

การพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด โรงพยาบาลแกดดำ
จังหวัดมหาสารคาม

Development of Nursing Competency in Neonatal Resuscitation at Kaedam Hospital

ฐิติยา ธงศิลา, หนึ่งฤทัย เศษรักษา, ชลธิดา จารุกานวนิช
Thitiya Thongsila, Nuengruethai Sedraksa, Choltida Jarukanwanit
โรงพยาบาลแกดดำ
Kaedam Hospital

บทคัดย่อ

การนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัญหาและขีดความสามารถของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (2) พัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด และ (3) ประเมินผลการพัฒนาขีดความสามารถดังกล่าวในโรงพยาบาลแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวางแผน ระยะปฏิบัติการ ระยะสังเกตการณ์ และระยะสะท้อนกลับ กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมทดลองปฏิบัติการ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด แบบสอบถามความพึงพอใจ และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบแบบจับคู่ (Paired t-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนา พยาบาลมีข้อจำกัดด้านการนำความรู้ไปใช้จริง ความมั่นใจในการตัดสินใจภายใต้ภาวะฉุกเฉิน การทำงานเป็นทีม และความพร้อมของอุปกรณ์ หลังการพัฒนา พบว่าคะแนนความรู้และทักษะการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สามารถดำเนินการฟื้นคืนชีพได้อย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาอยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่เน้นการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง การฝึกปฏิบัติซ้ำ การสะท้อนคิด และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ สามารถยกระดับสมรรถนะ ความมั่นใจ และคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมต่อการนำไปใช้และขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ : การฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด, ขีดความสามารถพยาบาล, การพัฒนา

Abstract

This action research aimed to (1) examine problems and nursing competency in neonatal resuscitation, (2) develop nurses' competency in neonatal resuscitation, and (3) evaluate the outcomes of the competency development at Kaedam Hospital, Maha Sarakham Province. The study was conducted using an action research approach consisting of four phases: planning, action, observation, and reflection. The participants were divided into two groups: a development team comprising 15 multidisciplinary healthcare professionals and a group of 30 registered nurses who participated in the implementation phase. Research instruments included a knowledge test, a neonatal resuscitation skills assessment form, a satisfaction questionnaire, and semi-structured interview and focus group discussion guides. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that prior to the intervention, nurses experienced limitations in applying theoretical knowledge to clinical practice, lacked confidence in making decisions during emergency situations, demonstrated inadequate teamwork, and faced constraints related to equipment readiness. After the implementation of the competency development program, nurses' knowledge and neonatal resuscitation skills significantly increased at the .001 level. In addition, nurses demonstrated greater confidence in practice, were able to perform neonatal resuscitation more systematically, and showed clearer communication and improved teamwork. Overall satisfaction with the competency development model was at a high level.

In conclusion, the competency development model for neonatal resuscitation that emphasizes simulation-based learning, repeated hands-on practice, reflective learning, and multidisciplinary team participation effectively enhances nurses' competency, confidence, and quality of neonatal care. This model is appropriate for implementation and further expansion in community hospitals with similar contexts.

Keywords: Neonatal Resuscitation, Nursing Competency, Development

บทนำ

ทารกแรกเกิดเป็นประชากรที่มีความเปราะบางที่สุดในช่วงชีวิต และต้องการการดูแลที่ละเอียดอ่อน และทันเวลาเพื่อส่งเสริมการอยู่รอดและคุณภาพชีวิตในระยะยาว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2024) รายงานว่าทุกปีมีทารกแรกเกิดเสียชีวิตประมาณ 2.3–2.5 ล้านคนทั่วโลก และมากกว่าครึ่งของการเสียชีวิตเหล่านี้เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกของชีวิต ซึ่งมักมีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างคลอด การติดเชื้อ ภาวะคลอดก่อนกำหนด และภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด ภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิด (birth asphyxia) ได้รับการระบุว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการตายและความพิการทางระบบประสาทในกลุ่มทารกแรกเกิด โดยมีอุบัติการณ์คิดเป็น ร้อยละ 20–30 ของการเสียชีวิต (Hug et al., 2019) ซึ่งสะท้อนความสำคัญของระบบบริการสุขภาพและความพร้อมของบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิดในช่วงหลังคลอด (Moshiro et al., 2019) ปัญหาดังกล่าวพบเด่นชัดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางที่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับโรงพยาบาลชุมชน

ซึ่งการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (Newborn Cardiopulmonary Resuscitation) เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือนทารกที่เกิดมาแล้วมีความผิดปกติในระบบหายใจและหลอดเลือดให้ผ่านภาวะวิกฤติและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิดจะต้องปฏิบัติด้วยวิธีการถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพจึงจะสามารถช่วยเหลือนทารกแรกเกิดได้อย่างทันท่วงทีและเป็นการลดการตายหรือความพิการ (Mayer et al., 2022) แต่การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดเป็นกระบวนการที่เต็มไปด้วยความซับซ้อนและความท้าทาย ซึ่งสะท้อนผ่านความเปราะบางของชีวิตใหม่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างฉับพลันภายหลังคลอด และภาวะฉุกเฉินที่ต้องอาศัยการตอบสนองอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และเป็นระบบ ซึ่งความสามารถในการช่วยชีวิตทารกแรกเกิดขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคลากรและการนำการอบรมไปสู่การปฏิบัติจริง (สำราญ วิมุตติโกศล, 2565) ซึ่งสะท้อนให้เห็นช่องว่างระหว่างการพัฒนาขีดความสามารถ ทั้งองค์ความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติการในสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตามการพัฒนาขีดความสามารถต้องเป็นระบบต่อเนื่อง มีการทบทวนและประเมินสมรรถนะเป็นระยะเพื่อคงไว้ซึ่งความแม่นยำทางคลินิก หากไม่มีการพัฒนาขีดความสามารถ หรือไม่มีระบบทบทวน การฝึกซ้อมซ้ำ จะส่งผลให้พยาบาลขาดความมั่นใจเมื่อเผชิญสถานการณ์จริง และความผิดพลาดมักเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามลำดับขั้นที่ถูกต้องหรือไม่ประเมินการตอบสนองของทารกอย่างเหมาะสม (สุพรรณ วงศ์ตัน และคณะ, 2566)

ประเทศไทยแม้มีการพัฒนาระบบอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการตายทารกแรกเกิดยังเป็นปัญหาสำคัญในเชิงสาธารณสุข โดยมีรายงานว่า สาเหตุการเสียชีวิตหลักของทารกแรกเกิดในประเทศไทย ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ความพิการแต่กำเนิด ปัญหาระบบหายใจ การติดเชื้อ และภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ซึ่งภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (สำราญ วิมุตติโกศล, 2565) จากการรายงานข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบอัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia Rate) ในประเทศไทย คือ 1.65, 1.65, 1.63 ตามลำดับ(กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจากข้อมูลในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ มีอัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2564 - 2566 ที่สูงกว่าเกณฑ์ระดับประเทศ คือ 2.83, 2.69, 2.79 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอที่ให้บริการด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิดแก่ประชาชนในพื้นที่ พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2564 - 2566 ที่ 1 คน, 2 คน, 1 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลแกดำ, 2566) ทำให้เกิดผลกระทบเป็นอย่างมากในการ

ให้บริการ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในการดูแลทารกภายหลังคลอด จะต้องมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ ความรู้ ความสามารถเชิงปฏิบัติ และความมั่นใจในการตัดสินใจภายใต้ภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ต้องใช้ทักษะสูงและสมาธิอย่างยิ่ง พยาบาลจึงเป็นตัวกำหนดคุณภาพผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกแรกเกิดโดยตรง (Agudelo-Pérez et al., 2022; Mayer et al., 2022) จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด โรงพยาบาลแกด้า โดยเน้นกระบวนการที่ต้องดำเนินไปอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมของทั้งบุคลากรและองค์กร เป็นการจัดการเรียนรู้ผ่านการฝึกสถานการณ์จำลอง การสะท้อนคิด การนิเทศ และการสร้างทีมคุณภาพในห้องคลอด ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มั่นใจ และมีทักษะที่คงทน ส่งผลให้เพิ่มโอกาสรอดชีวิตของทารกแรกเกิดและยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลแกด้าในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและขีดความสามารถของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลแกด้า
2. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลแกด้า
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแกด้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย
 - 1.1 กลุ่มที่ร่วมพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ได้แก่ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร อาจารย์พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 15 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
 - 1.2 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ทดลองปฏิบัติการในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
- เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)
 - 1) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแกด้า
 - 2) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการ โรงพยาบาลแกด้า จังหวัดมหาสารคาม
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย 1 พฤศจิกายน 2566 – 30 กันยายน 2567

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะวางแผน 2) ระยะปฏิบัติการ 3) ระยะการสังเกตการณ์ 4) ระยะการสะท้อนกลับ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวางแผน เป็นการวิเคราะห์ระดับขีดความสามารถของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลแกด้า สรรวจปัญหาและความต้องการของพยาบาลในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

- 1.1 สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดเกี่ยวกับปัญหาของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด จำนวน 3 คน นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

และจัดประเด็นเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญนำเสนอทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์พยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลแคว้นต่อไป

1.2 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทารกแรกเกิด และทบทวนแนวทางการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลแคว้น และระบบการดำเนินงาน ความต้องการหรือความจำเป็น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.3 การสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์พยาบาล เกี่ยวกับปัญหาของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด การออกแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งเกี่ยวกับงบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ คู่มือแนวปฏิบัติ และความพร้อมก่อนการให้บริการ

ระยะที่ 2 ดำเนินวางแผนการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแคว้น มีขั้นตอนดังนี้

2.1 จัดประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร อาจารย์พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข จำนวน 15 คน เข้าร่วมประชุม เพื่อพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแคว้น

2.2 นำรูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแคว้น ที่ได้มาตรวจสอบความเหมาะสม โดยผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และจัดประชุมทีมงานเพื่อกำหนดรายละเอียดของแนวทางแผนการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแคว้น โดยคณะกรรมการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด พร้อมกับกำหนดเนื้อหาในฝึกอบรม ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพทารกอย่างรวดเร็วและแม่นยำ 2) การใช้มือและอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจและช่วยหายใจอย่างถูกเทคนิค 3) การตัดสินใจเปลี่ยนขั้นตอนเมื่อทารกไม่ตอบสนอง 4) การสื่อสารและสั่งการภายในทีม และสาระต่าง ๆ ในการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด สู่การปฏิบัติ ในโรงพยาบาลแคว้น ดำเนินการดังนี้

3.1 ประชุมคณะทำงานฝ่ายต่าง ๆ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจตกลงร่วมกัน และมอบหมายงาน

3.2 จัดฝึกอบรมความรู้ ทักษะในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ให้สอดคล้องกับผลการทดสอบ เพื่อเพิ่มเติมทักษะที่ขาดความรู้ ความชำนาญ

3.3 สาธิตและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง

ระยะที่ 4 การประเมินผลการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแคว้น โดยดำเนินการต่อไปนี้

4.1 ประเมินผลจากแบบประเมินทักษะพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด หลังจากผ่านการอบรมและได้ปฏิบัติงานเป็นเวลา 2 เดือน

4.2 ประเมินผลจากแบบทดสอบความรู้ของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

4.3 ประเมินผลจากการสัมภาษณ์ จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดเกี่ยวกับขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

4.4 ถอดบทเรียนเกี่ยวกับการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแคว้น เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับในการพัฒนาต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โครงการอบรมการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแกด้า

1.2 แนวทางการฝึกอบรมการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของพยาบาลโรงพยาบาลแกด้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เป็นแบบทดสอบให้เลือกตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน ผิด ให้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ

2.2 แบบประเมินทักษะพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแกด้า เป็นแบบ Check List มีเนื้อหาการประเมิน 4 ส่วน 1) การประเมินสภาพทารกอย่างรวดเร็วและแม่นยำ 2) การใช้มือและอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจและช่วยหายใจอย่างถูกเทคนิค 3) การตัดสินใจเปลี่ยนขั้นตอนเมื่อทารกไม่ตอบสนอง 4) การสื่อสารและสั่งการภายในทีม โดยมีคะแนนเต็ม 40 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ 0 = ทำไม่ได้, 1 = ทำได้บางส่วน, 2 = ทำได้ทั้งหมด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีระดับมาก (4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับน้อย (2 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51– 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

2.4 การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามได้จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วกำหนดประเด็นเพื่อให้ผู้ตอบ ได้แสดงความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด และความต้องการในการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาล

2.5 แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาและวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับปัญหาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด และความต้องการในการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติก่อน-หลัง Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแกด้า วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เลขที่จริยธรรมวิจัย 02/2566 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกว่าจะไม่สะดวก

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 จากการศึกษาปัญหาและขีดความสามารถของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลแคว้น จากการศึกษาเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตการทำงาน และการทบทวนเวชระเบียน พบว่า

1. ปัญหาด้านความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติแม้พยาบาลส่วนใหญ่มีพื้นฐานความรู้ทางทฤษฎี แต่พบว่าการนำความรู้มาปฏิบัติในสถานการณ์จริงยังไม่สม่ำเสมอการช่วยฟื้นคืนชีพต้องใช้การประเมินภาวะหายใจ การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก การติดตามการตอบสนอง และการตัดสินใจเปลี่ยนขั้นตอนอย่างเร่งด่วน ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องการการฝึกซ้ำและประสบการณ์ ผู้เข้าร่วมหลายรายระบุว่าตน “เข้าใจหลักการ แต่เมื่อเจอเหตุการณ์จริงกลับไม่มั่นใจว่าจะเริ่มตรงไหน” ซึ่งโรงพยาบาลแคว้น มีจำนวนผู้ป่วยช่วยชีวิตทารกแรกเกิดไม่มากนัก ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ฝึกทักษะในสภาพแวดล้อมจริง สิ่งนี้สะท้อนถึงความจำเป็นของการฝึกปฏิบัติซ้ำอย่างเป็นระบบมากกว่าการอบรมแบบบรรยาย

2. ปัญหาการปฏิบัติยังไม่เป็นระบบและมีความกังวลสูงการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์จริง พยาบาลไม่สามารถแบ่งบทบาทในทีมได้อย่างชัดเจน มีความล่าช้าในการเริ่มช่วยหายใจ ไม่มั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ ทำให้มีความวิตกกังวล

3. ปัญหาความพร้อมของอุปกรณ์ พบว่า อุปกรณ์ช่วยชีวิตบางชนิดใช้งานได้ยาก ไม่พร้อมใช้งานเสมอ ขาดพื้นที่ฝึกซ้อมจำลองสถานการณ์ สิ่งนี้ทำให้พยาบาลขาดโอกาสฝึกทักษะและขาดความมั่นใจเมื่อต้องใช้อุปกรณ์จริง

4. ปัญหาด้านการบริหารจัดการ พบว่า ความรู้ไม่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติ ไม่ได้รับการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ขาดโครงสร้างการทำงานเป็นทีม ระบบฝึกอบรมที่ไม่ต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ดำเนินวางแผนการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลแคว้น ตามปัญหาและความต้องการที่ค้นพบจากระยะที่ 1 โดยนักวิจัยได้ดำเนินการประชุมระดมความคิดเห็นเชิงมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแคว้น รวมจำนวน 15 คน โดยการแลกเปลี่ยนเชิงลึกทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถสะท้อนประสบการณ์ ปัญหาเชิงปฏิบัติจริง ความคาดหวัง และทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการ นำไปสู่การกำหนดแนวคิดหลักของรูปแบบพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ผลจากการประชุมมีส่วนร่วมทำให้เกิดข้อสรุปว่า การพัฒนาความสามารถพยาบาลไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้หรือการอบรมทฤษฎี แต่ต้องเน้นการพัฒนาทักษะปฏิบัติ ความมั่นใจ และการตัดสินใจเชิงคลินิกภายใต้สถานการณ์วิกฤติ ภายใต้บริบทนี้ ได้มีการออกแบบ หัวใจสำคัญของสมรรถนะที่ต้องพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความสามารถประเมินสภาพทารกอย่างแม่นยำ โดยเฉพาะการตรวจประเมินการหายใจชีพภาวะพร้อมออกซิเจน และความจำเป็นในการช่วยหายใจ (2) ความสามารถในการเปิดทางเดินหายใจและการช่วยหายใจด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง เช่น การใช้ถุงลม การวางหน้ากาก การสร้างซีลที่ดี และการประเมินการตอบสนอง (3) ความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจในภาวะเร่งด่วนภายในเวลาจำกัด ซึ่งเป็นความท้าทายของการช่วยชีวิตในนาที่ทองแรก และ (4) ความสามารถในการสื่อสารและทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความสับสนและความล่าช้าในการตอบสนองของทีม จากการอภิปรายร่วมกัน ทีมสหวิชาชีพเห็นสอดคล้องกันว่า รูปแบบการพัฒนาที่เหมาะสมคือการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงและการฝึกสถานการณ์จำลอง เพราะช่วยให้พยาบาลได้ทดลอง ลงมือปฏิบัติ และเรียนรู้จากความผิดพลาดโดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจริง การฝึกซ้อมทักษะซ้ำหลายรอบ และการสะท้อนคิดหลังการฝึกหรือหลังเหตุการณ์จริง ซึ่งสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ จะช่วยเสริมความมั่นใจ ความเข้าใจเชิงลึก และการคิดเชิงวิเคราะห์ของผู้เข้าร่วมอบรม ผลการระดมความคิดเห็นได้นำไปสู่การพัฒนา แผนฝึกอบรมและคู่มือแนวทางปฏิบัติช่วยฟื้น

คืนชีพทารกแรกเกิด ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลแกดำ ครอบคลุมหัวข้อเนื้อหา วิธีการสอน ขั้นตอนการฝึก และระบบติดตามประเมินผล ของการดำเนินงานในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบสู่การปฏิบัติจริง ในระยะนี้ งานวิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถที่ออกแบบไว้เข้าสู่การดำเนินงานจริงในพื้นที่ โดยเริ่มจากการ ประชุมชี้แจงทีมพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง พร้อมอธิบายบทบาท หน้าที่ และความคาดหวังของการเข้าร่วมโครงการ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและลดความกังวลของผู้ปฏิบัติ ต่อจากนั้นจึงมีการจัด การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) และการสาธิตสถานการณ์จำลอง ตามหัวใจสำคัญของรูปแบบ ได้แก่ การประเมินสภาพทารก การเปิดทางเดินหายใจ การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก และการทำงานเป็นทีม ผู้ฝึกประกอบด้วยวิทยากรจากหน่วยงานภายใน เช่น แพทย์ พยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านช่วยชีวิตทารกแรกเกิด ในการสอนเชิงปฏิบัติให้แก่พยาบาลเป้าหมาย การเรียนรู้ดำเนินในรูปแบบการสาธิต การฝึกปฏิบัติที่ละขั้นตอน การฝึกซ้อมเป็นทีม และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับทันทีหลังทำกิจกรรม

หลังจบกระบวนการฝึกอบรม มีการสังเกตพฤติกรรมในการช่วยชีวิตจริงภายในห้องคลอดเป็นเวลา 2 เดือน โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะ พบว่า 1) ความมั่นใจของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในขั้นตอนการเริ่มต้นช่วยหายใจ การตัดสินใจในช่วงนาทีทองแรก และการประเมินการตอบสนองของทารก 2) รูปแบบการช่วยชีวิตมีความเป็นระบบมากขึ้น พยาบาลดำเนินการตามลำดับขั้นตอนมากกว่าก่อนการฝึก มีการเตรียมอุปกรณ์ล่วงหน้า และสื่อสารกับทีมก่อนเริ่มปฏิบัติ ขณะเดียวกันพบการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม ได้แก่ การแบ่งบทบาทหน้าที่ในทีมชัดเจนขึ้น มีการสื่อสารแบบสั่งการและตอบรับมากขึ้น ผู้เข้าร่วมมีความกล้าในการแสดงความเห็นและรายงานสถานการณ์มากขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะการประเมินผลได้ผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 30 ปี อายุมากที่สุด 54 ปี น้อยสุดที่ 23 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 90 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 10 มีประสบการณ์ทำงาน 1- 3 ปี ร้อยละ 16.6 ประสบการณ์ทำงาน 4-5 ปี ร้อยละ 10 มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 73.3

2. ผลการเปรียบเทียบการความรู้ของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด จำนวน 30 คน ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า หลังการฝึกอบรมการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X} = 13.03$, $SD=1.29$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X}=9.10$, $SD = 1.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการความรู้ของพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ก่อนและหลังการอบรม

ระยะดำเนินการ	N	คะแนนเต็ม	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการอบรม	30	15	12	8	9.10	1.15	13.49	.000*
หลังการอบรม	30	15	15	10	13.03	1.29		

3. ผลการเปรียบเทียบทักษะพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด จำนวน 30 คน ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า หลังการฝึกอบรมการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X} = 13.03$, $SD=1.29$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($\bar{X}=9.10$, $SD = 1.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบทักษะพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ก่อนและหลังการอบรม

ระยะดำเนินการ	N	คะแนน เต็ม	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนการอบรม	30	40	30	24	27.47	1.77	17.65	.000*
หลังการอบรม	30	40	38	30	33.63	1.99		

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด พบว่า ภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.46$, $SD=0.52$) และเมื่อเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สอน/พี่เลี้ยงให้คำแนะนำอย่างชัดเจน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.63$, $SD=0.49$) รองลงมา คือ เนื้อหาการอบรมสามารถนำไปใช้จริง ($\bar{X}=4.46$, $SD=0.52$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

ข้อความ	\bar{X}	SD	แปลผล
1. เนื้อหาการอบรมสามารถนำไปใช้จริง	4.60	0.50	มากที่สุด
2. วิธีการฝึกอบรม เช่น simulation / workshop มีความเหมาะสม	4.53	0.57	มากที่สุด
3. มีโอกาสลงมือปฏิบัติจริงอย่างเพียงพอ	4.47	0.63	มาก
4. ผู้สอน/พี่เลี้ยงให้คำแนะนำอย่างชัดเจน	4.63	0.49	มากที่สุด
5. การประเมินผลสะท้อนสมรรถนะจริงของผู้เข้าร่วม	4.33	0.62	มาก
6. การอบรมช่วยเพิ่มความมั่นใจในการฟื้นคืนชีพทารก	4.57	0.50	มากที่สุด
7. ทีมงานมีความสามารถในการทำงานเป็นทีมดีขึ้น	4.40	0.62	มาก
8. ขั้นตอนและรูปแบบการพัฒนาเข้าใจง่าย	4.43	0.56	มาก
9. การจัดเวลาและระยะเวลากิจกรรมมีความเหมาะสม	4.33	0.67	มาก
10. ความพึงพอใจโดยรวมต่อโครงการ	4.57	0.50	มากที่สุด
รวม	4.46	0.52	มาก

5. จากการประเมินผลการพัฒนาใช้การสนทนากลุ่มกับพยาบาลจำนวน 10 คนที่เข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่รับรู้ว่าการช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน มากขึ้น โดยเฉพาะความสามารถประเมินสภาพทารกและการเริ่มต้นช่วยหายใจภายในนาทีแรก อีกทั้งการฝึกแบบจำลองสถานการณ์ทำให้เห็นภาพจริงและเข้าใจลำดับขั้นตอนมากขึ้น สะท้อนว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการปฏิบัติซ้ำช่วยให้ความมั่นใจเชิงคลินิก นอกจากนี้พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าการมี ผู้สอนและพี่เลี้ยงให้คำแนะนำทันทีหลังการปฏิบัติ เป็นประโยชน์อย่างมาก เพราะช่วยให้รู้ข้อผิดพลาดของตนเองและนำไปสู่การปรับปรุงทักษะอย่างตรงจุด และจากการสนทนากลุ่มยังชี้ว่า ทักษะการทำงานเป็น

ทีมดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนการพัฒนา เช่น การทำงานเป็นทีม การสื่อสารแบบ และการแบ่งบทบาทภายในทีม

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาขีดความสามารถพยาบาลในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดส่งผลให้คะแนนความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริง การใช้สถานการณ์จำลอง และการสะท้อนคิดภายหลังการฝึก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mayer และคณะ (2022) ที่ระบุว่า การฝึก simulation ทำให้บุคลากรดูแลทารกแรกเกิดมีสมรรถนะสูงขึ้นในการจัดการภาวะพร่องออกซิเจนและลดความผิดพลาดเชิงคลินิก อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงอาทิตย์ วิชัยยา และคณะ (2563) พบว่า การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดประจำปีสามารถพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติในเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น และการสะท้อนผลช่วยเสริมสมรรถนะทางคลินิกในระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีอัมพร ต่วนยี่และคณะ (2566) ที่ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า เมื่อประเมินสมรรถนะพยาบาลด้านที่ระดับดีมาก คือ ความปลอดภัยและการป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{X} = 4.61, S.D. = 0.55$) รองลงมาคือ สมรรถนะระดับดี ได้แก่ ด้านปฏิบัติการ พยาบาลทารกแรกเกิด และการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ($\bar{X} = 4.48, S.D. = 0.69$) ด้านการประเมินสภาวะ สุขภาพทารกแรกเกิด ($\bar{X} = 4.28, S.D. = 0.68$) ด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($\bar{X} = 4.24, S.D. = 0.75$) ด้าน การบริหารยา ($\bar{X} = 4.23, S.D. = 0.68$) และด้านการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการประสานงาน ($\bar{X} = 4.00, S.D. = 0.63$)

ในส่วนของการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะและความรู้ภายหลังพัฒนา อาจอธิบายได้จากการที่ผู้เข้าอบรมมีโอกาสฝึกซ้ำหลายรอบ ได้รับคำแนะนำตรงจุดจากผู้สอน และมีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงในห้องคลอด ซึ่งสนับสนุนมุมมองของ Bandura ที่ระบุว่าความเชื่อมั่นตนเอง (self-efficacy) ถูกปลูกฝังผ่านบทเรียนจากประสบการณ์และการสะท้อนผล (Bandura, 1997) ขั้นตอนนี้สอดคล้องกับผลสนทนากลุ่มที่พบว่าพยาบาลรู้สึกมั่นใจมากขึ้น กล้าตัดสินใจ และมองว่าการประเมินหลังปฏิบัติช่วยระบุดูอ่อนและเสริมความมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงอาทิตย์ วิชัยยา และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาความรู้ของพยาบาลด้วยการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด พบว่า การประเมินความรู้ของพยาบาลภายหลังการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดนั้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีมาก (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีจำนวนร้อยละ 76.70 และที่เหลือ ร้อยละ 13.30 มีความรู้ในระดับดี แสดงว่าสื่อการสอนนี้สามารถทำให้พยาบาลมีความรู้ มีความเข้าใจในหลักการและวิธีการปฏิบัติเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดได้ถูกต้องมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณ ศรีพารา (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะของพยาบาล โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังจากอบรมโปรแกรมการสอนช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยเปรียบเทียบระดับความรู้ของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และด้านทักษะภายหลังการอบรมทันที ระดับทักษะของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) เช่นเดียวกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลแกด้าที่มีการอบรม การลงมือปฏิบัติ และการติดตามผลต่อเนื่องเป็นเวลา 2 เดือน

ด้านหนึ่งของผลการศึกษานี้ยังสะท้อนความสำคัญของบริบทโรงพยาบาลชุมชน โดยในเขตสุขภาพที่ 7 และจังหวัดมหาสารคามมีอัตรา birth asphyxia สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งแสดงให้เห็นความจำเป็นของระบบบริการที่พร้อมดูแลทารกแรกเกิด การมีแบบพัฒนาขีดความสามารถในโรงพยาบาลระดับอำเภอจึงตอบโจทย์บริบทพื้นที่ได้ดี ทั้งนี้ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่าการอบรมครั้งเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการติดตามประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในงานวิจัยของ สำราญ วิมุตติโกศล (2565) ที่ระบุว่าความรู้ด้านช่วยชีวิตทารกจะเสื่อมลงภายใน 3-6 เดือน หากไม่มีระบบฝึกซ้อมซ้ำหรือการประเมินสมรรถนะเป็นระยะ อีกประเด็นสำคัญ คือ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะต้องเกื้อหนุนด้วย สภาพแวดล้อมองค์กรและความพร้อมของระบบบริการ ทั้งอุปกรณ์ การจัดเวร การสนับสนุนเวลาฝึกอบรม และการมีผู้นำคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ WHO ที่ระบุว่าความสามารถในการช่วยชีวิตทารกแรกเกิดขึ้นอยู่กับเครื่องมือ ทีม และระบบเรียนรู้ร่วมในหน่วยบริการ (WHO, 2024) ข้อมูลจากงานวิจัยนี้พบว่าการประชุม ทำความเข้าใจร่วม และการมีผู้นำทีมส่งผลให้ทีมปฏิบัติงานตอบสนองฉุกเฉินได้ทันเวลามากขึ้น การจัดลำดับขั้นตอนดีขึ้น และทีมงานสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพรรณ วงศ์ตัน และคณะ (2566) ที่ยืนยันว่าการฝึกสถานการณ์จำลองและการนิเทศทางคลินิกเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลที่สุดในการพัฒนาความมั่นใจและการตอบสนองฉุกเฉินของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ มีดังนี้

1.1 ควรจัดระบบฝึกอบรมและทบทวนทักษะแบบการใช้สถานการณ์จำลองและการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นระบบทุก 6-12 เดือน เพื่อเพิ่มพูนความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงาน

1.2 ควรพัฒนาทีมผู้ฝึกอบรม และสร้างบุคลากรที่เลี้ยงทางคลินิกในโรงพยาบาลทำให้ความรู้และทักษะถูกหมุนเวียนต่อภายในองค์กรและเกิดความยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ โดยผู้บริหารควรสนับสนุนทรัพยากรและเวลาฝึกอบรมการอนุมัติเวลา เสร็จปรับเปลี่ยน และอุปกรณ์ฝึกจำลอง เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาควรบูรณาการในแผนงบประมาณ อีกทั้งควรจัดทำแนวทางมาตรฐานการพัฒนาสมรรถนะทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสามารถพัฒนาคู่มือหรือหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะสำหรับบริบทของตน เพื่อนำไปใช้เป็นต้นแบบแก่โรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดมหาสารคาม

4. ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบหลายโรงพยาบาลเพื่อดูว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่โรงพยาบาลแกดำสร้างขึ้นสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทอื่นได้หรือไม่ และปัจจัยอะไรทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.

นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

พรณี ศรีพารา. (2564). ผลของการใช้โปรแกรมการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะของพยาบาล โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 10(1), 26 – 35.

แสงอาทิตย์ วิชัยยา, และคณะ. (2562). การพัฒนาความรู้ของพยาบาลด้วยการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด. วารสารพยาบาลสาร, 47(4), 384 – 395.

- สำราญ วิมุตติโกศล. (2565).การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 40(1), 1-12.
- ศรีอัมพร ต้วณีย์, และคณะ .(2566). การศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทารกแรกเกิด โรงพยาบาล สกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 26(2), 69 – 77.
- สุพรรณ วงศ์ตัน, และคณะ. (2566).ผลของการฝึกสถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจและการตอบสนองภาวะ ฉุกเฉินของพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ, 17(3), 233-247.
- โรงพยาบาลแกด้า. (2566).รายงานประจำปี ห้องคลอด โรงพยาบาลแกด้า. มหาสารคาม: โรงพยาบาลแกด้า.
- Agudelo-Pérez, S., González-López, J. R., & Rodríguez-Gázquez, M. A. (2022). Nurses' competencies in neonatal resuscitation and associated factors: A systematic review. *Journal of Neonatal Nursing*, 28(5), 303-310.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Hug, L., Alexander, M., You, D., & Alkema, L. (2019).National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 7(6), e710-e720.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
- Mayer, B., Et al. (2022).Simulation-based neonatal resuscitation training and clinical performance outcomes: A systematic review. *Pediatrics*, 149(3), e2021054000.
- Moshiro, R., Mdoe, P., Perlman, J. M., & Kidanto, H. (2019).Neonatal resuscitation practices and outcomes in low-resource settings: A review. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 17-24.
- World Health Organization. (2024).*Newborn mortality*. Geneva: World Health Organization.