด
7.19 สามารถให้บริการเจาะเก็บตัวอย่างเลือดจากหลอดเลือดดำ ส่วนปลาย หรือปลายนิ้ว หรือสารคัดหลั่ง เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อบังคับหรือประกาศที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด	4.66	0.67	มากที่สุด
8. ด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้	3.65	0.84	มาก
8.1 ทำวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	3.23	1.13	ปานกลาง
8.2 สร้างแนวทางการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	3.75	0.88	มาก
8.3 เผยแพร่ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรทีมสุขภาพ	3.96	0.92	มาก
9. ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ	**4.69**	**0.58**	**มากที่สุด**
9.1 ยกย่องให้เกียรติ และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ ผู้ร่วมวิชาชีพ สหวิชาชีพ และญาติผู้ป่วย	4.73	0.61	มากที่สุด
9.2 เคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล	4.73	0.60	มากที่สุด
9.3 ยอมรับความแตกต่างทางความคิดและแสดงออกอย่างเหมาะสม	4.71	0.60	มากที่สุด
9.4 ทำงานเป็นทีม ปฏิบัติงานโดยไม่สร้างความขัดแย้งกับสมาชิกทีมและผู้รับบริการ	4.70	0.62	มากที่สุด
9.5 ประสานความร่วมมือกับบุคลากรภายนอกหน่วยงานอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์	4.59	0.67	มากที่สุด
10. ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	**4.38**	**0.60**	**มาก**
10.1 ใช้เทคโนโลยีติดต่อกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น ไลน์	4.63	0.59	มากที่สุด
10.2 นำเทคโนโลยีมาช่วยในการบริหารจัดการในองค์กรเช่น วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น	4.38	0.65	มาก
10.3 ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการคัดกรอง นัดหมาย และคิวการรักษา	4.33	0.69	มาก
10.4 ติดตามอาการของผู้รับบริการผ่านเทคโนโลยีทางการแพทย์	4.36	0.71	มาก
10.5 ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลข้อมูล จัดเก็บข้อมูล และนำเสนอข้อมูล	4.20	0.78	มาก

จากตาราง 2 สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.64, *SD* = 0.48) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ให้บริการอย่างเท่าเทียม เป็นธรรม (*M* = 4.81, *SD* = 0.51) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือมีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายและจริยธรรมเชิงวิชาชีพ (*M* = 4.05, *SD* = 0.73)

สมรรถนะด้านการใช้กระบวนการพยาบาล พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.36, *SD* = 0.55) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล (*M* = 4.43, *SD* = 0.62) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือสามารถประเมินผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชนโดยใช้เทคนิควิธีการที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม ภาวะสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมและเป็นองค์รวม รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน (*M* = 4.30, *SD* = 0.63)

สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.28, *SD* = 0.55) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีทัศนคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพและวิชาชีพ (*M* = 4.51, *SD*= 0.70) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือวิเคราะห์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและนำมาใช้ในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (*M* = 4.04 , *SD* = 0.75)

สมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.46, *SD* = 0.57) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถส่งต่อเมื่ออาการไม่บรรเทา มีอาการรุนแรงมากขึ้น (*M* = 4.62, *SD* = 0.62) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือสามารถจัดระบบและแผนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้อย่างต่อเนื่อง (*M* = 4.36, *SD* = 0.70)

สมรรถนะด้านการรักษาต่อเนื่อง พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.34, *SD* = 0.59) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันฉุกเฉิน และเรื้อรังได้อย่างปลอดภัย (*M* = 4.52, *SD* = 0.60) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือสามารถวิเคราะห์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่น แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (*M* = 4.20, *SD* = 0.76)

สมรรถนะด้านการพยาบาลครอบครัว และการผดุงครรภ์ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.31, *SD* = 0.73) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถบริการวางแผนครอบครัวตามขอบเขตวิชาชีพ (*M* = 4.45, *SD* = 0.79) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือสามารถทำคลอดปกติ (*M* = 3.91, *SD* = 1.03)

สมรรถนะด้านหัตถการตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วย ข้อจำกัด และเงื่อนไข ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.45, *SD* = 0.58) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือสามารถให้บริการทำแผล แผลสด แผลแบบแห้ง (Dry Dressing) แผลแบบเปียก (Wet dressing) (*M* = 4.77, *SD* = 0.59) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือสามารถให้บริการจี้หูดหรือจี้ตาปลา (*M* = 2.88, *SD* = 1.20)

สมรรถนะด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.65, *SD* = 0.84) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เผยแพร่ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคลากรทีมสุขภาพ (*M* = 3.96, *SD* = 0.92) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือทำวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (*M* = 3.23, *SD*= 1.13)

สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.69, *SD* = 0.58) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ยกย่องให้เกียรติ และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ ผู้ร่วมวิชาชีพ สหวิชาชีพ และญาติผู้ป่วย (*M* = 4.73, *SD* = 0.61) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือประสานความร่วมมือกับบุคลากรภายนอกหน่วยงาน (*M* = 4.59, *SD* = 0.67)

สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและ สารสนเทศ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.38, *SD* = 0.60) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ใช้เทคโนโลยีติดต่อกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น ไลน์ (*M* = 4.63, *SD* = 0.59) ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลข้อมูล จัดเก็บข้อมูล และ นำเสนอข้อมูล (*M* = 4.20, *SD* = 0.78)

3. เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง การศึกษา และการผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

ตาราง 3 เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา จำแนกตามอายุ ประสบการณ์ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และเพศ โดยใช้สถิติ

ตัวแปร	*n*	*M*	*SD*	*Median*	*IQR*	*Z*	*p-value*
อายุ							
21 - 30 ปี	5	4.61	0.17	1.00	0.00	0.990	0.322
31 - 60 ปี	123	4.36	0.50	2.00	0.00		
ประสบการณ์							
1 - 10 ปี	56	4.33	0.53	1.00	0.00	0.739	0.462
11 ปี ขึ้นไป	72	4.41	0.46	2.00	0.00		
ตำแหน่ง							
ผู้บริหาร	14	4.52	0.39	1.00	0.00	1.176	0.240
ผู้ปฏิบัติ	114	4.36	0.50	2.00	0.00		
ระดับการศึกษา							
ปริญญาตรี	123	4.37	0.50	1.00	0.00	0.683	0.495
ปริญญาโท	5	4.55	0.32	2.00	0.00		
เพศ							
ชาย	9	4.32	0.51	1.00	0.00	0.000	1.000
หญิง	119	4.38	0.49	2.00	0.00		

จากตาราง 3 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลาที่มีอายุ ประสบการณ์ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และเพศต่างกัน มีสมรรถนะไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

1. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลา ในภาพรวมทั้ง 10 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการวิจัยและถ่ายทอดความรู้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่สูง ซึ่ง“บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของ บุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ดังเช่นการศึกษาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน คือการมีองค์ความรู้ในการให้คำแนะนำ การติดตามประเมินผล (เสน่ห์ ขุนแก้ว, กฤศภณ เทพอินทร์, อลิษา ขุนแก้ว, กาญจนาภา ศุภบูรณ์, 2567) ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิต้องมีสมรรถนะพร้อมในทุกด้าน ต้องอาศัยประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญ ความสามารถทางด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข จิตวิทยาและสังคมในกระบวนการการปฏิบัติงานในระดับชุมชน เป็นด่านหน้าของการให้บริการ พยาบาลวิชาชีพต้องมีการติดต่อประสานงาน สื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับประชาชนที่มารับบริการและในชุมชน อีกทั้งต้องมีจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมายเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน อาจทำให้สมรรถนะดังกล่าวอยู่ในระดับมากที่สุดสูงกว่า

ระดับอื่น ๆ จากการศึกษาสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานของวิชาชีพ 10 ด้าน ในครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ปัจมัย ดำทิพย์ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาสมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ จากการประเมินตนเองของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลชุมชนในภาพรวมและรายสมรรถนะอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน แต่จากการศึกษาของ มารศรี ก้วนหิ้น, อุไร จเรประพาฬ, อุไรวรรณ พานทอง (2561) ซึ่งได้ทำการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

แม้ว่าด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายจังหวัดสงขลา มีสมรรถนะในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องของการให้บริการอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ซึ่งแสดงถึงความมุ่งมั่นในความรับผิดชอบที่มีต่อผู้รับบริการ โดยไม่เลือกปฏิบัติ ความเท่าเทียม ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญในการสร้างความไว้วางใจในระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การที่ข้อเกี่ยวกับความรู้ในกฎหมายและจริยธรรมเชิงวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดของด้านนี้ แต่ยังอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าพยาบาลจะปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณได้ดี แต่ยังมีความจำเป็นในการเพิ่มพูนความรู้ทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและเป็นไปตามข้อกำหนดทางกฎหมาย รวมถึงด้านอื่น ๆ แม้ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แต่ยังมีบางประเด็นที่มีความจำเป็นต้องเพิ่มพูนสมรรถนะให้สูงขึ้นไป เช่น ด้านหัตถการตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ในเรื่องของความสามารถให้บริการจี้หูด หรือจี้ตาปลา ซึ่งผลยังอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่สามารถนำมาอธิบายว่าทำไมสมรรถนะรายข้อนี้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลาจึงอยู่ในระดับปานกลางจากข้อมูลสนับสนุนที่พยาบาลวิชาชีพให้ไว้ในคำถาม ปลายเปิดว่าการเลาะ Cyst ในบริเวณที่ไม่เป็นอันตราย (Excision) และการจี้หูด และจี้ตาปลา เป็นหัตถการที่ปฏิบัติน้อยมาก เนื่องจากมีผู้ป่วยประเภทนี้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จึงทำให้พยาบาลไม่แน่ใจว่าจะสามารถทำหัตถการเหล่านี้ได้หรือไม่

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลาด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเมื่อเทียบกับสมรรถนะด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะในข้อที่เกี่ยวกับทำวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ก็อยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดที่พยาบาลวิชาชีพ ให้ข้อเสนอแนะว่าสมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ และสมรรถนะด้านเทคโนโลยีและ สารสนเทศ เป็นสมรรถนะที่จำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น ควรมีการจัดอบรมการทำวิจัยชุมชนให้กับพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษามาหลายปี สามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนิน การวิจัยด้านสาธารณสุขรูปแบบต่าง ๆ เช่น การวิจัยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) การวิจัยและพัฒนา (R&D) Action Research หรือ การวิจัยกึ่งทดลอง เนื่องจากการวิจัยเป็นตัวบ่งชี้ที่กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ทำการวิจัยโดย เฉพาะวิจัยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยอย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง หรืออาจเป็นงานวิจัยและพัฒนา เพื่อการเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการระดับสูงขึ้น โดยมีต้นทุนรองรับ คือเวทีการประกวดผลงานวิจัยและนวัตกรรมในทุกปี ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และ ระดับเขตบริการสุขภาพ โดยการพัฒนานี้อาจจะเป็นการสร้างความเข้าใจในกระบวนการวิจัยและการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานในระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ปัจมัย ดำทิพย์ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาสมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งก็พบว่าสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือสมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ ในขณะที่การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ มารศรี ก้วนหิ้น, อุไร จเรประพาฬ, อุไรวรรณ พานทอง (2561) โดยทำการศึกษา

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความต้องการพัฒนาทักษะการดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย ระบบการบันทึกทางการพยาบาล และการสร้างเครือข่ายพยาบาลวิชาชีพ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงความต้องการการพัฒนาสมรรถนะ แต่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เกี่ยวกับสมรรถนะด้านต่าง ๆ จำนวน 10 ด้าน เมื่อพิจารณาถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, วัลทณี นาคศรีสังข์ (2560) ได้ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และพบว่าสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของสังคมผู้สูงวัยประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านจริยธรรม การพยาบาลแบบองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดการดูแลรายกรณี การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลา ที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง การศึกษา และ การผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ที่ต่างกัน มีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลา ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลาทุกกลุ่มด้านอายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง การศึกษา และการผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไปที่แตกต่างกัน สามารถพัฒนาสมรรถนะของตนเองให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ กระบวนการปฏิบัติงาน และบริบทการทำงานได้โดยอาจจะอาศัยปัจจัยอื่น ๆ เช่น ระบบสนับสนุนจากองค์กร หรือการพัฒนาตนเองผ่านการปฏิบัติงานจริง เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่าง จากข้อค้นพบการการศึกษาวิจัยของ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ปัจมัย ดำทิพย์ (2560) ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่พบว่า กลุ่มอายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ ทำงานที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ตัวแปรเกี่ยวกับการผ่านหรือไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลชุมชน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่สุ่มเก็บตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเครือข่ายจังหวัดสงขลาที่สามารถเป็นตัวแทนครอบคลุมจากทุกอำเภอ แต่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบเชิงพรรณนา มีการเก็บข้อมูลแค่ในช่วงเวลาหนึ่งในระยะสั้น ๆ อาจทำให้ผลการศึกษาเปลี่ยนแปลงไปได้เมื่อเวลาผ่านไป ไม่ได้บอกถึงความแตกต่างที่แท้จริงจากผลการศึกษา และเป็นการศึกษาในรูปแบบเชิงปริมาณอย่างเดียวไม่ได้มีการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาและยกระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะความสำคัญกับการอบรมและการพัฒนาทักษะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ การสนับสนุนในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการยกระดับคุณภาพการบริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

2. ควรมีการพัฒนาทักษะ ความสามารถด้านหัตถการตามข้อกำหนดสภาวิชาชีพพยาบาล เช่น ให้บริการจี้หูดหรือจี้ตาปลา รวมถึงการเพิ่มพูนความรู้ทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและเป็นไปตามข้อกำหนดทางกฎหมาย รวมถึงการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพและการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพชุมชน

3. ควรนำผลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมและเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

4. ส่งเสริมความภูมิใจในวิชาชีพ โดยสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติอย่างเต็มที่เหมาะสมกับคุณวุฒิและวิชาชีพ มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทที่พึงจะได้รับมอบหมาย รวมทั้งสนับสนุนขวัญกำลังใจ ให้การยอมรับ อันมีผลทำให้การแสดงพฤติกรรมต่อวิชาชีพเป็นไปในลักษณะตั้งใจ เต็มใจ จริงใจและยินดีเสียสละที่จะทำงานทุกอย่างให้ บรรลุผลสำเร็จ อันจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสมรรถนะในรูปแบบการศึกษาอื่น เช่น การผสมผสานระหว่าการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ (Mixed Method Study) การศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development)
2. ควรมีการศึกษาหรือประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหรือความสามารถที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยให้มีสมรรถนะดีขึ้น หรือลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และส่งผลดีต่อระบบบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ปัจมัย ดำทิพย์. (2559). สมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *26*(3), 52–65.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, วัลทณี นาคศรีสังข์. (2560). สมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *27*(1), 1–11.

นิสากร กรุงไกรเพชร, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศร, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, ชรัญญากร วิริยะ, และคณะ. (2560). สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพภาคตะวันออก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *25*(3), 30–40.

มารศรี ก้วนหิ้น, อุไร จเรประพาฬ, อุไรวรรณ พานทอง. (2561). การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 32*(2), 1067–1082.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2568 จาก https://www.skho.moph.go.th/web/adm/uploads/agenda/cdf5f9d1-9.6-smart-aging-2566-1-.65-.pdf

เสน่ห์ ขุนแก้ว, กฤศภณ เทพอินทร์, อลิษา ขุนแก้ว1, กาญจนาภา ศุภบูรณ์. (2567). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน: ผลข้างเคียงระยะยาว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 11*(2), e265234.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

ส.น.พ. NIHA
สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association

การพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ

Development of an Innovative Simulation Model Representing Six Stages of Pressure Injuries

ชฎาธิรักษ์ นาทองเจริญสุข[1], ชนิตา กังงา[1], ชลธิชา โต๊ะเส็น[1], ชุติกาญจน์ ชูพันธ์[1], ณีรีน จารู[1], ทิพย์ศิริ สหวรพันธุ์[1*]

Chadathirak Nathongcharoensuk[1], Chanita Kang-nga[1], Chonthicha Tohsen[1], Chutikan Chupan[1], Sheereen Jaru[1], Tipsiri Sahaworapan[1*]

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Bachelor of Nursing Science Program Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute,

[1]Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute

(Received: *January 27, 2025*: Revised: *June 20, 2025*; Accepted: *June 20, 2025*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนานี้วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประเมินความพึงพอใจและประสิทธิภาพของหุ่นจำลองแผลกดทับและสารคัดหลั่งให้มีความเสมือนจริงในนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 103 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากแบบไม่คืนกลับที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ หุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ แบบประเมินประสิทธิภาพและแบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ด้านประสิทธิภาพ .89 และด้านความพึงพอใจ .89 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านประสิทธิภาพ .95 และด้านความพึงพอใจ .97 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลวิจัยพบว่า

1. การประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ในระดับดีมากที่สุด (M = 4.66, SD = 0.51)

2. ความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ในระดับมากที่สุด (M = 4.78, SD = 0.43)

หุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ สามารถนำไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติและสอนญาติผู้ป่วยในการดูแลแผลกดทับ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการวิจัยและพัฒนาต่อ โดยหุ่นควรสร้างจากยางพาราและควรมีการสร้างแผลที่มีเนื้อตายเพื่อให้มีความเสมือนจริง และต่อยอดเป็นหุ่นเชิงโต้ตอบ

คำสำคัญ: การพัฒนานวัตกรรม หุ่นจำลองแผลกดทับ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Thipsiri@bcnsk.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to design and evaluate the satisfaction and effectiveness of a six-stage pressure ulcer model among second-year Bachelor of Nursing students (N = 103) at Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. The sample size was calculated using Yamane's formula. The sample group was randomly selected by simple random sampling, drawing lots, and without return. The instruments used for data collection consisted of the 6-level pressure ulcer model efficiency assessment form and the 6-level pressure ulcer model satisfaction assessment form. The 6-level pressure ulcer model was examined for content validity by 3 experts. The content validity of the instruments was .89 for efficiency and .89 for satisfaction. The reliability of the instruments was tested using Cronbach's alpha coefficient. The efficiency was .95 and the satisfaction was .97. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, mean, percentage, and standard deviation. The research results were as follows:

1. Performance Evaluation of the Six-Stage Pressure Ulcer Simulation Model: Overall the sample group rated the performance of the six-stage pressure ulcer simulation model at the highest level (M = 4.66, SD = 0.51)

2. Satisfaction with the Six-Stage Pressure Ulcer Simulation Model: Overall the sample group expressed the highest level of satisfaction with the six-stage pressure ulcer simulation model (M = 4.78, SD = 0.43)

The six-stage pressure ulcer model is recommended for integration into nursing curricula before clinical practicum and caregiver education on pressure ulcer management. Further development is advised to enhance realism such as using natural rubber and incorporating necrotic tissue features and to extend the design into an interactive simulation.

Keywords: Innovation Development, Pressure Ulcer Model

บทนำ

การดูแลแผลกดทับเป็นทักษะจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ต้องมีความเชี่ยวชาญก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่มีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองซึ่งมีหุ่นแผลกดทับจำลองให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติ จากการศึกษาของ Abrahams, Daniels, Niikondo, Amakali (2023) มีข้อเสนอแนะว่าหากนักศึกษาพยาบาลได้มีการฝึกปฏิบัติการประเมินและดูแลแผลกดทับจะช่วยส่งเสริมให้มีความรู้และทัศนคติเชิงบวก ส่งผลให้สามารถดูแลและจัดการกับแผลกดทับในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 2.2 - 23.9 ในผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Acute Care) ร้อยละ 0.4 - 38 และในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 10.8 - 11.18 หรือคิดเป็นอัตราการเกิดแผลกดทับ 0.58 - 3.64 ต่อ 1,000 วันที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล (ธนธัช คงสมบูรณ์, 2565) รวมไปถึงพบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ร้อยละ 2 - 28 (อัญชลี มูลวงษ์, ชิสาพัชร์ วงษ์จินดา, ธนะวัฒน์ รวมสุก, 2564) ซึ่งส่งผลกระทบร้ายแรงต่อผู้ป่วย ทั้งการจำกัดการเคลื่อนไหว การติดเชื้อ การเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการรักษา ตลอดจนความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (วีระพรรรณ บุญมีวิเศษ, จันทร์ทิพย์ สุขบัว, พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นั้นทะนา, 2565) เห็นได้ว่า การออกแบบและใช้หุ่นจำลองแผลกดทับที่มีความสมจริงในการจัดการเรียนการสอน จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพัฒนาความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กลไกการเกิดแผลกดทับ เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง แรงเฉือน แรงเสียดทาน และความชื้น มักเกิดในบริเวณที่มีปุ่มกระดูก ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ ก้น และกระดูกก้นกบมากที่สุด ร้อยละ 41 รองลงมาคือบริเวณ ส้นเท้าสูงถึงร้อยละ 31 (ภิญโญ อุทธิยา, 2566) และแรงต้านจากภายนอกที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังไม่เพียงพอ ทำให้เป็นรอยแดง ถ้าแรงกดไม่ลดลงจะทำให้เซลล์เยื่อบุของหลอดเลือดฉีกขาด มีการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดเล็ก ๆ ที่ไปอุดตันการไหลเวียนเลือด เกิดเป็นเนื้อตายรอบ ๆ (อรพินท์ สีขาว, 2566) องค์กรการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของออสเตรีย (The National Pressure Ulcer Advisory Panel: NPUAP) ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลกดทับโดยเดิมจาก 4 ระดับเปลี่ยนเป็น 6 ระดับ เพื่อให้ง่ายต่อการระบุระดับของแผลกดทับ ดังนี้ 1. แผลกดทับระดับ Suspected Deep Tissue : ระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก (Suspected Deep Tissue) เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาด สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วง (Purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล (Maroon) การเปลี่ยนแปลงนี้อาจรวดเร็วและลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียงแม้ได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (อารียา นรารัตน์, สมฤดี เศษสุข, สุดารัตน์ มาตวงศ์, พิชญา เคารพธรรม, จรัสพร วิลัยสัย, 2566) 2. แผลกดทับระดับ 1: รอยแดงผิวหนังปกติเมื่อกดรอยแดงไม่จาง รอยแดงเฉพาะที่บนผิวหนัง ปกติเมื่อกดรอยแดงไม่จาง มักเกิดในบริเวณที่มีปุ่มกระดูก 3. แผลกดทับระดับที่ 2: สูญเสียผิวหนังบางส่วน เผยให้เห็นหนังแท้ พื้นแผลยังคงทำหน้าที่ได้ ลักษณะเป็นสีชมพู แดง มีความชุ่มชื้น และอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำเหลืองทั้งที่ยังไม่แตกหรือแตกแล้วจะมองไม่เห็นชั้นไขมัน 4. แผลกดทับระดับ 3: สูญเสียความหนาความแข็งแรงของผิวหนังทั้งชั้น เกิดเป็นเนื้อตายหรือสะเก็ดเนื้อตาย 5. แผลกดทับระดับ 4: มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness Skin Loss) ซึ่งมองเห็นกระดูก เอ็นหรือกล้ามเนื้อ และ 6. แผลกดทับระดับ Unstageable Wound: แผลที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Unstageable Wound) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness Skin Loss) ซึ่งพื้นที่แผลปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง ซึ่งทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้ (รินณารา สายเมฆ, 2559) แผลกดทับในแต่ละระดับมีลักษณะที่แตกต่างกัน ระดับความรุนแรงที่แตกต่าง ดังนั้น การดูแลแผลกดทับในแต่ละระดับจึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับเพิ่ม หรือเกิดระดับแผลกดทับที่เพิ่มขึ้น

ลักษณะหุ่นจำลองแผลกดทับในต่างประเทศ จะมีแผลกดทับหลายบริเวณ หลายระดับ โดยจะแยกตัวแผล 1 ระดับ ต่อหุ่น 1 ตัว ตัวหุ่นจะมีขนาดตั้งแต่ เอว ถึง สะโพก ตัวหุ่นมีลักษณะเสมือนจริง โดยเฉพาะตรงบริเวณของแผลกดทับที่มีลักษณะสีที่ถ้าแค่มองจะให้ความรู้สึกเหมือนของจริงเทียบกับหุ่นแผลกดทับของไทยแล้ว หุ่นแผลกดทับของต่างประเทศมีความก้าวหน้าและความเหมือนจริงมากกว่า เทียบกันในเรื่องของราคา หุ่นแผลกดทับของต่างประเทศจะมีราคาที่แพงกว่า ด้วยลักษณะ และความเสมือนจริงและส่งผลดีต่อการใช้และการจดจำของผู้ใช้ได้ดีกว่า สำหรับลักษณะหุ่นจำลองแผลกดทับในประเทศไทย ส่วนใหญ่มักทำตัวหุ่นมาจากน้ำยางพารา เนื่องจากน้ำยางพารามีราคาถูกสามารถหาซื้อได้ง่าย มีความยืดหยุ่นสูงคล้ายกับเนื้อมนุษย์จริง หรือการทำตัวหุ่นมาจากหุ่นโชว์เสื้อผ้าที่ทำมาจากพลาสติก แบบจำลองที่นิยมทำมักเป็นส่วนของสะโพกเนื่องจากแผลกดทับส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นบริเวณก้นกบ โดยหุ่นได้มีการระบายสีและตกแต่งแผลให้เปรียบเสมือนแผลกดทับ โดยตัวหุ่นยังไม่มีการทำน้ำเลือดหรือน้ำหนองที่ซึมออกจากแผล และความสมจริงของแผลยังมีไม่มากนัก ตัวหุ่นมีคุณสมบัติกันน้ำ ทำให้สามารถใช้เป็นแบบสอน แบบฝึกทักษะในการทำความสะอาดแผลที่ต้องใช้น้ำยาหลายชนิดได้ โดยแบบจำลองแผลกดทับมีการจำลองออกมาทั้งหมด 6 ระดับตามมาตรฐานสากล แบบจำลองแผลกดทับอาจใช้สำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาล รวมทั้งญาติผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการพัฒนาทั้งความรู้และฝึกทักษะการทำความสะอาดของแผลกดทับรวมทั้งเทคนิคการดูแลทั้ง 6 ระดับได้อย่างถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง แต่แบบจำลองแผลกดทับที่มีในประเทศไทยยังคงมีราคาที่สูงเกินไปสำหรับนำมาใช้ฝึกเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยและการฝึกเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลกดทับ

การดูแลแผลกดทับจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญ หากไม่ได้รับการดูแลหรือมีการดูแลที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้มีการติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งจากการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงมีการพัฒนาหุ่นจำลองแผลกดทับ “นวัตกรรมหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ Pressure Ulcer Model with 6 Stages” ซึ่งเป็นหุ่นจำลองที่มีการจำลองแผลกดทับถึง 6 ระดับ

มีลักษณะและเนื้อสัมผัสที่เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับให้แก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด PDCA (Deming, 1986) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ Plan หมายถึงการวางแผน Do: สร้าง Prototype Check : การตรวจสอบแผนงานที่ดำเนินการแล้ว และ Act : นำผลการประเมินที่ได้มาใช้ปรับปรุงต่อยอด

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม (Innovation Research and Development) ดำเนินการ 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างและพัฒนาหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ

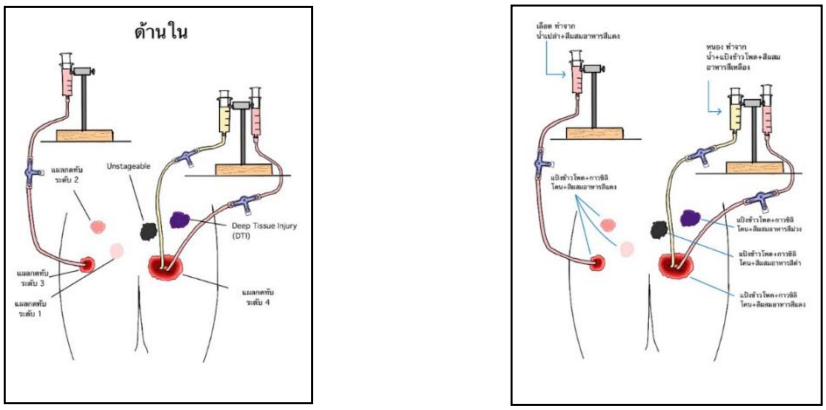
Plan (วางแผน)

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ โดยเพิ่มระดับแผลกดทับทั้งหมด 6 ระดับ และเพิ่มระบบเลือดและหนองเพื่อความเสมือนจริงมากขึ้น

2. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจากนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา อาจารย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

Do (ปฏิบัติ)

สร้าง Prototype 3D ของหุ่นจำลองแผลกดทับ เพื่อเป็นแนวทางการประดิษฐ์หุ่นจำลองก่อนลงมือปฏิบัติดังภาพที่ 2



ภาพ 2 Prototype ของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ

Check (ประเมินผล)

ผู้วิจัยนำหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับเพิ่มเลือดหนองที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ให้ฝึกปฏิบัติการทำแผลกดทับ โดยใช้หุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ เพื่อตรวจสอบและหาข้อบกพร่องของหุ่นจำลอง

Act (การปรับปรุง)

นำผลการประเมินที่ได้มาใช้ปรับปรุงต่อยอดและพัฒนาแบบหุ่นจำลองเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ปีการศึกษา 2567 ทั้งหมด จำนวน 139 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ปีการศึกษา 2567 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของยามาเน (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 103 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลาก (Lottery) แบบไม่คืนกลับที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ หุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นหุ่นครึ่งท่อนโดยใช้โมเดลก้นแสดงให้เห็นแผลกดทับในระดับต่าง ๆ ที่แตกต่างกันโดยมีการปั้นรูปทรงของแผลและใช้สีในการตกแต่งลักษณะของแผลกดทับตามระดับและมีการสร้างสารคัดหลั่งที่เป็นเลือดสำหรับใช้ในแผลกดทับระดับที่ 4 และสารคัดหลั่งที่เป็นหนองใช้ในแผลกดทับระดับ Unstageable Wound โดยเจาะรูที่แผลและต่อสาย Extension เข้ากับ Syringe ที่บรรจุสารคัดหลั่งไว้ และมีตัว Three Way เป็นตัวควบคุมการไหลของสารคัดหลั่ง เพื่อเพิ่มความเสมือนจริงให้กับแผลกดทับหากต้องการฝึกทักษะการทำแผลกดทับ

2. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี

2.2 แบบประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ โดยใช้ Google Forms เป็นการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความพอใจต่อประสิทธิภาพของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ จำนวน 9 ข้อ รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งระดับความพอใจต่อประสิทธิภาพ

ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง มีประสิทธิภาพดีมากที่สุด
ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 3.51 - 4.50 หมายถึง มีประสิทธิภาพดีมาก
ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 2.51 - 3.50 หมายถึง มีประสิทธิภาพปานกลาง
ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 1.51 - 2.50 หมายถึง มีประสิทธิภาพน้อย
ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 - 1.50 หมายถึง มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ โดยใช้ Google Forms เป็นการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความพอใจในการใช้หุ่นจำลองแผลกดทับในที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ จำนวน 9 ข้อ รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งระดับความพึงพอใจ เป็น 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การแปลระดับดังนี้

ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด
ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 3.51 - 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก
ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 2.51 - 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง
ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 1.51 - 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย
ค่าระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 - 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้งหมด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน หาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index : CVI) พบว่าได้ค่า CVI เท่ากับ .89 ของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด (Polit & Beck, 2012) หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามประสิทธิภาพของหุ่นจำลองการแผลกดทับ 6 ระดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ความเที่ยงเท่ากับ .95 และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสรุปเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นก่อนการทดลอง

1. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ นำเสนอการดำเนินการวิจัยในภาพรวม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ถามความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างเต็มใจเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอม

2. ดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 - 11 คน ใน 103 คน เพื่อให้ผู้เรียนเห็นวิธีการปฏิบัติอย่างทั่วถึง

2.2 กลุ่มตัวอย่างเรียนเรื่องการปฏิบัติทักษะการทำแผลกดทับและประเมินระดับแผลกดทับจากวิดีโอที่ผู้วิจัยได้ทำการสาธิตการประเมินระดับแผลกดทับและการทำแผลกดทับด้วยหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับที่ทางผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น

2.3 กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการทำแผลกดทับกับหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นรายบุคคล

3. ดำเนินการหลังการทดลอง หลังการฝึกปฏิบัติทักษะการทำแผลกดทับ โดยใช้แบบสอบถามประสิทธิภาพของหุ่นจำลองการแผลกดทับ 6 ระดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อสรุปผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ โดยการใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

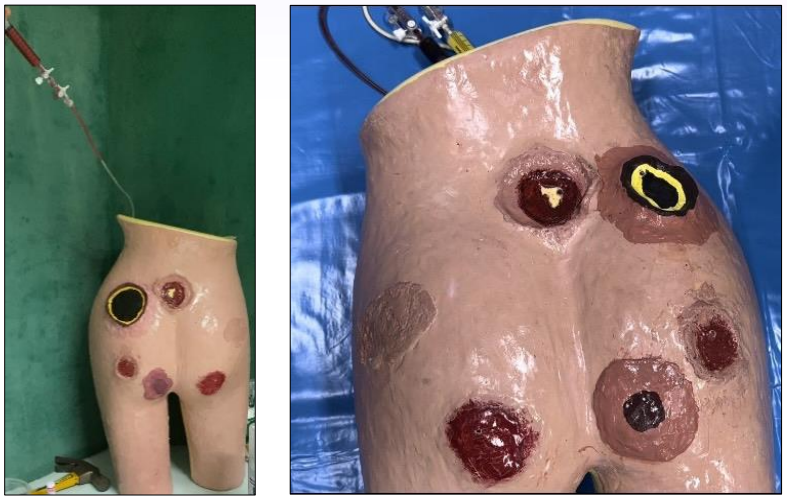
จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา รหัสโครงการวิจัย EC.NO.SN57.BCNSK 2/2567 รับรองเมื่อวันที่ 21 ส.ค 67 การนำเสนอการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่เหลือจะได้รับการสอนการตรวจร่างกายจากการหุ่นจำลองเหมือนกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นหุ่นครึ่งท่อน โดยใช้โมเดลก้นแสดงให้เห็นแผลกดทับในระดับต่าง ๆ ที่แตกต่างกันโดยมีการปั้นรูปทรงของแผลและใช้สีในการตกแต่งลักษณะของแผลกดทับตามระดับและมีการสร้างสารคัดหลั่งที่เป็นเลือดสำหรับใช้ในแผลกดทับระดับที่ 4 และสารคัดหลั่งที่เป็นหนองใช้ในแผลกดทับระดับ Unstageable Wound โดยเจาะรูที่แผลและต่อสาย Extension เข้ากับ Syringe ที่บรรจุสารคัดหลั่งไว้

และมีตัว Three Way เป็นตัวควบคุมการไหลของสารคัดหลั่ง เพื่อเพิ่มความเสมือนจริงให้กับแผลกดทับหากต้องการฝึกทักษะการทำแผลกดทับ



ภาพ 3 หุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ

2. ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ (n = 103)

ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ	*M*	*SD*	แปลผล
1. ลักษณะแผลมีความใกล้เคียงกับแผลจริง	4.51	0.62	ดีมากที่สุด
2. สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายและนำไปฝึกนอกสถานที่	4.68	0.49	ดีมากที่สุด
3. สะดวกและง่ายต่อการใช้ฝึกประเมินการดูแลแผลกดทับ	4.73	0.45	ดีมากที่สุด
4. ทำให้สามารถปฏิบัติการดูแลแผลกดทับได้	4.71	0.54	ดีมากที่สุด
5. ช่วยให้ประเมินระดับแผลกดทับได้	4.69	0.51	ดีมากที่สุด
6. ส่วนที่ต้องการฝึกทักษะใกล้เคียงของจริง	4.64	0.48	ดีมากที่สุด
7. มีความคุ้มค่าในการผลิต	4.66	0.50	ดีมากที่สุด
8. ใช้วัสดุที่ใกล้เคียงของจริง	4.59	0.57	ดีมากที่สุด
9. ส่งเสริมทักษะการประเมินระดับแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับได้	4.72	0.45	ดีมากที่สุด
โดยรวม	**4.66**	**0.51**	**ดีมากที่สุด**

ตาราง 1 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ในระดับดีมากที่สุด (*M* = 4.66, *SD* = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อรายการที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ สะดวกและง่ายต่อการใช้ฝึกประเมินการดูแลแผลกดทับ (*M* = 4.73, *SD* = 0.45) ข้อรายการที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ ใช้วัสดุที่ใกล้เคียงของจริง (*M* = 4.59, *SD* = 0.57)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ (*n* = 103)

ความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ	*M*	*SD*	แปลผล
1. ส่งเสริมให้เกิดความสนใจในการฝึกทักษะการดูแลแผลกดทับ	4.77	0.42	มากที่สุด
2. เป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการประเมินระดับแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับ	4.76	0.45	มากที่สุด
3. มีความสอดคล้องของจุดประสงค์ในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้	4.78	0.44	มากที่สุด
4. มีประโยชน์ในการฝึกทักษะการประเมินระดับแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับ	4.80	0.40	มากที่สุด

ความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ	*M*	*SD*	แปลผล
5. มีประโยชน์ในการเตรียมตัวก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ที่มีแผลกดทับ	4.77	0.42	มากที่สุด
6. สามารถนำไปใช้ในการฝึกทักษะการประเมินระดับแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับได้อย่างสะดวก	4.81	0.42	มากที่สุด
7. เป็นนวัตกรรมที่สร้างแรงจูงใจแก่ท่านในการฝึกภาคปฏิบัติ	4.75	0.46	มากที่สุด
8. ส่งเสริมความมั่นใจในการทำแผลกดทับ	4.77	0.42	มากที่สุด
9. ภายหลังจากการฝึกกับหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ทำให้มีความมั่นใจในทักษะและความแม่นยำในการดูแลแผลกดทับมากขึ้น	4.79	0.44	มากที่สุด
โดยรวม	**4.78**	**0.43**	**มากที่สุด**

จากตารางที่ 2 พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.78, *SD* = 0.43) ข้อรายการที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ สามารถนำไปใช้ในการฝึกทักษะการประเมินระดับแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับได้อย่างสะดวก (*M* = 4.81, *SD* = 0.42) ข้อรายการที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ เป็นนวัตกรรมที่สร้างแรงจูงใจแก่ท่านในการฝึกภาคปฏิบัติ (*M* = 4.75, *SD* = 0.46)

การอภิปรายผล

การพัฒนาหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ที่ได้จากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างและข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ซึ่งสรุปได้ว่าต้องการหุ่นจำลองแผลกดทับที่มีลักษณะแตกต่างจากแบบเดิมที่เคยมีอยู่ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการสร้างหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ และมีสารคัดหลั่งเลือดและหนองเพื่อความเสมือนจริง ดังนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาหุ่นจำลองที่มีแผลกดทับ 6 ระดับ และมีการสร้างสารคัดหลั่งที่เป็นเลือดและหนองให้มีความเสมือนจริง และมีการปั้นรูปทรงของแผลและตกแต่งด้วยสีให้มีลักษณะตรงตามระดับของแผลกดทับ แต่ยังมีข้อควรปรับปรุงคือให้สารคัดหลั่งมีความหนืดมากขึ้นและตัวหุ่นจำลองมีลักษณะนิ่มเหมือนเนื้อมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tschannen & Anderson (2020) กล่าวว่า ในการแสดงกลไกการบาดเจ็บจากแรงกดทับโดยการสร้างแบบจำลองแทนจะช่วยให้เราเข้าใจกลไกที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแผลกดทับในระยะยาว ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและการดูแลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล

ประสิทธิภาพของหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ภายหลังการทดลองใช้ตัวหุ่นจำลอง พบว่า นักศึกษารู้สึกว่าลักษณะแผลมีความใกล้เคียงกับแผลจริง ทำให้สามารถปฏิบัติการดูแลแผลกดทับได้เนื่องจากตัวแผลมีสารคัดหลั่งทำให้สามารถฝึกทักษะการทำแผลกดทับได้ และทำให้สามารถประเมินระดับของแผลกดทับได้ เนื่องจากหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ที่สร้างขึ้นสามารถเป็นสื่อการเรียนการสอนที่ดี มีรายละเอียดของแผลกดทับคล้ายของจริง ทำให้ผู้เรียนรู้ได้สัมผัสสิ่งที่ใกล้เคียงของจริงมากที่สุด สามารถฝึกทักษะการประเมินระดับแผลและดูแลแผลกดทับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมภัสสร เด็ดขาด (2561) กล่าวว่า สื่อการสอนจะช่วยให้เกิดการรับรู้แจ้งชัด ช่วยให้ผู้เรียนรู้สามารถเข้าใจและจดจำได้นาน ทำให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น และยังสอดคล้องกับหุ่นจำลองแผลกดทับ (Pressure Ulcer Model) ของ จิณพิชญ์ชา มะมม และ มรรยาท รุจิวิชชญ์ (2559) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแผลกดทับ 6 ระดับตามมาตรฐานสากล ซึ่งสร้างจากยางพารา โดยนำมาใช้ร่วมกับการสอนและการสาธิตแก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาล รวมทั้งญาติผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับพัฒนาความรู้เกี่ยวกับความหมาย ความแตกต่างและทักษะการทำความสะอาดของแผลกดทับ แต่อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังมีจุดที่ต้องพัฒนาต่อในเรื่องของลักษณะของวัสดุของหุ่นจำลองในเรื่องพื้นผิวที่ต้องให้เสมือนจริงและเพิ่มการสร้างแผลที่มีเนื้อตายเพื่อให้เกิดความสมจริงให้นักศึกษาได้ฝึกการทำแผลในลักษณะที่มีเนื้อตาย

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ โดยพบว่าหลังทดลองใช้หุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ สามารถนำไปใช้ในการฝึกทักษะการประเมินระดับแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับได้อย่างสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ จรูญลักษณ์

ป้องเจริญ, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, ดารินทร์ พนาสันต์, ลักขณา ศิรถิรกุล (2564) เป็นการใช้สื่อนวัตกรรมหุ่นจำลองดูดเสมหะกับนักศึกษาพยาบาลก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน พบว่า ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ สามารถนำความรู้ที่ได้จากการใช้นวัตกรรมไปใช้ในการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจริงได้ แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ พบว่าด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดเป็นนวัตกรรมที่สร้างแรงจูงใจแก่ท่านในการฝึกภาคปฏิบัติ อธิบายได้ว่า การสร้างแรงจูงใจในการฝึกภาคปฏิบัติ ถ้าหากมีการนำสถานการณ์จำลองมาประยุกต์ใช้กับการสื่อหุ่นจำลองแผลกดทับจะส่งผลให้นักศึกษารับรู้ความสามารถตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจและส่งผลต่อแรงจูงใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติได้มากขึ้น (ธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์, เยาวลักษณ์ โพธิดารา, ลลิดา ปักเขมายัง, ญาธิดา วุฒิศาสตร์กุล, นภารินทร์ นวลไธสง, 2565)

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าหุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถเรียนรู้ประเมินระดับแผลและฝึกปฏิบัติทักษะการทำแผลกดทับได้เสมือนจริง เหมาะสมในการนำไปใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนและการสาธิตการทำแผลกดทับ แต่คุณสมบัติในการผลิตและการส่งเสริมการเรียนรู้น่าจะสามารถปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น จึงควรพัฒนาต่อไปโดยพิจารณาจากข้อเสนอแนะให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ ทำวัสดุที่ให้เสมือนจริง เช่น ยางพารา ซิลิโคน เป็นต้น การสร้างเนื้อเยื่อตายเพื่อให้เสมือนจริง และการสร้างลักษณะของแผลให้มีความสมจริงตามแต่ละระดับมากยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับสถานศึกษา ในการผลิตสื่อการสอนประเภทหุ่นจำลองที่ใช้ต้นทุนในการผลิตต่ำและมีประสิทธิภาพ

2. ผู้บริหารควรสนับสนุนทางด้านนโยบายและจัดสรรงบประมาณให้มีการพัฒนาหุ่นจำลองต่าง ๆ อย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. หุ่นจำลองแผลกดทับ 6 ระดับ ควรสร้างจากหุ่นยางพาราเพื่อให้มีความเสมือนจริงมากยิ่งขึ้น ลักษณะของสิ่งคัดหลั่งควรมีความใกล้เคียงกับของจริง และแผลระดับต่าง ๆ ควรอยู่ห่างกัน เพื่อสะดวกต่อการฝึกทักษะในการทำแผลได้ง่ายยิ่งขึ้น แผลที่มีเนื้อตายสามารถตัดได้จริง รวมทั้งหุ่นมีขนาดใหญ่ทำให้การเคลื่อนย้ายไม่สะดวก ดังนั้นควรมีการวิจัยพัฒนาหุ่นจำลองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น วัสดุมีคุณภาพมากขึ้น หุ่นแบบประกอบได้ เป็นต้น

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง สามารถวัดทักษะการทำแผลกดทับที่ถูกต้องได้

References

จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, ดารินทร์ พนาสันต์, ลักขณา ศิรถิรกุล. (2564). ผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นจำลองดูดเสมหะ“SNC.SUCTION MODEL”ต่อทักษะดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 22*(1), 80-94.

จิณพิชญ์ชา มะมม, มรรยาท รุจิวิชชญ์. (2559). *หุ่นจำลองแผลกดทับ.* สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2568 จาก https://explore.nrct.go.th/search_detail/result/2237

ธนธัช คงสมบูรณ์. (2565). *ระบบอัตโนมัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ.* สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2568 จาก https://social.nia.or.th/2022/open0043/

ธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์, เยาวลักษณ์ โพธิดารา, ลลิดา ปักเขมายัง, ญาธิดา วุฒิศาสตร์กุล, นภารินทร์ นวลไธสง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 4*(2), 1-13.

พิมภัสสร เด็ดขาด. (2561). *การพัฒนาคลังสื่อออนไลน์วิชาสังคมศึกษาสำหรับครูโรงเรียนพระปริยัติธรรมจังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภิญโญ อุทธิยา. (2566). บทบาทของพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านในการป้องกันและดูแลแผลกดทับผู้ป่วยที่บ้าน:ประสบการณ์ของโรงพยาบาลรามาธิบดี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, *39*(2), 12- 21.

รินณารา สายเมฆ. (2559). *การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมชน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วีระพรรณ บุญมีวิเศษ, จันทร์ทิพย์ สุขบัว, พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นั้นทะนา. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย. *ชัยภูมิเวชสาร*, *42*(2), 118-130.

อรพินท์ สีขาว. (2566). *พยาธิสรีรวิทยา : สำหรับนักศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

อัญชลี มูลวงษ์, ชิสาพัชร์ วงษ์จินดา, ธนะวัฒน์ รวมสุก. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแลในโรงพยาบาลคลองเขื่อน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *14*(3), 1-14.

อารียา นรารัตน์, สมฤดี เศษสุข, สุดารัตน์ มาตวงศ์, พิชญา เคารพธรรม, จรัสพร วิลัยสัย. (2566). การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดแผลทับในผู้ป่วยติดเตียง. *วชิรสารการพยาบาล*, *25*(1), 95-99

Abrahams, F. R., Daniels, E. R., Niikondo, H. N., & Amakali, K. (2023). Students' knowledge, attitude and practices towards pressure ulcer prevention and management. *Health SA = SA Gesondheid*, *28*, 2180. https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2180

Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th Edition). Lippincott Williams & Wilkins.

Tschannen, D., & Anderson, C. (2020). The pressure injury predictive model: A framework for hospital-acquired pressure injuries. *Journal of clinical nursing, 29*(7-8), 1398–1421. https://doi.org/10.1111/jocn.15171

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis.* (3rd ed.). Harper & Row.

ส.น.พ. NIHA
สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลทุ่งสง

Development of a care model to prevent pressure ulcers in critically ill patients Thung Song Hospital

ปริศนา มณีฉาย[1*]
Prissana Maneechay[1*]
[1]**โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช**
[1]Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: *January 30, 2025*: Revised: *June 29, 2025*; Accepted: *July 1, 2025*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต 2) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์ปัญหากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 57 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 12 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 45 คน รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับมีดังนี้ 1) ระยะแรกรับมีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ลักษณะของผิวหนัง และบันทึกความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2) ระยะการดูแลในโรงพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและคู่มือการนิเทศ โดยปรับปรุงแนวปฏิบัติฉบับย่อ EPUAP การนิเทศตามแนวคิด Proctor 3) ระยะจำหน่าย มีการให้ความรู้และการดูแลป้องกันแผลกดทับกับญาติ โดยใช้ e-book ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ ระยะที่ 4 ขยายผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon Signed Rank test ผลการศึกษา พบว่า

1. รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแรกรับมีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การประเมินสภาพผิวหนัง การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยง 2) ระยะการดูแลในโรงพยาบาล มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และ 3) ระยะจำหน่าย การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์

2. หลังใช้รูปแบบพบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงขึ้นและผู้บริหารทางการพยาบาลมีพฤติกรรมการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ควรส่งเสริมการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการประเมินโภชนาการ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดคุณภาพในการดูแล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับ สมรรถนะพยาบาล พฤติกรรมการนิเทศทางการพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: prissanauss@gmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to develop a care model for preventing ulcers in critically ill patients, and compare the incidence of pressure ulcers, the competency of professional nurses, and the supervisory behaviors of nursing administrators before and after implementing the model. The study was divided into four phases: 1) A survey and synthesis of significant issues regarding pressure injury prevention. This phase involved 8 nursing administrators. 2) Development of a care model to prevent pressure ulcers from admission to discharge. This phase involved 57 professional nurses from Thungsong Hospital, consisting of 12 nursing administrators and 45 professional nurses. The care model to prevent pressure ulcers consisted of three main components: (1) Admission phase risk assessment for pressure ulcers, skin assessment, and documentation of pressure ulcer risk. (2) In-hospital care phase implementation of care practices was based on clinical guidelines and a supervision manual, using an adapted summary version of the EPUAP guidelines and supervision based on Proctor's model. And (3) the discharge phase, which comprised education for the family on pressure ulcer prevention using an e-book. 3) Pilot implementation of the model. And 4) model expansion and data analysis, the data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and Wilcoxon Signed test. Results revealed that:

1. The care model for critically ill patients was implemented in three phases: Phase 1, the admission phase, focused on risk assessment for pressure ulcer development, skin assessment, documentation, and communication of risk information. Phase 2, the in-hospital care phase, emphasized adherence to evidence-based clinical practice guidelines and included routine monitoring and supervision of nursing practices. Phase 3, the discharge phase, involved educating caregivers using electronic media.

2. The application of this care model significantly reduced the incidence of pressure injuries among critically ill patients. In addition, professional nurses demonstrated a significant improvement in their competency related to pressure ulcer prevention. Furthermore, nurse administrators exhibited a statistically significant increase in their supervisory behaviors, with a significance level of $p < 0.05$.

It is crucial to consistently promote the implementation of patient care models for pressure injury prevention, as well as to enhance the competencies of professional nurses in nutritional assessment, in order to ensure patient safety, prevent complications, and improve the quality of care.

Keywords: Pressure Ulcer Prevention Guidelines, Nurse Competency, Nursing Supervision Behavior

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีอัตราการเกิดสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การไหลเวียนโลหิตไม่ดี และการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันลดลง (อรนุช มกราภิรมย์, อันธิกา คะระวานิช, 2563) แผลกดทับเป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 5 - 15 โดยจะพบมากในผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวและในหอผู้ป่วยวิกฤติ ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบความชุกการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติร้อยละ 11.11 ซึ่งนับว่าเป็นอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูง ไม่แตกต่างจากที่พบในต่างประเทศ (ศิรินันท์ อ่อนพุทธา, ดารารัตน์ ชูวงค์อินทร์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, รัตนา จุลสวัสดิ์, 2566) การเกิดแผลกดทับส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ (ศิริกัญญา อุสาหพิริยกุล, ศากุล ช่างไม้, วีนัส ลีพหกุล, 2562) การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐานและเป็น 1 ใน 5 ตัวชี้วัดที่สำคัญของผลลัพธ์บริการในระดับประเทศและสอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในส่วนของความปลอดภัยของผู้ป่วย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน (2561) ดังนั้น การป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งและพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เนื่องจากต้องอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและจากการทบทวนวรรณกรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ส่งผลให้ป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

โรงพยาบาลทุ่งสงเป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากเฉลี่ย 232 รายต่อวัน พ.ศ.2563 - 2566 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล จำนวน 3.62 4.90 และ 4.39 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ อัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย 4.30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย เกณฑ์ตัวชี้วัดการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 ต้อง < 2 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาลทุ่งสงนานมากกว่า 7 วัน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น 27,000 – 127,895 บาทต่อราย จากการทบทวนการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลทุ่งสง พบว่าแนวปฏิบัติไม่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ความสมบูรณ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติน้อย และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการดูแลป้องกันผู้ป่วยวิกฤตไม่ให้เกิดแผลกดทับ โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การนิเทศทางการพยาบาล รวมทั้งประเมินและส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ นำมาใช้ในการพัฒนาต่อยอดเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์วิจัย

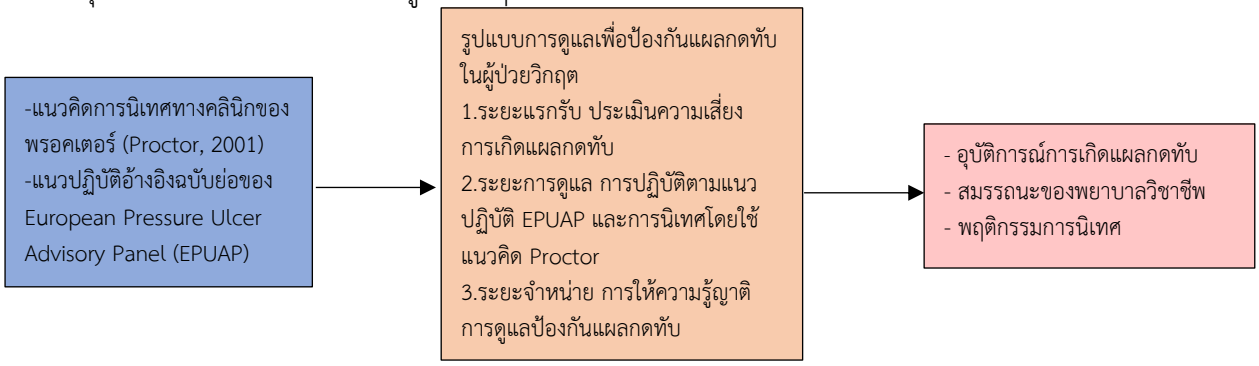
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันแผลกดทับ พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น
2. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลทุ่งสง ใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) ประกอบด้วย 1) การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน 2) การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และ3) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน เป็นกระบวนการที่มุ่งให้การสนับสนุน แนะนำ และสะท้อนผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อของ European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) การประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ 3) การป้องกันและการดูแลผิวหนัง 4) การประเมินภาวะโภชนาการ 5) การเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย และ 6) การทำความสะอาดแผลและการตกแต่งแผล ซึ่งการใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวช่วยให้ได้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตที่ครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยง การดูแลตามมาตรฐาน และการนิเทศเชิงคลินิก ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ด้วยพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) รายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับด้วยการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 60 นาที โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้างจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับอย่างไรบ้าง 2) ท่านประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตอย่างไร 3) ท่านคิดว่าแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับที่เหมาะสมเป็นอย่างไร ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ก่อนนำผลไปพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

การวิจัยระยะนี้ผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาแผล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับประสบการณ์การนิเทศทางการพยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต จากนั้นดำเนินการจัดทำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต โดยการปรับปรุงแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง การดูแลที่ครอบคลุมตามมาตรฐานในด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านการจัดท่า ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ การตกแต่งบาดแผล รวมทั้งการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง ซึ่งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ระยะแรกรับ มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ลักษณะของผิวหนัง และบันทึกความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2) ระยะการดูแลในโรงพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร่วมกับการนิเทศทางการพยาบาลโดยใช้คู่มือการนิเทศเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติและคู่มือการนิเทศ โดยการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติฉบับย่อ EPUAP การนิเทศตามแนวคิด Proctor model 3) ระยะจำหน่าย มีการให้ความรู้และการดูแลป้องกันแผลกดทับกับญาติ โดยใช้ e-book

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

โดยการนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปใช้และมีการประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้รูปแบบ เป็นวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest-posttest Designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลทุ่งสง ได้แก่ หัวหน้าตึกและรองหัวหน้าตึกทั้งหมด 38 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 207 คน รวม 245 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 12 คน มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีประสบการณ์ในการนิเทศทางการพยาบาลไม่ต่ำกว่า 2 ปี และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลทุ่งสง และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสุ่มโดยการจับฉลาก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคำนวณ G* Power Analysis ใช้ Test Family เลือก t-test, statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (1988) ได้กล่าวว่าการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย มีการปรับปรุงการใช้แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อ EPUAP เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและคู่มือการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ ในการนิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ ปริศนา มณีฉาย, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, เรณุการ์ ทองคำรอด (2567) เรื่อง ผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลทุ่งสง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการเข้าร่วมอบรมวิชาการเรื่อง การนิเทศทางการพยาบาลและเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมด้านการวางแผนการนิเทศ จำนวน 5 ข้อ 2) พฤติกรรมด้านการดำเนินการนิเทศ จำนวน 17 ข้อ 3) พฤติกรรมด้านการประเมินผลการนิเทศ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้

กรอบแนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) และกระบวนการนิเทศ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน จาก 5 หมายถึง มีการปฏิบัติทุกครั้ง ถึง 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลประเมินตนเอง

2.2 แบบสอบถามแบบประเมินสมรรถนะด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ ปริศนา มณีฉาย, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, เรณุการ์ ทองคำรอด (2567) เรื่อง ผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลทุ่งสง ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่งประสบการณ์ในตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการเข้าร่วมอบรมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2.2 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยมีการประเมินสมรรถนะ 6 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 10 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ จำนวน 6 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนัง จำนวน 6 ข้อ 4) สมรรถนะด้านการประเมินภาวะโภชนาการจำนวน 7 ข้อ 5) สมรรถนะด้านการเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 10 ข้อ และ 6) สมรรถนะด้านการทำความสะอาดแผลและการตกแต่งแผล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน จาก 5 หมายถึง ดีที่สุด ถึง 1 หมายถึง น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนกำหนดเกณฑ์ดังนี้ (Best, 1997)

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับดีที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับบราเดน (Braden Scale) ประกอบ 6 หมวดได้แก่ 1) การรับรู้ของผู้ป่วย 2) ความชื้นของผิวหนัง 3) การทำกิจกรรมของผู้ป่วย 4) การเคลื่อนไหว 5) ภาวะโภชนาการ และ 6) แรงไถลและแรงเสียดทาน มีคะแนนเต็ม 24 คะแนน คะแนนน้อยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ

2.4 แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลทุ่งสง ประกอบด้วย ชื่อ สกุล HN AN คะแนน Braden Scale ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ ระดับของแผลกดทับ การรายงานอุบัติการณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้ผู้ทรงวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาแผล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับประสบการณ์การนิเทศทางการพยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้ค่าทั้งฉบับเท่ากับ .81 และแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 0.81

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลท่าศาลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับเดียวกับโรงพยาบาลทุ่งสง ค่าสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เท่ากับ .98 และแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเท่ากับ .96

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติวิลคลอกซัน (Wilcoxon Matched Pairs-signed Rank Test) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จากการทดสอบ Kolmogorov-Sminov Test ได้ค่า Sig = 0.02

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จากการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า Sig = 0.06

ระยะที่ 4 ขยายผล

มีการนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ซึ่งรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ 1. ระยะแรกรับ ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale วางแผนการดูแลรายบุคคลตามระดับความเสี่ยง (เสี่ยงต่ำ ปานกลาง เสี่ยงสูง) สื่อสารข้อมูลความเสี่ยงกับทีมสุขภาพและญาติผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบ ขณะ Pre Conference ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที 2. ระยะการดูแล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ EPUAP ได้แก่ การประเมินสภาพผิวหนัง ประเมินการเคลื่อนไหว การใช้ที่นอนลมเพื่อลดแรงกดที่ส่งผลให้เกิดแผลกดทับและการใช้ผ้ายกเพื่อลดแรงเฉือน การจัดท่าและการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือเพิ่มขึ้นตามสภาพของผู้ป่วย การดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น โดยการใช้โลชั่นหรือวาสลีน การประเมินภาวะโภชนาการ ผู้บริหารทางการพยาบาลนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบ โดยการประชุมปรึกษาข้างเตียงรายกลุ่ม เลือก case study ในการประชุมปรึกษาใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการนิเทศกิจกรรมการพยาบาล การสอนแนะพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติ การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ EPUAP ประกอบด้วย 6 ด้าน ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที และการติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติรายบุคคลและรายกลุ่ม ขณะ Post conference ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที 3. ระยะจำหน่าย การประเมินซ้ำและการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที ผลลัพธ์ ผู้บริหารทางการพยาบาลมีพฤติกรรมการนิเทศทางการพยาบาลสูงขึ้น พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลทุ่งสง เลขที่เอกสารรับรอง REC-THO 26/2567 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การใช้รหัสแทนชื่อ และการจัดเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย

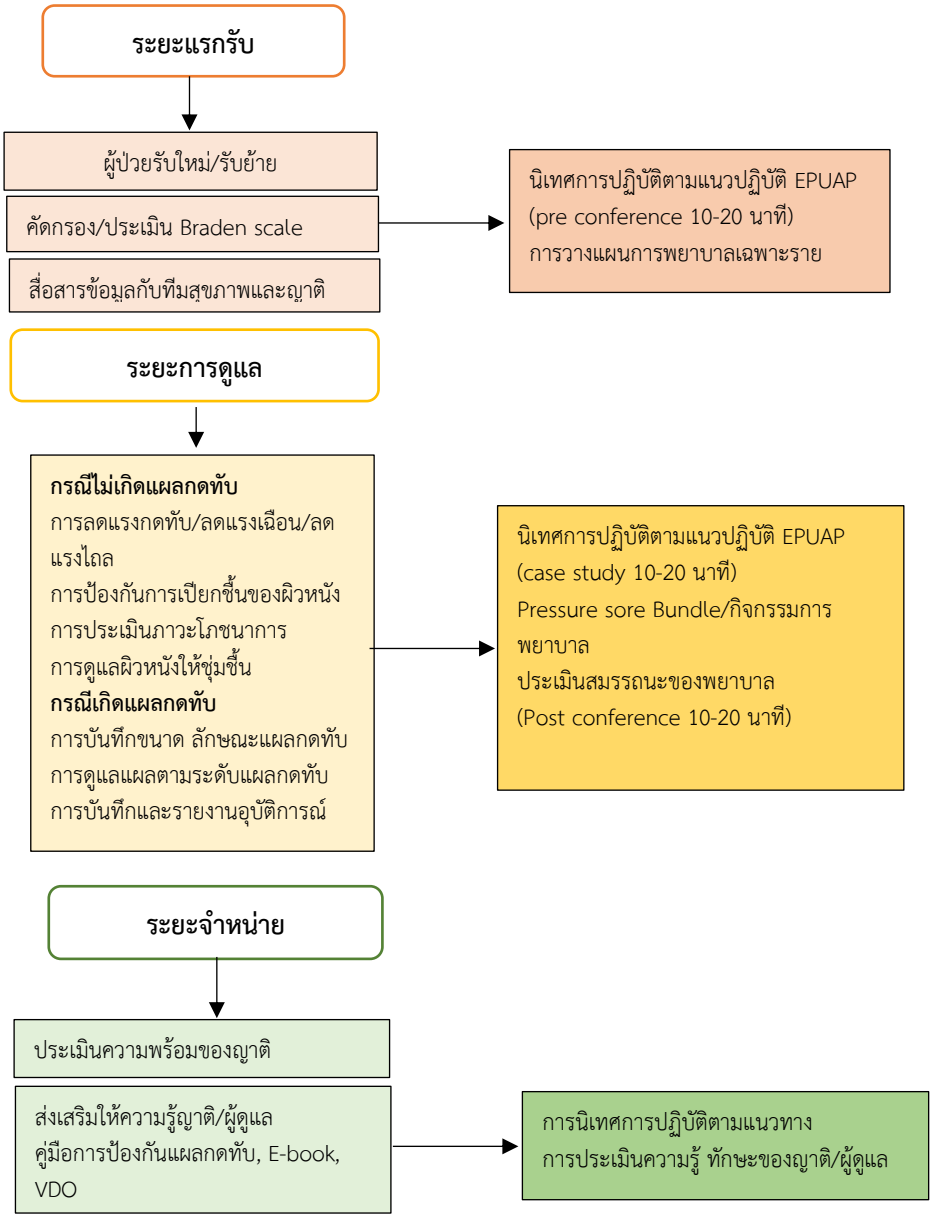
ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะการดูแลในโรงพยาบาลและระยะการจำหน่าย ดังนี้

1.1 ระยะแรกรับ มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมิน Braden Scale การประเมินสภาพผิวหนัง การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับให้ทีมสุขภาพและญาติทราบเพื่อให้ได้รับการดูแลตามรูปแบบ

1.2 ระยะการดูแลในโรงพยาบาล มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ EPUAP และมีการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor (2001) เพื่อสนับสนุนและติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ซึ่งการแบ่งความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ความเสี่ยงระดับต่ำ คะแนน Braden Scale มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ให้การพยาบาลโดยการประเมินซ้ำทุกวัน ดูแลผิวหนังให้สะอาดและแห้ง หลีกเลี่ยงความชื้นจากเหงื่อหรืออุจาระ ดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วน จัดท่าให้สุขสบาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสมตามสภาพ ความเสี่ยงระดับปานกลาง คะแนน Braden Scale 13 - 15 คะแนน มีการประเมินความเสี่ยงซ้ำ 2 ครั้ง/วัน ให้การดูแลตามความเสี่งต่ำ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง มีการใช้ที่นอนลมทุกราย ประเมินภาวะโภชนาการ ให้ความรู้ผู้ดูแลในการสังเกตผิวหนังและดูแลอย่างเหมาะสม ความเสี่ยงระดับสูง คะแนน Braden Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน มีการประเมินความเสี่ยงซ้ำ 3 ครั้ง/วัน มีการปฏิบัติตามความเสี่ยงปานกลาง

1.3 ระยะจำหน่ายการให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ E-book และวิดีโอ เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

2. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันแผลกดทับ พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 12 คน โดยเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 48.24 ปี (*SD* = 5.9) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 55 ปี ร้อยละ 33.3 จบปริญญาตรี ร้อยละ 91.7 มีตำแหน่งหัวหน้าตึกและรองหัวหน้าตึก ประสบการณ์ในตำแหน่งอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.7 มีประสบการณ์เข้าร่วมอบรมวิชาการเรื่องการนิเทศทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 66.7 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 40 ปี ร้อยละ 55.5 มีอายุเฉลี่ย 32.69 ปี (*SD* = 8.71) อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 54 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 10.13 ปี (*SD* = 8.73) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในระดับ Expert ร้อยละ 44.4 และรองลงมาอยู่ในระดับ Novice ร้อยละ 11.10 ได้เข้าประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับร้อยละ 53.3

2.2 เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและดูแลแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้แนวปฏิบัติ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและดูแลแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามรายด้าน (n = 45)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันแผลกดทับ	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	3.97	0.61	มาก	4.27	0.57	มาก
ด้านการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ	3.90	0.68	มาก	4.29	0.54	มาก
ด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนัง	4.07	0.66	มาก	4.32	0.52	มาก
ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ	3.65	0.78	มาก	3.94	0.80	มาก
ด้านการเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย	3.96	0.63	มาก	4.29	0.57	มาก
ด้านการทำความสะอาดแผลและการตกแต่งแผล	3.93	0.81	มาก	4.19	0.62	มาก

จากตาราง 1 พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติ EPUAP ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยมีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) ด้านการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ 3) ด้านการป้องกันและดูแลผิวหนัง 4) ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ 5) ด้านการเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย 6) ด้านการทำความสะอาดแผลและการตกแต่งแผล พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนัง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะสูงที่สุด (M = 4.07, SD = 0.66) อยู่ระดับมาก รองลงมาคือด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (*M* = 3.97, *SD* = 0.61) อยู่ในระดับมาก และด้านการประเมินโภชนาการมีสมรรถนะต่ำที่สุด (*M* = 3.65, *SD* = 0.78) อยู่ในระดับมากเช่นกัน หลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า สมรรถนะด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนังสูงที่สุด (*M* = 4.32, *SD* = 0.52) อยู่ในระดับมาก รองลงคือ ด้านการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ (*M* = 4.29, *SD* = 0.54) ด้านการเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (*M* = 4.29, *SD* = 0.57) อยู่ในระดับมาก และสมรรถนะด้านการประเมินโภชนาการต่ำที่สุด (*M* = 3.94, *SD*= 0.80) อยู่ในระดับมาก

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (n = 45)

สมรรถนะของพยาบาลหลังใช้รูปแบบ	*n*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p-value (1-tailed)*
ก่อนการใช้รูปแบบ	45	3.92	0.63	2.27	44	.028
หลังการใช้รูปแบบ	45	4.22	0.56			

จากตาราง 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่า (*M* = 4.22, *SD* = 0.56) ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต (*M* = 3.92, *SD* = 0.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = .028, *t* = 2.27) ซึ่งอธิบายได้ว่ารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ร่วมกับมีการให้ความรู้และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (n=12)

พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล	*n*	*M*	*SD*	*Z*	*df*	*p-value (1-tailed)*
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	12	3.27	0.29	-0.306	11	<.001
หลังการใช้รูปแบบฯ	12	4.42	0.17			

จากตาราง 3 พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ ผู้บริหารทางการพยาบาลมีพฤติกรรมการนิเทศสูงขึ้น (*M* = 4.42, *SD* = 0.17) ก่อนการใช้รูปแบบฯ (*M* = 3.27, *SD* = 0.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 (*Z* = -0.306) อธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลฯ ช่วยส่งเสริมบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลในการนิเทศการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีรูปแบบที่ชัดเจน มีความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยรูปแบบการดูแล ประกอบด้วยการประเมินแรกรับ มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ซึ่งใช้แบบประเมิน Braden Scale และมีการสื่อสารให้บุคลากรทีมสุขภาพและญาติทราบระยะการดูแลในโรงพยาบาล มีการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อของ EPUAP ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และคู่มือการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ และให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ระยะจำหน่าย มีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลและการประเมินซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิชัย สมกิจ, วไลพร ปักเคระกา, นิสากร วิบูลชัย, ธนิศรา นามบุญเรือง, รุ่งนภา ธนูชาญ, สุชัญญ์ญา เดชศิริ และคณะ (2567) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ การประเมินลักษณะของผิวหนัง การป้องกันแรงกด แรงเฉือน แรงเสียดสี การจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ผ่านสื่อที่ทันสมัยและหลายช่องทางส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการนิเทศทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมคุณภาพที่ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น ภายใต้การดูแลของพยาบาลที่ชำนาญกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ มธุรส ตันติเวสส, อารีรัตน์ ขำอยู่, ประนอม โอทกานนท์ (2563) ที่กล่าวว่า การกำหนดนโยบายเป็นกลไกที่จะสามารถทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย การใช้แนวปฏิบัติ

จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และควรมีการนิเทศทางการพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ภายใต้บรรยากาศของการเรียนรู้ เป็นกันเอง ลักษณะของพี่สอนน้อง และจากผลการนิเทศมีการปรับปรุงจากการใช้ที่นอนลมปกติเปลี่ยนเป็นที่นอนกระจายน้ำหนักในหอผู้ป่วยหนักทุกเตียง และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยควรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงขึ้นหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อธิบายได้ว่า ด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนังอยู่ในระดับมาก มีการใช้สบู่เหลวเด็กที่มีค่าความเป็นกรดด่างเป็นกลาง ตรวจสอบความเปียกชื้น โดยเปลี่ยนผ้าอ้อมอนามัยทุกครั้งที่มีการขับถ่าย รวมทั้งมีการทาโลชั่นหรือวาสลีนให้ผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินันท์ อ่อนพุทธา, ดารารัตน์ ชูวงค์อินทร์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, รัตนา จุลสวัสดิ์ (2566). กล่าวว่า วาสลีนมีคุณสมบัติลดการสูญเสียน้ำของผิวหนัง ได้ถึงร้อยละ 98 รวมถึงช่วยป้องกันไม่ให้ผิวแห้ง ผิวอักเสบและช่วยลดอาการผื่นแพ้ผ้าอ้อม ป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ และมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับและสื่อสารให้พยาบาลได้ทราบ รวมทั้งการนิเทศทางการพยาบาลส่งผลให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและมีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางโดยผู้บริหารทางการพยาบาลในหน่วยงานนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุกร์ จันทร์ประเสริฐ, อมราพร สุรการ. (2563) ทางด้านประเมินภาวะโภชนาการ พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลภาวะโภชนาการเป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า การประเมินภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันและส่งเสริมการหายของแผล แต่พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ ความเข้าใจในการประเมินภาวะโภชนาการเนื่องจากประเด็นใหม่ที่พยาบาลไม่คุ้นเคย จึงจำเป็นจะต้องให้พยาบาลมีความรู้และตระหนักในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการเน้นย้ำและส่งเสริมติดตามการประเมินภาวะโภชนาการ จากผู้บริหารทางการพยาบาลขณะที่มีการนิเทศทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรัญญา จุฬารี, จันทร์ทิรา เจียรณัย, ศิริพร เพ็ชรโรจน์, ดวงเนตร ชาติพิมาย (2566) ซึ่งอาจจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น เพราะผู้บริหารทางการพยาบาลมีเสริมส่วนที่ขาด การสอนโดยใช้หลักวิชาการและประสบการณ์เพิ่มทักษะ และมีการสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเห็นได้ว่าการประเมินภาวะโภชนาการมีความจำเป็นในการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ และผู้วิจัยได้จัดทำแบบประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Malnutrition Universal Screening Tool) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ง่ายในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับลดลง แต่ควรมีการทบทวนทุกครั้งหากมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ เพื่อหาแนวทางในป้องกันเพิ่มขึ้น และเนื่องจากปัจจัยในการเกิดแผลกดทับมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านผิวหนัง ความเปียกชื้น สภาพของผิวหนัง ด้านการเคลื่อนไหวหรือด้านการลดแรงเสียดทาน ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับได้เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้เป็นบริบทของโรงพยาบาลทุ่งสง อาจจะไม่เหมาะสมกับโรงพยาบาลอื่น และความต่อเนื่องในการนำไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรสนับสนุนการนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในหอผู้ป่วยทุกหอในโรงพยาบาลทุ่งสง โดยมีการการดูแลป้องกันตั้งแต่ระยะแรกรับจนจำหน่าย ซึ่งมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การดูแลต่อเนื่องโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จากผู้บริหารทางการพยาบาล ส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การมีส่วนรวมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลระยะ

จำหน่าย โดยการส่งเสริมความรู้กับญาติ ผู้ดูแล มีการผลิตสื่อในการความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยที่เน้นการพัฒนาด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันแผลกดทับ เช่น ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ ด้านการตกแต่งบาดแผล รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลเน้นการสื่อสาร การใช้สื่อและเทคโนโลยีที่เหมาะสม รวมทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่อง

References

ปริศนา มณีฉาย, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และ เรณุการ์ ทองคำรอด. (2567). ผลของรูปแบบนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลทุ่งสง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 11*(1), 1-13.

โรงพยาบาลทุ่งสง. (2566). *ข้อมูลสารสนเทศฝ่ายป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ*.

มธุรส ตันติเวสส, อารีรัตน์ ขำอยู่, และ ประนอม โอทกานนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลสงฆ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *25*(3), 41-51.

วุฒิชัย สมกิจ, วไลพร ปักเกระกา, นิสากร วิบูลชัย, ธนิศรา นามบุญเรือง, รุ่งนภา ธนูชาญ, สุชัญญ์ญา เดชศิริ, และคณะ, (2567). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21*(1), 12-27.

ศรัญญา จุฬารี, จันทร์ทิรา เจียรณัย, ศิริพร เพ็ชรโรจน์, และ ดวงเนตร ชาติพิมาย. (2566). การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาลวิกฤต. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 29*(1), 1-15.

ศิริกัญญา อุสาหพิริยกุล, ศากุล ช่างไม้, และ วีนัสลีฬหกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 27*(4), 21-30.

ศิรินันท์ อ่อนพุทธา, ดารารัตน์ ชูวงค์อินทร์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, และ รัตนา จุลสวัสดิ์. (2566). บทบาทของพยาบาลกับการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่เพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 10*(2), 116-128.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน.*Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน.

อรนุช มกราภิรมย์ และ อันธิกา คะระวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. *วารสารกองการพยาบาล*, *47*(1), 139-150.

อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุกร์ จันทร์ประเสริฐ และ อมราพร สุรการ. (2563). การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *30*(3), 144-155.

Best, J. W. (1997). *Research in Education 3rd*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall

Cohen, J. (1988). *Statistical Power for The Behavioral Sciences. 3 rd ed*. New York : Academic Pres

Proctor, B. (2001). *Training for the Supervision Alliance Attitude, Skills and Intention in Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge

ส.น.พ. NIHA
สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลทุ่งสง

Development of a care model to prevent pressure ulcers in critically ill patients Thung Song Hospital

ปริศนา มณีฉาย[1*]
Prissana Maneechay[1*]
[1]**โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช**
[1]Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: *January 30, 2025*: Revised: *June 29, 2025*; Accepted: *July 1, 2025*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต 2) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์ปัญหากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 57 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 12 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 45 คน รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับมีดังนี้ 1) ระยะแรกรับมีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ลักษณะของผิวหนัง และบันทึกความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2) ระยะการดูแลในโรงพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและคู่มือการนิเทศ โดยปรับปรุงแนวปฏิบัติฉบับย่อ EPUAP การนิเทศตามแนวคิด Proctor 3) ระยะจำหน่าย มีการให้ความรู้และการดูแลป้องกันแผลกดทับกับญาติ โดยใช้ e-book ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ ระยะที่ 4 ขยายผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon Signed Rank test ผลการศึกษา พบว่า

1. รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแรกรับมีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การประเมินสภาพผิวหนัง การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยง 2) ระยะการดูแลในโรงพยาบาล มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และ 3) ระยะจำหน่าย การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์

2. หลังใช้รูปแบบพบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงขึ้นและผู้บริหารทางการพยาบาลมีพฤติกรรมการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ควรส่งเสริมการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการประเมินโภชนาการ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดคุณภาพในการดูแล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับ สมรรถนะพยาบาล พฤติกรรมการนิเทศทางการพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: prissanauss@gmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to develop a care model for preventing ulcers in critically ill patients, and compare the incidence of pressure ulcers, the competency of professional nurses, and the supervisory behaviors of nursing administrators before and after implementing the model. The study was divided into four phases: 1) A survey and synthesis of significant issues regarding pressure injury prevention. This phase involved 8 nursing administrators. 2) Development of a care model to prevent pressure ulcers from admission to discharge. This phase involved 57 professional nurses from Thungsong Hospital, consisting of 12 nursing administrators and 45 professional nurses. The care model to prevent pressure ulcers consisted of three main components: (1) Admission phase risk assessment for pressure ulcers, skin assessment, and documentation of pressure ulcer risk. (2) In-hospital care phase implementation of care practices was based on clinical guidelines and a supervision manual, using an adapted summary version of the EPUAP guidelines and supervision based on Proctor's model. And (3) the discharge phase, which comprised education for the family on pressure ulcer prevention using an e-book. 3) Pilot implementation of the model. And 4) model expansion and data analysis, the data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and Wilcoxon Signed test. Results revealed that:

1. The care model for critically ill patients was implemented in three phases: Phase 1, the admission phase, focused on risk assessment for pressure ulcer development, skin assessment, documentation, and communication of risk information. Phase 2, the in-hospital care phase, emphasized adherence to evidence-based clinical practice guidelines and included routine monitoring and supervision of nursing practices. Phase 3, the discharge phase, involved educating caregivers using electronic media.

2. The application of this care model significantly reduced the incidence of pressure injuries among critically ill patients. In addition, professional nurses demonstrated a significant improvement in their competency related to pressure ulcer prevention. Furthermore, nurse administrators exhibited a statistically significant increase in their supervisory behaviors, with a significance level of $p < 0.05$.

It is crucial to consistently promote the implementation of patient care models for pressure injury prevention, as well as to enhance the competencies of professional nurses in nutritional assessment, in order to ensure patient safety, prevent complications, and improve the quality of care.

Keywords: Pressure Ulcer Prevention Guidelines, Nurse Competency, Nursing Supervision Behavior

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีอัตราการเกิดสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การไหลเวียนโลหิตไม่ดี และการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันลดลง (อรนุช มกราภิรมย์, อันธิกา คะระวานิช, 2563) แผลกดทับเป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 5 - 15 โดยจะพบมากในผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวและในหอผู้ป่วยวิกฤติ ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบความชุกการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติร้อยละ 11.11 ซึ่งนับว่าเป็นอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูง ไม่แตกต่างจากที่พบในต่างประเทศ (ศิรินันท์ อ่อนพุทธา, ดารารัตน์ ชูวงค์อินทร์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, รัตนา จุลสวัสดิ์, 2566) การเกิดแผลกดทับส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ (ศิริกัญญา อุสาหพิริยกุล, ศากุล ช่างไม้, วีนัส ลีพหกุล, 2562) การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐานและเป็น 1 ใน 5 ตัวชี้วัดที่สำคัญของผลลัพธ์บริการในระดับประเทศและสอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในส่วนของความปลอดภัยของผู้ป่วย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน (2561) ดังนั้น การป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งและพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เนื่องจากต้องอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและจากการทบทวนวรรณกรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ส่งผลให้ป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

โรงพยาบาลทุ่งสงเป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากเฉลี่ย 232 รายต่อวัน พ.ศ.2563 - 2566 พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล จำนวน 3.62 4.90 และ 4.39 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ อัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย 4.30 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย เกณฑ์ตัวชี้วัดการเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 ต้อง < 2 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับขณะนอนโรงพยาบาลทุ่งสงนานมากกว่า 7 วัน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น 27,000 – 127,895 บาทต่อราย จากการทบทวนการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลทุ่งสง พบว่าแนวปฏิบัติไม่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ความสมบูรณ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติน้อย และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการดูแลป้องกันผู้ป่วยวิกฤตไม่ให้เกิดแผลกดทับ โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การนิเทศทางการพยาบาล รวมทั้งประเมินและส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ นำมาใช้ในการพัฒนาต่อยอดเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์วิจัย

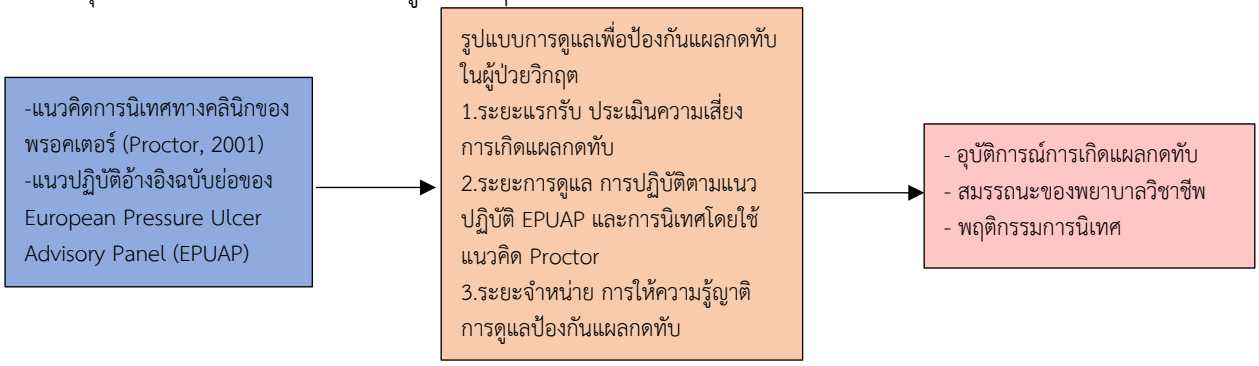
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันแผลกดทับ พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น
2. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลง

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลทุ่งสง ใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) ประกอบด้วย 1) การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน 2) การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และ3) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน เป็นกระบวนการที่มุ่งให้การสนับสนุน แนะนำ และสะท้อนผลการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อของ European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) การประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ 3) การป้องกันและการดูแลผิวหนัง 4) การประเมินภาวะโภชนาการ 5) การเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย และ 6) การทำความสะอาดแผลและการตกแต่งแผล ซึ่งการใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวช่วยให้ได้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตที่ครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยง การดูแลตามมาตรฐาน และการนิเทศเชิงคลินิก ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ด้วยพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) รายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับด้วยการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 60 นาที โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้างจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับอย่างไรบ้าง 2) ท่านประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตอย่างไร 3) ท่านคิดว่าแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับที่เหมาะสมเป็นอย่างไร ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ก่อนนำผลไปพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

การวิจัยระยะนี้ผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาแผล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับประสบการณ์การนิเทศทางการพยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต จากนั้นดำเนินการจัดทำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต โดยการปรับปรุงแก้ไข

ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง การดูแลที่ครอบคลุมตามมาตรฐานในด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านการจัดท่า ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ การตกแต่งบาดแผล รวมทั้งการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง ซึ่งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ระยะแรกรับ มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ลักษณะของผิวหนัง และบันทึกความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 2) ระยะการดูแลในโรงพยาบาล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร่วมกับการนิเทศทางการพยาบาลโดยใช้คู่มือการนิเทศเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติและคู่มือการนิเทศ โดยการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติฉบับย่อ EPUAP การนิเทศตามแนวคิด Proctor model 3) ระยะจำหน่าย มีการให้ความรู้และการดูแลป้องกันแผลกดทับกับญาติ โดยใช้ e-book

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

โดยการนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไปใช้และมีการประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้รูปแบบ เป็นวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest-posttest Designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลทุ่งสง ได้แก่ หัวหน้าตึกและรองหัวหน้าตึกทั้งหมด 38 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 207 คน รวม 245 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 12 คน มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีประสบการณ์ในการนิเทศทางการพยาบาลไม่ต่ำกว่า 2 ปี และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลทุ่งสง และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสุ่มโดยการจับฉลาก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคำนวณ G* Power Analysis ใช้ Test Family เลือก t-test, statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (1988) ได้กล่าวว่าการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย มีการปรับปรุงการใช้แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อ EPUAP เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและคู่มือการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ ในการนิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ ปริศนา มณีฉาย, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, เรณุการ์ ทองคำรอด (2567) เรื่อง ผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลทุ่งสง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการเข้าร่วมอบรมวิชาการเรื่อง การนิเทศทางการพยาบาลและเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมด้านการวางแผนการนิเทศ จำนวน 5 ข้อ 2) พฤติกรรมด้านการดำเนินการนิเทศ จำนวน 17 ข้อ 3) พฤติกรรมด้านการประเมินผลการนิเทศ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้

กรอบแนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) และกระบวนการนิเทศ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน จาก 5 หมายถึง มีการปฏิบัติทุกครั้ง ถึง 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลประเมินตนเอง

2.2 แบบสอบถามแบบประเมินสมรรถนะด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ ปริศนา มณีฉาย, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, เรณุการ์ ทองคำรอด (2567) เรื่อง ผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลทุ่งสง ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่งประสบการณ์ในตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการเข้าร่วมอบรมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2.2 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยมีการประเมินสมรรถนะ 6 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 10 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ จำนวน 6 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนัง จำนวน 6 ข้อ 4) สมรรถนะด้านการประเมินภาวะโภชนาการจำนวน 7 ข้อ 5) สมรรถนะด้านการเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 10 ข้อ และ 6) สมรรถนะด้านการทำความสะอาดแผลและการตกแต่งแผล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน จาก 5 หมายถึง ดีที่สุด ถึง 1 หมายถึง น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนกำหนดเกณฑ์ดังนี้ (Best, 1997)

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับดีที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พฤติกรรมนิเทศและสมรรถนะการพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับบราเดน (Braden Scale) ประกอบ 6 หมวดได้แก่ 1) การรับรู้ของผู้ป่วย 2) ความชื้นของผิวหนัง 3) การทำกิจกรรมของผู้ป่วย 4) การเคลื่อนไหว 5) ภาวะโภชนาการ และ 6) แรงไถลและแรงเสียดทาน มีคะแนนเต็ม 24 คะแนน คะแนนน้อยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ

2.4 แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลทุ่งสง ประกอบด้วย ชื่อ สกุล HN AN คะแนน Braden Scale ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ ระดับของแผลกดทับ การรายงานอุบัติการณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ให้ผู้ทรงวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาแผล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับประสบการณ์การนิเทศทางการพยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้ค่าทั้งฉบับเท่ากับ .81 และแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 0.81

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลท่าศาลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับเดียวกับโรงพยาบาลทุ่งสง ค่าสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เท่ากับ .98 และแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเท่ากับ .96

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติวิลคลอกซัน (Wilcoxon Matched Pairs-signed Rank Test) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จากการทดสอบ Kolmogorov-Sminov Test ได้ค่า Sig = 0.02

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จากการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า Sig = 0.06

ระยะที่ 4 ขยายผล

มีการนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ซึ่งรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ 1. ระยะแรกรับ ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale วางแผนการดูแลรายบุคคลตามระดับความเสี่ยง (เสี่ยงต่ำ ปานกลาง เสี่ยงสูง) สื่อสารข้อมูลความเสี่ยงกับทีมสุขภาพและญาติผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบ ขณะ Pre Conference ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที 2. ระยะการดูแล การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ EPUAP ได้แก่ การประเมินสภาพผิวหนัง ประเมินการเคลื่อนไหว การใช้ที่นอนลมเพื่อลดแรงกดที่ส่งผลให้เกิดแผลกดทับและการใช้ผ้ายกเพื่อลดแรงเฉือน การจัดท่าและการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือเพิ่มขึ้นตามสภาพของผู้ป่วย การดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น โดยการใช้โลชั่นหรือวาสลีน การประเมินภาวะโภชนาการ ผู้บริหารทางการพยาบาลนิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบ โดยการประชุมปรึกษาข้างเตียงรายกลุ่ม เลือก case study ในการประชุมปรึกษาใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและการนิเทศกิจกรรมการพยาบาล การสอนแนะพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติ การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ EPUAP ประกอบด้วย 6 ด้าน ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที และการติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติรายบุคคลและรายกลุ่ม ขณะ Post conference ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที 3. ระยะจำหน่าย การประเมินซ้ำและการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที ผลลัพธ์ ผู้บริหารทางการพยาบาลมีพฤติกรรมการนิเทศทางการพยาบาลสูงขึ้น พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลทุ่งสง เลขที่เอกสารรับรอง REC-THO 26/2567 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การใช้รหัสแทนชื่อ และการจัดเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย

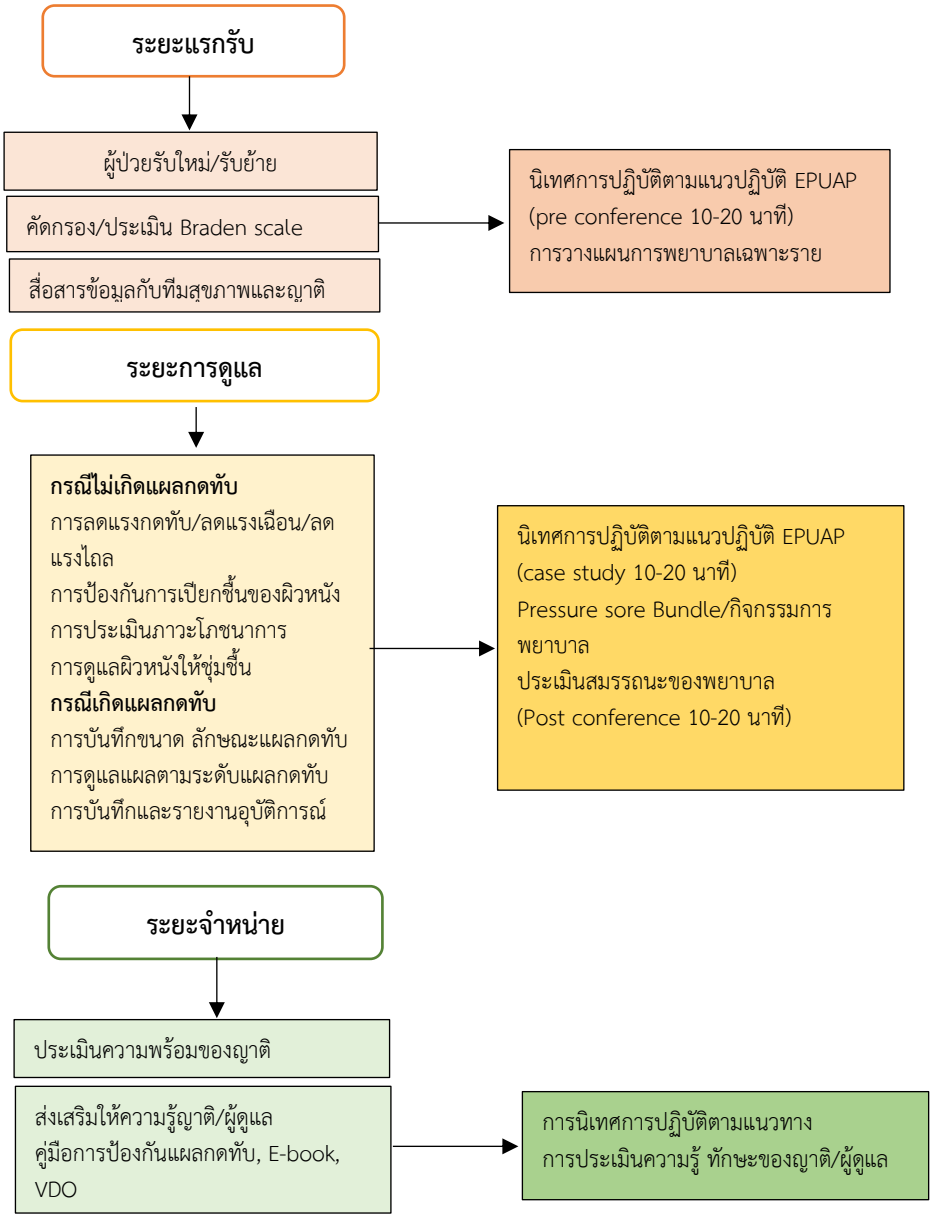
ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะการดูแลในโรงพยาบาลและระยะการจำหน่าย ดังนี้

1.1 ระยะแรกรับ มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมิน Braden Scale การประเมินสภาพผิวหนัง การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับให้ทีมสุขภาพและญาติทราบเพื่อให้ได้รับการดูแลตามรูปแบบ

1.2 ระยะการดูแลในโรงพยาบาล มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ EPUAP และมีการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor (2001) เพื่อสนับสนุนและติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ซึ่งการแบ่งความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ความเสี่ยงระดับต่ำ คะแนน Braden Scale มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ให้การพยาบาลโดยการประเมินซ้ำทุกวัน ดูแลผิวหนังให้สะอาดและแห้ง หลีกเลี่ยงความชื้นจากเหงื่อหรืออุจาระ ดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วน จัดท่าให้สุขสบาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสมตามสภาพ ความเสี่ยงระดับปานกลาง คะแนน Braden Scale 13 - 15 คะแนน มีการประเมินความเสี่ยงซ้ำ 2 ครั้ง/วัน ให้การดูแลตามความเสี่งต่ำ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง มีการใช้ที่นอนลมทุกราย ประเมินภาวะโภชนาการ ให้ความรู้ผู้ดูแลในการสังเกตผิวหนังและดูแลอย่างเหมาะสม ความเสี่ยงระดับสูง คะแนน Braden Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน มีการประเมินความเสี่ยงซ้ำ 3 ครั้ง/วัน มีการปฏิบัติตามความเสี่ยงปานกลาง

1.3 ระยะจำหน่ายการให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ E-book และวิดีโอ เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

2. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันแผลกดทับ พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 12 คน โดยเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 48.24 ปี (*SD* = 5.9) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 55 ปี ร้อยละ 33.3 จบปริญญาตรี ร้อยละ 91.7 มีตำแหน่งหัวหน้าตึกและรองหัวหน้าตึก ประสบการณ์ในตำแหน่งอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.7 มีประสบการณ์เข้าร่วมอบรมวิชาการเรื่องการนิเทศทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 66.7 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 40 ปี ร้อยละ 55.5 มีอายุเฉลี่ย 32.69 ปี (*SD* = 8.71) อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 54 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 10.13 ปี (*SD* = 8.73) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในระดับ Expert ร้อยละ 44.4 และรองลงมาอยู่ในระดับ Novice ร้อยละ 11.10 ได้เข้าประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับร้อยละ 53.3

2.2 เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและดูแลแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้แนวปฏิบัติ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันและดูแลแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามรายด้าน (n = 45)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันแผลกดทับ	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	3.97	0.61	มาก	4.27	0.57	มาก
ด้านการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ	3.90	0.68	มาก	4.29	0.54	มาก
ด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนัง	4.07	0.66	มาก	4.32	0.52	มาก
ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ	3.65	0.78	มาก	3.94	0.80	มาก
ด้านการเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย	3.96	0.63	มาก	4.29	0.57	มาก
ด้านการทำความสะอาดแผลและการตกแต่งแผล	3.93	0.81	มาก	4.19	0.62	มาก

จากตาราง 1 พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติ EPUAP ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยมีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) ด้านการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ 3) ด้านการป้องกันและดูแลผิวหนัง 4) ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ 5) ด้านการเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย 6) ด้านการทำความสะอาดแผลและการตกแต่งแผล พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนัง พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะสูงที่สุด (M = 4.07, SD = 0.66) อยู่ระดับมาก รองลงมาคือด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (*M* = 3.97, *SD* = 0.61) อยู่ในระดับมาก และด้านการประเมินโภชนาการมีสมรรถนะต่ำที่สุด (*M* = 3.65, *SD* = 0.78) อยู่ในระดับมากเช่นกัน หลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า สมรรถนะด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนังสูงที่สุด (*M* = 4.32, *SD* = 0.52) อยู่ในระดับมาก รองลงคือ ด้านการประเมินผิวหนังและเนื้อเยื่อ (*M* = 4.29, *SD* = 0.54) ด้านการเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (*M* = 4.29, *SD* = 0.57) อยู่ในระดับมาก และสมรรถนะด้านการประเมินโภชนาการต่ำที่สุด (*M* = 3.94, *SD*= 0.80) อยู่ในระดับมาก

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างก่อนและหลังการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (n = 45)

สมรรถนะของพยาบาลหลังใช้รูปแบบ	*n*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p-value (1-tailed)*
ก่อนการใช้รูปแบบ	45	3.92	0.63	2.27	44	.028
หลังการใช้รูปแบบ	45	4.22	0.56			

จากตาราง 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่า (*M* = 4.22, *SD* = 0.56) ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต (*M* = 3.92, *SD* = 0.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = .028, *t* = 2.27) ซึ่งอธิบายได้ว่ารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ร่วมกับมีการให้ความรู้และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (n=12)

พฤติกรรมการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล	*n*	*M*	*SD*	*Z*	*df*	*p-value (1-tailed)*
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	12	3.27	0.29	-0.306	11	<.001
หลังการใช้รูปแบบฯ	12	4.42	0.17			

จากตาราง 3 พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ ผู้บริหารทางการพยาบาลมีพฤติกรรมการนิเทศสูงขึ้น (*M* = 4.42, *SD* = 0.17) ก่อนการใช้รูปแบบฯ (*M* = 3.27, *SD* = 0.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 (*Z* = -0.306) อธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลฯ ช่วยส่งเสริมบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลในการนิเทศการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีรูปแบบที่ชัดเจน มีความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยรูปแบบการดูแล ประกอบด้วยการประเมินแรกรับ มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ซึ่งใช้แบบประเมิน Braden Scale และมีการสื่อสารให้บุคลากรทีมสุขภาพและญาติทราบระยะการดูแลในโรงพยาบาล มีการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อของ EPUAP ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และคู่มือการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ และให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ระยะจำหน่าย มีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลและการประเมินซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิชัย สมกิจ, วไลพร ปักเคระกา, นิสากร วิบูลชัย, ธนิศรา นามบุญเรือง, รุ่งนภา ธนูชาญ, สุชัญญ์ญา เดชศิริ และคณะ (2567) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ การประเมินลักษณะของผิวหนัง การป้องกันแรงกด แรงเฉือน แรงเสียดสี การจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ผ่านสื่อที่ทันสมัยและหลายช่องทางส่งผลให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการนิเทศทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมคุณภาพที่ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น ภายใต้การดูแลของพยาบาลที่ชำนาญกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ มธุรส ตันติเวสส, อารีรัตน์ ขำอยู่, ประนอม โอทกานนท์ (2563) ที่กล่าวว่า การกำหนดนโยบายเป็นกลไกที่จะสามารถทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย การใช้แนวปฏิบัติ

จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และควรมีการนิเทศทางการพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ภายใต้บรรยากาศของการเรียนรู้ เป็นกันเอง ลักษณะของพี่สอนน้อง และจากผลการนิเทศมีการปรับปรุงจากการใช้ที่นอนลมปกติเปลี่ยนเป็นที่นอนกระจายน้ำหนักในหอผู้ป่วยหนักทุกเตียง และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยควรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงขึ้นหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อธิบายได้ว่า ด้านการป้องกันและการดูแลผิวหนังอยู่ในระดับมาก มีการใช้สบู่เหลวเด็กที่มีค่าความเป็นกรดด่างเป็นกลาง ตรวจสอบความเปียกชื้น โดยเปลี่ยนผ้าอ้อมอนามัยทุกครั้งที่มีการขับถ่าย รวมทั้งมีการทาโลชั่นหรือวาสลีนให้ผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินันท์ อ่อนพุทธา, ดารารัตน์ ชูวงค์อินทร์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, รัตนา จุลสวัสดิ์ (2566). กล่าวว่า วาสลีนมีคุณสมบัติลดการสูญเสียน้ำของผิวหนัง ได้ถึงร้อยละ 98 รวมถึงช่วยป้องกันไม่ให้ผิวแห้ง ผิวอักเสบและช่วยลดอาการผื่นแพ้ผ้าอ้อม ป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ และมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับและสื่อสารให้พยาบาลได้ทราบ รวมทั้งการนิเทศทางการพยาบาลส่งผลให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับมีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและมีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางโดยผู้บริหารทางการพยาบาลในหน่วยงานนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุกร์ จันทร์ประเสริฐ, อมราพร สุรการ. (2563) ทางด้านประเมินภาวะโภชนาการ พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลภาวะโภชนาการเป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า การประเมินภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันและส่งเสริมการหายของแผล แต่พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ ความเข้าใจในการประเมินภาวะโภชนาการเนื่องจากประเด็นใหม่ที่พยาบาลไม่คุ้นเคย จึงจำเป็นจะต้องให้พยาบาลมีความรู้และตระหนักในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการเน้นย้ำและส่งเสริมติดตามการประเมินภาวะโภชนาการ จากผู้บริหารทางการพยาบาลขณะที่มีการนิเทศทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรัญญา จุฬารี, จันทร์ทิรา เจียรณัย, ศิริพร เพ็ชรโรจน์, ดวงเนตร ชาติพิมาย (2566) ซึ่งอาจจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น เพราะผู้บริหารทางการพยาบาลมีเสริมส่วนที่ขาด การสอนโดยใช้หลักวิชาการและประสบการณ์เพิ่มทักษะ และมีการสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเห็นได้ว่าการประเมินภาวะโภชนาการมีความจำเป็นในการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ และผู้วิจัยได้จัดทำแบบประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Malnutrition Universal Screening Tool) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ง่ายในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับลดลง แต่ควรมีการทบทวนทุกครั้งหากมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ เพื่อหาแนวทางในป้องกันเพิ่มขึ้น และเนื่องจากปัจจัยในการเกิดแผลกดทับมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านผิวหนัง ความเปียกชื้น สภาพของผิวหนัง ด้านการเคลื่อนไหวหรือด้านการลดแรงเสียดทาน ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับได้เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้เป็นบริบทของโรงพยาบาลทุ่งสง อาจจะไม่เหมาะสมกับโรงพยาบาลอื่น และความต่อเนื่องในการนำไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรสนับสนุนการนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในหอผู้ป่วยทุกหอในโรงพยาบาลทุ่งสง โดยมีการการดูแลป้องกันตั้งแต่ระยะแรกรับจนจำหน่าย ซึ่งมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การดูแลต่อเนื่องโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จากผู้บริหารทางการพยาบาล ส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การมีส่วนรวมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลระยะ

จำหน่าย โดยการส่งเสริมความรู้กับญาติ ผู้ดูแล มีการผลิตสื่อในการความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยที่เน้นการพัฒนาด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันแผลกดทับ เช่น ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ ด้านการตกแต่งบาดแผล รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลเน้นการสื่อสาร การใช้สื่อและเทคโนโลยีที่เหมาะสม รวมทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่อง

References

ปริศนา มณีฉาย, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และ เรณุการ์ ทองคำรอด. (2567). ผลของรูปแบบนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลทุ่งสง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 11*(1), 1-13.

โรงพยาบาลทุ่งสง. (2566). *ข้อมูลสารสนเทศฝ่ายป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ*.

มธุรส ตันติเวสส, อารีรัตน์ ขำอยู่, และ ประนอม โอทกานนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลสงฆ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *25*(3), 41-51.

วุฒิชัย สมกิจ, วไลพร ปักเกระกา, นิสากร วิบูลชัย, ธนิศรา นามบุญเรือง, รุ่งนภา ธนูชาญ, สุชัญญ์ญา เดชศิริ, และคณะ, (2567). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมระบบประสาท. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21*(1), 12-27.

ศรัญญา จุฬารี, จันทร์ทิรา เจียรณัย, ศิริพร เพ็ชรโรจน์, และ ดวงเนตร ชาติพิมาย. (2566). การดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาลวิกฤต. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 29*(1), 1-15.

ศิริกัญญา อุสาหพิริยกุล, ศากุล ช่างไม้, และ วีนัสลีฬหกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 27*(4), 21-30.

ศิรินันท์ อ่อนพุทธา, ดารารัตน์ ชูวงค์อินทร์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, และ รัตนา จุลสวัสดิ์. (2566). บทบาทของพยาบาลกับการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่เพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 10*(2), 116-128.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน.*Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน.

อรนุช มกราภิรมย์ และ อันธิกา คะระวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. *วารสารกองการพยาบาล*, *47*(1), 139-150.

อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุกร์ จันทร์ประเสริฐ และ อมราพร สุรการ. (2563). การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *30*(3), 144-155.

Best, J. W. (1997). *Research in Education 3rd*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall

Cohen, J. (1988). *Statistical Power for The Behavioral Sciences. 3 rd ed*. New York : Academic Pres

Proctor, B. (2001). *Training for the Supervision Alliance Attitude, Skills and Intention in Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge

ส.น.พ. NIHA
สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association

กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ : บทบาทพยาบาลในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์

Physical Activity and Exercise among Pregnant Women : The Role of Nurses in Prenatal Care

อิชยา มอญแสง[1*], พัชรินทร์ ไชยบาล[1]
Idchayar Mornsaeng[1*], Patcharin Chaibarn[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
[1]Faculty of Nursing, Phayao University

(Received: *January 31, 2025*: Revised: *July 16, 2025*; Accepted: *July 18, 2025*)

บทคัดย่อ

การมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ถึงแม้ว่าการออกกำลังกายจะเกิดประโยชน์มากมาย แต่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักจะลดการทำกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกายระหว่างการตั้งครรภ์น้อย พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้การดูแลครรภ์อย่างมีคุณภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายหลักการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประโยชน์ของการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ และบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์

หลักการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ควรคำนึงถึงความถี่ ความหนัก ระยะเวลา และชนิดของการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ได้แก่ การลดความเสี่ยงของภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทารกมีคะแนนแอพการ์ดี พยาบาลผดุงครรภ์ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ด้วย ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือวิถีชีวิต และปัจจัยด้านจิตสังคม บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาเชิงสร้างแรงบันดาลใจ การจัดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายโดยการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ ได้แก่ การเพิ่มกลยุทธ์ในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายตลอดการตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำความรู้จากบทความนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการออกกำลังกายในช่วงตั้งครรภ์ เพื่อลดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์และส่งเสริมครรภ์คุณภาพ

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย หญิงตั้งครรภ์ บทบาทพยาบาล การดูแลระหว่างตั้งครรภ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Idchayar@hotmail.com)

Abstract

Physical activity and exercise during pregnancy provide numerous benefits for both pregnant women and their fetuses. Despite these advantages, most pregnant women tend to reduce their physical activity and exercise less during their pregnancy. As nurse-midwives must provide quality prenatal care, they play a vital role in promoting physical activity and exercise among pregnant women. This article aims to describe the principles of physical activity and exercise for pregnant women, the benefits of exercise during pregnancy, practical guidelines for exercise among pregnant women, factors related to physical activity and exercise in pregnant women, and the role of nurse-midwives in promoting physical activity and exercise among pregnant women.

The principles of physical activity and exercise for pregnant women should consider frequency, intensity, duration, and type of exercise. The benefits of exercise include reducing the risk of gestational diabetes and hypertension, as well as improving Apgar scores in newborns. Nurse-midwives should be aware of the factors related to physical activity and exercise in pregnant women, including physical factors, environmental or lifestyle factors, and psychosocial factors. The role of nurse-midwives includes providing motivational counseling, designing health promotion programs, and integrating behavior change theories with other relevant concepts to encourage exercise. Additionally, strategies should integrate health technology and promote physical activity and exercise throughout pregnancy and postpartum period. Nurse-midwives can use the knowledge from this article as a guideline to promote exercise during pregnancy, helping to minimize adverse pregnancy outcomes and optimize the quality of prenatal care.

Keywords: Physical Activity, Exercise, Pregnant Women, Nurses' Role, Prenatal Care

บทนำ

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงร่าง ช่วยให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงาน ส่วนการออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง กิจกรรมทางกายที่ประกอบด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายที่วางแผนไว้อย่างเป็นระบบและซ้ำ ๆ กัน เพื่อปรับปรุงสมรรถภาพทางกาย ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี (American College of Sports Medicine [ACSM], 2022) การมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงของชีวิต รวมถึงการตั้งครรภ์ จะช่วยให้สุขภาพแข็งแรง หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมการออกกำลังกายทั้งในช่วงก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ และหลังคลอด (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020) การออกกำลังกายเป็นประจำในระหว่างตั้งครรภ์เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์หลายประการ ได้แก่ ช่วยปรับปรุงหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย ช่วยควบคุมน้ำหนัก ลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เสริมสร้างสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ดี นอกจากนั้นยังลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอด ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (ACOG, 2020; ACSM, 2020) ถึงแม้ว่าการออกกำลังกายจะมีประโยชน์มากมาย และมีการเผยแพร่องค์ความรู้ในการออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แต่การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศหลายการศึกษา พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มในการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายระหว่างการตั้งครรภ์น้อย จำนวนไม่ถึงครึ่ง ส่วนใหญ่เป็นการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (มารีอา อาซาดเดกาน, ธัญชนก ไชยเพิ่ม, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ดิษกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, และ อังสุมา ชูประคอง, 2565; สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนี พลอินทร์, จัณทร์ปภัสร์ เครือแก้ว, ดีนกี้ และมิ่งกมล อุตตสุรดี, 2564; Negash & Alelgn, 2023) แสดงให้เห็นว่ายังมีหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่มีกิจกรรมทางกายและการ

ออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ จึงควรมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์

จากความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในช่วงตั้งครรภ์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ประเทศไทย โดยกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานสำหรับบุคลากรในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ซึ่งกรมอนามัย ได้กำหนดเป้าหมายที่จะส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โดยเริ่มดำเนินการนำร่องในศูนย์อนามัยเขตทั่วประเทศ จังหวัดละ 1 แห่ง โดยกำหนดกลยุทธ์ที่จะยกระดับการให้ความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดให้เป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักของการดำเนินการในคลินิกฝากครรภ์ (ทับทิม ศรีวิไล, จิตตรี เพ็ชรแสนงาม, อารีรัตน์ บุตรษาแก้ว, ธวัชชัย ทองบ่อ, เศวต เชี่ยงลี่, และ ชญาดา ดวงกระจาย, 2566 ก) ดังนั้น การดูแลระหว่างตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลผดุงครรภ์ควรทราบถึงหลักการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประโยชน์ของทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย รวมถึงบทบาทในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์การตั้งครรภ์คุณภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของทารกในครรภ์ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายหลักการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประโยชน์ของทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์

หลักการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์

การออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ใช้หลักการเดียวกันกับการออกกำลังกายในบุคคลทั่วไป ซึ่งวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา (ACSM, 2022) ได้แนะนำแนวทางในการออกกำลังกายโดยใช้หลักของฟิทท์ (FITT) คือ ความถี่ของการออกกำลังกาย ความแรงในการออกกำลังกาย ระยะเวลา ชนิดของการออกกำลังกาย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความถี่ (Frequency [F]) เป็นการกำหนดจำนวนครั้งในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรออกกำลังกายเพื่อสมรรถภาพทางกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (ACSM, 2020)

2. ความหนัก (Intensity [I]) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกายบ่งบอกถึงปริมาณการใช้พลังงานทั้งหมดตลอดการออกกำลังกายคิดเป็นหน่วยแคลอรี (Calories) (ACSM, 2020) ความหนักของการมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย พิจารณาจากระดับความเข้มข้นหรือความมากน้อยของความพยายามที่ใช้ในการทำกิจกรรม สามารถประเมินได้จากการรับรู้ความเหนื่อยขณะออกกำลังกาย (Rating of Perceived Exertion [RPE]) โดยประเมินจากความรู้สึกของผู้ออกกำลังกายเกี่ยวกับสมรรถภาพของร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และความเหนื่อยล้าขณะออกกำลังกาย จึงสามารถนำมาใช้กำหนดระดับความแรงในการออกกำลังกายด้วยตนเองเป็นรายบุคคลได้ โดยเฉพาะในรายที่วัดอัตราการเต้นของหัวใจได้ยาก หรือผู้ที่ได้รับยาที่มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ โดยเปรียบเทียบค่าการรับรู้ความเหนื่อยโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเหนื่อยในการออกกำลังกายของบอร์ก (Borg's RPE Scale) ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 6 - 20 การใช้การรับรู้ความเหนื่อยในการออกกำลังกายเปรียบเทียบกับความแรงในการออกกำลังกาย โดยระดับคะแนน 6 - 8 มีระดับความเหนื่อยคือรู้สึกสบาย (Very, Very Light) คะแนน 9 - 10 ไม่เหนื่อย (Very Light) คะแนน 11 - 12 เริ่มรู้สึกเหนื่อย (Fairly light) คะแนน 13 - 14 ค่อนข้างเหนื่อย (Somewhat Hard) คะแนน 15 - 16 เหนื่อย (Hard) คะแนน 17 - 18 เหนื่อยมาก (Very Hard) และระดับคะแนน 19 - 20 คือ เหนื่อยที่สุด (Very, Very Hard) (ACSM, 2020) สำหรับความหนักในการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์คือ ความหนักระดับปานกลาง (ACOG, 2020;

Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023) การรับรู้ความเหนื่อยในการออกกำลังกายของบอร์ก คะแนน 12 - 13 (ACOG, 2020)

3. ระยะเวลา (Time or Duration [T]) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม ควรทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (CDC, 2023) ระยะเวลาแต่ละครั้ง 30 - 60 นาที (ACOG, 2020) โดยควรมีระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) ระยะออกกำลังกาย (Exercise) และระยะผ่อนคลาย (Cool Down) รวมในการออกกำลังกายด้วย (ACSM, 2022)

4. ชนิดของการออกกำลังกาย (Type [T]) ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ควรเป็นชนิดแรงกระแทกต่ำ และเป็นกิจกรรมที่ปลอดภัย สามารถกระทำได้ขณะตั้งครรภ์ (ACSM, 2022) ชนิดของการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและมีประโยชน์ ดังนี้ (ทับทิม ศรีวิไล, จิตตรี เพ็ชรแสนงาม, อารีรัตน์ บุตรษาแก้ว, ธวัชชัย ทองบ่อ, เศวต เชี่ยงลี่, และ ชญาดา ดวงกระจาย, 2566 ข; ACOG, 2020; ACSM, 2022)

4.1 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต เช่น เดิน เดินเร็ว ย่ำเท้าอยู่กับที่ วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน แบบอยู่กับที่ เต้น ออกกำลังกายในน้ำ เป็นต้น

4.2 การออกกำลังกายแบบเสริมสร้างกล้ามเนื้อ (Strengthening Exercise) เป็นการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อ เช่น ออกกำลังกายโดยใช้เก้าอี้ที่ไม่มีล้อเลื่อน ลุกนั่ง การยกแขน ไหล่ และขา เป็นต้น

4.3 โปรแกรมการบริหารอุ้งเชิงกราน (Pelvic Floor Muscle Exercise) เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน ส่งผลต่อการเบ่งคลอด และช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น

4.4 การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching Exercise) เป็นการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ เช่น ท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อ บริเวณคอ ลำตัว หลัง ขา และน่อง

4.5 โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผ่อนคลาย (Relaxation Exercise) เป็นการทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการเกร็ง รวมทั้งความสัมพันธ์ของการหายใจกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อผ่อนคลายความเครียดขณะตั้งครรภ์

ประโยชน์ของการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านกายวิภาค สรีรวิทยา และชีวเคมีเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และจิตสังคม มีการปรับตัวเพื่อดำเนินตามพัฒนกิจของการตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส (Cunningham, Leveno, Dashe, Hoffman, Spong, & Casey, 2022) ซึ่งการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายจะส่งผลดีต่อหญิงตั้งครรภ์และต่อทารกหลายประการ ดังต่อไปนี้

1. ประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์

1.1 เพิ่มอัตราการคลอดทางช่องคลอด (Vaginal Delivery) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานในปี ค.ค. 2016 ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติและตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 35 – 90 นาที 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอุบัติการณ์ของการคลอดทางช่องคลอดเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 73.60 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีการคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 67.70 (Di Mascio, Magro-Malosso, Saccone, Marhefka, & Berghella, 2016) นอกจากนั้น ผลการศึกษางานวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มในประเทศอิหร่าน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ออกกำลังกายแบบโยคะสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 26 - 28 และสัปดาห์ที่ 37 ใช้เวลา 75 นาทีต่อครั้ง ประกอบด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลา 50 นาที (เช่น การออกกำลังกายแบบสามเหลี่ยม การออกกำลังกายแบบมุม ท่ายิงธนู การหมุนอุ้งเชิงกรานในท่ายืน การกระโดดอย่างสนุกสนาน การหมุนและปล่อย การยืดกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การก้าวเดินแบบพิงค์แพนเตอร์ การปล่อยสะโพก การหมุนเข่า การเคลื่อนไหวเข่า การวนรอบสะโพกและเข่า และการนั่งคุกเข่า)

การทำสมาธิเป็นเวลา 15 นาที (การผ่อนคลายอย่างล้ำลึก โดยเน้นที่การหายใจและการตระหนักรู้ในตนเอง) และการผ่อนคลายเป็นเวลา 10 นาที มีการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 82.90 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ฝึกการออกกำลังกายแบบโยคะมีการคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 65.70 (Yekefallah, Namdar, Dehghankar, Golestaneh, Taheri, & Mohammadkhaniha, 2021)

1.2 น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ไม่เกินเกณฑ์ (Excessive Gestational Weight Gain) การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายจะช่วยควบคุมการเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ที่มากเกินไป และลดความเสี่ยงต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์ การวิเคราะห์เชิงอภิมานเพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายในระหว่างตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารกในครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน โดย เหมยเฉินตู, หยาน ชิง โอวหยาง, เสี่ยวเฟยเนี้ย, อี้ หวง และชารอน อาร์. เรดดิ้ง ทบทวนงานวิจัยทั้งหมด 13 เรื่อง ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 1,439 ราย พบว่าการออกกำลังกายช่วยให้มีการเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ที่ไม่เกินเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Du, Ouyang, Nie, Huang, & Redding, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายด้วย การปั่นจักรยานอยู่กับที่ ตั้งแต่ไตรมาสแรกและทำอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ลดการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญที่อายุครรภ์น้อยกว่า 25 สัปดาห์ (Wang, Wei, Zhang, Zhang, Xu, Sun et al., 2017)

1.3 ลดการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus) งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายตลอดการตั้งครรภ์สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ (Di Mascio, Magro-Malosso, Saccone, Marhefka, & Berghella, 2016; Du, Ouyang, Nie, Huang, & Redding, 2019; Wang, Wei, Zhang, Zhang, Xu, Sun et al., 2017) การทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวจีนที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนจำนวน 300 รายที่มีการตั้งครรภ์เดี่ยวโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีอายุครรภ์น้อยกว่า 13 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 2017 พบว่าการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานที่เริ่มต้นในไตรมาสแรกและทำอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์จนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ลดการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wang, Wei, Zhang, Zhang, Xu, Sun et al., 2017) นอกจากนั้นการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์ในผู้หญิงที่มีน้ำหนักปกติและความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 2,059 ราย โดยมีหญิงตั้งครรภ์ 1,022 ราย (ร้อยละ 49.60) ที่ได้รับการสุ่มให้เข้ากลุ่มออกกำลังกายแบบแอโรบิกใช้เวลาประมาณ 35 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้งและหญิงตั้งครรภ์ 1,037 ราย (ร้อยละ 50.40) ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสุ่มให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มสตรีที่ไม่ได้ออกกำลังกายถึงร้อยละ 49 (Di Mascio, Magro-Malosso, Saccone, Marhefka, & Berghella, 2016)

1.4 ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational Hypertension Disorder) การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมานโดย ดิ มาซิโอ และคณะ (Di Mascio, Magro-Malosso, Saccone, Marhefka, & Berghella) (2016) พบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 2,059 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิกจำนวน 1,022 ราย (ร้อยละ 49.60) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 1,037 ราย (ร้อยละ 50.40) ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายถึงร้อยละ 79

1.5 ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth) การทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อนุมานพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกประมาณ 30 – 60 นาที 3 – 7 ครั้งต่อสัปดาห์ในระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด (Magro-Malosso, Saccone, Di Mascio, Di Tommaso, & Berghella, 2017) นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาในประเทศอิหร่าน ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝึกโยคะครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 26 - 28 และสัปดาห์ที่ 37 โดยฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ครั้งละ 75 นาที) มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและคลอดก่อนสัปดาห์ที่ 37 ของการตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฝึกทำโยคะขณะตั้งครรภ์ (Yekefallah, Namdar, Dehghankar, Golestaneh, Taheri, & Mohammadkhaniha, 2021)

1.6 ลดอัตราการผ่าตัดคลอด (Cesarean Delivery) การทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องการออกกำลังกายก่อนคลอดและโรคก่อนตั้งครรภ์ จากรายงานการวิจัย 5 เรื่องพบว่าการออกกำลังกายในช่วงตั้งครรภ์ ลดโอกาสการผ่าตัดคลอดได้ถึงร้อยละ 55 (Adesegun, Cai, Sivak, Chari, & Davenport, 2019)

1.7 ป้องกันโรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (Postpartum Depression) จากรายงานการทบทวนวรรณกรรม 2 ฉบับ ผลการศึกษาเป็นไปในทำนองเดียวกันที่พบว่าการออกกำลังกายในช่วงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าในช่วงหลังคลอดได้ (Nakamura, van der Waerden, Melchior, Bolze, El-Khoury, & Pryor, 2019; Kołomanska-Bogucka, & Mazur-Bialy, 2019)

2. ประโยชน์ต่อทารก

2.1 การทำงานของหัวใจของทารกในครรภ์ (Fetal Cardiac Function) การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในกลุ่มผู้หญิงที่ตั้งครรภ์เดี่ยว ตั้งแต่ไตรมาสแรก จำนวน 120 ราย ในปี ค.ศ.2014 - 2015 ประเทศสเปน พบว่าการออกกำลังกายในระหว่างการตั้งครรภ์เกี่ยวข้องกับพารามิเตอร์การทำงานของหัวใจของทารกในครรภ์ คือ เพิ่มดัชนีการเต้นของท่อหลอดเลือดแดง (DA-PI) ในสัปดาห์ที่ 20 และเพิ่มเศษส่วนการขับเลือด (EF) ในสัปดาห์ที่ 36 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ (Brik, Fernández-Buhigas, Martin-Arias, Vargas-Terrones, Barakat, & Santacruz, 2019) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ ทบทวนงานวิจัยทั้งหมด 18 เรื่อง จากการสรุปผลในภาพรวมพบว่าการส่งเสริมการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลให้ทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัจมัย สุขวนวัฒน์, รุจิรดา เศาจวุฒิพงศ์, ปราชญาวติ ยมานันตกุล, 2564)

2.2 คะแนนแอพการ์อยู่ในระดับดี (Apgar Score) การศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในประเทศอิหร่านที่ได้รับการฝึกทำโยคะขณะตั้งครรภ์รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย และบริหารร่างกายตามโปรแกรมการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ โดยการทำโยคะมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อคะแนนแอพการ์ นาทีที่ 1 ถึงนาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิด โดยทารกแรกเกิดที่แม่ได้ฝึกทำโยคะขณะตั้งครรภ์ มีคะแนนแอพการ์ นาทีที่ 1 และแอพการ์ นาที ที่ 5 สูงกว่ากลุ่มทารกแรกเกิดในกลุ่มที่แม่ไม่ได้ฝึกทำโยคะขณะตั้งครรภ์ (Yekefallah, Namdar, Dehghankar, Golestaneh, Taheri, & Mohammadkhaniha, 2021) เช่นเดียวกับ การทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ ในภาพรวมพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการออกกำลังกายจะมีคะแนนแอพการ์ของทารกแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (วัจมัย สุขวนวัฒน์, รุจิรดา เศาจวุฒิพงศ์, ปราชญาวติ ยมานันตกุล, 2564)

2.3 ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Birth Weight) การทบทวนวรรณกรรมเรื่องอาหารหรือออกกำลังกายหรือทั้งสองอย่างเพื่อป้องกันไม่ให้น้ำหนักขึ้นมากเกินไป ทีมผู้วิจัยได้วิเคราะห์ผลกระทบของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อผลลัพธ์ของทารกในครรภ์ เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน หรือผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์) ที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเรื่องอาหารและการออกกำลังกายร่วมกัน มีความเสี่ยงต่อภาวะทารกตัวโตลดลงร้อยละ 15 (Muktabhant, Lawrie, Lumbiganon, & Laopaiboon, 2015) นอกจากนี้ การศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝึกทำโยคะขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย และบริหารร่างกายตามโปรแกรมการออกกำลังกาย พบว่า น้ำหนักแรกเกิดของทารกและน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยของทารกในกลุ่มที่แม่ฝึกโยคะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบโยคะ (Yekefallah, Namdar, Dehghankar, Golestaneh, Taheri, & Mohammadkhaniha, 2021)

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพดี ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย รวมทั้งกลุ่มที่ไม่ค่อยออกกำลังกายในช่วงก่อนตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนด้วย (ACSM, 2022) วิทยาลัยสูติศาสตร์นรีเวชแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ (ACOG, 2020) ดังนี้

1. สูตินรีแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ ควรประเมินสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์หรือทางสูติศาสตร์อย่างรอบคอบก่อนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายระหว่างตั้งครรภ์ ไม่ควรกำหนดให้จำกัดกิจกรรมเป็นการรักษาเพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด

2. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หรืออายุรศาสตร์ ออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องในระดับปานกลางของการออกกำลังกายตามปกติ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอครั้งละ 30 - 60 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์

3. สตรีที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างหนักเป็นประจำหรือเคยออกกำลังกายมาก่อนตั้งครรภ์สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ต่อไปได้ในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด

4. หญิงตั้งครรภ์ควรอยู่ภายใต้การดูแลของสูตินรีแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ที่สามารถติดตามความคืบหน้าของการตั้งครรภ์ได้ หญิงตั้งครรภ์สามารถปรึกษาสูตินรีแพทย์หรือผู้ให้บริการดูแลสูตินรีเวชอื่น ๆ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางกายระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด

5. เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่ควรออกกำลังกายในท่านอนหงาย เพราะน้ำหนักของมดลูกที่ขยายขึ้นจะกดทับเส้นเลือดใหญ่ ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า และมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะได้ง่าย

6. หญิงตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายน้อยก่อนตั้งครรภ์ควรค่อย ๆ เพิ่มความหนักของการออกกำลังกายให้มากขึ้น แม้ว่าจะยังไม่ได้กำหนดระดับความหนักของการออกกำลังกายที่ปลอดภัย แต่ผู้หญิงที่ออกกำลังกายเป็นประจำก่อนตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพดี ควรออกกำลังกายแบบหนัก เช่น จ็อกกิ้งและแอโรบิก เป็นต้น โดยไม่มีผลข้างเคียงใด ๆ

การออกกำลังกายแบบหนักหรือต่อเนื่องเกิน 45 นาที อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีแคลอรี่ให้เพียงพอก่อนออกกำลังกาย หรือจำกัดความหนัก หรือระยะเวลาของการออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดความเสี่ยงนี้

7. การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ในระหว่างออกกำลังกาย หญิงตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำให้เพียงพอ สวมเสื้อผ้าที่หลวม ๆ และหลีกเลี่ยงความร้อนและความชื้นสูง เพื่อป้องกันความเครียดจากความร้อน โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรก

8. การออกกำลังกายควรทำในสภาพแวดล้อมที่ไม่ร้อนจนเกินไป หรือในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุม (สถานที่ที่มีเครื่องปรับอากาศ) และหญิงตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสความร้อนเป็นเวลานาน ดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่ปริมาณแคลอรี่อย่างเหมาะสม

9. ขณะออกกำลังกายหากมีเลือดออกจากช่องคลอด มีอาการปวดท้อง มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำรั่ว หายใจลำบากก่อนออกกำลังกาย วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการปวดหรือบวมที่น่อง อาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันที และควรได้รับการรักษาดูแลโดยแพทย์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

ข้อห้ามอย่างเด็ดขาดในการออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์ คือ ถุงน้ำแตก เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เลือดออกทางช่องคลอด ภาวะรกเกาะต่ำตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ปากมดลูกไม่แข็งแรง ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะแฝดมากกว่าสอง ภาวะเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ควบคุมอาการไม่ได้ โรคไทรอยด์ที่ควบคุมไม่ได้ และความผิดปกติของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจและอื่น ๆ ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะต่าง ๆ ดังกล่าว ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาจมีอันตรายได้ (ACOG, 2020; Ferrari & Joisten, 2021)

นอกจากนั้น วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา (ACSM, 2022) ได้ให้คำแนะนำ และสิ่งที่ควรคำนึงถึงเป็นพิเศษในการออกกำลังกายระหว่างการตั้งครรภ์ ดังนี้

1. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น การเล่นสกีลงเขา สกีน้ำ โต้คลื่น ปั่นจักรยานเสือภูเขา ขี่ม้า และยิมนาสติก เนื่องจากการหกล้มอาจเป็นอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์

2. หลีกเลี่ยงการดำน้ำลึก การดำน้ำลึกอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

3. หลีกเลี่ยงการกระโดดร่ม การกระโดดร่มมีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บและไม่แนะนำสำหรับหญิงตั้งครรภ์

4. หลีกเลี่ยงกีฬาที่มีการปะทะหรือกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการกระแทกบริเวณช่องท้อง เช่น ฮอกกี้น้ำแข็ง มวย ฟุตบอล และบาสเกตบอล เป็นต้น เนื่องจากการกระแทกอาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

5. รักษาโภชนาการและการดื่มน้ำที่เพียงพอ ดื่มน้ำก่อน ระหว่าง และหลังการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการขาดน้ำ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารก

การปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านี้จะช่วยให้การออกกำลังกายในระหว่างตั้งครรภ์เป็นไปอย่างปลอดภัยและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารก

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ อาการปวดหลัง ปวดขา อาการคลื่นไส้ ความเหนื่อยล้า (Connolly, Conger, Montoye, Marshall, Schlaff, Badon, et al., 2019; Negash & Alelgn, 2023) ความลำบากในการขยับตัวเพื่อมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย (มารีอา อาซาดเดกาน, ธัญชนก ไชยเพิ่ม, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ดิษกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, และ อังสุมา ชูประคอง, 2565)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือวิถีชีวิต ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเวลา (Connolly, Conger, Montoye, Marshall, Schlaff, Badon, et al., 2019; Negash & Alelgn, 2023) ข้อจำกัดด้านภาระงาน (มารีอา อาซาดเดกาน , ธัญชนก ไชยเพิ่ม, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ดิษกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, และ อังสุมา ชูประคอง , 2565) รับผิดชอบในการดูแลเด็ก ความรับผิดชอบในการทำงาน ขาดแหล่งกิจกรรม ข้อจำกัดด้านสภาพอากาศ (Connolly, Conger, Montoye, Marshall, Schlaff, Badon, et al., 2019)

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ขาดการสนับสนุน มีคำแนะนำที่ขัดแย้งกัน ขาดแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง และขาดความมั่นใจ (Connolly, Conger, Montoye, Marshall, Schlaff, Badon, et al., 2019) ความกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ (มารีอา อาซาดเดกาน, ธัญชนก ไชยเพิ่ม, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ดิษกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, และ อังสุมา ชูประคอง, 2565; Connolly, Conger, Montoye, Marshall, Schlaff, Badon, et al., 2019)

4. ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ หญิงครรภ์หลังมักจะมีกิจกรรมทางกายมากกว่าหญิงครรภ์แรก การศึกษาในประเทศไทย 2 การศึกษา โดย สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนี พลอินทร์, จัณทร์ปภัสร์ เครือแก้ว, ดีนกี้ และมิ่งกมล อุตตสุรดี, 2564 (2564) พบว่า กิจกรรมทางกายที่หญิงครรภ์หลังทำมากที่สุด คือ กิจกรรมที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นกิจกรรมทางกายที่ประกอบด้วยการดูแลผู้อื่นและการทำงานบ้าน ได้แก่ การเลี้ยงเด็ก เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ป้อนอาหาร ให้นม เล่น อุ้ม ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การทำงานบ้าน เช่น ถูพื้น กวาดบ้าน ซักผ้า (ซักมือ) รีดผ้า จัดของ ดูดฝุ่น รองลงมาคือกิจกรรมในการทำงาน ได้แก่ ยืนหรือเดินทำงานงานหนัก เช่น ขายของ หาบเร่ ทำไร่/ ทำสวน/ ปศุสัตว์ พนักงานต้อนรับ ก่อสร้าง แม่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ มารีอา อาซาดเดกาน, ธัญชนก ไชยเพิ่ม, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ดิษกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, และ อังสุมา ชูประคอง (2565) พบว่า หญิงครรภ์หลังมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหญิงครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุอาจเนื่องจากหญิงที่ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง ต้องเลี้ยงดูบุตรคนก่อนจึงทำให้มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายมากกว่าหญิงครรภ์แรก

5. ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การศึกษาในประเทศไทย ในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาส 2 ที่มีความเสี่ยงต่ำ จำนวน 290 คน พบว่าหญิงตั้งครรภ์มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.10) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายระหว่างการตั้งครรภ์ โดยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ (มารีอา อาซาดเดกาน และ

คณะ, 2565) อย่างไรก็ตามในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 344 ราย ที่ประเทศเอธิโอเปีย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.10 ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายเลย และมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์เพียง ร้อยละ 42.20 จากผลการศึกษานี้สะท้อนว่าหญิงตั้งครรภ์บางส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ (Negash & Alelgn, 2023)

6. แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ชาวอิหร่านส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 45.7 รองลงมาคือการสื่อสารมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสารและอื่น ๆ ร้อยละ 31.5 (Negash & Alelgn, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยที่ได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 57 และ/ หรือจากสื่อออนไลน์ ร้อยละ 53.6 (มารีอา อาซาดเดกาน, ธัญชนก ไชยเพิ่ม, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ดิษกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, และ อังสุมา ชูประคอง, 2565)

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์ การทบทวนวรรณกรรมบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การให้คำปรึกษาเชิงสร้างแรงบันดาลใจ

วิทยาลัยสูติศาสตร์นรีเวชแห่งสหรัฐอเมริกา (ACOG, 2020) แนะนำเครื่องมือให้คำปรึกษาด้านแรงจูงใจ คือ 5 A (Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange) ซึ่งเดิมพัฒนาขึ้นเพื่อการเลิกบุหรี่ ได้นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาด้านอาหารและการออกกำลังกายอย่างประสบความสำเร็จ สูตินรีแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ สามารถพิจารณานำแนวทาง Five A's มาใช้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกายได้ จากคำแนะนำดังกล่าว ประเทศไทยได้มีการกำหนดกรอบแนวคิดการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิด 5A (5As Framework) (ทับทิม ศรีวิไล, จิตตรี เพ็ชรแสนงาม, อารีรัตน์ บุตรษาแก้ว, ธวัชชัย ทองบ่อ, เศวต เชี่ยงลี่, และ ชญาดา ดวงกระจาย, 2566 ก) กรอบแนวคิด 5A ประกอบด้วย 1. Assess ประเมิน คือ การประเมินระดับกิจกรรมทางกาย การประเมินสุขภาพก่อนการมีกิจกรรมทางกาย และการประเมินความพร้อมด้านแรงจูงใจ 2. Advise แนะนำ การแนะนำเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติ ขั้นตอนการแนะนำเป็นส่วนสำคัญให้คำปรึกษากิจกรรมทางกาย โดยมีเป้าหมาย คือ ปลอดภัย เหมาะสม ได้ผล ได้แก่ การให้คำแนะนำหลักการทั่วไปในการทำกิจกรรมทางกายและหลักการ FITT 3. Agree ตกลง ขั้นตอนนี้เป็นการทำการตกลงร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้บริการถึงแผนกิจกรรมทางกาย มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน และกำหนดใบสั่งกิจกรรมทางกาย 4. Assist สนับสนุน เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและรักษาพฤติกรรมให้ดีอยู่ต่อไป การสนับสนุนข้อมูลให้เกิดความรู้และทักษะ การสนับสนุนให้มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ อาจใช้ทฤษฎีหรือแบบจำลองที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย และสนับสนุนให้ผู้รับบริการมองเห็นโอกาสและวิธีการเอาชนะอุปสรรคเพื่อนำไปสู่เป้ามายที่ตั้งไว้ร่วมกัน 5. Arrange จัดเตรียม การจัดเตรียมในบริบทของการให้คำปรึกษากิจกรรมทางกายครอบคลุมตั้งแต่การนัดติดตาม การแจ้งเตือน รวมทั้งการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญหรือทรัพยากรที่สนับสนุนกิจกรรมทางกายในชุมชน ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำเอากรอบแนวคิด 5A มาประยุกต์เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในขณะฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในช่วงตั้งครรภ์ได้

2. จัดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายโดยการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดอื่น

วัจมัย สุขวนวัฒน์, รุจิรดา เศาจวุฒิพงศ์, ปราชญาวติ ยมานันตกุล (2564) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงรูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ ข้อสรุปจากงานวิจัย 18 เรื่อง พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายผสมผสานแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดอื่น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม มีระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและอาการรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันน้อยลง มีระดับความเจ็บปวดระยะที่ 2 ของการคลอดน้อย คะแนนแอพการ์ของทารกแรกเกิดอยู่ในระดับดี พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ ได้แก่ ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model/ Stage of Change Model) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ทฤษฎีควบคุมและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Control Theory and Social Cognitive Theory) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มาเป็นกรอบในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ได้

3. เพิ่มกลยุทธ์ในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การศึกษาในไทยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เรื่องการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์จากบุคลากรทางสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ การสื่อสารมวลชน และสื่อออนไลน์ (มารีอา อาซาดเดกาน, ธัญชนก ไชยเพิ่ม, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ดิษกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, และ อังสุมา ชูประคอง, 2565) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีการออกกำลังกายด้วยการเพิ่มกลยุทธ์ในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ การใช้แอปพลิเคชันในมือถือ (Smartphone Application/ Mobile Application) มีส่วนช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการทำกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น (Brunelli, De Vita, Cenedese, Cinello, Paris, Samogizio, et al., 2021; Frid, Bogaert, & Chen, 2021; Sandborg, Söderström, Henriksson, Bendtsen, Henström, Leppänen, et al., 2021) พยาบาลผดุงครรภ์สามารถพัฒนารูปแบบในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ โดยการสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำปรึกษา และตอบคำถามเรื่องที่หญิงตั้งครรภ์มีข้อสงสัยหรืออยากทราบข้อมูลเพิ่มเติมในช่องทางที่หลากหลายผ่านสังคมออนไลน์ ได้แก่ เว็บบล็อก แอปพลิเคชันในมือถือ แอปพลิเคชันไลน์ แอปพลิเคชันเฟซบุ๊ก การจัดทำคู่มือในรูปแบบ QR Code เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวก รวมทั้งการแนะนำเว็ปไซต์ที่น่าเชื่อถือ มีข้อมูลตามหลักวิชาการ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งการแนะนำให้ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ที่เป็นประโยชน์กับหญิงตั้งครรภ์

4. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายตลอดการตั้งครรภ์ ไปจนถึงหลังคลอด

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี เนื่องจากมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นและสามารถเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ได้ (ACOG, 2020) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำแนะนำกิจกรรมทางกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด (ทับทิม ศรีวิไล, จิตตรี เพ็ชรแสนงาม, อารีรัตน์ บุตรษาแก้ว, ธวัชชัย ทองบ่อ, เศวต เซี่ยงลี่, และ ชญาดา ดวงกระจาย, 2566 ก) ดังนี้

4.1 กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในไตรมาสที่ 1 (น้อยกว่า 12 สัปดาห์) เป็นช่วงเตรียมความพร้อม ช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้การประเมินกิจกรรมทางกาย กำหนดเป้าหมายกิจกรรมทางกาย ประเมินความเสี่ยง/ ข้อห้ามในการทำกิจกรรมทางกาย จัดทำโปรแกรมให้ความรู้ในไตรมาสที่ 1 นี้อาจจะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เดินหรือย่ำเท้าอยู่กับที่

4.2 กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในไตรมาสที่ 2 (13 - 26 สัปดาห์) เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควบคุมความดันโลหิต เสริมสร้างสุขภาพจิต พยาบาลผดุงครรภ์สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 15 - 30 นาที เดินย่ำเท้าอยู่กับที่ ออกกำลังกายแบบ Weight Training 15 - 30 นาที และมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 10 นาที

4.3 กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในไตรมาสที่ 3 (27 - 40 สัปดาห์) เพื่อเตรียมคลอดอย่างปลอดภัย เพิ่มคุณภาพการนอน ทำกิจกรรมเสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อ เริ่มการออกกำลังกายอุ้งเชิงกราน เสริมสร้างสุขภาพจิต พยาบาลผดุงครรภ์สามารถแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก 10 - 20 นาที ออกกำลังกายแบบ Weight Training 10-20 นาที การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 10 นาที การบริหารอุ้งเชิงกราน 10 - 15 นาที และออกกำลังกายแบบผ่อนคลาย 10 นาที

นอกจากการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายตลอดการตั้งครรภ์แล้ว พยาบาลผดุงครรภ์ยังสามารถส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายในช่วงหลังคลอดอีกด้วย

4.4 กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในช่วงหลังคลอด เพื่อปรับสมดุลร่างกาย สานสัมพันธ์แม่ลูก เพิ่มคุณภาพการนอน ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและคืนสู่น้ำหนักตัวปกติ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและเสริมสร้างสุขภาพจิต พยาบาลผดุงครรภ์สามารถแนะนำให้หญิงหลังคลอดได้เดินหรือย่ำอยู่กับที่ และบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน 10 - 15 นาที

สรุป

การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสตรีระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดที่จะส่งผลต่อการออกกำลังกาย และควรมีการออกกำลังกายตามหลักการออกกำลังกายของฟิทท์ (FITT) โดยคำนึงถึงความถี่ ความหนัก ระยะเวลา และชนิดของการออกกำลังที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย มีความเสี่ยงทางด้านสูติกรรมและอายุรกรรม และควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มออกกำลังกาย รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ควรทราบถึงอาการเตือนที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันที เช่น มีเลือดออกจากช่องคลอด เหนื่อย มดลูกหดรัดตัว หน้าท้องแข็งตึงขึ้น ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเหล่านี้ ควรได้รับการรักษาดูแลโดยสูติแพทย์เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งนี้ในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่มีหลายประการ และมีความแตกต่างกันในหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือวิถีชีวิต ปัจจัยด้านจิตสังคม ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และแหล่งข้อมูล พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในช่วงตั้งครรภ์มีบทบาทในการให้คำปรึกษาเชิงสร้างแรงบันดาลใจ นำเอากรอบแนวคิด 5A มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย นอกจากนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ยังมีบทบาทในการจัดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายโดยการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ ได้ บทบาทในการเพิ่มกลยุทธ์ในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่หลากหลายผ่านสังคมออนไลน์ พัฒนาการใช้แอปพลิเคชันในมือถือ อีกทั้งพยาบาลผดุงครรภ์ยังมีบทบาทในการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายตลอดการตั้งครรภ์ ไปจนถึงหลังคลอด โดยการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์แต่ละไตรมาส ตลอดจนโปรแกรมที่เหมาะสมในช่วงหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการพยาบาลในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ควรมีความหลากหลาย ได้แก่ การให้คำปรึกษาเชิงสร้างแรงบันดาลใจ การจัดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย โดยการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดอื่น การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายตลอดการตั้งครรภ์ ไปจนถึงหลังคลอด ในการให้การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประโยชน์ของการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

ของหญิงตั้งครรภ์ และการส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์คุณภาพ

References

ทับทิม ศรีวิไล, จิตตรี เพ็ชรแสนงาม, อารีรัตน์ บุตรษาแก้ว, ธวัชชัย ทองบ่อ, เศวต เชี่ยงลี่, ชญาดา ดวงกระจาย. (2566 ก). *แนวทางการดำเนินงานสำหรับบุคลากร: การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

ทับทิม ศรีวิไล, จิตตรี เพ็ชรแสนงาม, อารีรัตน์ บุตรษาแก้ว, ธวัชชัย ทองบ่อ, เศวต เชี่ยงลี่, ชญาดา ดวงกระจาย, (2566 ข). *“ลูกแข็งแรง เริ่มต้นที่แม่กระฉับกระเฉง” คู่มือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

มารีอา อาซาดเดกาน, ธัญชนก ไชยเพิ่ม, ชยวัฒน์ ผาติหัตถกร, ดิษกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล, อังสุมา ชูประคอง. (2565). กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำที่โรงพยาบาลศิริราช. *เวชบันทึกศิริราช*, *15*(4), 228-237.

วัจมัย สุขวนวัฒน์, รุจิรดา เศาจวุฒิพงศ์, และ ปราชญาวติ ยมานันตกุล. (2564). รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, *36*(2), 375-389.

สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนี พลอินทร์, จัณทร์ปภัสร์ เครือแก้ว ดีนกี้, มิ่งกมล อุตตสุรดี. (2564). กิจกรรมทางกายของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, *41*(3), 50-59.

Adesegun, D., Cai, C., Sivak, A., Chari, R., & Davenport, M. H. (2019). Prenatal exercise and pre-gestational diseases: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *41*(8), 1134-1143. doi.org/10.1016/j.jogc.2018.10.007

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Committee Opinion no. 804: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and The Postpartum Period*. Obstetrics & Gynecology, 135, e178–188.

American College of Sports Medicine. (2020). *ACSM Information on Pregnancy Physical Activity*. Retrieved 31 January 2025 from https://www.acsm.org/docs/default-source/files-for-resource-library/pregnancy-physical-activity.pdf?sfvrsn=12a73853_4

American College of Sports Medicine. (2022). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Brik, M., Fernández-Buhigas, I., Martin-Arias, A., Vargas-Terrones, M., Barakat, R., & Santacruz, B. (2019). Does exercise during pregnancy impact on maternal weight gain and fetal cardiac function? A randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*, *53*(5), 583-589. doi: 10.1002/uog.20147.

Brunelli, L., De Vita, C., Cenedese, F., Cinello, M., Paris, M., Samogizio, F., et al. (2021). Gaps and future challenges of Italian apps for pregnancy and postnatal care: systematic search on app stores. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(8), e29151. doi: 10.2196/29151

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Pregnant & Postpartum Activity: An Overview. Retrieved 31 January 2025, from https://www.cdc.gov/physical-activity-basics/guidelines/healthy-pregnant-or-postpartum-women.html

Connolly, C. P., Conger, S. A., Montoye, A. H., Marshall, M. R., Schlaff, R. A., Badon, S. E., et al. (2019). Walking for health during pregnancy: a literature review and considerations for future research. *Journal of sport and health science*, *8*(5), 401-411.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams Obstetrics*. (26th ed). New York: McGraw-Hill.

Di Mascio, D., Magro-Malosso, E. R., Saccone, G., Marhefka, G. D., & Berghella, V. (2016). Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American journal of obstetrics and gynecology*, *215*(5), 561-571. doi/org/10.1016/j.ajog.2016.06.014

Du, M. C., Ouyang, Y. Q., Nie, X. F., Huang, Y., & Redding, S. R. (2019). Effects of physical exercise during pregnancy on maternal and infant outcomes in overweight and obese pregnant women: A meta-analysis. *Birth*, *46*(2), 211-21. doi/org/10.1111/birt.12396

Ferrari, N., & Joisten, C. (2021). Impact of physical activity on course and outcome of pregnancy from pre-to postnatal. *European journal of clinical nutrition*, *75*(12), 1698-1709. doi.org/10.1038/s41430-021-00904-7

Frid, G., Bogaert, K., & Chen, K. T. (2021). Mobile health apps for pregnant women: Systematic search, evaluation, and analysis of features. *Journal of medical Internet research*, *23*(10), e25667. doi.org/10.2196/25667

Kołomańska-Bogucka, D., & Mazur-Bialy, A. I. (2019). Physical activity and the occurrence of postnatal depression - A systematic review. *Medicina*, *55*(9), 560. doi.org/10.3390/medicina55090560

Magro-Malosso, E. R., Saccone, G., Di Mascio, D., Di Tommaso, M., & Berghella, V. (2017). Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: A systematic review and meta‐analysis of randomized controlled trials. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *96*(3), 263-273. doi.org/10.1111/aogs.13087

Muktabhant, B., Lawrie, T. A., Lumbiganon, P., & Laopaiboon, M. (2015). Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane database of systematic reviews*, (6). doi.org/10.1002/14651858.CD007145.pub3

Nakamura, A., van der Waerden, J., Melchior, M., Bolze, C., El-Khoury, F., & Pryor, L. (2019). Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *246*, 29-41. doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.009

Negash, B. T., & Alelgn, Y. (2023). Knowledge, attitude and practice of physical exercises among pregnant women attending prenatal care clinics of public health institutions in Hawassa city, Sidama, Ethiopia, in 2021: Descriptive cross-sectional study. *BMC women's health*, *23*(1), 630, 1-9. doi.org/10.1186/s12905-023-02756-8

Sandborg, J., Söderström, E., Henriksson, P., Bendtsen, M., Henström, M., Leppänen, M. H., et al. (2021). Effectiveness of a smartphone app to promote healthy weight gain, diet, and physical activity during pregnancy (HealthyMoms): Randomized controlled trial. JMIR mHealth and uHealth, 9(3), e26091. doi.org/10.2196/26091

Wang, C., Wei, Y., Zhang, X., Zhang, Y., Xu, Q., Sun, Y., et al. (2017). A randomized clinical trial of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus and improve pregnancy outcome in overweight and obese pregnant women. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, *216*(4), 340-351. doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.037

Yekefallah, L., Namdar, P., Dehghankar, L., Golestaneh, F., Taheri, S., & Mohammadkhaniha, F. (2021). The effect of yoga on the delivery and neonatal outcomes in nulliparous pregnant women in Iran: A clinical trial study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 351, 1-8. doi.org/10.1186/s12884-021-03794-6

Nursing Innovation and Health Association Journal

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ” ของประชาชนพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

Factors Affecting Perception Towards the “30-Bath Healthcare for All with One ID Card Policy” in Takua Pa District Phang-nga Province

รังสรรค์ เตี่ยวสกุล[1*]

Rungsun Tiawsakul[1*]

[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

[1]Takua Pa District Public Health Office, Phangnga Province

(Received: *July 13, 2025*: Revised: *August 22, 2025*; Accepted: *August 29, 2025*)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนต่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ONEID)” ในพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุระหว่าง 15 – 70 ปี จำนวน 426 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิและสุ่มอย่างง่ายตามตำบลในพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณขั้นตอนผลการศึกษาพบว่า

1. โดยรวมระดับการรับรู้ของประชาชนต่อนโยบายอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.62, SD = 1.22) โดยกิจกรรมที่มีการรับรู้มากที่สุดคือ “การยืนยันตัวตนก่อนหรือหลังเข้ารับบริการ” และกิจกรรมที่มีการรับรู้น้อยที่สุดคือ “ระบบแพทย์ทางไกล (Telehealth)”

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ ได้แก่ ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลรายเดือน และความคิดเห็นว่านโยบายสามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย ซึ่งการมีประสบการณ์ตรงในการใช้บริการมีค่าสหสัมพันธ์สูงที่สุด (r = 0.169, p-$value$ < .01)

3. การได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสารผ่านโทรทัศน์และโซเชียลมีเดีย รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับการรับรู้ของประชาชนต่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ONEID)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือควรส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ผ่านหลายช่องทาง สนับสนุนบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน เพื่อเพิ่มระดับการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิของประชาชนให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: รับรู้ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tan2519@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional quantitative survey approach research aimed to investigate the factors influencing public perception towards the “30-Baht Healthcare for All with One ID Card” Policy” policy (ONEID) among residents in Takua Pa District, Phang Nga Province. The sample consisted of 426 participants with universal health insurance rights. aged 15 to 70 years, selected through stratified and simple random sampling methods. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed through descriptive statistics, Pearson correlation, and stepwise multiple regression. The findings revealed that:

1. The overall perception level towards the ONEID policy was moderate (M = 2.62 , SD = 1.22). The highest perceived activity was identity verification at service points, while the lowest was the use of Telehealth services.

2. The influencing factors were found to be education level (especially bachelor's degree or higher), monthly healthcare expenses, and the belief that the policy reduces financial burdens. Personal experience using ONEID services had the strongest correlation with perception (r = 0.169, *p-value* < .01).

3. The other significant factors included access to information via medical personnel and mass media, as well as support from family and community networks. The study supports Perception Theory, which posits that perception is shaped by individual expectations, past experiences, and social context.

The recommendations from this findings suggested that enhancing communication strategies, strengthening local health networks, and increasing public engagement can improve policy perception and utilization.

Keywords: Perception, 30-Bath Healthcare for All with One ID Card

บทนำ

“หลักประกันสุขภาพของคนไทย” เป็นนโยบายสาธารณะที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประชาชนคนไทย เนื่องจากเกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพของประชาชนทุกคน รวมถึงการจัดการงบประมาณที่สูง การทำให้โครงการดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในเชิงการบริหารจัดการเป็นเรื่องที่ท้าทาย “สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นสิทธิตามกฎหมายของคนไทยทุกคน ตั้งแต่แรกเกิดและตลอดช่วงชีวิต (ไม่ใช่สิทธิเพื่อการสงเคราะห์เฉพาะกลุ่ม) ซึ่งรู้จักกันในชื่อ “สิทธิบัตรทอง หรือ สิทธิ 30 บาท” โดยรัฐบาลจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้คนไทยเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นการขยายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีความสะดวก เข้าถึงได้ และเป็นธรรมยิ่งขึ้น โดยเปลี่ยนระบบการลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลหลัก มาเป็นการใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียว เพื่อเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ จุดมุ่งหมายของนโยบายนี้คือเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนไทยในทุกพื้นที่ ในการขับเคลื่อนนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดพื้นที่นำร่องใน 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดเพชรบุรี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัด ร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดนราธิวาส และในระยะที่ 2 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดพื้นที่ขยายในระยะที่ 2

มี 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดพังงา จังหวัดนนทบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดหนองบัวลำพู จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดสระแก้ว โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน สามารถดำเนินการ (1) เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับ (2) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนใน การรับบริการ (3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน โดยมีกรอบการพัฒนาระบบ/ พัฒนางาน ดังนี้ (1) พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ผ่าน HIS, JHIS, EHP หมอพร้อม Station, สอน.บัดดี้ และระบบอื่น ๆ (2) พัฒนาระบบยืนยันตัวตน โดยเน้นการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ การยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการ การตรวจสอบสิทธิ์ การยืนยันเข้าบริการ การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ การยืนยันตัวตนต่างด้าว (3) พัฒนาระบบ MOPH Data Hub โดยเน้นการดำเนินการ ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชนใบรับแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา/ใบสั่งแล็ป การแพทย์และเภสัชทางไกล การนัดหมายออนไลน์ บริการรับส่งยาทางไปรษณีย์ การเบิกจ่ายกับกองทุนสุขภาพ บริการจ่ายเงินออนไลน์ การส่งต่อการรักษาพยาบาล บริการเจาะเลือดใกล้บ้านและเชื่อมโยงข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (4) การพัฒนาระบบเชื่อมต่อประชาชน โดยพัฒนา Line OA การพัฒนา Application ภายใต้การขับเคลื่อนนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (สุนันทา กาญจนพงค์, 2567)

การสื่อสารเป็นกระบวนการส่งหรือถ่ายทอดเรื่องราว ข่าวสาร ข้อมูล ความรู้ เหตุการณ์ต่าง ๆ จากผู้ส่ง ซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่มชน หรือสถาบัน ไปยังผู้รับซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่ม ชน หรือสถาบัน อีกฝ่ายหนึ่ง เพื่อให้ผู้รับได้รับทราบข่าวสารร่วมกัน (ณัฏฐ์ชุดา วิจิตรจามรี, 2566) ฉะนั้น การรับรู้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ย่อมส่งผลต่อความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจ และระดับความร่วมมือ หากเป็นนโยบายที่ดีก็จะได้รับความเชื่อถือ ไว้วางใจ และได้รับการร่วมมือจากประชาชน ให้นโยบายนั้นประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน ภาพลักษณ์จึงเป็นรากฐานแห่งความมั่นคงขององค์กรที่มีนโยบาย (ชูเกียรติ วงษ์เทพเตียน, 2542) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของนโยบายยังเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน เช่น ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับสิทธิของตน การขาดข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับกระบวนการใช้สิทธิ และข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับการรับรู้และการเข้าถึงบริการอย่างแท้จริง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนต่อนโยบายดังกล่าว เพื่อให้ภาครัฐสามารถออกแบบการสื่อสารและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

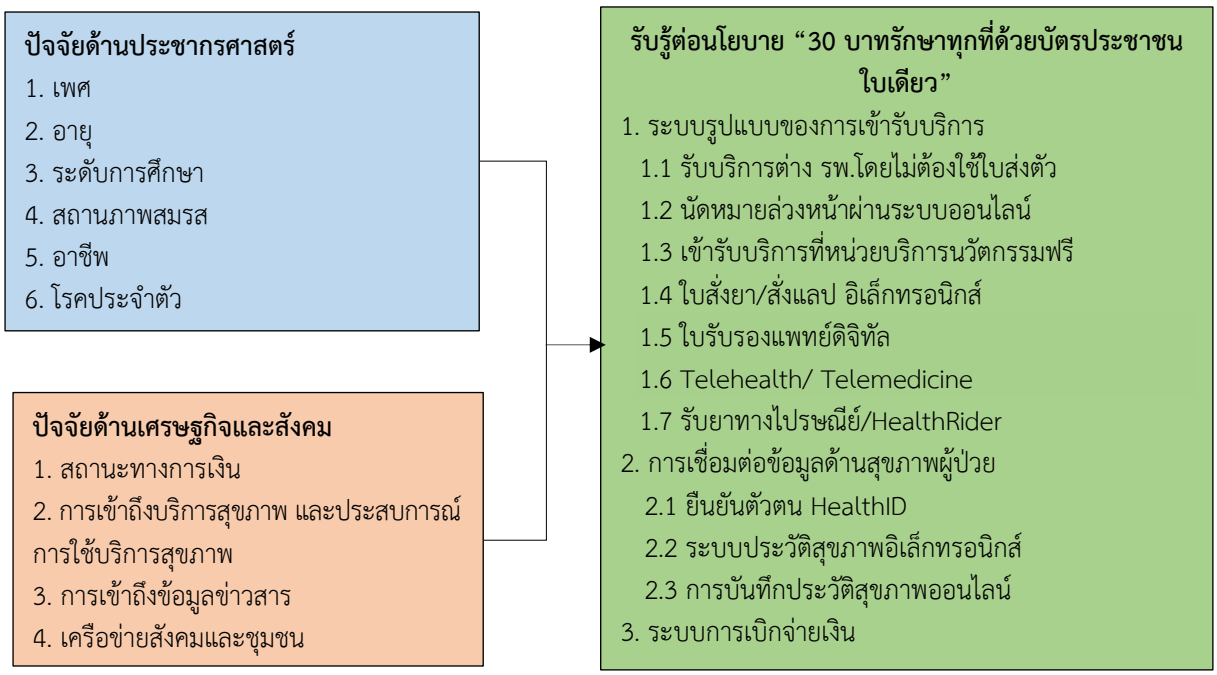
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของประชาชนอำเภอตะกั่วป่าต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนต่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ONEID)” ในพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา
4. เพื่อประเมินความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับประโยชน์และข้อจำกัดของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนต่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ONEID)” ในพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาเป้าหมายให้โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน สามารถดำเนินการ ร่วมกับแนวคิดการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey) โดยศึกษาในช่วง วันที่ 1 ธันวาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ อายุระหว่าง 15 – 70 ปี ในเขตอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568 จำนวน 22,659 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วป่า, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ อายุระหว่าง 15 – 70 ปี ในเขตอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและทราบขนาดของประชากร จากสูตร Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน 5% ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 394 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 8 (Naing, Winn, & Rusli, 2006) จำนวน 32 คน เป็น 426 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบชั้นภูมิตามประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพรายตำบล ได้กลุ่มเป้าหมายตำบลตะกั่วป่า 64 คน ตำบลบางนายสี 93 คน ตำบลบางม่วง 91 คน ตำบลเกาะคอเขา 8 คน ตำบลคึกคัก 54 คน ตำบลบางไทร 22 คน ตำบลโคกเคียน 51 คน และตำบลตำตัว 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 2.1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานะทางการเงิน ประกอบด้วย 8 คำถาม เป็นแบบสอบถามปลายปิด ให้เลือกตอบแบบคำตอบเดียว โดยคำถามข้อ 2.1.2, 2.1.4, 2.1.5, 2.1.8 เป็นคำตอบแบบ Rating Scale 4 ระดับ 2.2) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย 10 คำถาม เป็นแบบสอบถามปลายปิด ให้เลือกตอบแบบคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็น โดยคำถามข้อ 2.2.2, 2.2.10 เป็นคำตอบแบบ Rating Scale 4 ระดับ 2.3) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย 9 คำถาม เป็นแบบสอบถามปลายปิด ให้เลือกตอบแบบคำตอบเดียวและหลายคำตอบและคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็น โดยคำถามข้อ 2.3.2, 2.3.6 เป็นคำตอบแบบ Rating Scale 4 ระดับ 2.4) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเครือข่ายสังคมและชุมชน ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยจะประกอบด้วยแบบสอบถามแบบปลายปิดเลือกตอบคำตอบได้คำตอบเดียว และคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็น โดยคำถามข้อ 2.4.3, 2.4.5, 2.4.6, 2.4.10 เป็นคำตอบแบบ Rating Scale 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นคำถามเพื่อวัดระดับการรับรู้และความเข้าใจของประชาชนต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับทราบนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยเป็นข้อคำถามแบบ ทราบ/ ไม่ทราบ จำนวน 11 ข้อ เป็นระดับการวัดข้อมูลแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่รู้ว่ามีกิจกรรมนี้ในนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (1 คะแนน) รู้ว่ามีกิจกรรมนี้ในนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว แต่ไม่รู้รายละเอียด (2 คะแนน) รู้ว่ามีกิจกรรมนี้ในนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว บ้างเล็กน้อย (3 คะแนน) รู้ว่ามีกิจกรรมนี้ในนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวระดับปานกลาง (4 คะแนน) รู้ว่ามีกิจกรรมนี้ในนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจนสามารถใช้บริการได้อย่างมั่นใจ (5 คะแนน) เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยการรับรู้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยแปลผลที่ได้เป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยหาค่าอัตรภาคชั้น เท่ากับคะแนนสูงสุด ลบด้วย คะแนนต่ำสุดและหารด้วย จำนวนชั้นที่ต้องการ เบสท์ (Best, 1977) ได้ (55 – 0) / 3 = 18.33 นำค่าที่ได้ไปแบ่งระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ ดังนี้ การรับทราบนโยบาย อยู่ในระดับดี (ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 36.67 - 55.00) การรับทราบนโยบาย อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 18.33 – 36.66) การรับทราบนโยบาย อยู่ในระดับไม่ดี (ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.00 – 18.32)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดย ตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของประชาชนอำเภอตะกั่วป่าไปตรวจสอบความตรงในเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบบัตรประกันสุขภาพ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง 0.67 – 1.00 และให้คำแนะนำแก้ไขปรับปรุงอีกครั้งหนึ่งและตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพอำเภอท้ายเหมือง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาทได้เท่ากับ .97 สถานะทางการเงินเท่ากับ .81 การเข้าถึงบริการสุขภาพและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพเท่ากับ .78 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเท่ากับ .70 เครือข่ายสังคมและชุมชนเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จากการตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยทำหนังสือ ราชการถึงผู้อำนวยการของหน่วยบริการสาธารณสุขที่สุ่มเลือก ได้แก่ โรงพยาบาลตะกั่วป่า โรงพยาบาลบางไทร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 9 แห่ง หลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 – มีนาคม 2568 เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยมีการชี้แจงผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย และได้ส่งแบบสอบถามไปยังผู้ช่วยนักวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้ Application Line ให้กับผู้ช่วยนักวิจัยและส่งต่อไปยังประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละอำเภอในทุก ๆ วัน เมื่อได้ข้อมูลครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละพื้นที่ที่คำนวณได้ และเมื่อได้จำนวนตามเป้าหมาย จึงยุติการรับแบบสอบถามและแสดงความขอบคุณไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยโดยใช้ Application Line เช่นเดิม ซึ่งได้รับแบบสอบถามถูกต้อง ครบถ้วน จำนวน 462 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.00 และเป็นแบบสอบถามเป็นประเภทปลายปิดเมื่อได้ตอบแบบสอบถามแล้วจึงนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพ อาชีพ การมีโรคประจำตัว ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ สถานะทางการเงิน การเข้าถึงบริการสุขภาพและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และเครือข่ายทางสังคม การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” วิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายเพื่อหาตรวจแปรร่วมที่สามารถทำนายการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบทีละขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) นำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) และก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติผู้วิจัยจะทำการข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

3.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .586 - .721 และค่า VIF ระหว่าง 1.387 – 1.978

3.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.115

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการมีจริยธรรมการวิจัย ยึดหลักจรรยาบรรณและเคารพความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล โดยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ด้านจริยธรรมของผู้ยินยอมตนให้ทำการศึกษา โดยได้รับการพิจารณารับรองรหัสโครงการวิจัย PNPH 2024/030.1810 เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.67 มีอายุโดยเฉลี่ย 54.85 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ร้อยละ 52.82 สมรสแล้ว ร้อยละ 62.91 ส่วนมากศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.96 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.51 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.87 โรคประจำตัวที่พบมากคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.54

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

2.1 สถานะทางการเงิน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 63.15 และมีความคิดเห็นว่ารายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ร้อยละ 51.17 ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 73.00 และมีหนี้สินที่ต้องชำระ แต่สามารถชำระได้ตามปกติ ร้อยละ 51.41 ในส่วนของการประเมินผลของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 ระบุว่าช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้มาก ขณะเดียวกัน มีการชำระค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมจากสิทธิ์ที่ได้รับบ่อยครั้ง ร้อยละ 56.57% และส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.06 ไม่เคยเลี่ยงการเข้ารับการรักษาพยาบาลเนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง ขณะที่ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายภายใต้นโยบายนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่พอใจ ร้อยละ 70.19

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เคยใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ร้อยละ 80.75 และมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในระดับค่อนข้างสะดวก ร้อยละ 61.27 แต่ยังมีบางคนที่ประสบปัญหาการเข้ารับบริการ เช่น การรอนานหรือการถูกปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 44.60 นอกจากนี้ เวลาการเดินทางไปยังสถานพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 95.07 และผู้ตอบส่วนใหญ่ทราบถึงการใช้สิทธิ์ในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งในประเทศ ร้อยละ 93.43 การเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยรวมได้รับความพึงพอใจสูง ร้อยละ 76.53 แต่ยังมีอุปสรรค เช่น เวลารอคอยนาน ร้อยละ 73.47 และการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 34.98 ที่ส่งผลต่อประสบการณ์การใช้บริการ

2.3 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ผ่านทางโทรทัศน์ ร้อยละ 58.22 และโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 52.35 ขณะที่ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ก็มีการเข้าถึงสูงถึง ร้อยละ 53.99 และมีความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับค่อนข้างชัดเจน ร้อยละ 63.85 แต่ยังมีบางส่วนที่เคยประสบปัญหาการขาดข้อมูลหรือความเข้าใจที่ชัดเจน ร้อยละ 52.11 เมื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่าแหล่งข้อมูลหลักคือสถานพยาบาล ร้อยละ 55.87 และบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 42.02 ส่วนการประชาสัมพันธ์นโยบายนี้ ส่วนใหญ่คิดว่าควรมีการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ทางสื่อออนไลน์ ร้อยละ 58.92 และต้องการรับข้อมูลเพิ่มเติมผ่านโทรทัศน์และโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 50.70 และ ร้อยละ 48.36 ตามลำดับ

2.4 เครือข่ายสังคมและชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” จากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 91.31 และได้ปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวหรือชุมชนเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 78.87 โดยส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนในการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 80.05 และเห็นว่าเครือข่ายชุมชนมีบทบาทในการให้ข้อมูลหรือสนับสนุนการเข้าถึงนโยบายในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 78.63 การสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลในชุมชนช่วยให้ผู้คนเข้าใจนโยบายได้ดีขึ้น ร้อยละ 95.54 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ร้อยละ 95.07 นอกจากนี้ ชุมชน

สามารถสนับสนุนการใช้สิทธิได้ โดยการเพิ่มการประชาสัมพันธ์และใช้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ร้อยละ 56.57

3. การรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” พบว่า ระดับคะแนนการรับรู้ของประชาชนในพื้นที่อำเภอตะกั่วป่าต่อกิจกรรมต่าง ๆ ของนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" พบว่า ทุกกิจกรรมมีระดับคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.39 - 2.91) โดยกิจกรรมที่ได้รับคะแนนสูงที่สุดคือ การยืนยันตัวตนก่อนหรือหลังรับบริการ (ค่าเฉลี่ย 2.91) และกิจกรรมที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือระบบการรักษาทางไกล Telehealth/ Telemedicine (ค่าเฉลี่ย 2.39) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สำหรับกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ในช่วง 1.29 - 1.51 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความแปรปรวนในระดับการรับรู้ของประชาชนในแต่ละกิจกรรม แต่โดยรวมแล้วประชาชนในพื้นที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางถึงดีในทุกกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับระดับคะแนนการรับรู้ของประชาชนพื้นที่อำเภอตะกั่วป่าต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” จำแนกตามรายกิจกรรม

การรับรู้	*M*	SD	ระดับคะแนน
1. รับบริการต่าง รพ.โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว	2.61	1.39	ปานกลาง
2. นัดหมายล่วงหน้าผ่านระบบออนไลน์	2.50	1.31	ปานกลาง
3. เข้ารับบริการที่หน่วยบริการนวัตกรรมฟรี	2.58	1.38	ปานกลาง
4. ใบสั่งยา/ สั่งแลป อิเล็กทรอนิกส์	2.49	1.34	ปานกลาง
5. ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล	2.40	1.29	ปานกลาง
6. ระบบการรักษาทางไกล Telehealth/ Telemedicine	2.39	1.29	ปานกลาง
7. รับยาทางไปรษณีย์/ HealthRider	2.73	1.38	ปานกลาง
8. ยืนยันตัวตน HealthID	2.83	1.45	ปานกลาง
9. ระบบประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์	2.67	1.41	ปานกลาง
10. การบันทึกประวัติสุขภาพออนไลน์	2.73	1.41	ปานกลาง
11. การยืนยันตัวตน ก่อน หรือ หลังรับบริการ	2.91	1.51	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของประชาชนพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา พบว่า เมื่อจัดกิจกรรมให้ข้อมูลนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจากหน่วยงานในพื้นที่” (X101) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีการรับรู้เพิ่มขึ้น 0.733 เท่า เมื่อใช้เครือข่ายสังคมและชุมชนในการช่วยวางแผนแก้ไขปัญหาของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”(X104) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การรับรู้เพิ่มขึ้น 0.347 เท่า เมื่อการมีประสบการณ์การรับบริการนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”(X41) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีการรับรู้เพิ่มขึ้น 0.482 เท่า เมื่อการได้รับข้อมูลนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจากบุคลากรทางการแพทย์” (X68) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีการรับรู้เพิ่มขึ้น 0.391 เท่า เมื่อการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (X10) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีการรับรู้เพิ่มขึ้น 2.397 เท่า เมื่อการศึกษาระดับปริญญาตรี (X9) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีการรับรู้เพิ่มขึ้น 0.595 เท่า เมื่อมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในช่วง 1,000 – 3,000 บาทต่อเดือน (X33) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีการรับรู้เพิ่มขึ้น 0.275 เท่า และเมื่อความต้องการรับข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมทางโทรทัศน์ (X79) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้มีการรับรู้ลดลง 0.233 เท่า โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 20.80 ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบเท่ากับ .711 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่าเท่ากับ 0.456 และสามารถสร้างสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$Y = .711 + .733\ X_{101} + .347\ X_{104} + .482X_{41} + .391X_{68} + 2.397X_{10} + .595X_{9} + .275X_{33} - .223X_{79}$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z = .248\ X_{101} + .177\ X_{104} + .168X_{41} + .159X_{68} + 135X_{10} + .123X_{9} + .100X_{33} - .091X_{79}$

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ที่อยู่ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) และค่าสถิติที่ทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ที่ใช้พยากรณ์

ปัจจัย	*b*	*Beta*	*t*	*p-value*
ค่าคงที่	.711		2.239	.026
- การจัดกิจกรรมให้ข้อมูลนโยบาย ONEID จากหน่วยงานในพื้นที่" (X_{101})	.733	.248	5.627	<.001
- การใช้เครือข่ายสังคมและชุมชนในการช่วยวางแผนแก้ไขปัญหาของนโยบาย ONEID(X_{104})	.347	.177	4.023	<.001
- การมีประสบการณ์การรับบริการนโยบาย ONEID(X_{41})	.482	168	3.798	<.001
- การได้รับข้อมูลนโยบายONEID จากบุคลากรทางการแพทย์ (X_{68})	.391	.159	3.602	<.001
- การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (X_{10})	2.397	.135	3.607	.002
- การศึกษาระดับปริญญาตรี (X_{9})	.595	.123	2.788	.006
- การมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในช่วง 1,000 – 3,000 บาทต่อเดือน (X_{33})	.275	.100	2.293	.022
- ความต้องการรับข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมทางโทรทัศน์ (X_{79})	-.223	-.091	-2.060	.040

R=.456 R^2=.208 $adjR^2$ =.193

การอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ต่อนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" พบว่า ระดับคะแนนการรับรู้ของประชาชนในพื้นที่อำเภอตะกั่วป่าต่อกิจกรรมต่าง ๆ ของนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" พบว่า ทุกกิจกรรมมีระดับคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่าขาดการสื่อสารเชิงรุกและต่อเนื่อง แม้นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว"จะเป็นนโยบายระดับประเทศ แต่ในระดับพื้นที่อาจยังไม่มีการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงสื่อดิจิทัลได้น้อย เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้มีการศึกษาน้อย หรือประชาชนบางส่วนอาจไม่ทราบรายละเอียดกิจกรรมย่อย เช่น การใช้ระบบ Telehealth หรือการยืนยันตัวตนผ่านระบบดิจิทัล และประสบการณ์ใช้บริการจริงไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม แม้ประชาชนจะรู้ว่าสามารถ "ไปรักษาที่ไหนก็ได้" แต่ในทางปฏิบัติ ผู้คนยังคงใช้บริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเป็นหลัก ทำให้ไม่ได้รับประสบการณ์ตรงกับทุกกิจกรรมของนโยบาย เช่น การใช้ Health ID หรือการเข้าถึงระบบส่งต่ออัจฉริยะสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ ชุติมา อินตา (2563) ศึกษาการรับรู้นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าประชาชนรับรู้นโยบายสาธารณสุขในระดับปานกลาง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การจัดกิจกรรมให้ข้อมูลนโยบาย ONEID จากหน่วยงานในพื้นที่ อาจจะเป็นเพราะว่าการจัดกิจกรรมโดยหน่วยงานในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุข อสม. หรือ รพ.สต. ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลโดยตรง ผ่านกิจกรรมที่ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น การอบรม ออกหน่วยเคลื่อนที่ หรือประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งเอื้อต่อการมี

ส่วนร่วมและการจดจำข้อมูลสอดคล้องแนวคิด Perception Theory ที่ระบุว่าสิ่งเร้า (Stimulus) ที่มีความหมายและเกิดในบริบทใกล้ตัว จะเพิ่มโอกาสในการเกิดการรับรู้

การใช้เครือข่ายสังคมและชุมชนในการช่วยวางแผนแก้ไขปัญหาของนโยบาย ONEID อาจจะเป็นเพราะว่าเครือข่ายชุมชน เช่น กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน หรือกลุ่มอาชีพ เป็นแหล่งเรียนรู้ที่ไม่เป็นทางการแต่ทรงพลัง ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรุฬห์ ศิริทองคำ, วิลาวัลย์ บุญประกอบ, นาวิน พรมใจสา และรัชนี มิตกิตติ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับ ท้องถิ่นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย พบว่า ที่มีผลต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะได้แก่ ปัจจัยการมีส่วนร่วม และปัจจัยสนับสนุน มีอำนาจและอิทธิพลต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การมีประสบการณ์การรับบริการนโยบาย ONEID อาจจะเป็นเพราะว่าการมีประสบการณ์ตรงในการมารับบริการจะก่อให้เกิดการรับรู้ถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในการให้บริการตามนโยบายได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับ จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์ (2556) ที่พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับนโยบาย จะรับรู้และมีความเชื่อมั่นมากกว่าผู้ที่รู้จากคำบอกเล่าและสอดคล้องกับ Perception Theory ที่กล่าวว่า “ประสบการณ์ตรง (Direct Experience)” เป็นองค์ประกอบหลักในการเกิดการรับรู้

การได้รับข้อมูลนโยบาย ONEID จากบุคลากรทางการแพทย์ อาจจะเป็นเพราะว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลที่ประชาชนให้ความเชื่อถือสูง เนื่องจากเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการโดยตรง และสามารถอธิบายนโยบายในภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งช่วยลดความคลุมเครือ สอดคล้องหรือแตกต่างกับการศึกษาของ กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง (2562) ได้ศึกษาการรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ในจังหวัดฉะเชิงเทราที่พบว่า การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจนโยบายในระดับชุมชน

การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีทักษะในการประมวลผลข้อมูล วิเคราะห์ และเชื่อมโยงนโยบายกับสิทธิของตนเองได้ดีกว่า อีกทั้งมักเข้าถึงข้อมูลจากหลายช่องทางทั้งสื่อดิจิทัล เอกสารทางการ หรือสื่อวิชาการสอดคล้องกับการศึกษาของ พลิสา พรกุณา และกฤชวรรธน์ โล่วัชรินทร์ (2563) ได้ศึกษาการรับรู้นโยบาย Thailand 4.0 ของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลบางรักใหญ่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรีพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้นโยบายดิจิทัลและสอดคล้องกับ ชุติมา อินทร์ตา (2563) ศึกษาการรับรู้นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคมของประชาชนเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลพบว่าการศึกษามีผลต่อการแปลความหมายของนโยบายรัฐและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในช่วง 1,000 – 3,000 บาทต่อเดือน อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายระดับกลาง มักเห็นประโยชน์ของนโยบายที่ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาว จึงติดตามและเข้าใจนโยบายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือมีประกันอื่นรองรับ สอดคล้องหรือแตกต่างกับการศึกษาของ กมลพร สิทธิ (2554) การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อย พบว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้ามากกว่ากลุ่มผู้มีรายได้ปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะบริบทของนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่มีความซับซ้อนและเน้นเทคโนโลยีดิจิทัลมากกว่าสิทธิบัตรทองในยุคก่อน ทำให้กลุ่มผู้มีรายได้น้อยซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้าน Digital Literacy เข้าใจนโยบายได้ยากกว่ากลุ่มชนชั้นกลางที่มีการศึกษาและทักษะทางเทคโนโลยีสูงกว่า

ความต้องการรับข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมทางโทรทัศน์ อาจจะเป็นเพราะว่าโทรทัศน์ยังเป็นช่องทางหลักที่ประชาชนในพื้นที่นิยม เนื่องจากเข้าใจง่าย เข้าถึงได้โดยไม่ต้องใช้ทักษะดิจิทัล จึงเป็นช่องทางที่ประชาชนเรียกร้องให้มีการใช้มากขึ้นในการประชาสัมพันธ์นโยบายสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน, ประเวช ชุ่มเกสรกูลกิจ, จักรกฤษณ์พลราชม, นิรันตา ศรีบุญทิพย์ และสุจิตรา บุญกล้า (2562) ศึกษาการประเมินผลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรค

และภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ.2562 พบว่าโทรทัศน์เป็นช่องทางที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มประชากรทั่วไป

3. การประเมินความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับ “ประโยชน์” และ “ข้อจำกัด” ของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ONEID)” สามารถสรุปจากข้อมูลการวิจัยและการอภิปรายผลได้ดังนี้

ประโยชน์ของนโยบาย (Perceived Benefits)

ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยร้อยละ 66.67 ของประชาชนเห็นว่านโยบายช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและประชาชนกลุ่มรายได้น้อยและมีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลระดับปานกลางรับรู้ถึงประโยชน์ของนโยบายอย่างชัดเจน อาจจะเป็นเพราะว่านโยบายช่วยลดค่าใช้จ่าย และกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือรายจ่ายระดับปานกลางรับรู้ถึงประโยชน์ชัดเจนสอดคล้องหรือแตกต่างกับการศึกษาของ กมลพร สิทธิ (2554) การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้บริการหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบผู้มีรายได้ปานกลางและผู้มีรายได้น้อย พบว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่ากลุ่มผู้มีรายได้ปานกลาง

เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการโดยร้อยละ 80.75 เคยใช้บริการและร้อยละ 61.27 เห็นว่าการเข้าถึงบริการมีความสะดวกในระดับค่อนข้างมาก อาจจะเป็นเพราะว่านโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ลดข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ ไม่ต้องกลับไปรักษาที่หน่วยบริการประจำ เช่น โรงพยาบาลตามสิทธิเดิม ลดความซ้ำซ้อนและค่าเดินทางสอดคล้องกับการศึกษาของ พลิสา พรกุณา และกฤชวรรธน์ โล่วัชรินทร์. (2563). ได้ศึกษาการรับรู้นโยบาย Thailand 4.0 ของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลบางรักใหญ่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรีพบว่านโยบายที่ลดขั้นตอนและเงื่อนไขด้านสถานที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น

ส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาล โดยประชาชนสามารถใช้สิทธิในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งโดยไม่ถูกปฏิเสธ (93.90%) และเป็นนโยบายที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท อาจจะเป็นเพราะว่านโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ลดการเลือกปฏิบัติด้านสถานที่/ ภูมิภาค และเพิ่มโอกาสให้ประชาชนในชนบทเข้าถึงสถานพยาบาลคุณภาพในเขตเมืองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง (2562) ศึกษาการรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จังหวัดฉะเชิงเทราสนับสนุนว่าการกระจายสิทธิรักษาเป็นเครื่องมือลดความเหลื่อมล้ำ

ลดขั้นตอนด้านเอกสารและระบบการลงทะเบียนประชาชน สามารถใช้บัตรประชาชนใบเดียวเป็นเครื่องมือในการเข้าถึงสิทธิ แทนการพกเอกสารหลายประเภท อาจจะเป็นเพราะว่าการลดความซับซ้อนในกระบวนการรับบริการทำให้ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ไม่ชำนาญด้านเทคโนโลยี สามารถเข้าถึงระบบได้สะดวกขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน, ประเวช ชุ่มเกสรกูลกิจ,จักรกฤษณ์พลราชม, นิรันตา ศรีบุญทิพย์ และสุจิตรา บุญกล้า (2562) ศึกษาการประเมินผลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ.2562 ความเรียบง่ายในขั้นตอนส่งผลต่อระดับความเข้าใจและความพึงพอใจ

ข้อจำกัดของนโยบาย (Perceived Limitations)

การรับรู้ของประชาชนยังไม่ทั่วถึง ระดับการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.39 – 2.91 จาก 5) และกิจกรรมบางอย่าง เช่น Telehealth ยังได้รับการรับรู้น้อยมาก (เฉลี่ย 2.39) สะท้อนการสื่อสารเชิงนโยบายที่ยังไม่ครอบคลุม อาจจะเป็นเพราะว่ากิจกรรมการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวยังไม่ครอบคลุมในทุกกิจกรรมเช่น Telehealth ยังให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคจิตเวช เป็นหลักยังไม่สามารถเปิดบริการได้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ทำให้การรับรู้ถึงกิจกรรมดังกล่าวมีการรับรู้อยู่ในเฉพาะกลุ่มที่ได้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติมา อินทร์ตา (2563) ศึกษาการรับรู้นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคมของประชาชน

ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลพบว่าการรับรู้ของประชาชนมีความเหลื่อมล้ำโดยเฉพาะในกิจกรรมที่ใช้เทคโนโลยีสูง

ระบบบริการยังมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างปัญหาหลักคือ “เวลารอคอยนาน” (73.47%) และ “ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์” (34.98%) สถานบริการบางแห่งยังไม่สามารถรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากการเปิดสิทธิเสรีได้ อาจจะเป็นเพราะว่าเมื่อประกาศนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยหลักการสำคัญคือ เน้นการเพิ่มเข้าถึงบริการ โดยพัฒนาระบบการบริหารการจ่าย การติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ โดยไม่มีการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ ระบบบริการเดิมจะรับภาระเกินขีดจำกัด ส่งผลให้ประชาชนรู้สึกว่านโยบายดีแต่ยังไม่พร้อมในทางปฏิบัติสอดคล้องกับการศึกษาของ สง่า ไชยนา (2565) ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าปัญหาของระบบการส่งต่อผู้ป่วย เป็นอุปสรรคสำคัญของการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนมากที่สุด เป็นลำดับที่สอง รองจากปัญหาการรอตรวจที่โรงพยาบาลที่ใช้เวลานาน

ประชาชนบางส่วนยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม โดยร้อยละ 56.57 ต้องจ่ายค่ารักษาเพิ่มเติมจากสิทธิหลักประกัน แม้จะอยู่ในระบบ “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ครอบคลุมบางรายการหรือบริการอยู่นอกบัญชีสิทธิ อาจจะเป็นเพราะว่าบริการบางอย่างไม่ได้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ตามนโยบาย แต่ผู้รับบริการมีความประสงค์จะรับบริการ เช่น การตรวจ MRI หรือ การเปิดคลินิกบริหารนอกเวลา ซึ่งจะอำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มผู้รับบริการบางกลุ่มที่ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ เช่น คลินิกจักษุ โสต ซึ่งทางหน่วยบริการมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เช่นค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าสาธารณูปโภค จำเป็นที่ผู้รับบริการกลุ่มนี้มีความยินดีร่วมจ่าย

ช่องว่างในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยประชาชนร้อยละ 52.11 เคยประสบปัญหาไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายในบางครั้งและกลุ่มที่ไม่ได้ใช้โซเชียลมีเดียหรือไม่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี (Digital Divide) อาจจะเกิดจาก 3 ประเด็นหลัก ๆ คือ 1) ประชาชนบางกลุ่มโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ตโฟน หรือไม่มีทักษะในการใช้งานอินเทอร์เน็ตทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางดิจิทัล เช่น เว็บไซต์ สื่อโซเชียลของหน่วยงาน หรือแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับระบบ ONEID 2) การสื่อสารจากภาครัฐยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม การสื่อสารเชิงนโยบายมักเน้นเฉพาะกลุ่ม เช่น ผ่านข่าวโทรทัศน์ หรือประกาศใน รพ.สต. โดยไม่ได้ออกแบบการสื่อสารให้ “เหมาะกับกลุ่มเฉพาะ” เช่น คนพิการ ผู้ไม่รู้หนังสือ หรือกลุ่มชาติพันธุ์ 3) ขาดบุคลากรกลางชุมชนที่สามารถถ่ายทอดข้อมูล อสม. หรือเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทสื่อสารข้อมูลในพื้นที่อาจไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการอบรมข้อมูลนโยบายอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถอธิบายหรือชี้แจงข้อมูลที่ถูกต้องได้ครบถ้วนสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน, ประเวช ชุ่มเกสรกูลกิจ,จักรกฤษณ์พลราชม, นิรันตา ศรีบุญทิพย์ และสุจิตรา บุญกล้า (2562) ศึกษาการประเมินผลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562 พบว่าประชาชนในต่างจังหวัดตอนล่างมีการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพต่ำ หากไม่ได้รับข้อมูลจากสื่อที่เหมาะสม เช่น วิทยุชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาการสื่อสารนโยบายแบบเข้าถึงทุกกลุ่มประชากร ควรใช้สื่อหลายช่องทาง เช่น วิทยุชุมชน อสม. แผ่นพับประชาสัมพันธ์ และการลงพื้นที่ให้ความรู้ เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มที่ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตหรือโซเชียลมีเดีย
2. ส่งเสริมบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขระดับชุมชน โดยเพิ่มบทบาทของ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ อย่างต่อเนื่อง
3. แก้ไขข้อจำกัดด้านระบบบริการสุขภาพควรเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และปรับปรุงกระบวนการให้บริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย และสร้างความพึงพอใจต่อระบบมากขึ้น

4. พัฒนาระบบติดตามการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชน ควรมีแบบประเมินหรือเครื่องมือวัด ระดับการรับรู้ของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

5. ขยายระบบบริการที่ยังมีการรับรู้น้อย ควรประชาสัมพันธ์บริการที่ยังไม่เป็นที่รู้จัก เช่น ระบบ Telehealth หรือบริการที่สามารถเข้ารับได้โดยไม่ต้องนัดหมายล่วงหน้า เพื่อขยายการใช้งานจริงให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับชุมชนเพื่อหาแนวทางให้ประชานการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของประชาชนพื้นที่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมลพร สิทธิ. (2554). *การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้บริการ หลักประกันสุขภาพของประชำชนในเขตกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบผู้มีรายได้ปานกลาง และผู้มีรายได้น้อย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน, สาขาการบริหารสื่อสารมวลชน

กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. (2562). การรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(2), 189-201.

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์. (2556). *จิตวิทยาทั่วไป.* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชุติมา อินทร์ตา. (2563). *การรับรู้นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.* สืบค้นเมื่อ 18 กรกฎาคม 2568 จาก https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/mlw12/6114961069.pdf

ชูเกียรติ วงศ์เทพเตียน. (2542*). ภาพลักษณ์ของพนักงานต้อนรบั บนเครื่องบินของ บริษัทการบินไทยจำกัด.* (มหาชน). วิทยานิพนธ์ วศ.ม.สาขาสื่อสารมวลชน: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ณัฏฐ์ชุดา วิจิตรจามรี. (2566). *ทฤษฎีการสื่อสาร.* กรุงเทพ ฯ: คณะมนุษย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พลิสา พรกุณา และกฤชวรรธน์ โล่วัชรินทร์. (2563). การนำนโยบายประเทศไทย 4.0 ไปปฏิบัติในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น. *Journal of Buddhist Education and Research*, *6*(1), 270-283.

พิรุฬห์ ศิริทองคำ, วิลาวัลย์ บุญประกอบ, นาวิน พรมใจสา และรัชนี มิตกิตติ (2561). รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับท้องถิ่นในพื้นที่ ภาคเหนือตอนบน ของประเทศไทย. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ, 11*(3), 398-408.

วิชาญ ปาวัน, ประเวช ชุ่มเกสรกูลกิจ, จักรกฤษณ์พลราชม, นิรันตา ศรีบุญทิพย์ และสุจิตรา บุญกล้า. (2562). *การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคประจำปี พ.ศ. 2562.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สง่า ไชยนา. (2565). ประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 7*(2), 117-126.

สุนันทา กาญจนพงศ์. (2567). ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 10*(1), 199 – 243.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วป่า. (2567). *ข้อมูลมูลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

Best, J. W. (1977). *Research in Education.* 3rd ed. Englewood Cliffs,. New Jersey : Prentice Hall, Inc

Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis.* New York: Harper. & Row.

Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Black, W. C. (2019). *Multivariate Data Analysis (8th ed.).* England: Pearson Prentice.

Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies, *Archives of Orofacial Sciences, 1*(1), 9-14.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ
วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้านการสอน และด้านอื่น ๆ เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง โดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. **โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า**

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย **จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ** และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน 400 คำ**

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1. .....

1.1 .....

1.1.1 .....

1) .....

1.1) .....

- .....

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
    - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
    - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
    - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
    - การเก็บรวบรวมข้อมูล
    - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)

- Conceptual Framework
- Methods
    - Population and Sample
    - Research Instrument
    - Validity and Reliability of the Research Instrument
    - Data Collection
    - Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก https://dekgenius.com/ ดังนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2024)

(Nawsuwan & Yodchai, 2024)

(Nawsuwan, Yodchai, & Junwin, 2024)

(Nawsuwan, Yodchai, Junwin, Sungkapinyo, Srijan, Sahaworapan, et al., 2024)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือ หรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Yodchai, K. (2023). *Patients with Chronic Kidney Disease: Nursing Care and Symptom Management.* (4th ed.). Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (11thed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for Transferring missions of the Queen Sirikit Health Centers and Tumbon Health Promotion Hospitals to the Provincial Administrative Organization.* Bangkok: Thai Government House. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Kesavadev, J., Jawad, F., Deeb, A., Coetzee, A., Ansari, J., Shrestha, D., et al. (2023). *Pathophysiology of Type 2 Diabetes.* In Rodriguez-Saldana, J. (Eds.), *The Diabetes Textbook*. (pp. 127–142) Springer, Cham.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเตอร์เน็ต

Health Data Center. (2022). *Percentage of Thai Women Giving Birth Prematurely in Fiscal Year 2022. Maternal and Child Health Standards Reporting Group.* Retrieved March 13, 2024, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/. (in Thai)

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Leecharoen, P., Aramrom, Y., Warahat, J., Sungkapinyo, N., & Wadpe, L. (2023). Factors predicting dementia care competency among village health volunteers of an urban primary care unit, Songkhla province. *Journal of Boromrajonani College of Nursing, Surin, 13*(2), 115-131. (in Thai)

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 10*(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal, 9*(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

Yodchai, K., Khaorapapong, T., Karnjanadecha, M., & Songsriboonsit, B. (2023). Development of a notification delivery specimen system for perioperative Thai nurses via the LINE application. *Digital health*, *9*, 20552076231211242. https://doi.org/10.1177/20552076231211242

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ผ่านเว็บไซต์ https://he05.tci-thaijo.org/index.php/NIHAJ หรือ และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพมีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพเป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพบุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

6. วารสารฯ จะดำเนินการ**เก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์** (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์

7. **ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ**

7.1 บทความภาษาไทย	สมาชิกสมาคมฯ	จำนวน 2,500 บาท
7.2 บทความภาษาไทย	บุคคลทั่วไป	จำนวน 3,000 บาท
7.3 บทความภาษาอังกฤษ	สมาชิกสมาคมฯ	จำนวน 4,500 บาท
7.4 บทความภาษาอังกฤษ	บุคคลทั่วไป	จำนวน 5,000 บาท

Template บทความวิจัย

2.54 ซม. 2.54 ซม. 2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ[1*], กันตพร ยอดใชย[2] ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan[1*], Kantaporn Yodchai[2] ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น [1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, [2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น [1]Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, [2]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University ขนาดตัวอักษา 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

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

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ตัวอักษรปกติ บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด โดยมีเพียง 1 ย่อหน้า โดยเรียงลำดับความสำคัญของเนื้อหา เช่น วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและอภิปราย อย่างต่อเนื่องกัน.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำ**ไม่ต้องใช้** “ , ” ในการกั้นคำ เช่น นวัตกรรม โรคความดันโลหิตสูง

ย่อหน้า 1.75 ซม.

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

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา) 2.54 ซม.

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น Innovation, Hypertension

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น

ภาพ 1 (หนา) .....(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)**

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)**

.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)**

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)**

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา**)**

.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 .....ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2 .....ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

.....

(enter ขนาด 15)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หนา) ไม่ต้องกั้นหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับรายการอ้างอิง (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15*(1), 173-186.

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal, 9*(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

Template บทความวิชาการ

2.54 ซม.

2.54 ซ.ม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ[1*], กันตพร ยอดใชย[2] ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan[1*], Kantaporn Yodchai[2] ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น [1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, [2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น [1]Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, [2]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University ขนาดตัวอักษา 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

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

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้**ไม่ต้องใช้** “ , ” ในการกั้นคำ เช่น นวัตกรรม โรคความดันโลหิตสูง

ย่อหน้า 1.75 ซม.

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

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น Innovation, Hypertension

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....

(enter ขนาด 15)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หนา)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับรายการอ้างอิง (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15*(1), 173-186.

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal, 9*(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735