

การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะ ของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบ บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10

จรรยาศรี มีหนองหว้า*

สาตี แฮมิลตัน*

ปัทมา พ่องศิริ*

สุเพียร โภคทิพย์†

เอมอร บุตรอุดม‡

พนัชญา ชันติจิตร§

อรดี โชคสวัสดิ์*

รัตนา บุญพา*

เชาวลิต ศรีเสริม*

ปัญมาพร ใจกล้า§

วิโรจน์ เขมรัมย์¶

ผู้รับผิดชอบบทความ: สาตี แฮมิลตัน

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลต้องมีการระดม
เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ต้องมีการบริหารอัตรากำลังด้าน
การพยาบาลและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเป็นการใหญ่ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล การวิจัยเชิง
คุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อ
ตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10 และ 2) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิง
นโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาล เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพช่วงตุลาคม 2564 -

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

† โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

‡ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

§ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¶ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Received 22 Nov 2022; Revised 17 June 2023; Accepted 29 August 2023

Suggested citation: Meenongwah J, Hamilton S, Phongsiri P, Pokathip S, Butudom A, Khantichitr P, et al. Nursing workforce management and competencies for secondary and tertiary care during the COVID-19 crisis in health region 10. Journal of Health Systems Research 2023;17(3):490-509.

จรรยาศรี มีหนองหว้า, สาตี แฮมิลตัน, ปัทมา พ่องศิริ, สุเพียร โภคทิพย์, เอมอร บุตรอุดม, พนัชญา ชันติจิตร และคณะ. การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):490-509.

เมษายน 2565 ด้วยการวิเคราะห์เอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 240 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลรอง 53 คน ได้แก่ ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนกองการพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุข กรรมการ emergency operation center (EOC) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อค้นพบประเด็นที่ 1) การจัดอัตรากำลังพยาบาล โดย 1.1) เกลียอัตรากำลังจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งในรูปแบบจิตอาสา การขอความร่วมมือหรือสั่งการ 1.2) ปรับการขึ้นเวรจาก 8 ชั่วโมงเป็น 12 ชั่วโมง และ 1.3) มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาระงานน้อยให้ช่วยนิเทศควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด-19 และประเด็นที่ 2) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล โดย 2.1) ออกแบบการเพิ่มความรู้เป็นบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ 2.2) ใช้การสอนทักษะหน้างานเป็นหลัก 2.3) พยาบาลใช้การสืบค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ด้วยตนเอง และ 2.4) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลได้รับบทบาทสำคัญให้เป็นผู้พัฒนาทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคลากรทุกคน และติดตามการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและเผยแพร่แนวปฏิบัติเรื่องโควิด-19 ทั้งนี้ วิธีให้ความรู้และฝึกอบรมที่ใช่มากคือการฝึกสอนในการถอดและใส่ชุด personal protective equipment/powered air purifying respirator (PPE/PAPR) การช่วยใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิด-19 การใช้เครื่องช่วยกระบวนกรฟื้นคืนชีพอัตโนมัติ การจัดทำนอนคว่ำในผู้ป่วย acute respiratory distress syndrome (ARDS) และการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้นความสำเร็จในการดำเนินการเกิดจากความร่วมมือของพันธมิตรและผู้มีส่วนได้เสีย สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ กำหนดมาตรการในการจัดอัตรากำลังและสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤต มีระบบและกลไกการจัดอัตรากำลังที่ชัดเจน มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเชิงวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ, กำลังคนด้านการพยาบาล, สมรรถนะของพยาบาล, ภาวะวิกฤต, การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019

Nursing Workforce Management and Competencies for Secondary and Tertiary Care during the COVID-19 Crisis in Health Region 10

Jaroonsree Meenongwah^{*}, Sadee Hamilton^{*}, Pattama Phongsiri^{*}, Supian Pokathip[†], Aimon Butudom[‡], Phanatchaya Khantichitr^{*}, Oradee Choksawat^{*}, Rattana Boonpha^{*}, Chaowalit Srisoem^{*}, Pattamaporn Jaikla[§], Wirote Semrum[¶]

^{*}Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromranchanok Institute, Ministry of Public Health

[†]Sunpasithiprasong Hospital

[‡]Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromranchanok Institute, Ministry of Public Health

[§]Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromranchanok Institute, Ministry of Public Health

[¶]Ubon Ratchathani Provincial Health Office

Corresponding author: Sadee Hamilton, sadee@bcnsp.ac.th

Abstract

The increasing number of COVID-19 patients during the pandemic posed a great challenge for health care services. Nurses have a vital role, not only in providing care, but also in managing other health care services, in regard to the varied hospital resources challenges. This qualitative research aimed to synthesize lessons learned from the COVID-19 crisis experiences regarding nursing competencies and workforce management in Health Region 10 of Thailand. Document analysis, in-depth interviews, and focus group discussions were used to collect data from October 2021 to April 2022. The 293 key informants included the Ministry of Public Health (MOPH) inspector of Health Region 10, representatives of the Thailand

Nursing and Midwifery Council, representatives of the Nursing Division of the MOPH, the provincial chief medical officer, a group from the emergency operation center (EOC) committee, hospital directors, heads of nursing departments, physicians, infection control (IC) nurses, and nurses engaged in COVID-19 patient care. The data were analyzed using content analysis. The study revealed that: 1) workforce management in response to the crisis included 1.1) implementation of nursing staff pooled from different units through nurses volunteer co-operation or direct command; 1.2) modifying working hours from 8-hour shifts to 12-hour shifts; and 1.3) assigning head nurses of lower workload units as supervisors to the COVID-19 cohort wards. And 2) strengthening nursing competency focusing on: 2.1 designing educational modules on nursing care for COVID-19 patients with regard to infection control and prevention; 2.2) on-the-job training; 2.3) training self-directed learning skills to nurses to independently online search available COVID-19 knowledge resources; and 2.4) the IC nurses played a major role in infection control competency of the hospital staff, as well as informing the most update COVID-19 practice guidelines. The most common training sessions included the donning (putting on) and doffing (removing) of personal protection equipment (PPE) and the powered air purifying respirators (PAPR), intubation in COVID-19 patients, automatic cardiopulmonary resuscitation (auto-CPR), prone positioning in ARDS (acute respiratory distress syndrome) COVID-19 patients, and mechanical ventilation care. The key success factor for coping the crisis was the collaboration from all partners and stakeholders. The policy recommendations for the present study included setting measures for comprehensive nursing workforce management and essential competency to handle crisis situations, developing the nurse workforce system and mechanisms in order to retain nurses in the system, implementing education and training programs to promote nurses' competency, continuously, and creating working environments conducive to nurses providing direct patient care professionally.

Keywords: management, nursing workforce, competency, crisis, COVID-19

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลก สถานการณ์การระบาดทั่วโลกในวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อกว่า 168,775,183 คน และมีแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยระหว่างเดือนมกราคม 2563-พฤษภาคม 2564 เกิดการระบาด 3 ระลอก โดยการระบาดที่รุนแรงที่สุดเป็นการระบาดระลอกที่ 3 มียอดผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกวัน ข้อมูลวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 รายงานการติดเชื้อสะสม 141,217 ราย รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 46,469 ราย⁽²⁻³⁾ สถานการณ์โควิด-19 เขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างเดือนเมษายน ถึง 27 พฤษภาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 946 ราย เสียชีวิต 12 ราย รักษาหาย 713 ราย โดยผู้ป่วยสะสมสูงที่สุด คือจังหวัดศรีสะเกษ 378 คน (25.79/แสนประชากร) รองลงมาคืออุบลราชธานี 346

คน (18.48/แสนประชากร) ยโสธร 136 คน (25.38/แสนประชากร) อำนาจเจริญ 50 คน (13.25/แสนประชากร) และ มุกดาหาร 36 คน (10.23/แสนประชากร)⁽⁴⁾

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้บริการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น พยาบาลปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การฉีดวัคซีน การคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยเมื่อติดเชื้อ และการติดตามอาการหลังการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม ลักษณะการทำงานของพยาบาลเป็นการทำงานที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีผลกระทบต่อยาบาลในระดับตัวบุคคล ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ผลกระทบทางกายที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับรายงานมากที่สุดคือ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา⁽⁵⁻⁶⁾ นอกจากนี้ การทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมงและ

ทำงานภายใต้ชุด PPE (personal protective equipment) เป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางกาย ทำให้ความต้องการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีมากขึ้น⁽⁷⁾ เมื่อพยาบาลมีภาระงานมากขึ้น และต้องปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมของการติดเชื้อ ประกอบกับในบางแห่งบางเวลายังมีการขาดอุปกรณ์ในการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁻⁸⁾ ทำให้มีความเครียดสูงจากการกลัวการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานและกลัวการนำเชื้อไปติดคนในครอบครัว⁽⁹⁻¹¹⁾ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ยังเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่า มีเหตุการณ์การล่วงละเมิดสิทธิ และการตีราบบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในหลายลักษณะ เช่น การทำร้ายร่างกาย การข่มขู่ด้วยวาจา ความรุนแรงที่เกิดขึ้นนำไปสู่ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และการจัดหาบริการทางการแพทย์ในช่วงวิกฤตของระบบสาธารณสุข⁽¹²⁾

สถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 มีผลกระทบต่อหน่วยบริการสุขภาพในเรื่องของอัตรากำลังและสมรรถนะของพยาบาล ความต้องการอัตรากำลังพยาบาลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 245⁽⁷⁾ จากการที่ผู้ป่วยโควิด-19 ต้องได้รับการดูแลในห้องความดันลบหรือหอผู้ป่วยแยกโรค โดยพยาบาลอีกกลุ่มหนึ่ง ทำให้อัตรากำลังที่ไม่เพียงพออยู่แล้วยังไม่เพียงพอมากขึ้นไปอีก⁽⁷⁾ นอกจากนี้ พยาบาลบางส่วนต้องถูกกักตัวจากการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอาการอื่นแต่พบภายหลังว่าติดเชื้อโควิด-19 จึงจำเป็นต้องมีการจัดพยาบาลในหน่วยงานอื่นมาทำงานแทนพยาบาลที่ถูกกักตัว⁽¹³⁾ โดยที่อาจยังไม่มีเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นและเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ให้กับพยาบาลที่มาแทนอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อทั้งในส่วนของพยาบาลเองและผู้ป่วย ทำให้พยาบาลบางส่วนติดเชื้อจนต้องเข้ารับการรักษาตัวหรือแม้กระทั่งเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่ออัตรากำลังพยาบาลที่เหลืออยู่ที่ต้องรับภาระงานที่หนัก

ขึ้นนอกเหนืองานประจำ⁽¹⁴⁾ และมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ จึงต้องมีการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เท่าที่จะทำได้ในสถานการณ์ที่เร่งรีบและจำเป็น ข้อพิจารณาให้พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานในตึกที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยเฉพาะ คือ ต้องประเมินความสามารถของพยาบาลเพื่อมอบหมายงานการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง และควรมีการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจด้วย⁽¹⁵⁾ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 อย่างรุนแรง และจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น การบริหารอัตรากำลังพยาบาลตามสมรรถนะหรือความเชี่ยวชาญมีข้อจำกัดดังเช่นในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พยาบาลหลายคนถูกจัดให้ไปปฏิบัติงานทั้งในแผนกใหม่ที่ตั้งขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยเฉพาะพยาบาลในสาขาหรือในแผนกที่ปิดบริการในระหว่างสถานการณ์ระบาด เช่น วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลจิตเวช เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 และแผนกที่รับผู้ป่วยโรคอื่นในกรณีปฏิบัติทดแทนอัตรากำลังที่อาจมีการหมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เช่น พยาบาลจากแผนกอายุรกรรมสามัญ อาจต้องกระจายไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก การเตรียมพยาบาลให้มีสมรรถนะที่พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและพยาบาล⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ทั้งนี้ แม้ว่าพยาบาลบางแผนก เช่น วิสัญญีพยาบาลจะมีความคุ้นชินและเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบการหายใจ แต่การปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ที่แตกต่างจากงานประจำรวมทั้งการทำงานภายใต้ความกดดันและความเครียดสูงย่อมส่งผลต่อความมั่นใจในการทำงาน การทบทวนทักษะทางการพยาบาลที่จำเป็นก่อนย้ายแผนกหรือกระจายอัตรากำลัง (pre-redeploying) จึงมีความสำคัญ รวมทั้งเมื่อเข้าทำงานในแผนกนั้นๆ ด้วย (in-house training)⁽¹⁸⁾

ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิของเขตสุขภาพที่ 10 มีรายงานการติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เช่น โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งได้ปิดการให้บริการผ่าตัดเพื่อให้พยาบาลในแผนกผ่าตัดมาช่วยปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ โดยได้มีการอบรมให้พยาบาลที่ไม่เคยทำงานในหอผู้ป่วยสามัญให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ และได้มีการปิดหอผู้ป่วยชั่วคราวในระหว่างการสอบสวนโรคเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อโควิด-19 มาปฏิบัติงานในช่วงเวลาก่อนหน้านั้น เมื่อมีการสอบสวนโรคแล้ว ได้เปิดดำเนินการใหม่ โดยมีการจัดอัตรากำลังในรูปแบบใหม่ โดยให้พยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงกักตัว ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ เห็นได้ว่าในภาวะวิกฤตโควิด-19 ซึ่งเป็นภาวะที่ความต้องการกำลังคนทางการพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 มีมากกว่ากำลังคนทางการพยาบาลที่มีในสถานบริการ เป็นความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ทั้งนี้ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประกอบด้วย 7 ด้าน 48 สมรรถนะย่อย คือ 1) ด้านการคัดกรอง 3 สมรรถนะ 2) ด้านการป้องกันและควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ 15 สมรรถนะ 3) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว 11 สมรรถนะ 4) ด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ 5 สมรรถนะ 5) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ 3 สมรรถนะ 6) ด้านทักษะการสื่อสาร การประสานงานและการบริหารจัดการ 7 สมรรถนะ และ 7) ด้านการเรียนรู้ด้วยตนเอง 4 สมรรถนะ⁽¹⁹⁾

การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ที่ผ่านมา 1 ปีครึ่ง ที่มีการระบาด 3 ระลอกแล้วนั้น ไม่เพียงแต่จะคำนึงถึงการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่เพียงพอและเหมาะสม แต่ยังต้องคำนึงถึงสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤตโควิด-19 ทั้งในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิด้วย ดังนั้น การถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะพยาบาลเพื่อตอบ

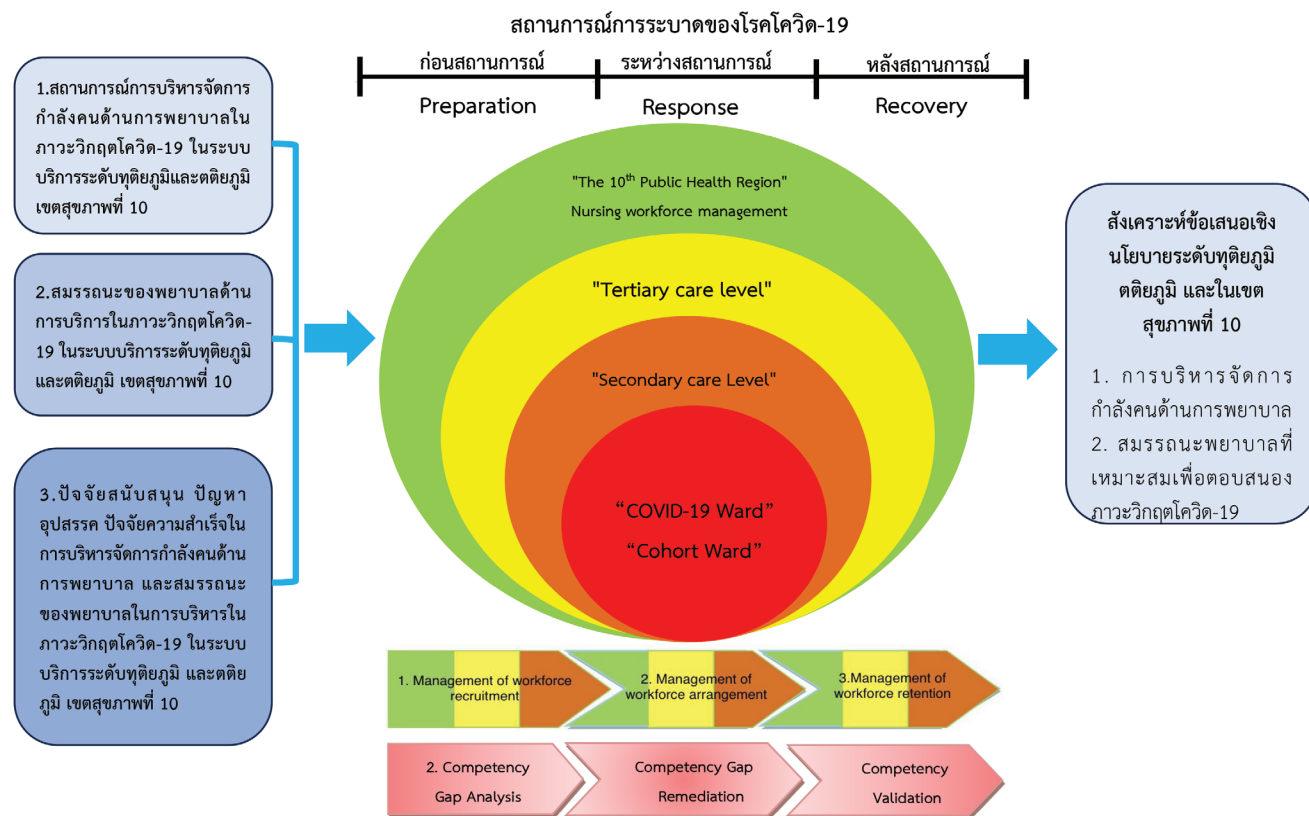
สนองภาวะวิกฤตโควิด-19 จึงมีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 โดยมีคำถามการวิจัย คือ การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นอย่างไร การเตรียมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในภาวะทั่วไป และภาวะวิกฤตโควิด-19 ที่เร่งด่วนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10
2. สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ 4 แนวคิด ทฤษฎีมาบูรณาการเป็นกรอบแนวคิด ได้แก่ 1) disaster management 2) crisis management เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ถือเป็นภัยพิบัติของโรคอุบัติใหม่และมีความจำเป็นที่จะต้องบริหารจัดการกำลังคนทางการพยาบาลในภาวะวิกฤต 3) ecological model เป็นทฤษฎีโมเดลเชิงนิเวศวิทยาสังคมของแมคเคลลอยและคณะ⁽²⁰⁾ ได้อธิบายแนวคิดนี้เกี่ยวกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งแบ่งระดับของสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อบุคคลเป็น 5 ระดับ คือระดับบุคคล (intrapersonal) ระหว่างบุคคล (interpersonal) องค์กร (institutional) ชุมชน (community) และ นโยบายสาธารณะ (public policy) และ 4) แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ของเขตสุขภาพที่ 10 โดยมีพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่ให้บริการสุขภาพอยู่ในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ โขสาร มุกดาหาร และอำนาจเจริญ จำนวน 20 โรงพยาบาลที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของ

พยาบาลในภาวะวิกฤตโควิด-19 โดยหาข้อมูลรอบทิศ ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (document analysis) เกี่ยวกับรายงานการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 รายงานการประชุม EOC (emergency operation center) นโยบายการจัดอัตรากำลัง การจัดทีมการพยาบาล และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

2.1 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดนโยบาย การสนับสนุน การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาล และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในภาวะวิกฤตโควิด-19 พยาบาลทั้งในระดับเขตและระดับโรงพยาบาลตติยภูมิ และทุติยภูมิ

2.2 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ/แพทย์ที่รักษา

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ทำงานร่วมกับพยาบาลในประเด็นความเพียงพอของจำนวนพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลที่จะช่วยทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 มีประสิทธิภาพโรงพยาบาลละ 1 คน

2.3 พยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล เพื่อเรียนรู้การเตรียมความพร้อมและการปรับตัวของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 คน

3. การสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อเรียนรู้การเตรียมความพร้อมและการปรับตัวของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในหอผู้ป่วย ICU-COVID, cohort ward โรงพยาบาลละ 10 คน

4. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participatory observation method) เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยเฝ้าสังเกตอยู่ภายนอก และไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่ทำอยู่ของพยาบาล โดยสังเกตสถานที่และกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วยโควิด-19

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 293 คน แบ่งเป็น 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 240 คน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และ พยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล และ 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง (general informants) จำนวน 53 คน ได้แก่ ผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 10 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กรรมการสภาการพยาบาล กรรมการกองการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ เขตสุขภาพที่ 10 และแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยโควิด-19

เกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. มีบทบาทในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. มีบทบาทในการให้นโยบายหรือการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

เกณฑ์การเลือกโรงพยาบาล

1. เป็นโรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10 ที่แตกต่างกันตามระดับการจัดบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (A, S, M1) โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (M2, F1, F2, F3)

2. เป็นโรงพยาบาลที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 เช่น ข้อมูลสภาพแวดล้อม สถานที่ตั้ง สภาพพื้นที่ ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาล กฎ ระเบียบและข้อบังคับที่โรงพยาบาลจัดทำไว้ รวมทั้งเอกสารรายงานอื่นๆ จากโรงพยาบาล

2. แนวทางในการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งกำหนดเป็นแนวคำถามเริ่มต้นที่สามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สถานการณ์เฉพาะหน้าหรือเพิ่มเติมตามประเด็น (follow-up questions) เน้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ถ่ายทอดประสบการณ์ บทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงาน การกำกับติดตามการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน ดังนี้

ขั้นตอนการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนมี 5 ขั้นตอน ประยุกต์มาจาก A Guide to Capturing Lessons Learned⁽²¹⁾ ประกอบด้วย

1) เตรียมพร้อมในการถอดบทเรียน (define the project)

คือการเตรียมพร้อมนักวิจัย ให้เข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งพัฒนาทักษะที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล 2) เก็บรวบรวมข้อมูล (collect) เป็นการใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลรวบรวมที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต 3) การตรวจสอบและสังเคราะห์ข้อมูล (verify and synthesize) เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องครบคลุม และความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นของกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 4) การจัดเก็บ (store) ข้อมูลจากการวิจัย โดยคำนึงถึงความลับของข้อมูล และ 5) เผยแพร่ผลการถอดบทเรียน (disseminate)

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) ในการเก็บข้อมูลสนทนากลุ่มและการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) มีขั้นตอนในการดำเนินการ คือ 1) การศึกษาเอกสารทฤษฎี แนวคิด หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และลงพื้นที่ศึกษาบริบทของโรงพยาบาลเป็นฐานข้อมูลในการสร้างเครื่องมือ 2) ออกแบบในการสร้างแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ 3) นำแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุง และวิเคราะห์แบบ percent agreement ใช้เกณฑ์ 80% 4) นำแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 5) นำแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีลักษณะคล้ายผู้ให้ข้อมูลหลัก 5 คน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล 1 คน พยาบาล 4 คน และพยาบาล IC 1 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และ 6) นำแนวทางเริ่มต้นในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปใช้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล

การเตรียมนักวิจัย

เตรียมนักวิจัยในฐานะเป็นเครื่องมือวิจัย โดยนักวิจัย

หลักและนักวิจัย 4 คน จากจำนวน 11 คน ที่เป็นผู้ผ่านการเรียนและทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งยังมีผลงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่อย่างต่อเนื่อง โดยนักวิจัยทุกคนได้รับการฝึกฝนการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพมากกว่า 40 ชั่วโมง จากนักวิจัยหลักก่อนเริ่มเก็บข้อมูล และได้รับการจับคู่สอนงานกับนักวิจัยที่มีประสบการณ์วิจัยเชิงคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร (document analysis) เป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากเอกสารและรายงานต่างๆ เกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เขตสุขภาพที่ 10

2. เก็บข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้การสังเกตแบบกึ่งมีโครงสร้าง โดยจดบันทึกภาคสนาม ระหว่างเข้าเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เขตสุขภาพที่ 10 โดยสังเกตจำนวนพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เช่น การกระทำ กิจกรรมหรือพฤติกรรม ความสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมและสภาพสังคม โดยไม่ให้กระทบกับการทำงานของบุคลากรขณะดูแลผู้ป่วย

3. เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นหัวหน้าพยาบาลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนพยาบาลผู้ปฏิบัติใช้การสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง สำหรับผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ผู้บริหารและแพทย์ผู้รักษา ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. สำหรับการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดำเนินการหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล และร่างข้อเสนอเชิงนโยบายแล้วเสร็จ โดยนำเสนอในเวทีการประชุมที่จัดขึ้นแบบออนไลน์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย

ที่เกี่ยวข้อง และพยาบาลผู้ปฏิบัติที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
โควิด-19

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยการจำแนกข้อมูล เช่น พฤติกรรมและบทบาทความสัมพันธ์ โดยใช้แผนที่ความคิด (mind map) และเช็ค
ลิสต์ ใช้นักวิจัยเป็นผู้สังเกต 2 คนในแต่ละครั้ง

2. การถอดบทเรียน ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 จำแนกคำ/หลักการสำคัญ จากข้อมูลสนามและจากแนวคิดการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาล

2) ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์และตีความ (analytic/interpretive knowledge) ทั้งแนวคิด หลักการ และการปฏิบัติ (technical knowledge)

3) ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ที่ใช้นั้นว่าให้ความรู้อะไรบ้าง และสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยอาจรวมกันเป็นหนึ่งในเพื่อพัฒนาให้เกิดสิ่งใหม่เป็นความรู้ใหม่ นำไปสู่การได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย

3. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา หลังจากได้ข้อมูลจากการประชุมกว้างข้อเสนอเชิงนโยบาย ใช้หลักจำแนกหลักการสำคัญของข้อเสนอเชิงนโยบาย วิเคราะห์และตีความแนวคิด หลักการและการปฏิบัติ จากนั้น พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและความเป็นไปได้ของการนำไปปฏิบัติ

การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบเครื่องมือเชิงคุณภาพ ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) นำไปตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของ

ข้อมูลที่มีความสอดคล้องหรือขัดแย้งของข้อมูล และเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไปจนกระทั่งข้อมูลที่ได้มามีความอิ่มตัว (saturated data) และใช้การคืนข้อมูล (member checking) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 24/2564 รับรอง 8 กรกฎาคม 2564 – 7 กรกฎาคม 2565 และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 083/2564 รับรอง 10 พฤศจิกายน 2564 – 9 พฤศจิกายน 2565 ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ สิ่งที่จะอาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา ทุกคนลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวข้อมูล (informed consent form) โดยได้รับการพิทักษ์สิทธิในฐานะอาสาสมัครอย่างเข้มงวด

รหัสการให้ข้อมูล

กลุ่มบุคคล

H หมายถึง Head nurse (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล)

HM หมายถึง Head nurse of medicine ward (หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

R หมายถึง Registered nurse (พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19)

D หมายถึง Director (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
ระดับโรงพยาบาล

T หมายถึง Tertiary (โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ)

S หมายถึง Secondary (โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ)
รูปแบบการได้มาซึ่งข้อมูล

F หมายถึง Focus group (สนทนากลุ่ม)

I หมายถึง In-depth interview (สัมภาษณ์เชิงลึก)

ตัวเลขหลังตัวย่อ 1, 2, 3,... หมายถึง ลำดับที่ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล

ตัวอย่างการให้รหัส

HT1 หมายถึง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลที่ 1

IHMS11 หมายถึง สัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลที่ 11

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คือร้อยละ 88.1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.1 รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 46-50 ปี และ 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.0 และ 14.7 ตามลำดับ อายุุน้อยที่สุดอยู่ระหว่าง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบปริญญาตรี คือร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน คือร้อยละ 62.5 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มการพยาบาล และห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 9.9 และ 8.2 ตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 68.9

ขอเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 การถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการตติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10

ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยนี้ มี 2 ประเด็นคือ

1. การจัดอัตรากำลังพยาบาล ใช้เกลี่ยอัตรากำลังจากหน่วยงานต่างๆ เช่น พยาบาลจาก ICU-อายุรกรรมไปช่วย ICU-COVID ที่เปิดใหม่ หรือ cohort ward หรือหอผู้ป่วยสามัญที่มีผู้ป่วยโควิด-19 ที่พบภายหลังจากการรักษาตัวจากปัญหาสุขภาพอื่น รวมทั้งการไปทำงานที่โรงพยาบาลสนาม โดยมีพยาบาลจากหอผู้ป่วยสามัญมาทดแทนอัตรากำลังที่ไปช่วยหน่วยอื่น ทั้งในรูปแบบจับฉลากมาในช่วงแรกที่สถานการณ์การแพร่ระบาด เนื่องจากการดูแลรักษา

ช่วงระลอกที่ 3 ยังมีความไม่แน่นอน ต่อมาพยาบาลมาเป็นอัตรากำลังทดแทนแบบจิตอาสา มาโดยการขอความร่วมมือหรือสั่งการ

“มีพยาบาลที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและปานกลางจำนวนมาก ได้มีการขออัตรากำลังจากหอผู้ป่วยอื่นเข้าไปช่วย ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลที่อยู่แผนกไอซียู แผนกอายุรกรรม เนื่องจากต้องมีความรู้เรื่องเครื่องช่วยหายใจ” (HT 1)

“หอผู้ป่วยอื่นต้องจัดอัตรากำลังเข้ามาช่วยเหลือโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเลือกส่งพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 3 ปี มีทักษะการทำงาน สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว และผ่านการอบรมการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การสวมชุด PPE การคัดแยกขยะ ความรู้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ” (HT2)

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิบางโรงพยาบาลได้มีการปรับเวลาของการขึ้นเวรจาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง เนื่องจากอัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ และมีการช่วยรับดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่มีปัญหาเตียงไม่พอ หรือมีการขยายหอผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยโควิด-19 หรือเปิดหอผู้ป่วยทั่วไปที่เปิดเพิ่มขึ้นจากที่หอผู้ป่วยเดิมต้องรับผู้ป่วยโควิด-19 การจัดขึ้นเวร 12 ชั่วโมงจัดขึ้นในหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อาการไม่หนัก หรือจัดขึ้นเวรที่โรงพยาบาลสนาม

“เรามีพยาบาลรอบละ 4 คน ขึ้น day-night, day-night อยู่ 7 วัน พัก 2 วัน เวรละ 2 คน จากนั้นจะมีพยาบาลอีก 4 คน ขึ้นรอบใหม่ ระหว่างที่เขาพัก 2 วันก็จะมีทีมอื่นมาเสริม...คนไข้ที่เรารับไม่ใช่คนไข้วิกฤต หรือถึงวิกฤต” (IHMS11)

“ท่าน ผอ. ก็อยากเปิดเตียงผู้ป่วยทั่วไปเพิ่ม...เขาก็อยากจะเปิดมิไนโอพีดี ก็ต้องหาพยาบาลไปขึ้นเวรเข้า บ่ายดึก... ลองจัด 12 ชั่วโมงมาก่อน เราก็พิจารณาว่าน้องจะไหวมั๊ย คนไข้จะปลอดภัยมั๊ยคะ...มีข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายว่า ถ้า รพ.ไหน ไม่มีเตียง คนไข้ล้น ก็ส่งต่อให้ รพ.ใกล้เคียงช่วยดูแล ทางเราก็ต้องรับช่วยค่ะ” (IHMS11)

การเบิกจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงาน 12 ชั่วโมง คิดแบบจ่ายล่วงเวลาคือได้เงิน 800 บาท ตามเกณฑ์ปกติคือขึ้นปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง ได้เงิน 600 บาท เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อชั่วโมงจึงไม่ได้เงินเพิ่มขึ้น

“เบิก 12 ชั่วโมง ไม่มีระเบียบรองรับ พ่อบ้านบอกว่าให้ได้ค่าตอบแทนคิดแบบ OT [over-time] คือ 8 ชั่วโมง 600 บาท พอเป็น 12 ชั่วโมง ก็ได้ 800 บาท...สรุปคือได้เงินเท่าเดิมเหมือนตอนไม่มีโควิด” (IHMS11)

นอกจากนี้มีการใช้ระบบ skill mix staffing บางแห่งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาระงานน้อยให้ช่วยขึ้นเวรหรือนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด-19 เนื่องจากมีการปิดหน่วยที่ไม่รับผู้ป่วยในช่วงของการแพร่ระบาดอย่างหนัก เช่น คลินิกให้คำปรึกษา ห้องผ่าตัด คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

“ในช่วงที่มีการระบาดและมีพยาบาลที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและปานกลางจำนวนมาก ได้มีการขอกำลังจากหอผู้ป่วยอื่นเข้าไปช่วย เป็นพยาบาลที่อยู่แผนกไอซียู แผนกอายุรกรรม เนื่องจากต้องมีความรู้เรื่องเครื่องช่วยหายใจ” (HT 1)

“แต่พอมาสถานการณ์คนไข้อัลกอินมาเริ่มเยอะค่ะ เราจะไม่สามารถที่จะใช้อัตรากำลังร่วมกันได้ทั้งแพทย์แล้วก็พยาบาล เราก็จะมีโชคคืออยู่คือเราจะมีหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช งานให้คำปรึกษาแล้วก็ห้องผ่าตัดนะคะ ที่ห้องผ่าตัดตอนนี้อีกไม่ได้เปิด ก็จะเปิดอีอาร์ [ER] นานๆ ครั้งเราก็เลยวางแผนว่า จะให้หัวหน้างานสองท่านนี้ลงมาช่วยที่ ARI [acute respiratory infection] clinic โดยช่วยกันกับหัวหน้า IC [infection control] กับน้อง ICN [infection control nurse] ที่นี้เราก็มาวางระบบ” (HS10)

2. การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ในการแพร่ระบาดระลอกที่ 1-2 ได้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการควบคุมการแพร่กระจายของโรคระบาดโควิด-19 และการใส่-ถอดชุด PPE ต่อมาเมื่อมีการระบาดรุนแรงมากขึ้นในระลอกที่ 3 ได้มีการประเมินและพบว่าบุคลากรยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง จึงต้องมีการปรับวิธีการพัฒนาทักษะให้

กับพยาบาลและบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาล ใช้การสอนทักษะหน้างานเป็นหลัก มีการสืบค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ด้วยตนเอง พยาบาล IC ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้พัฒนาทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคลากรทุกคนและติดตามการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและเผยแพร่ให้บุคลากรทราบ ประเด็นที่ใช้มากคือการฝึกสอนในการถอดและใส่ชุด PPE/PAPR การทำความสะอาด PAPR การช่วยใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยโควิด-19/auto CPR /การจัดทำนอนคว่ำในผู้ป่วย ARDS และการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจและการอ่านรูปคลื่นของเครื่องช่วยหายใจ (waveform) เป็นต้น

“การพัฒนาศักยภาพของทีมพยาบาล ก็จะมีทีมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ช่วยในเรื่องของการให้ความรู้” (DS13)

สำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 มีสมรรถนะของพยาบาลที่จำเป็นเร่งด่วนของพยาบาล มี 4 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 สมรรถนะในการประเมินสภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วย สมรรถนะในการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี และสมรรถนะการบริหารจัดการให้การพยาบาลตามบริบท

“พยาบาลต้องไม่ใช่ slip technique เพราะเมื่อเวลาผ่านไปเจ้าหน้าที่บางคนอาจให้ความสำคัญและตระหนักต่อขั้นตอนน้อยลง หรือบางครั้งความเหนื่อยล้าจากการทำงานส่งผลให้ความใส่ใจเรื่องเหล่านี้ลดลง” (FRS6)

“การใช้เครื่อง oxygen hi-flow การตั้งระบบ และการจัดเก็บที่เป็นมาตรฐาน หลายโรงพยาบาลต้องเรียนรู้เองโดยศึกษาจาก Youtube/สื่อต่างๆ เราขาดประสบการณ์การใช้มาเป็นเวลานาน ...จัดสอนโดยมีทีม IC ของ รพ.เป็น Trainer ทักษะในการ monitor C-line, A-line” (FRT1)

“บางครั้งพยาบาลที่มาจากต่างวอร์ด เขาจะไม่ได้ concern กับผู้ป่วยเวลาที่มีการหายใจผิดปกติ และขาดประสบการณ์ในการจัดการสถานการณ์เหล่านั้น” (FRT4)

นอกจากนี้ยังมีสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลในหน่วยพิเศษ เช่น หน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีความจำเป็นต้องรับฟอกไตผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (acute kidney injury, AKI) หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องฟอกไตเป็นประจำ พยาบาลในหน่วยพิเศษต้องพัฒนาสมรรถนะการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเมื่อเข้าไปช่วยฟอกไต ดังข้อมูล

“บอกเราไม่ contact กับคนไข้โควิดแน่นอน เลือกเคลได้ไม่ทำเยอะแน่นอน แต่ปรากฏว่า... ไม่... ต้องทำทุกคน ต้องมาถามว่าใครเคยอบรม PPE ใหม่ ต้องมาอบรมอีก ต้องมาซ้อมกันอีก” (FHT1)

นอกจากนี้ สมรรถนะที่ต้องมีเพิ่มคือ การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ติดเชื้อโควิด-19 เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด และผู้ป่วยเด็ก

สมรรถนะของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ต้องการเร่งด่วนคือ การดูแลผู้ป่วยขณะ refer ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยโควิด-19 ควรเป็นไปตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเป็นการป้องกันทั้งผู้ปฏิบัติวิชาชีพและผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลที่ refer ผู้ป่วยต้องสามารถประเมินสภาพระหว่างการส่งต่อ มีการสื่อสารและประสานงานที่ชัดเจน รวมทั้งหน่วยงานที่รับ refer ต้องมีการเตรียมการรับผู้ป่วยโควิด-19 และสื่อสารที่ชัดเจนกับพยาบาลที่มา refer กับผู้ป่วยด้วย แต่ยังพบว่าระบบรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลยังมีปัญหาเชิงระบบมาก และขาดการเตรียมการดูแลผู้ที่ส่งต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

“หนูไป refer กับคนไข้แล้วอาการไม่ดี การช่วยระหว่างทางก็ยาก ขอแวะที่โรงพยาบาลที่ใกล้ๆ เขาก็ไม่พร้อมรับ...พอไปต่อจนถึงโรงพยาบาลที่จะรับดูแลคนไข้ ปรากฏว่าความพร้อมรับค่อนข้างติดขัด จะเอาคนไข้ไปตรงไหน ทางไหน ที่มรับอยู่ตรงไหน กว่าจะได้คนมาดูแลต่อเกือบชั่วโมง พวกหนูใส่ชุด PPE หลายชั่วโมงมาก ปวดปัสสาวะหนูต้องใส่แพมเพิร์ล” (FRS8)

ความสำเร็จในการดำเนินการเกิดจากหลายภาคส่วน เนื่องจากบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่ไม่ใช้งานของพยาบาล

โดยตรง บางกิจกรรมและกระบวนการใช้การประสานงานและร่วมงานกับบุคลากรสาขาอื่น เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด องค์กรบริหารส่วนตำบล ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งงานในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ต่างๆ ทั้งนี้ พบว่าตัวชี้วัดความสำเร็จที่ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นตรงกันมาก คือ ไม่มีพยาบาลติดเชื้อโควิด-19 จากการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการอัตรากำลังที่มีความยืดหยุ่นสูง พยาบาลมี skill mix สามารถปฏิบัติการพยาบาลโควิด-19 ได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การให้ความสำคัญจากผู้บริหารระดับสูง และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารระดับกระทรวง สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาเครือข่าย ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล องค์กรพยาบาล หน่วยงานภายในของโรงพยาบาล และการช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งประชาชนที่พร้อมจะช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้ ยังมีการถ่ายทอดนโยบายที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการทำงานลดลง ช่องทางการสื่อสารมีหลายช่องทางและมีประสิทธิภาพ การสร้างขวัญและกำลังใจ รูปแบบของการให้ความรู้ที่เพียงพอ มีความถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมกับผู้รับสาร การพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสำหรับบุคลากรทุกระดับ การจัดสวัสดิการ การให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสม และการบรรจุตำแหน่งข้าราชการเพิ่มขึ้น

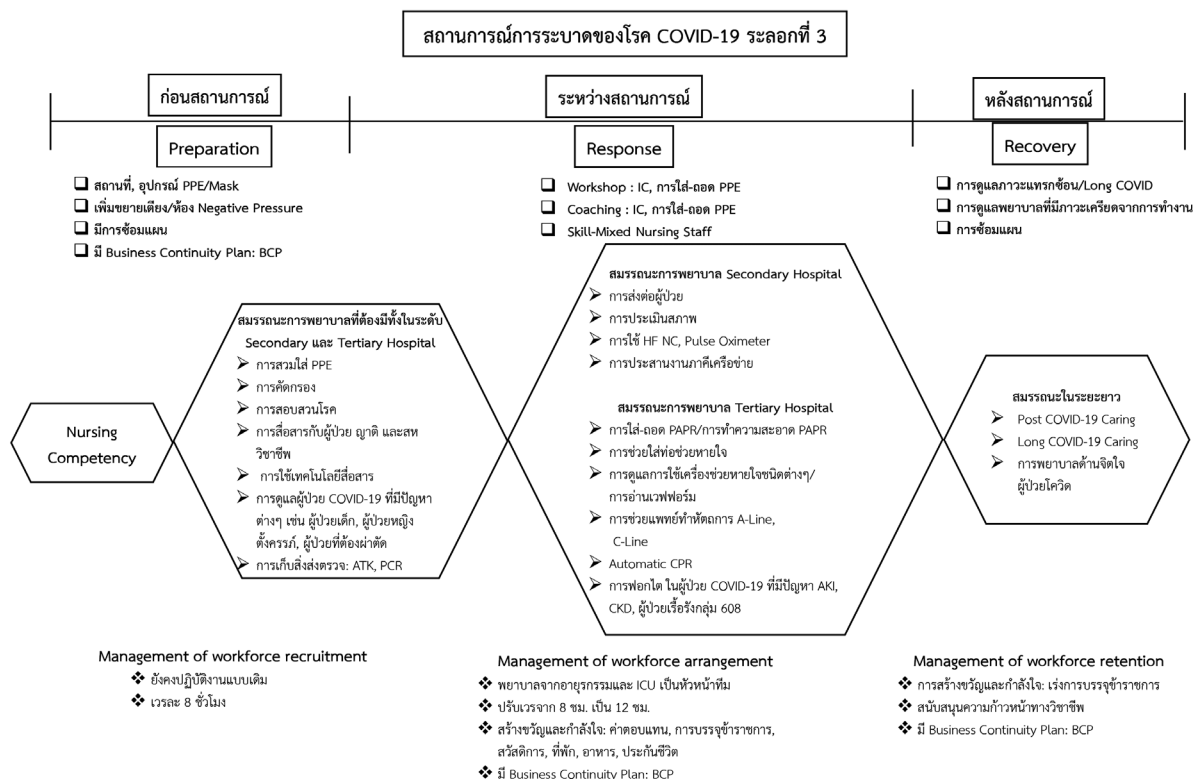
ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานของพยาบาล พบว่า ด้านการถ่ายทอดและการรับนโยบายซึ่งเปลี่ยนแปลงทุกวัน ทำให้พยาบาลเกิดความสับสนได้ ด้านบุคลากรจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอ ต้องทำงานหลายหน้าที่ ขาดทักษะและทัศนคติด้านลบของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ด้านโครงสร้างและอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่าโครงสร้างพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม ทั้งด้านพื้นที่ดำเนินการและประสิทธิภาพของห้องความดันลบ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่มีคุณภาพ ด้านสุขภาพจิตของพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการติดเชื้อโควิด-19 รวมทั้งปัญหาความเครียดจากการถูกกักตัวจากการติดเชื้อโควิด-19 หรือมีความเสี่ยงต่างๆ อันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 โดยพบว่าพยาบาลยังขาดทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19

สรุปการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10 มีความเหมือนกัน คือ ด้านการจัดอัตรากำลัง ใช้การเกลี่ยพยาบาลให้ช่วยงานกันได้ ส่วนความแตกต่างในการบริหารอัตรากำลังพบว่า การขึ้นเวรที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสามารถจัดพยาบาลขึ้นเวร 12 ชั่วโมงแทนเวร 8 ชั่วโมงได้ เนื่องจากรับดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่หนักมาก และสามารถทำงานร่วมกันได้หลายแผนก ในขณะที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิไม่สามารถจัดเวร 12 ชั่วโมงได้ สำหรับการ

พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลมีส่วนที่เหมือนกันคือ รูปแบบการอบรมมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ใช้การสอนทักษะหน้างานเป็นหลัก มีการสืบค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ เช่น Youtube และการศึกษาด้วยตนเอง โดยพยาบาล IC ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้พัฒนาทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคลากรทุกคน ส่วนความแตกต่างกัน คือ เนื้อหาสาระ หรือประเด็นในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ตามความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิต้องการพัฒนาสมรรถนะการใช้ high-flow nasal cannula ในขณะที่ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิต้องการทักษะการใช้ ventilator ที่มีการทำงานขั้นสูง การใช้อุปกรณ์ที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง และความรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยอย่างเข้มงวดสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ดังภาพที่ 2

วัตถุประสงค์ที่ 2 สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการ



AKI = acute kidney injury, A-line = arterial line, ATK = antigen test kit, BCP = business continuity plan, C-line = central line, CKD = chronic kidney disease, HFNC = high-flow nasal cannula, IC = infection control, PAPR = powered air purifying respirator, PCR = polymerase chain reaction, PPE = personal protective equipment

ภาพที่ 2 การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ระลอกที่ 3 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10

บริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10

ผลการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย มี 14 ข้อ ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดกรอบอัตราากำลังของพยาบาลให้เพียงพอและกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤตของโรคระบาดให้ชัดเจน

2. กระทรวงสาธารณสุขจัดระบบการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนและรวดเร็ว และมอบอำนาจให้ผู้บริหารทางการแพทย์ร่วมบริหารจัดการกับวิชาชีพอื่นในการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19

3. กระทรวงสาธารณสุขควรปรับอัตราากำลังพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) จากเดิมกำหนดอัตราส่วน ICN:ผู้ป่วย เท่ากับ 1:200 ในสถานการณ์ปกติ ควรปรับให้อัตราส่วนเป็น 1:150 ในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 และควรเพิ่มจำนวนพยาบาลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (infection control ward nurse, ICWN) จากเดิมมี ICWN หอผู้ป่วยละ 1 คน ให้เพิ่มขึ้นเป็น 2-3 คน

4. กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลควรจัดให้มีการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤต

5. โรงพยาบาลควรมีการทบทวนระบบและกลไกการจัดอัตรากำลังอย่างสม่ำเสมอ ให้มีความชัดเจน กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ของพยาบาล เช่น ปัญหาสุขภาพ การถูกกักตัวจากการเจ็บป่วยหรือกักตัวเนื่องจากใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 และโอกาสในการนำเชื้อโควิด-19 ไปสู่บุคคลใกล้ชิด ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังจากหายป่วยจากโรคติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงการปรับชั่วโมงการทำงานจาก 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็น 12 ชั่วโมงต่อวัน ในกรณีการดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่หนักมาก โดยให้มีการพักระหว่างวงจรของการขึ้นเวรอย่างเหมาะสม

6. โรงพยาบาลควรกำหนดในแผนให้มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อที่

ระบาดง่ายและมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 และระยะที่การแพร่ระบาดลดลงจนกลายเป็นโรคประจำถิ่น รวมถึงการพัฒนาให้พยาบาลที่อยู่หอผู้ป่วยหรือแผนกที่เฉพาะทางให้มี skill mix ที่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรมได้

7. โรงพยาบาลควรกำหนดให้มีการซ้อมแผนเพื่อเตรียมรับโรคระบาดใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต มีการสุ่มตรวจสอบการใส่และถอดชุด PPE อย่างสม่ำเสมอ

8. โรงพยาบาลหรือสถาบันการศึกษาด้านสาธารณสุขควรจัดให้มีโปรแกรมการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรอื่น รวมถึงเนื้อหาในการอบรมให้เพิ่มระดับวิชา และการสอบสวนโรคในการทำงาน เพื่อให้ทันต่อการเกิดความเปลี่ยนแปลงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการกลายพันธุ์ และมีอาการที่อาจแตกต่างไปจากรูปแบบเดิม หรือเรียนรู้โรคอุบัติใหม่อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นอีก

9. กรมควบคุมโรคควรสร้างสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 หรือข้อมูลข่าวสารที่น่าสนใจและบุคลากรสามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งสร้างช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ

10. กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาค่าตอบแทนที่เป็นธรรม โดยเฉพาะพยาบาลที่มีชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้นและมีความเสี่ยงสูง โดยครอบคลุมทุกหน่วยงาน และทบทวนระเบียบทางการเงินให้เอื้อต่อการเบิกจ่าย เช่น การปรับชั่วโมงการทำงานของพยาบาลจากการขึ้นปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็น 12 ชั่วโมงต่อวัน เนื่องจากปัญหาค่าตอบแทนพยาบาลที่หมุนเวียนขึ้นเวรลดลง

11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรทบทวนระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลแม่ข่าย และเครือข่าย โดยให้มีการช่วยเหลือพยาบาลและทีมงานระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย และระบบการรับ-ส่งต่อที่ชัดเจน

12. สถาบันพระบรมราชชนกควรพัฒนาบุคลากรสาขาอื่นให้มีสมรรถนะสามารถทำงานของตนเพื่อช่วยให้พยาบาลได้ทำงานพยาบาลได้เต็มที่ โดยใช้หลักการ skill

mix staffing ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ร่วมกัน เช่น ผู้ช่วยพยาบาล งานธุรการ การเงิน พัสดุ

13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรกำหนดให้ทุกสถานบริการสุขภาพมีแผนการพัฒนาศมรรถนะของบุคลากรอื่นให้สามารถทำงานตามหน้าที่ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อต่างๆ

14. กรมสุขภาพจิตควรมีการจัดระบบการดูแลปัญหาด้านจิตใจให้กับพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ปัญหาความเครียดและความวิตกกังวลจากการถูกกักตัว หรือเกิดความเครียดต่างๆ อันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

วิจารณ์และข้อยุติ

ขอเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ชี้ว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาหรือถูกกักตัวจากการติดเชื้อและสัมผัสเสี่ยงสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shoja และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าพยาบาลมีโอกาสติดเชื้อมีผู้ป่วยสูงกว่าวิชาชีพอื่น และยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลีพบว่า ร้อยละ 25 ของบุคลากรมีอาการทางระบบทางเดินหายใจภายใน 14 วัน และร้อยละ 18 มีอาการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน และภาระงานเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 33 เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะปกติ การศึกษาในอิตาลี⁽²²⁾ สะท้อนให้เห็นว่าในช่วงวิกฤตการระบาด พยาบาลมีโอกาสสัมผัสเสี่ยงสูงจำนวนมาก และต้องถูกกักตัวทำให้ขาดอัตรากำลัง การขาดอัตรากำลังของพยาบาลยังเกิดจากการเปิดโรงพยาบาลสนามที่ต้องใช้อัตรากำลังพยาบาลเป็นหลักอีกด้วย

การจัดกำลังคน เนื่องจากโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคที่ติดต่อง่ายและเมื่อติดแล้วอาการเจ็บป่วยรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การเลือกพยาบาลไปทำงานจึงค่อนข้างยากลำบากในระยะแรก ส่วนใหญ่จึงใช้รูปแบบการจับสลาก การขอพยาบาลจิตอาสา และการขอความร่วมมือหรือใช้การสั่งการ โดยหัวหน้าพยาบาลและทีมนำของพยาบาลร่วมพิจารณาจากการกำหนด

อัตราส่วน เพื่อบริหารอัตรากำลังตามแนวทางของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ แต่ในสถานการณ์การดูแลจริงของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามกรอบที่กำหนด เนื่องจากในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคมีผู้ป่วยจำนวนมาก โรงพยาบาลหลายแห่งต้องมีการปรับแผนการจัดอัตรากำลังเสริมตามข้อกำหนดของกองการพยาบาล⁽²³⁾ ซึ่งการดำเนินการจริงยังมีข้อจำกัดทางด้านบุคลากร การจัดการจึงขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาลและภารกิจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หากโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายในการรับดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีการบริหารจัดการอัตรากำลังภายในโรงพยาบาลของตนเอง ส่วนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอได้ใช้แผนจัดอัตรากำลังพยาบาลเสริม พยาบาลอาสาสมัคร จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลภายในจังหวัด การเพิ่มอัตรากำลังของพยาบาลขึ้นกับการขยายเปิดหอผู้ป่วยหรือแผนกที่เปิดรับผู้ป่วย โควิด-19 และบริการด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตโควิด-19 ทำให้เกิดความต้องพยาบาลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย⁽¹²⁾ ที่ได้จัดอัตรากำลังเพิ่มในการคัดกรอง และทำการเปิดเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยโควิด-19 โดยเฉพาะ นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 10 ยังขาดแคลนอัตรากำลังเนื่องจากการร่วมส่งพยาบาลไปช่วยที่โรงพยาบาลสนามบุษราคัม เนื่องจากในพื้นที่กรุงเทพฯ มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมากกว่าและต้องการกำลังคนด้านการพยาบาลจำนวนมากอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประโยชน์ของการไปช่วยโรงพยาบาลบุษราคัมว่าเป็นประโยชน์สำหรับการเพิ่มสมรรถนะพยาบาล เนื่องจากได้เกิดการเรียนรู้กระบวนการทำงานของพยาบาลทั้งเชิงระบบและวิธีการเสริมสมรรถนะของพยาบาล และสามารถนำมาปรับใช้กับหน่วยงานของตนเองได้เป็นอย่างดี

สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหลายแห่งที่อัตรากำลังไม่พอ ได้มีการปรับเวลาของการขึ้นเวรจาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง ซึ่งทำให้มีพยาบาลหมุนเวียนขึ้นทำงานเพียง

พอ แต่จากการศึกษาของ Zhang และคณะ⁽²⁴⁾ ในปี พ.ศ. 2564 ที่ศึกษาชั่วโมงการปฏิบัติงานแต่ละเวรของพยาบาลด้านหน้า ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของโรงพยาบาล 10 แห่งในประเทศจีนที่พบว่าพยาบาลปฏิบัติงานจริง 4-12 ชั่วโมง โดยที่พยาบาลคาดหวังชั่วโมงการทำงานเพียง 4 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 60.55 แต่จากข้อค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าบางโรงพยาบาลมีการปรับการขึ้นเวรเป็นเวร 12 ชั่วโมง ช่วยลดความต้องการจำนวนของพยาบาลที่จะมาดูแลผู้ป่วย จาก 3 เวร ลดลงเหลือ 2 เวร และมีความเป็นไปได้ทั้งในแง่ของการบริหารอัตรากำลังและการบริหารงบประมาณ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยการวิจัยในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการทำงานแบบ 12 ชั่วโมง ทำให้จำนวนในการส่งต่อข้อมูลคนไข้ระหว่างเวรน้อยลง เพิ่มเวลาพักทำให้เกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น⁽²⁵⁾ ลดเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่⁽²⁶⁾ และมีจุดเน้นในการทำงานที่มากขึ้น จำนวนความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างจากทำงานแบบ 8 ชั่วโมง แม้จะใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต⁽²⁶⁾ ทั้งนี้อาจไม่สามารถวัดเป็นผลโดยตรงจากการจัดชั่วโมงการทำงานแบบ 12 ชั่วโมง แต่ยังเป็นปัจจัยที่จำเป็นต้องนำเข้าสู่การพิจารณา และสนับสนุนให้มีการศึกษาเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนทั้งในแง่ของรูปแบบในการจัดชั่วโมงการทำงาน แบบ 12 ชั่วโมง และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การถอดบทเรียนครั้งนี้ยังพบอีกว่า พยาบาลทำหลายหน้าที่ทั้งงานที่เป็นงานของพยาบาลโดยตรงและไม่ใช่งานของพยาบาล มีการใช้ระบบการผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลแผนกอื่นมาช่วยรับดูแลผู้ป่วย การปิดบางหอผู้ป่วย หรือลดจำนวนการรับผู้ป่วยลง เช่น การลดจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดในรายที่รอได้ บางหน่วยงานมีหัวหน้ามาช่วยขึ้นเวรเมื่อมีพยาบาลถูกกักตัว และขอให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีภาระงานน้อยให้ช่วยนิเทศควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยโควิด-19 นอกจากนี้ในบางหน่วยยังใช้พยาบาลที่เกษียณหรือลาออกไปแล้วมาช่วยทั้งรูปแบบจิตอาสาและการจ้างงาน เช่นเดียวกับหลายประเทศที่มีการขาดแคลน

อัตรากำลังพยาบาลและแพทย์ เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกษียณกว่าสองหมื่นคนถูกเรียกมาปฏิบัติงาน ประเทศเยอรมนีให้แพทย์ที่เกษียณแล้วมาปฏิบัติงานและบางส่วนทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จะเห็นได้ว่าการจัดกำลังคนในช่วงของการแพร่ระบาดมีความยืดหยุ่นสูงมาก เพื่อให้เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพประชาชน อาจจำเป็นต้องปรับทีมพยาบาลทั้งจำนวนและสัดส่วนของกำลังคนโดยอาจมีทั้งพยาบาลที่มีและไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลพึงต้องตระหนักถึงคุณภาพการดูแลและให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างปลอดภัย (2P safety goal) ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและพยาบาลเอง⁽²²⁾

ในด้านการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 จากการถอดบทเรียนครั้งนี้พบว่าช่วงก่อนการระบาดระลอกที่ 3 ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แต่พบว่าบุคลากรยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นและการแพร่กระจายของโรค มีความรุนแรงมากขึ้น จึงใช้การสอนทักษะหน้างานเป็นหลัก โดยใช้แนวปฏิบัติของกรมการแพทย์ การสืบค้นหาความรู้จากสื่อออนไลน์ การเตรียมความพร้อมโดยอบรมเชิงปฏิบัติการ เนื้อหาหรือกิจกรรมที่ใช้ส่วนใหญ่เกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 การเน้นย้ำเรื่องหลักสะอาดปราศจากเชื้อ (sterile technique) การทบทวนเรื่องของการติดเชื้อ การสวมใส่และถอดชุดป้องกัน (PPE) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ King et al.⁽²⁷⁾ ในประเทศอังกฤษพบว่าพยาบาลได้รับการอบรมความรู้และทักษะเรื่องการสวมใส่และการถอดชุด PPE การคัดกรองผู้สงสัยติดเชื้อ การตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโควิด-19 และการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ทั้งนี้เป็นไปตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก⁽²⁸⁾ มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการทำงานที่กำหนดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร โดยพยาบาล IC ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ให้ความรู้และกำกับ

ติดตามบุคลากรทุกคน

สำหรับสมรรถนะสำคัญที่ต้องพัฒนาเร่งด่วนให้กับพยาบาลในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 2) การประเมินสภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ และระบบที่เกี่ยวข้อง 3) การคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและส่งต่อ (refer) ได้อย่างปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ 4) การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี 5) การบริหารจัดการให้การพยาบาลตามสถานการณ์และข้อจำกัดต่างๆ และ 6) การวางแผนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง (home care) และการดูแลซึ่งกันและกันสอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีญดา โตประเสริฐ⁽²⁹⁾ ที่พบว่าสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ สมรรถนะด้านการสื่อสารและประสานงาน สมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

ในส่วนของการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 โดยหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าควรมีอย่างน้อย 6 สมรรถนะ คือ 1) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) การคาดการณ์และมองปัญหาอย่างรอบด้านและเรียนรู้สม่ำเสมอ 3) การตัดสินใจโดยใช้ประสบการณ์เป็นฐานในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า 4) การสื่อสารทั้งกับทีมงานและสหสาขาวิชาชีพ 5) การสอนและการถ่ายทอดประสบการณ์ และ 6) ความสามารถในการเลือกอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งแม้สมรรถนะเหล่านี้จะเป็นสมรรถนะที่กำหนดให้มีอยู่แล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่เป็นระบบและรูปแบบที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ อีรพร ศิริมาศสมาน สมใจ นิชาภา และกนกพร⁽³⁰⁾ ในชั้นวิเคราะห์สถานการณ์ที่พบว่า การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ยังไม่ชัดเจน เป็นการดำเนิน

การตามสถานการณ์และไม่ครอบคลุม จึงพัฒนารูปแบบประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาล และแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ครอบคลุมระยะก่อน ขณะ และหลังเกิดการระบาดของโควิด-19 และพบว่าเมื่อนำรูปแบบไปใช้แล้ว สามารถนำไปใช้ได้โรงพยาบาลทุกระดับ และใช้กับโรคติดต่ออื่นได้

2. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องการการสั่งการที่ชัดเจนจากนโยบายที่ถ่ายทอดลงมา เนื่องจากมีการทำงานร่วมกันหลายหน่วยงาน นโยบายควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ และมอบอำนาจให้ผู้บริหารทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาลสามารถร่วมบริหารวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น เพิ่มกรอบอัตรากำลังของพยาบาลให้เพียงพอ โดยมองถึงอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่อื่นที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้สามารถทำงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลและกำหนดการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤต โรงพยาบาลควรมีการทบทวนระบบและกลไกการจัดอัตรากำลังอย่างสม่ำเสมอ ให้มีความชัดเจน กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ของพยาบาล รวมถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดหลังจากหายป่วยจากโรคติดเชื้อโควิด-19 และมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อที่ระบาดง่ายและมีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง National Council of State Boards of Nursing⁽³¹⁾ เสนอเป็นนโยบายให้พยาบาลหรืออาสาสมัครด้านหน้าที่มาจากหน่วยงานอื่น ต้องได้รับการปกป้องอย่างเหมาะสม ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ โดยต้องฝึกอบรมให้เกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และกำหนดให้มีแผนการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอื่นให้สามารถทำงานตามหน้าที่ภายใต้สถานการณ์การแพร่

ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อต่างๆ ควรจัดให้มีโปรแกรมการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรอื่น

เนื้อหาสาระที่ควรเพิ่มเติมให้กับการเรียนรู้การสอนทางการพยาบาล คือ ระบาดวิทยาในการทำงาน เพื่อให้ทันต่อการเกิดความเปลี่ยนแปลงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการกลายพันธุ์ และมีอาการที่อาจแตกต่างไปจากเดิม หรือเรียนรู้โรคอุบัติใหม่อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นอีก นอกจากนี้ควรพัฒนาพยาบาลที่อยู่หน่วยพิเศษอื่น เช่น พยาบาลที่อยู่แผนกเด็ก แผนกศัลยกรรม แผนกห้องคลอด แผนกไตเทียม ที่จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ที่ติดเชื้อโควิด-19 โดยนันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ⁽³²⁾ ได้เสนอยุทธศาสตร์ว่า การศึกษาของพยาบาลควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงหลังการระบาดทั่วโลกของโควิด-19 ที่เป็นปกติในวิถีใหม่ (new normal) ด้วย ควรสร้างสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งสร้างช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Moscou-Jackson, Homme & Day⁽³³⁾ พบว่าพยาบาลที่แม้จะไม่อยู่ในสถานบริการด้านสุขภาพหรือในโรงพยาบาล แต่ต้องการมีส่วนร่วมช่วยรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในฐานะที่เป็นวิชาชีพพยาบาล การจัดอบรมกำลังควรนำประเด็นนี้มาพิจารณาในการสรรหาพยาบาลที่อยู่นอกระบบมาช่วยเป็นอัตรากำลังในการทำงานในสถานการณ์วิกฤตและจัดให้มีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเหล่านั้นด้วย

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งในระยะ 4 เดือนแรก ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ยังคงรุนแรง ผู้ให้ข้อมูลยังไม่พร้อมในการให้ข้อมูล อันเนื่องจากขาดอัตรากำลัง มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร และผู้บริหารบางท่านไม่อยู่ในพื้นที่และไม่สะดวกในด้านเวลา โรงพยาบาลมีความเข้มงวดในการใช้มาตรการคัดกรองผู้ที่เข้าไปในพื้นที่โรงพยาบาล รวม

ทั้งการห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ทำให้การเก็บข้อมูลล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำองค์ความรู้ไปใช้

ด้านนโยบาย

องค์กรวิชาชีพทางการพยาบาลและด้านสาธารณสุข ควรพิจารณาประเด็นการจัดกำลังคนด้านการพยาบาล และสมรรถนะพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์วิกฤตและโรคอุบัติใหม่ที่ติดต่อร้ายแรงโดยคำนึงถึงศักยภาพ ความเพียงพอตามบริบทของโรงพยาบาลในทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และรักษามาตรฐานของการพยาบาลให้มีคุณภาพ

ด้านสาธารณะ

ผลการศึกษาสะท้อนว่าบริบทสังคมวัฒนธรรม ความรักในวิชาชีพ จิตสำนึกของความเป็นพยาบาล ความห่วงใยผู้ติดเชื้อที่กลับมาได้รับการรักษาอย่างภูมิลำเนาในสังคมชาวอีสาน การทำงานเป็นแบบพี่น้อง ให้กำลังใจและเสริมพลังกัน มีผลต่อการทำงานของพยาบาล ซึ่งควรส่งเสริมให้เป็นวัฒนธรรมองค์กรและเขตสุขภาพอื่นสามารถนำแนวคิดนี้ไปปรับใช้ได้

ด้านวิชาการ

องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายซึ่งสะท้อนมุมมองของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้มีระดับต่างๆ ทั้งระดับกระทรวง องค์กรวิชาชีพพยาบาล ผู้บริหารสถานพยาบาล และแพทย์ผู้รักษา องค์ความรู้ที่ได้จึงเป็นตัวอย่างของการทำงานตามสภาพจริงซึ่งเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการอัตรากำลัง และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในสถานการณ์วิกฤต นอกจากนี้หน่วยงานการศึกษาและหน่วยจัดฝึกอบรมสามารถใช้องค์ความรู้นี้ไปปรับปรุงเนื้อหาในหลักสูตรพยาบาลให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดอัตรากำลังใน

สถานการณ์วิกฤตของโรคอุบัติใหม่ที่รุนแรง โดยทำการศึกษาในบริบทที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2. ศึกษาวิจัยโดยการถอดบทเรียนแต่ละภาคของประเทศไทยเพื่อให้เห็นความแตกต่างของวิธีการจัดการกำลังคนตามบริบทพื้นที่

3. ศึกษารูปแบบในการจัดชั่วโมงการทำงาน ระยะเวลาในการพักหรือดเว้นการทำงานระหว่างเวร ที่มีผลต่อคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้รับบริการและพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านคือ ผู้บริหารด้านการพยาบาลและสาธารณสุข ตัวแทนกองการพยาบาลแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ และพยาบาลปฏิบัติการในหน่วยงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเขตสุขภาพที่ 10 ที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กรุณาสนับสนุนให้ทีมวิจัยได้ทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดเครือข่ายวิจัย และขอขอบคุณหน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้โอกาสทีมวิจัยได้ดำเนินงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ในอนาคตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

References

1. World Health Organization (Thailand). Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers [Internet]. [cited 2021 May 31]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>.
2. Department of Medical Service. Practice guidelines for medical personal who contacted the confirmed COVID-19 patients [Internet]. [cited 2021 May 21]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640521210105PM_HCW%20Covid-19_vaccine_ns_21052021.pdf. (in Thai)
3. Department of Disease Control. Practice guideline in surveillance and outbreak investigation in (Coronavirus Disease 2019 [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_010664.pdf. (in Thai)
4. Emergency Operation Center, Department for Disease Control. Situation reports [Internet] [cited 2021 May 21] Available from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/situation.php>.
5. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;275:48–57. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022>.
6. Kaewyasri K, Soontaraviratana B. The Guidelines and impact from coronavirus disease (Covid-19) in Loei province. *Academic Journal of Community Public Health* 2021;7(1):16–34. (in Thai)
7. Teriakidis A, McNitt J, McAllister M, Sizemore O, Lindemann P. COVID-19 impact on nurse staffing and ICU beds [Internet]. [cited 2021 Jan 1] Available from: <https://ehrn.org/articles/covid-19-impact-on-nurse-staffing-and-icu-beds>.
8. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Dooghaie MA, Farokhi E, Rezaei N. COVID-19 and telemedicine: immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *J Clin Virol* 2020;104345. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104345>.
9. Sirois FM, Owens J. Factors associated with psychological distress in health-care workers during an infectious disease outbreak: a rapid systematic review of the evidence. *Front Psychiatry* 2021;11:589545. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589545>.
10. Tan B, Chew N, Lee G, Jing M, Goh Y, Yeo L, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Ann Intern Med* 2020;173(4):317–20. Available from: <https://doi.org/10.7326/M20-1083>.
11. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, Demoule A, Kouatchet A, Reuter D, et al. Symptoms of anxiety, depression, and peritraumatic dissociation in critical care clinicians managing patients with COVID-19. A cross-sectional study. *Am J Respir Crit Care Med* 2020;202(10):1388–98. Available from: <https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2568OC>.
12. Thai Red Cross Society. International Committee of The Red Cross I(CRC) article: more than 600 abuses happened

- with health care personnel since the spread of COVID-19 [Internet]. [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.redcross.or.th/news/information/11624/>. (in Thai)
13. Shoja E, Aghamohammadi V, Bazayr H, Moghaddam HR, Nasiri K, Dashti M, et al. Covid-19 effects on the workload of Iranian healthcare workers. *BMC public health* 2020;20(1):1636. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09743-w>.
 14. Felice C, Di Tanna GL, Zanus G, Grossi U. Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national E-survey. *J Community Health* 2020;45(4):675–83. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00845-5>.
 15. Gao X, Jiang L, Hu Y, Li L, Hou L. Nurses' experiences regarding shift patterns in isolation wards during the COVID-19 pandemic in China: a qualitative study. *J. Clin. Nurs.* 2020;29(21-22):4270–80. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15464>.
 16. Esposito CL, Contreras SL, DeGaray C. Nurses unions can help reduce stress, burnout, depression, and compassion fatigue during the COVID-19 pandemic, Part 3. *J N Y State Nurses Assoc* 2021;48(1):30–51.
 17. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open* 2020;3(3):e203976. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
 18. Montoya L, Jonathan T, Mitchell A, Delaney L, Freeman L, Kelly M, et al. Enhancing nursing capacity to provide patient care in a pandemic. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)* 2020;33(4):35–44. Available from: <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26422>.
 19. Sungkeaw S, Harnirattisai T, Srisatidnarakul B. Registered Nurses' Competency in Caring for Emerging Infectious Diseases. *JTNMC* 2020;35(3):69–86. (in Thai)
 20. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* 1988;15(4):351–77. doi: 10.1177/109019818801500401.
 21. White M, Cohan A. A guide to capturing lessons learned. The Nature Conservancy 2016.
 22. Bambi S, Iozzo P, Lucchini A. New issues in nursing management during the COVID-19 pandemic in Italy. *AM J CRIT CARE.* 2020;29:e1–e2. 10.4037/ajcc2020937.
 23. Nursing Division, Ministry of Public Health. 'Nursing division' workforce management planning 'Nurses-supportive team' for COVID-19 patient care'. [cited 2020 May 25]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/03/18789>. (in Thai)
 24. Zhang X, Jiang Z, Yuan X, et al. Nurses reports of actual work hours and preferred work hours per shift among frontline nurses during coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud Adv.* 2021;3:100026. doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100026.
 25. Battle C, Temblett P. 12-hour nursing shifts in critical care: a service evaluation. *J Intensive Care Soc* 2018;19(3):214–8. doi: 10.1177/1751143717748094.
 26. Dwyer T, Jamieson L, Moxham L, Smith K. Evaluation of the 12-hour shift trial in a regional intensive care unit. *J Nurs Manag* 2007;15:711–20.
 27. King R, Ryan T, Senek M, Wood E, Taylor B, Tod A, et al. The impact of COVID-19 on work, training and well-being experiences of nursing associates in England: a cross-sectional survey. *Nursing Open.* 2022;9:1822–31. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop.2.928>.
 28. World Health Organization. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance. [cited 2020 Dec 3]. (No. WHO/2019-nCoV/health workforce/2020.1).
 29. Toprasert T. Competency of nurse in emerging infectious disease care, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *J Bamrasnaradura Infect Dis Inst* 2021;15(1):25–36. Available from: <https://doi.org/10.14456/jbidi.2021.1>. (in Thai)
 30. Sathira-Angkura, T, Leelawongs S, Srisuthisak S, Puttapitukpol S, Yonchoho N, Jamsomboon K. Development of nursing administration model in the COVID-19 outbreak situation of hospitals under the Ministry of Public Health. *J. HEALTH Sci* 2021;30(2):320–33.
 31. National Council of State Boards of Nursing. Policy Brief: U.S. Nursing Leadership Supports Practice/Academic Partnerships to Assist the Nursing Workforce during the COVID-19 Crisis. 2021 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.ncsbn.org/papers/policy-brief-us-nursing-leadership-supports-practiceacademic-partnerships-to-assist-the-nursing-workforce-during-the-covid19-crisis>.
 32. Chinlumphasert N. Vision and leadership of nurses in leveraging the strategic direction of global healthcare. *TJN [Internet].* 2021 Jun 14 [cited 2023 Jun 17];70(2):62–71. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/>.
 33. Moscou-Jackson G, Homme M, Day J. Non-direct care nurses: Professional identity and role in the COVID-19 Pandemic. *J Nurs Adm* 2022;52(4):211–6. doi: 10.1097/NNA.0000000000001133.