



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ

วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care
and Public Health Development

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567

VOL.2 NO.2 May-August 2024

AJPPD



บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข มีนโยบายเพื่อเผยแพร่บทความวิจัย (Research Paper) และบทความวิชาการ (Academic Paper) ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุขทุกสาขา และผู้สนใจในด้านการบริการสุขภาพ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 (ปีที่ 2 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่, การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง, การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุคลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช, การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ และผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่าน และเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขต่อไป

(นายบุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัด
ด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่

Factors associated with performance outcomes of public health personnel under
health promotion indicators in Krabi Province.

1-14

อนงนิตย์ บัวแก้ว

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย
โรงพยาบาลระนอง

15-28

Nursing Care of Stroke Patients with comorbid conditions at home : 2 Case Study in
Ranong Hospital.

ศิริโรรัตน์ โชติกสถิตย์

การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุคลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Self-care regarding medication use among elderly patients, Asthma and COPD clinic
Nuea Khlong Hospital, Krabi Province.

29-40

วิมลลักษณ์ ธารางกูร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors influencing the quality of service at the Family Doctor Clinic,
Ban Nong Dee Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Bon District,
Nakhon Si Thammarat Province.

41-55

ทศฯ รัตนพันธุ์

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

Developing Guideline for Caring Stroke Patients to Prevent Recurrence,
in Khaopanom Hospital, Krabi Province.

56-67

เบญจมาภรณ์ ชูช่วย

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก

Effects of Self-Regulation Program on Diet Control for Patients with
Type 2 Diabetes of Non-Communicable Disease Clinic, BanKhok Hospital.
วงศ์จันทร์ นุตเวช

68-78

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Development of Guidelines for Monitoring Unstable or Deteriorating Conditions in
Patients Waiting for Examination at the Outpatient Department of Fao Rai Hospital,
Nong Khai Province.

79-93

สุพรรณิการ์ บุญพิสัยฐ์

ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด

The Effects of a Health Belief Model Program on Promoting Infection Prevention
Behaviors Among Pulmonary Tuberculosis Patients.

94-104

พรรณี ยาท่วม

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อชะลอไตเสื่อม
โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี

Effects of a Health Behavior Development Program on Non-Insulin Dependent Diabetes
Mellitus Patients for Delaying Kidney Deterioration Nam Pad Hospital,
Uttaradit Province.

105-117

พยาง ทองคำนุช

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย หอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Development of Clinical Practice Guidelines for Caring for Patients Receiving Peripheral
Intravenous Therapy Inpatient Department,
Fao Rai Hospital, Nong Khai Province.

118-131

สมฤดี คงสกุล

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา

Norepinephrine โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

Effects of a Nursing Program to Prevent Peripheral Venous Inflammation in Patients

132-143

Receiving Norepinephrine, Uttaradit Hospital.

จุฑารัตน์ ยศสุวรรณ และสุมลทา จันทร์คำ

ผลการใช้แนวทางพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

Effectiveness of Clinical Nursing Practice for Warning on Deteriorate of Patients in

144-154

Premium Ward Uttradit Hospital

กัลยา แซ่เซียว และมลธิชา สีแดงน้อย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการกรอง

ของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

The effects of a self-management program on self-management behaviors, blood

155-166

pressure, and eGFR in hypertensive patients with stage 3

chronic kidney disease

พรพิมล นาคะ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน

จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

The Effectiveness of The Transitional Stoke Care Program from

167-178

The Hospital to The Home

อรอนงค์ สุขจิตต์

ผลการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

The Effects of Recording Data According to the ISBAR Technique for the Handover of

179-189

Nursing Information in the Patient Department,

at Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit Province

ชนิษฐา ข้างโต

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษา

The Effects of the IDEAL Model-Based Care and Discharge Planning Program on Knowledge, Glycated Hemoglobin Levels, Discharge Readiness, and Readmission Rates in Diabetic Patients

190-199

พรนิภา แคนชัย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจต่อระยะเวลาการ รอคอย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์

The Effect of A Clinical Practice Guideline on Monitoring for unstable symptoms or symptoms deteriorates while the examination continues during the waiting period in the Emergency and Forensic Unit, Thongsakhan Hospital Uttaradit Province.

200-212

พัชริน หาญประเสริฐ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์

The Effect of Patient Emergency Referral Guidelines in Nam pad hospital, Uttaradit province.

213-224

ชาญยุทธ ชนะจน

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์

Effects of Knowledge and Skills of Emergency Medicine in Community Emergency Volunteers, Phichai District, Uttaradit Province.

225-235

สุกัญญา อ้นน้อย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านโคก

The Effect of Family need Support Program on Anxiety and Satisfaction among Family Member of Head Injury Patients, Accident and Emergency Department, Ban khok Hospital.

236-246

จริยา ดวงตาน้อย

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา
ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย

The Effects of Recurrent Prevention Program for Stroke Patients Admitted to Inpatient
Department, Pichai Hospital.

247-257

สุวา เกิดคุ้ม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข
ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่

Factors associated with performance outcomes of public health
personnel under health promotion indicators in Krabi Province.

อนงนิตย์ บัวแก้ว

Anongnit Buakaew

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

(Received: May 10, 2024; Accepted: June 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพจังหวัดกระบี่ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ด้านส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดกระบี่ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ มีนัยสำคัญทางสถิติปัจจัยที่ระดับ 0.01 และ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อรักษาขวัญและกำลังใจของบุคลากรในระยะยาว หน่วยงานควรให้ความสำคัญกับการเสริมแรงจูงใจด้านผลตอบแทนและสวัสดิการที่เพิ่มขึ้น ส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคลากรควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพกาย ผ่านการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย สร้างบรรยากาศการทำงานที่เกื้อหนุนต่อสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในทีมงานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: บุคลากรสาธารณสุข, ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน, ส่งเสริมสุขภาพ



Abstract

This research aims to: 1. Explore the factors related to the effectiveness of public health personnel's performance under the health promotion indicators of Krabi province; 2. Investigate personal factors, internal factors, and external factors affecting the performance of public health personnel under the health promotion indicators of Krabi province through a survey study using questionnaires. The study population consists of health promotion public health personnel in state health departments in Krabi province. The results revealed that personal, internal, and external factors are significantly correlated with the performance of public health personnel at a 0.01 level of significance. Furthermore, personal, internal, and external factors significantly impact the overall performance effectiveness at a .05 level of statistical significance. To sustain morale and motivation over the long term, agencies should prioritize enhancing motivational aspects such as rewards and welfare benefits. Concurrently, promoting mental health alongside physical health through diverse activities can foster a supportive work environment and continuous positive team relationships.

Keywords : Public Health Personnel, Performance Effectiveness, Health Promotion

บทนำ

การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในยุคที่สังคมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์และความท้าทายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2565-2570 ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยใช้แนวทาง "ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา" เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นมีเป้าหมายเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว ผลการประเมินด้านประสิทธิผลของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 3.49 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่อยู่ที่ระดับ 3.47 คะแนน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานการประเมินแผนฯ เน้นการประเมินผลผลิต/ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดโดยตัวชี้วัดส่งเสริมสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์สาธารณสุขเป็นเลิศ ด้านที่ 1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) ในโครงการที่ 1 ด้านการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย จำนวนทั้งสิ้น 8 ตัวชี้วัด พบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมาย รอบ 12 เดือน เพียง 4 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 50.0 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) กรอบแผนปฏิบัติการสาธารณสุข จังหวัดกระบี่ ระยะ 5 ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566) มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านส่งเสริม

สุขภาพ ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) จำนวน 8 ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า จังหวัดกระบี่ มีผลการประเมินตามตัวชี้วัดส่งเสริมสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2564-2566 ผ่านทุกตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่า มีบางตัวชี้วัดที่จังหวัดกระบี่ ทำได้ดีมากและผ่านค่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง คือ ตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน กำหนดค่าเป้าหมาย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 พบว่า จังหวัดกระบี่ไม่มีมารดาตายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก ความสำเร็จตามตัวชี้วัดนี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในวงกว้างและในขณะเดียวกันยังพบว่า การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพใน ตัวชี้วัดภายใต้แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ด้านที่ 1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) สามารถดำเนินการและผ่านค่าเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้านและที่สำคัญ งานที่มีบุคลากรที่มีคุณภาพ จะส่งผลต่อความสำเร็จของงานอย่างมีนัยสำคัญ Gorla, N., Somers, T., & Wong, B. (2010) พบว่า บุคลากรเป็นกำลังขับเคลื่อนที่สำคัญขององค์กร กล่าวคือ บุคลากรเป็นผู้ปฏิบัติงานที่แท้จริง เป็นผู้สร้างผลงานและผลลัพธ์ขององค์กร หากบุคลากรมีคุณภาพดี ย่อมสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย Misau, M. (2023) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานขององค์กร โดยการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีความสามารถและแรงจูงใจสามารถนำไปสู่

ความสำเร็จขององค์กร Aeknarajindawat et al., (2020) ให้ความเห็นว่า บุคลากรที่มีคุณภาพมักมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กล้าคิด กล้าทำ กล้าเสี่ยง กล้าที่จะแตกต่าง สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ ให้กับองค์กร ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาและเติบโตขององค์กร เป็นกำลังขับเคลื่อนที่สำคัญขององค์กร บุคลากรเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เป็นผู้สร้างผลงานและผลลัพธ์ขององค์กร หากบุคลากรมีคุณภาพดี มีความรู้ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติที่ดี ย่อมสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย และสอดคล้องกับ หลาย ๆ งานวิจัย พบว่า การพัฒนาบุคลากรมีผลกระทบเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน การฝึกอบรมช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถของพนักงาน ทำให้พวกเขาสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายขององค์กรได้ดียิ่งขึ้น [(Bhat, 2011; Gibran & Ramadani, 2021; Khan & Abdullah, 2019; Zubairi & Khan, 2018; Dikshit & Jain, 2017)] จากที่กล่าวมาข้างต้น ผลการวิจัยของนักวิชาการต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า บุคลากรส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่” ทั้งนี้ผลการศึกษานี้จะสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาปัจจัยด้านต่างๆ ที่จะสามารถส่งเสริมประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เพิ่มมากขึ้นได้ในอนาคต นำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานด้านบริหารงานบุคคลให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพจังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพจังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2567

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน โดยตรงด้านส่งเสริมสุขภาพ และ/หรือ บุคลากรสาธารณสุขที่สนับสนุน ติดตาม เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดส่งเสริมสุขภาพ ในหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดกระบี่ จำนวน 248 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ความรับผิดชอบในงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้และทักษะ ทัศนคติ แรงจูงใจ สุขภาพกาย สุขภาพจิต จำนวน 27 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสอบถาม โดยแบบวัด เป็นแบบสอบถามปลายปิด ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale) ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) บางส่วน (3) น้อยมาก (2) และ

ไม่เป็นจริงเลย (1) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อดังนี้คือ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน บางส่วน ให้ 3 คะแนน น้อยมาก ให้ 2 คะแนน และไม่เป็นจริงเลย ให้ 1 คะแนน แบ่งเกณฑ์การแปลผลโดยรวม และในแต่ละข้อ ซึ่งใช้หลักการแบ่งผลค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ ระดับสูงมาก (4.50 – 5.00) ระดับสูง (3.50 – 4.49) ระดับปานกลาง (2.50 – 3.49) ระดับต่ำ (1.50 – 2.49) และระดับต่ำมาก (1.00 – 1.49) (Best, J. W., 1977)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยภายนอกประกอบด้วย ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ และทรัพยากรในหน่วยงาน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสอบถาม โดยแบบวัด เป็นแบบสอบถามปลายปิด ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale) ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) บางส่วน (3) น้อยมาก (2) และไม่เป็นจริงเลย (1) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อดังนี้คือ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน บางส่วน ให้ 3 คะแนน น้อยมาก ให้ 2 คะแนน และไม่เป็นจริงเลย ให้ 1 คะแนน แบ่งเกณฑ์การแปลผลโดยรวม และในแต่ละข้อ ซึ่งใช้หลักการแบ่งผลค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ ระดับสูงมาก (4.50 – 5.00) ระดับสูง (3.50 – 4.49) ระดับปานกลาง (2.50 – 3.49) ระดับต่ำ (1.50 – 2.49) และระดับต่ำมาก (1.00 – 1.49) (Best, J. W., 1977)

ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ

ส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือ

พิจารณาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) ซึ่งจะดูความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมของมาตรวัดในเรื่องของเนื้อหาของสิ่งที่จะวัดดูความครบถ้วน ความถูกต้องทางด้านภาษาให้เหมาะสมกับสภาพเป็นจริง โดยพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ด้วยดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) ค่า IOC โดยรวมเท่ากับ 0.96 และได้นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว มาวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อถือเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลพร้อมแบบสอบถาม ติดต่อประสานงานกับผู้บริหารและผู้ประสานของแต่ละอำเภอ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ที่ต้องมีการยินยอมตอบแบบสอบถาม โดยจัดทำเอกสารชี้แจง ยินยอมตอบแบบสอบถาม โดยระบุข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบแบบสอบถาม สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอยู่หน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์เมื่อผู้ตอบแบบสอบถาม อ่าน เข้าใจและยินยอมตอบแบบสอบถาม

สามารถดปุม"ตกลง" เพื่อยืนยันการยินยอมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ

2. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนการบันทึกข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency distribution) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ และวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ โดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการใน 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ (Correlation Analysis) และ 2) การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2567 ตามรหัสโครงการเลขที่ KBO-IRB 2024/005.2301 เอกสารรับรองเลขที่ KBO-IRB 2024/02.2401

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามออนไลน์มีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามในงานวิจัย จำนวน 144 คนจากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 248 คน คิดเป็นร้อยละ 58.06 ซึ่ง นิศาชล รัตนมณี, ประสพชัย พสุนนท์ (2562) ได้สรุปในบทความว่า “อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณนั้น ในภาพรวมนักวิชาการกำหนดอัตราส่วนการตอบกลับที่ยอมรับได้อยู่ที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป โดยที่อัตราการตอบกลับมากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไปถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี”

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.30 อายุเฉลี่ย 40.22 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 81.30 รายได้เฉลี่ย 50,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 29.20 ปฏิบัติงานในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 43.10 มีประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 46.50 และ ส่วนใหญ่มีหน้าที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพด้านมารดาและทารกจำนวน 38 คน ร้อยละ 26.40

2. ปัจจัยภายในด้านบุคคล ประกอบด้วย ด้านความรู้และทักษะ ด้านทัศนคติ ด้านแรงจูงใจ ด้านสุขภาพกาย และด้านสุขภาพจิต พบว่า

2.1 ด้านความรู้และทักษะโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.42) เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัยย่อย มากที่สุดคือ พัฒนาตัวเองอยู่เสมอทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.26$, S.D.=0.61) รองลงมา คือ ได้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อช่วยให้งานประสบความสำเร็จมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.23$, S.D.=0.58) ส่วนปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเล็กน้อย

แต่ยังอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การได้รับการฝึกฝนทักษะใหม่ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอ ($\bar{X}=3.98$, S.D.=0.64) และการได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และทักษะโดยการเข้ารับการอบรมหรือประชุมสม่ำเสมอ ($\bar{X}=3.97$, S.D.=0.66)

2.2 ด้านทัศนคติ โดยรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อมากที่สุดคือ เต็มใจที่จะทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจในการทำงานเพื่อช่วยให้หน่วยงานประสบความสำเร็จ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.56$, S.D.=0.51) รองลงมาคือ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของหน่วยงานเสมอ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.51$, S.D.=0.54) และน้อยที่สุดคือ มีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการทำงานใหม่ๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.25$, S.D.=0.64)

2.3 ด้านแรงจูงใจโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อมากที่สุดคือ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานและได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.30$, S.D.=0.52) รองลงมาคือ สามารถวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11$, S.D.=0.50) และน้อยที่สุดคือ ค่าตอบแทนอื่น ๆ มีความเหมาะสม มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.08$, S.D.=0.93)

2.4 ด้านสุขภาพกาย โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.60 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อมากที่สุดคือ หน่วยงานมีนโยบายให้มีการตรวจเช็คร่างกายประจำปีสำหรับบุคลากรในหน่วยงานทุกคน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.49$, S.D.=0.67)

รองลงมาคือ สุขภาพกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีความพร้อมทางกายในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มกำลัง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11$, S.D.=0.75) และน้อยที่สุดคือหน่วยงานมีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.77$, S.D.=0.94)

2.5 ด้านสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อมากที่สุดคือ สุขภาพจิตที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญหน้าและรับมือกับปัญหาต่างๆ ในงานได้เป็นอย่างดี มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.02$, S.D.=0.72) รองลงมาคือ สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้โดยไม่มี ความเครียดหรือวิตกกังวลใดๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.69$, S.D.=0.72) และน้อยที่สุดคือ หน่วยงานมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.56$, S.D.=0.97)

3. ปัจจัยสนับสนุนจากภายนอก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ และทรัพยากรในหน่วยงาน

3.1 พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้บริหารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อมากที่สุดคือ ผู้บริหารเอาใจใส่ ติดตามงาน และสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสมในการทำงาน ทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ตามที่ท่านร้องขอ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.02$, S.D.=0.62) รองลงมาคือ ผู้บริหารรับฟังปัญหาและแนวทางแก้ไขตามที่ท่านเสนอในมุมมองของผู้ปฏิบัติการ ทั้งนี้เพื่อให้การสนับสนุนและช่วยเหลือท่านในการแก้ไขปัญหาในงาน เพื่อความสำเร็จ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.98$, S.D.=0.63) และน้อยที่สุดคือ

จังหวัดกระบี่

ผู้บริหารมีการกำหนดรูปแบบการควบคุมกำกับอย่างเหมาะสมและชัดเจน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.91$, S.D.=0.60)

3.2 ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ ปัจจัยภายนอก ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.56 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อมากที่สุดคือ หน่วยงานมีการจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและโครงการเกี่ยวข้องล่วงหน้าเสมอ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.14$, S.D.=0.61) รองลงมาคือ หน่วยงานมีการวางแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการที่เหมาะสมกับเป้าหมายและภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.61) และหน่วยงานมีการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมกับจุดมุ่งหมาย และภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.59) และน้อยที่สุดคือ หน่วยงานมีการบริหารจัดการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์อย่างเหมาะสม มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.99$, S.D.=0.68)

3.3 ปัจจัยภายนอก ด้านทรัพยากรในการทำงาน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.752 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.67 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อมากที่สุดคือ หน่วยงานของท่านมีทีมบริหารที่แข็งแกร่ง และมีความสามารถสูง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.92$, S.D.=0.70) รองลงมาคือ หน่วยงานมีการบริหารจัดการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์อย่างเหมาะสม มีระดับความคิดเห็นอยู่ใน

ระดับมาก ($\bar{X}=3.77$, S.D.=0.78) และน้อยที่สุดคือ หน่วยงานของท่านมีทรัพยากรด้านวัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งต่างๆ เพื่อสนับสนุนงานของท่านที่เหมาะสมและเพียงพอ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.64$, S.D.=0.85)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพจังหวัดกระบี่

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่

4.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ สำหรับสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่

โดยการวิเคราะห์ ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการใน 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ (Correlation Analysis) และ 2) การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ดังนี้

จังหวัดกระบี่



ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่

ตัวแปร	ปัจจัยส่วนบุคคล	ปัจจัยภายใน	ปัจจัยภายนอก
ปัจจัยส่วนบุคคล	-	.622**	.580**
ปัจจัยภายใน		-	.613**
ปัจจัยภายนอก			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง 0.580 -

0.622 ไม่สูงเกินไป ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์เพื่อพยากรณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ บุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่

ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
(ค่าคงที่)	1.953	.178		10.972	.000	1.953	.178
ปัจจัยส่วนบุคคล	.207	.049	.250	4.251	.000	.207	.049
ปัจจัยภายใน	.180	.062	.206	2.883	.004	.180	.062
ปัจจัยภายนอก	.159	.061	.169	2.590	.010	.159	.061

*มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

R = 0.552 R square = 0.304 Adjusted R square = 0.299 SEE = 0.445 F = 55.596

พบว่า การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity ด้วยการหาค่า Tolerance พบว่า อยู่ระหว่าง 0.159–0.207 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 0.049–0.178 ซึ่งไม่เกิดปัญหา Multicollinearity สามารถใช้การวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณได้ ผลการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของปัจจัยต่างๆในสมการทำนายโดยใช้วิธี Stepwise Multiple Regression นั้น พบว่า สมการทำนายที่ดีที่สุดมีค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่น (Coefficient of Determinant : R Square) เท่ากับ 0.299

ผลการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสามารถอธิบายการผันแปรของปัจจัยต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ได้ร้อยละ 55.20 ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ สามารถเขียนสมการได้โดยสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก มีผลเชิงบวกต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

$$Y = B + a_1 \text{ปัจจัยส่วนบุคคล} + b_1$$

$$\text{ปัจจัยภายใน} + c_1 \text{ปัจจัยภายนอก}$$

$$\text{แทนค่า } Y = 1.953 + (.207) \text{ ปัจจัยส่วนบุคคล} \\ + (.180) \text{ ปัจจัยภายใน} + (.159) \text{ ปัจจัยภายนอก}$$

จากสมการหมายความว่า

เมื่อปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ จะลดลง 0.207 หน่วยเมื่อด้านอื่น ๆ คงที่

เมื่อปัจจัยภายใน มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ จะลดลง 0.180 หน่วยเมื่อด้านอื่น ๆ คงที่

เมื่อปัจจัยภายนอก มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ จะลดลง 0.159 หน่วยเมื่อด้านอื่น ๆ คงที่

จากสมการทำนายที่ได้สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ โดยปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ตามลำดับ ซึ่งพิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ ในทางบวก

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยภายในที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ ได้แก่ การมีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน มีความเสียสละ ความเข้มแข็ง อดทน และความสามัคคี มีทัศนคติที่ดี มีเพื่อน

ร่วมงานที่เข้าใจและพร้อมทำงานเป็นทีม รวมถึงไม่มีความเครียดหรือภาระงานมากเกินไป

2. ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารมีความชัดเจน มีการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารให้ความสำคัญและพร้อมให้การสนับสนุน รวมถึงได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ทั้งบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอและเหมาะสม

ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสรุปได้ดังนี้

มากกว่าครึ่งหนึ่ง (54.17%) เห็นว่าการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีประเด็นสำคัญว่าภารกิจ เป้าหมาย และจุดเน้นของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน ทำให้งานส่งเสริมสุขภาพอาจถูกลดความสำคัญลง การกำกับดูแล ควบคุม และขับเคลื่อนงานหลังการถ่ายโอนเป็นไปได้ยาก เนื่องจากไม่ใช่นโยบายหลักและไม่มีการติดตามตัวชี้วัด รวมถึงตัวชี้วัดส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อการประเมินผลงานในระบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้การเตรียมความพร้อมบุคลากรและงบประมาณยังไม่เพียงพอ และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับผู้บังคับบัญชาสายตรงทำได้ยาก เนื่องจากมีเป้าหมายการทำงานแตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพ จังหวัด

กระบี่" พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์และมีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Platis, Reklitis, & Zimeras (2015) ที่พบว่า ปัจจัยภายใน เช่น ความพึงพอใจในการทำงาน ความพึงพอใจจากผู้จัดการ และความพึงพอใจในการทำงานมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข Lowe, Bennett, & Aparicio (2009) ได้สำรวจปัจจัยภายนอก เช่น กฎระเบียบและการให้รางวัลทางการเงิน และปัจจัยภายใน เช่น การมีแรงจูงใจส่วนบุคคล ที่มีผลต่อการฝึกอบรมและพฤติกรรมของแพทย์ นอกจากนี้ Shojaei et al (2021) พบว่า ปัจจัยภายใน เช่น ประสิทธิภาพทางการเงิน และปัจจัยภายนอก เช่น ระบบการจ่ายเงินของบริษัท ประกันภัย มีผลต่อประสิทธิภาพของโรงพยาบาล ขณะที่ Al-Enazi et al. (2022) ระบุว่า การปรับปรุงปัจจัยภายในองค์กร เช่น ความรู้ ทักษะการสื่อสาร และอุปกรณ์ที่ทันสมัย สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์ได้

ในขณะเดียวกัน ปัจจัยสภาพแวดล้อมในองค์กร ทั้งด้านนโยบาย การสนับสนุนของผู้บริหาร และทรัพยากรที่จำเป็น แม้จะมีผลรองลงมาจากปัจจัยระดับบุคคล แต่ก็ยังคงเป็นปัจจัยเอื้อสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Herzberg ที่ระบุว่าปัจจัยค่าจูน (Hygiene Factors) เช่น นโยบายการบริหาร ผู้นำ และสภาพการทำงาน ช่วยลดความไม่พึงพอใจในงานและเอื้อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ศักยภาพได้เต็มที่ ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lundstrom et al. (2002) ที่พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น นโยบายองค์กรและสภาพการทำงานมีผลกระทบต่อความพึงพอใจ สุขภาพ และความปลอดภัยของบุคลากร

สาธารณสุข รวมถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ Solossa, Rantetampang, & Sandjaja (2015) ยังพบว่า การเป็นผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานในสาธารณสุข

จากข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เห็นว่าการถ่ายโอนรพ.สต. ให้ อบต. ดูแล ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขภายใต้ตัวชี้วัดส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความแตกต่างของภารกิจ เป้าหมาย และจุดเน้นระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ อบต. ทำให้งานส่งเสริมสุขภาพอาจถูกลดความสำคัญ
2. การกำกับดูแล ควบคุม และขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต. หลังถ่ายโอนเป็นไปได้อย่าง เนื่องจากไม่ใช่นโยบายหลักของ อบต.
3. ตัวชี้วัดส่งเสริมสุขภาพไม่มีค่าตอบแทนหรือ ผลต่อการประเมินผลงานภายใต้ระบบของ อบต.
4. การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและงบประมาณของ อบต. ก่อนการถ่ายโอนยังไม่เพียงพอ
5. การประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับผู้บังคับบัญชาสายตรงของ อบต. ทำได้ยากลำบาก

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นประเด็นท้าทายจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) ดูแล ซึ่งอาจลดทอนประสิทธิภาพของงานส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว เนื่องจากความไม่สอดคล้องของภารกิจ เป้าหมาย การติดตามประเมินผล ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนงาน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการจัดการ ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการบูรณาการทั้งนโยบาย บริการ ชุมชน และทักษะส่วนบุคคล ในการสร้างสภาพแวดล้อม

ที่เอื้อต่อสุขภาพ ดังนั้น การถ่ายโอนงานส่งเสริมสุขภาพ จึงควรดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่กับการสร้างความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และการสนับสนุนที่จำเป็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ยืนยันความสำคัญของปัจจัยระดับบุคคล ระดับองค์กร และปัจจัยภายนอกในการส่งเสริมประสิทธิผลการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน และบูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคส่วน เพื่อให้งานส่งเสริมสุขภาพบรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งด้านผลตอบแทนและสวัสดิการที่เพิ่มขึ้น เพื่อรักษาขวัญและกำลังใจของบุคลากรในระยะยาว

1.2 ควรมีการฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะที่ทันสมัยและเพียงพอในการปฏิบัติงาน

1.3 การสนับสนุนจากผู้บริหารในเรื่องทรัพยากรที่เพียงพอและนโยบายที่ชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการรับฟังและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

1.4 การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณอย่างเพียงพอ เพื่อให้การทำงานไม่ประสบอุปสรรคและลดความเหลื่อมล้ำในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ



2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตไปยังจังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทและปัจจัยที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้

2.2 ควรมีการศึกษาที่ติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพในอนาคต

2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม

เช่น วัฒนธรรมองค์กร ทีมงาน และเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งอาจมีผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

2.4 การพัฒนาระบบการประเมินผลที่มีความชัดเจนและสามารถวัดผลได้จริงจะช่วยให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือและนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนติดตามผลการดำเนินงานโครงการสำคัญ ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ ประจำปีงบประมาณ 2565. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ ปีงบประมาณ 2566. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
4. นิศาชล รัตนมณี และประสพชัย พสุนนท์. (2562). อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามในงานวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี, 13(3), 181-188.
5. Aeknarajindawat, N., Aeknarajindawat, N., & Aswasuntrangkul, D. (2020). Role of High ? Performance Work Practices on Performance in Pharmaceutical business in Thailand. Systematic Reviews in Pharmacy, 11, 57-66. <https://doi.org/10.5530/SRP.2020.3.07>.
6. Al-Enazi, W., Ahmed, A. S., & Mahanti, A. (2022). Key factors influencing hospital efficiency: A systematic review. BMC Health Services Research, 22(1), 1-14.
7. Best, J. W. (1977). Research in Education (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
8. Bhat, Z. (2011). Impact of Training on Employee Performance: A Study of Retail Banking Sector in India. Indian journal of applied research, 3, 292-293. <https://doi.org/10.15373/2249555X/JUNE2013/97>.
9. Dikshit, A., & Jain, T. (2017). Training and Skill Development for Employee Retention and Performance Enhancement in Banks. PSN: Financial Institutions (Topic). <https://doi.org/10.2139/ssrn.2984442>.
10. Gibran, N., & Ramadani, D. (2021). The Effect of Training and Career Development on Employee Performance. Almanax : Jurnal Manajemen dan Bisnis. <https://doi.org/10.36555/almanax.v5i3.1680>.
11. Gorla, N., Somers, T., & Wong, B. (2010). Organizational impact of system quality, information quality, and service quality. J. Strateg. Inf. Syst., 19, 207-228. <https://doi.org/10.1016/j.jsis.2010.05.001>.



12. Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: John Wiley & Sons.
13. Khan, S., & Abdullah, N. (2019). The impact of staff training and development on teachers' productivity. *Economics, Management and Sustainability*. <https://doi.org/10.14254/JEMS.2019.4-1.4>.
14. Lowe, M. M., Bennett, N., & Aparicio, A. (2009). The role of audience characteristics and external factors in continuing medical education and physician change: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 135(3), 56S-61S.
15. Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cox, J., & Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.
16. Misau, M. (2023). Revisiting the Concept of Human Resource Management. *Global Academic Journal of Economics and Business*. <https://doi.org/10.36348/gajeb.2023.v05i03.002>.
17. Platis, C., Reklitis, P., & Zimeras, S. U. L. F. U. R. (2015). Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *PROCEDIA-Social and behavioral sciences*, 175, 480-487.
18. Shojaei, A., Ketabi, R., Razkenari, M., Hakim, H., & Wang, J. (2021). Enabling a circular economy in the built environment sector through blockchain technology. *Journal of Cleaner Production*, 294, 126352.
19. Solossa, A. A., Rantetampang, A. L., & Sandjaja, B. (2015). Determinants of employee performance in the health sector in Makassar City. *Journal of Management and Business Studies*, 2(1), 13-18.
20. Zubairi, D., & Khan, T. (2018). THE EFFECT OF TRAINING AND DEVELOPMENT ON JOB SATISFACTION, SKILL ENHANCEMENT AND MOTIVATION OF EMPLOYEES. *International Journal of Research - GRANTHAALAYAH*. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v6.i11.2018.1130>.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้าน :

กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง

Nursing Care of Stroke Patients with comorbid conditions at home :

2 Case Study in Ranong Hospital.

ศิริรัตน์ โชติกสอิตย์

Sirorat Chotikasathit

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง

(Received: May 12, 2024; Accepted: June 9, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วมที่บ้าน 2 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรค แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี อาการสำคัญ แขนขาด้วซ้ายอ่อนแรง มือหยิบจับของไม่ได้ ลิ้นชา เดินไม่ได้ เป็นมา 1 วัน ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic stroke รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี อาการสำคัญ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งผ่าหมาก ตัวเริ่มเอียงด้านซ้าย พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก น้ำลายไหลจากปากด้านซ้าย ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic stroke

การศึกษานี้ พบว่า การดูแลต่อเนื่องในชุมชนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล การให้ความรู้แก่ญาติ การประเมินอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาล



Abstract

This research aims to compare nursing stroke patients at home 2 patients study. Case study: Comparison of 2 stroke patients. Case 1: Thai male patient, age 72 years. The main symptom is weakness in the left arm. Hands couldn't hold things, tongue was numb, couldn't walk for 1 day, diagnosed with Acute Ischemic stroke. Case 2: Thai male patient, 83 years old, had significant symptoms 30 minutes before coming to the hospital. While sitting and dissecting areca nuts His body began to tilt to the left, his speech was slurred, his tongue was tight in his mouth, saliva was flowing from the left side of his mouth. Diagnosed with Acute Ischemic stroke

This study found that continuous care in the community for stroke patients is the heart of nursing. Providing knowledge to relatives Evaluation of abnormal symptoms of stroke and rehabilitation care for patients and there is continuous and regular follow-up and home visits. It will help reduce complications that will occur..

Keywords : Stroke, Nursing

บทนำ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพาต (Cerebrovascular disease หรือ CVD, Stroke) โรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และพิการอันดับ 3 ของโลก ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Division of Non-communicable Diseases, 2021) สำหรับในประเทศไทยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหรือพิการสูงเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิงอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย acute Stroke ในปี 2562-2564 ร้อยละ 10.24 ,10.34 ,10.56 จังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 8.30 ,8.46, 9.11 ตามลำดับ (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือ อัมพาตเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกประกอบด้วยลักษณะอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมงอาการที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการแตก ตีบ หรือตันของหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับขนาดหรือตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงหรือบริเวณที่มีเลือดออก โดยภายใน 1 นาที ที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจะทำให้เซลล์ประสาทตายอย่างน้อย 1.9 ล้านเซลล์และใน 1 ชั่วโมง มีเซลล์สมองตาย 120 ล้านเซลล์ สมองจะเสียการทำงานอย่างถาวรเมื่อขาดเลือดมาเลี้ยงหรือถูกกดจากก้อนเลือดนานกว่า 3-6 ชั่วโมง (American Stroke Association ,2012) เนื่องจากยิ่งรักษาเร็วยิ่งได้ผลดี ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วภายใน 60 นาทีแรกหลังเกิดอาการ จะมีโอกาสหายเป็นปกติถึง 3

เท่า ของกลุ่มที่ไม่ได้รับยา แต่ถ้าให้ยาที่เวลา 3 ถึง 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีโอกาสเพียง 1.2 หรือ 1.3 เท่าที่จะหายเป็นปกติเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ยา ดังนั้นยิ่งรักษาเร็วจะมีโอกาสหายมาก ผลแทรกซ้อนต่อความพิการน้อยลง (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2564)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคน เป็นอัมพาตถาวร ในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลของฐานข้อมูล HDC พบว่า ในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 350, 934 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 15,682 ราย และพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่คุกคามความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลก และ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดระนองย้อนหลัง 3 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.43, 0.23 และ 0.27 ตามลำดับ และพบว่าเกิดในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 2.39, 2.45 และ 2.51 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ยังส่งผลต่อการสูญเสียคุณภาพชีวิตอย่างมาก ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงมากขึ้น และจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตกรณีที่เป็นอัมพาต เรื้อรังใช้เวลาพักฟื้นนาน ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการดูแลหรือคำแนะนำที่



ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ สำลักอาหารเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบ โรคซึมเศร้า ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแล และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะโรคร่วม จำนวน 2 ราย โดยศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบกับการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบรายกรณีศึกษา

วิธีการศึกษา

ดำเนินการโดยการศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติเวชระเบียน แฟ้มสุขภาพครอบครัว วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดง และกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบในระยะพื้นฟูการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาวิเคราะห์ และกำหนดข้อวินิจฉัย เพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	72 ปี	83 ปี
สถานภาพ	หม้าย	คู่
อาชีพ	งานบ้าน	งานบ้าน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	บัตรประกันสุขภาพ
ผู้ดูแลหลัก	บุตรสาว	ภรรยา
วันที่เข้ารับการรักษา	25 ตุลาคม 2566	7 มีนาคม 2567
วันที่จำหน่าย	30 ตุลาคม 2566	10 มีนาคม 2567
วินิจฉัยโรค	Acute Ischemic stroke	Acute Ischemic stroke

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล	แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง มือหยิบจับของไม่ได้ ลิ้นชา เดินไม่ได้ เป็นมา 1 วัน	พูดไม่ชัด น้ำลายไหลออกจากปาก ด้านซ้าย
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	บุตรสาวให้ประวัติ เวลา 20.00น ขณะลุกจาก ที่นอน ผู้ป่วยมีอาการแขนขา ด้านซ้ายอ่อนแรง มือซ้ายหยิบจับของไม่ได้ มุมปากด้านซ้ายเบี้ยว ลิ้นชา เดินไม่ได้ แต่ไม่ได้นำผู้ป่วยมาตรวจที่ โรงพยาบาล เข้านี้เพื่อนบ้านช่วยโทรศัพท์ตาม 1669 นำส่งโรงพยาบาล	30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งผ้า ห่มก ตัวเริ่มเอียงด้านซ้าย พูดไม่ชัด ลิ้นคัมปาก น้ำลายไหลจากปากด้านซ้าย บุตรสาวนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารทะเล หรือสารเคมี ใดๆ มีโรคประจำตัวเป็น COPD มาประมาณ 9 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง รับประทาน ที่โรงพยาบาลระนอง ปฏิเสธการดื่มสุรา มีสูบ ใบจาก 5-6 มวนต่อวัน เป็นเวลา 15ปี ปฏิเสธ การผ่าตัด	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารทะเล หรือ สารเคมีใด ๆ มีโรคประจำตัวเป็น HT Gout Dyslipidemia มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธการ ผ่าตัด
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมด 2 คน ภรรยา เป็นโรค HT OA knee	บุตรสาวและหลานแข็งแรงดี ไม่มีโรค ประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา/ อาหารและ สารเสพติด	ไม่มี	ไม่มี
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง ด้านขวากำลัง ปกติ ลิ้นชา พูดไม่ชัด สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ระดับความ เข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวล กาย 18.73 กก./ม เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 25-30 ตุลาคม 2566 แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke หลัง ให้การรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านเพื่อไปฟื้นฟูสภาพต่อที่ บ้าน	ผู้ป่วยแขนขาด้านขวาอ่อนแรง grade 0 , Right facial palsy , severe dysarthria สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 166/81 มิลลิเมตร ปรอท ระดับความเข้มข้นของออกซิเจน ในเลือด 98% น้ำหนัก 41.3 ส่วนสูง 149 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.60 กก./ม ² เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 7-10 มีนาคม 2567 แพทย์ วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke เข้า Stroke Fast track



ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		ได้รับยา 10% rt-PA 3.717 mg iv bolus in 1-2 minute then 90% rt- PA 33.453 mg iv drip in 60 minute

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในประเด็นแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี รูปร่างสมส่วน อาชีพรับจ้างทั่วไปรายได้ไม่แน่นอน มีโรคประจำตัวเป็น COPD มา 9 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง รับยาที่โรงพยาบาลระนอง สูบใบจาก 5-6 มวนต่อวัน เป็นเวลา 15ปี บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ชอบรับประทานอาหารรสจัดโดยเฉพาะรสเค็ม	1.แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี รูปร่างสมส่วน มีโรคประจำตัวเป็น HT Gout Dyslipidemia มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก มีโรคประจำตัวเป็นโรค HT OA knee ด้านการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็ม มีความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย และอยู่ในวัยผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ การมีโรคร่วม รวมทั้งการมีแบบแผนในการบริโภคอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็ม แต่ข้อแตกต่างของ 2 รายนี้ได้แก่ - กรณีศึกษารายที่ 1 สูบใบจาก 5-6 มวนต่อวัน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ประกอบกับผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว บางครั้งมีความเครียดกับรายได้ที่ไม่แน่นอน ไม่ค่อยมีเวลาดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร ในครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่ 20.00น แต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษในวันถัดไป ทำให้ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาช้า - กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะโรคร่วมเป็น HT Gout Dyslipidemia มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ผู้ดูแลเป็นภรรยา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุเช่นกัน แต่มีบุตรที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		สลับกันมาดูแล สามารถประเมินอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันที่
2. พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง มือหยิบจับของไม่ได้ ลิ้นชา เดินไม่ได้ เป็นมา 1 วัน <u>แรกพบ</u> แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power grade 2 ด้านขวากำลังปกติ ลิ้นชา พูดไม่ชัด ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.73 กก./ม² แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล 11 ชั่วโมง	2. พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง มาด้วยอาการสำคัญ ขณะนั่งผ่าหมาก ตัวเริ่มเอียงด้านซ้าย พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก น้ำลายไหลจากปากด้านซ้าย 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล <u>แรกพบ</u> แขนขาข้างขวอ่อนแรง grade 0 , Right facial palsy , severe dysarthria ความดันโลหิต 166/81 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% น้ำหนัก 41.3 ส่วนสูง 149 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.60 กก./ม² เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 7-10 มีนาคม 2567 แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic Stroke รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 30 นาที	- กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power grade 2 ด้านขวากำลังปกติ ลิ้นชา พูดไม่ชัด CT scan : Acute cerebral infraction at left lentiform nucleus ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 11 ชั่วโมงจึงไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของการให้ยา ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power grade 3 จำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเมื่อไปอยู่ที่บ้าน - กรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการแขนขาข้างขวอ่อนแรง grade 0, Right facial palsy , severe dysarthria CT scan : Acute cerebral infraction at left MCA territory ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 30 นาที อยู่ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic agent) แพทย์จึงพิจารณาให้ยา Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณที่มีพยาธิสภาพได้ ซึ่งช่วยลดการถูกทำลายของเนื้อสมองส่งผลให้สามารถฟื้นกลับเป็นปกติได้ ร่วมกับผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายปกติและผล PT, INR ปกติ จึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา อาการแขนขาข้างขวอ่อนแรงดีขึ้น Motor power grade 3+ แต่ยังคงต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3. การรักษาระหว่างอยู่ รพ. - ASA gr.V oral stat - ASA (81) 1 tab. oral OD - Clopidogrel(75) 1 tab. oral OD - Omeprazole(20) 1 tab. oral ac. การตรวจพิเศษ - CT scan - EKG	3. การรักษาระหว่างอยู่ รพ. - 10%rt-PA 3.717 mg iv bolus in 1-2 minute then 90% rt-PA 33.453 mg iv drip in 60 minute - ยาต้านที่ รพ. 1. Allopurinol (100mg) 1 tab. oral OD 2. ASA (325) 1 tab. oral OD 3. Atorvastatin (40mg) 1 tab. oral hs. 4. B complex 1 tab. oral bid pc. 5. Colchicine (0.6 mg) 1 tab. oral OD วันเว้นวัน 6. Folic acid 1 tab. oral hs 7. Omeprazole (20mg) 1 tab. oral ac. การตรวจพิเศษ - CT scan -EKG	แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบของแพทย์มีหลัก คือ หากผล CT Scan พบมีหลอดเลือดอุดตัน แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic agent) ได้แก่ rt-PA แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถให้ยาชนิดนี้ได้เนื่องจากมารับการรักษาช้า การให้ยา rt-PA ต้องให้ภายใน 4-5 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของการให้ยา (จิราพร รบไพร, 2558) ในผู้ป่วยรายที่ 2 สามารถให้ยาชนิดนี้ได้เพราะมารับการรักษาในช่วงเวลาที่กำหนด และผลการตรวจ PT,INR ปกติ หลังได้รับยาไม่มีอาการ Abnormal Bleeding และผลลัพธ์การรักษาจึงมีแนวโน้มที่ดี อาการแขนขาอ่อนแรงดีขึ้นกว่ารายที่ 1
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ 4.1 ระยะจำหน่าย ต้องการความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเอง เมื่ออยู่ที่บ้านรวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ และการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน	4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ 4.1 ระยะจำหน่าย ต้องการความรู้และความตระหนักในการปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD การพยาบาล ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านรวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ และการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน	จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเช่นเดียวกัน ในระยะจำหน่ายจึงเน้นในเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ซึ่งมีข้อแตกต่างกันดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 เน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนัก ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพระยะฟื้นฟู และสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ การเข้าถึงบริการฉุกเฉิน กรณีศึกษารายที่ 2 เน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนัก ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพระยะฟื้นฟู สร้างความมั่นใจเนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนขาอ่อนแรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และการดูแลระยะฟื้นฟู 4.2 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน 1. ภาวะบกพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การพยาบาล ได้แก่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย หลังD/C 1 สัปดาห์ ประเมิน ADL แนะนำญาติในดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องโภชนาการ การพักผ่อน การขับถ่าย 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง การพยาบาลได้แก่ ประเมิน motor power แนะนำญาติในการทำ Passive exercise 3. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ผิวหนัง เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถยกแขนขาเองได้ การพยาบาลได้แก่ กระตุ้นผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. การดูแลความสะอาดของผิวหนังและสุขวิทยาส่วนบุคคล ติดตามประเมินการเกิดแผลกดทับ 4. เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน	4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแขนขาอ่อนแรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และการดูแลระยะฟื้นฟู 4.2 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน 1. ภาวะบกพร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การพยาบาล ได้แก่ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย หลังD/C 1 สัปดาห์ ประเมิน ADL แนะนำญาติในดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องโภชนาการ การพักผ่อน การขับถ่าย 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง การพยาบาลได้แก่ ประเมิน motor power แนะนำญาติในการทำ Passive exercise 3. เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน การพยาบาลได้แก่ ประเมินความรู้ความเข้าใจต่อการใช้ยาของญาติ ประสานเภสัชกรให้ความรู้การใช้ยา แนะนำญาติจัดยาเป็นชุด จัดแยกซองเป็นหมวดหมู่ 4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและบทบาทของตนเอง การพยาบาลได้แก่ สร้างสัมพันธภาพที่ดีและเปิดโอกาสให้	จากการประเมิน ADLกรณีศึกษารายที่ 1 เท่ากับ 3 คะแนน มีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาว กรณีศึกษารายที่ 2 เท่ากับ 10 คะแนน ผู้ดูแลหลักเป็นภรรยาซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันจากความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน และบริบทที่แตกต่างกัน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น แขนขาอ่อนแรง motor power grade 3 จากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยซึ่งมีทั้งหมด 9 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ต่างจากกรณีศึกษารายที่ 2 มาถึงโรงพยาบาลได้เร็วเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) การรักษาจึงมีแนวโน้มที่ดี อาการแขนขาอ่อนแรงดีขึ้นกว่ารายที่ 1 ปัญหาที่พบในผู้ป่วยมีทั้งหมด 6 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
การพยาบาลได้แก่ ประเมินความรู้ความเข้าใจต่อการใช้ยาของญาติ ประสานเภสัชกรให้ความรู้การใช้ยา แนะนำญาติจัดยาเป็นชุด จัดแยกซองเป็นหมวดหมู่ 5. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและบทบาทของตนเอง การพยาบาลได้แก่ สร้างสัมพันธภาพที่ดีและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกและซักถาม ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ให้กำลังใจและเสริมพลัง 6. แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ท้องผูก เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การพยาบาลได้แก่ แนะนำญาติจัดอาหารที่มีกากใย ผักและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อช่องท้องเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ ให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2.5 ลิตร/วัน ผีก การขับถ่าย 7. การนอนเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีความวิตกกังวล การพยาบาลได้แก่ ประเมินความวิตกกังวล การนอนหลับ จัดสิ่งแวดล้อม กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมในช่วงกลางวันมากขึ้น 8. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม บาดเจ็บจากของมีคมและความร้อนเย็น เนื่องจาก	ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกและซักถาม ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ให้กำลังใจและเสริมพลัง 5. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม บาดเจ็บจากของมีคมและความร้อนเย็น เนื่องจากความสามารถในการรับรู้ลดลง การพยาบาลได้แก่ จัดวางเตียงให้ชิดฝาผนัง จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ แนะนำการสวมรองเท้าหุ้มส้นในเวลาฝึกเดิน แนะนำผู้ป่วยไม่คลานลงจากเตียงโดยลำพัง 6. เสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบซ้ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลได้แก่ ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง แนะนำ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต การรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่หยุดยาเอง การควบคุมอาหารรสเค็ม การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง รวมทั้งอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669	



กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ความสามารถในการรับรู้รู้สึก ลดลง การพยาบาลได้แก่ จัดวางเตียงให้ชิด ฝาผนัง จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ แนะนำการสวมรองเท้าหุ้มส้นใน เวลาฝึกเดิน หลีกเลี่ยงการใช้ของมี คม 9. เสี่ยงต่อการกลับเป็นภาวะหลอดเลือด สมองตีบซ้ำเนื่องจากขาด ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องต่อโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลได้แก่ ติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างต่อเนื่อง แนะนำ หลีกเลี่ยง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองซ้ำ เช่น การควบคุมระดับ ความดัน โลหิต การรับประทานยา ตามแผนการรักษา ไม่หยุดยาเอง การควบคุมอาหารรสเค็ม ลดหรืองด การสูบบุหรี่จาก การจัดการ ความเครียด การออกกำลังกาย และ ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง รวมทั้งอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669		

ผลการศึกษา

พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มีโรคประจำตัว คือ COPD มาด้วยแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง motor power grade 2 ด้านขวากำลึงปกติ ลิ้นชา พูดไม่ชัด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 11 ชั่วโมง จึงไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

ทางหลอดเลือดดำได้ ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง motor power grade 3 เมื่อได้รับการพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล โภชนาการ การฝึกทักษะในการทำ



กายภาพบำบัด การรับประทานยา เป็นต้น รวมถึงเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน ได้แก่ การเตรียมเตียงที่สะดวกในการทำกายภาพบำบัดและกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจมากขึ้น คลายความวิตกกังวล การพยาบาลระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีพยาธิสภาพจากการที่สมองถูกทำลาย ยังมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง การพยาบาลจึงต้องเน้นเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การทำ Passive exercise การป้องกันแผลกดทับ ลดความวิตกกังวล แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1-3 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน คะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 3 คะแนน เป็น 11 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้ เดินโดยใช้ walker และมีคนช่วยพยุง 1 คน, สามารถขึ้นลงบันไดโดยการนั่งขยับตัวทีละขั้นได้ รับประทานยาได้ถูกต้อง ไม่ต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke มีโรคประจำตัวเป็น HT Gout Dyslipidemia มาประมาณ 10 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มาด้วยอาการแขนขาด้านขวาอ่อนแรง grade 0 Right facial palsy ,severe dysarthria ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล 30 นาที เข้าระบบ Stroke Fast Track ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนการจำหน่ายพยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย เสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำการฝึกทักษะการทำกายภาพบำบัด การดูแลความสะอาดร่างกาย ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพยาบาลระยะฟื้นฟูเมื่อกลับมาอยู่

ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับ การรักษาด้วยยา rt-PA จึงทำให้อาการทุเลา อาการแขนขาด้านขวาอ่อนแรงเล็กน้อย การพยาบาลจึงต้องเน้นเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร รับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การมาตรวจตามนัด รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน และประสานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ พบว่าภายใน 6 สัปดาห์ คะแนน ADL เพิ่มขึ้นจาก 10 คะแนน เป็น 18 คะแนน ผู้ป่วยเดินได้เอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รับประทานยาได้ถูกต้อง มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล เดินไปเที่ยวในสวนหลังบ้านได้

อภิปรายผล

จากผลการศึกษากรณียุผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Acute Ischemic Stroke) ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใดและอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงสามารถนำไปสู่การเสียชีวิต หรือเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถ้าไม่ได้รับการจัดการ การดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เสียค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว (พรทิพย์ธาดา สุขรินทร์บุลภรณ์, 2564) ดังนั้น เป้าหมายสูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นตัวไม่สมบูรณ์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปดูแลต่อเองที่บ้าน พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สร้างความรู้



ความเข้าใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ การปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การฟื้นฟูสภาพร่างกายช่วยเหลือตัวเองให้เร็วที่สุด ลดการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล (re-admission) สนับสนุนครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน รวมทั้งมีการวางแผนการดูแลระยะยาวตามกระบวนการดำเนินโรค เพื่อให้เกิดการดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติบรายใหม่ ควรมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพในระยะ 2-3 เดือนแรก เพื่อสนับสนุนการปรับตัวในการดูแลตนเองก่อนส่งต่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ควรมีการวางแผน วิเคราะห์และคืนข้อมูล เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ห่างไกลจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย เช่น อสม. ผู้นำชุมชน อปท. ในการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ หลายรูปแบบ เช่น TikTok Facebook line เสียงตามสายในชุมชน วิทูรท้องถิ่น บ้ายประชาสัมพันธ์ โดยใช้งบประมาณจากท้องถิ่น

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. มีการใช้กระบวนการพยาบาลการจัดการตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้การพยาบาล
3. เป็นกรณีตัวอย่าง ที่เป็นสื่อในการเรียนรู้ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

บรรณานุกรม

- ชื่นชม ชื่อลือชา. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: ธรรมศาสตร์เวชสาร
- ทัศนีย์ ดันตฤทธิศักดิ์. (2558). "Ambulatory Neurology." กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์ธาดา สุขรัตน์บุลลภรณ์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสจ.กรีฑ, 1(2), 113-129.
- โรงพยาบาลศิริราช คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด. (2564). คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง. โรงพยาบาลศิริราช.ฉบับปรับปรุง 2564 .
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง . สำหรับพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่1 : กรุงเทพฯ.



สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2566).อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย .วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.; 39(2):39-46.

อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. (2563). รูปแบบการพัฒนาศูนย์พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ตาม Service Plan: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน.

American Stroke Association. (2017). **Stroke risk factor**. Retrieved Apr 4 ,2024 from <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>

Gordon, Moo. (1994).**Nursing diagnosis: Process and Application**. New York: McGraw- Hill.

Orem, D. E. (2001). **Nursing Concepts of Practice**. The United States of America: Mosby,Inc.

การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุคลินิกหอบหืด
และปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Self-care regarding medication use among elderly patients, Asthma and
COPD clinic Nuea Khlong Hospital, Krabi Province.

วิมลลัก ธารางกูร

Wimaluck Tarangkoon

เภสัชกรชำนาญการ

โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

(Received: May 15, 2024; Accepted: June 27, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุคลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เพื่อศึกษาการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งชนิดยา รับประทานและยาสูดพ่นขยายหลอดลมในผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และศึกษาถึงปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย การแก้ไขปัญหามิให้ผู้ป่วยได้รับ วิเคราะห์ วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบบันทึกประวัติการให้คำปรึกษาด้านยาประจำตัวของผู้ใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา สภาพสรีระที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การช่วยเหลือของครอบครัว และการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวิธีแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนของคำตอบที่ได้จากข้อคำถามปลายเปิด และสรุปเนื้อหาเชิงบรรยาย (content analysis) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเหนือคลอง ในระหว่างเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้จำนวน 69 ราย ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้ปฏิบัติตามคำแนะนำถึงวิธีการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง ร้อยละ 86.9 การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ขนาดของยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบ Meter Dose Inhaler (MDI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ร้อยละ 65.2 การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ขนาดของยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบ Accuhaler มีการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ร้อยละ 89.8 แบบบันทึกประวัติการให้คำปรึกษาด้านยาประจำตัวของผู้ใช้ยา กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากพยาบาล/แพทย์/เภสัชกร และความสามารถ ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้เกือบหมดทุกขั้นตอน ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เจ้าหน้าที่สุขภาพควรรให้ความสำคัญในการแนะนำ/การสอนสาธิต และการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, การใช้ยา, ยาสูดพ่น, ผู้สูงอายุ, โรคหอบหืด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This research is a descriptive research. Regarding self-care regarding drug use among elderly patients, asthma and COPD clinic Nuea Khlong Hospital Krabi Province To study self-care regarding drug use Both oral and inhaled medicines expand the bronchi in elderly people with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. and study the problems in drug use of each patient Solving problems that patients receive, analyzing effective problem solving methods Data were collected using interviews, observation forms, and drug users' personal drug counseling history records. Analyze personal information Practicing self-care regarding medication Physiological conditions related to drug use family help and assistance of health workers for elderly people with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. By means of enumerating frequencies, numbers, percentages, and averages and analyzing the content of the answers. obtained from open-ended questions and summarize descriptive content (content analysis). The subjects in this study were patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease who received services at the outpatient unit. Nuea Khlong Hospital Between January and June 2024, a purposive sampling group of 69 people was selected. It took 6 months to complete. The results of the study found that almost all the sample groups followed the instructions on how to use it. Correct inhaler: 86.9%. Self-care regarding the use of inhaler dosage in the treatment of asthma and chronic obstructive pulmonary disease, Meter Dose Inhaler (MDI), found that the majority of the sample 65.2% had correct self-care practices. Self-care regarding the use of inhaler doses for treating asthma and chronic obstructive pulmonary disease, Accuhaler, had 89.8% correct self-care practices. Drug user's personal drug counseling history record form The sample received advice from a nurse/doctor/pharmacist. and ability In the practice of treating asthma and chronic obstructive pulmonary disease It was found that the sample received advice from health officials. Almost every step has been completed. Suggestions for next research Health officials should give importance to instruction/demonstration teaching. and continuous evaluation to promote self-care related to drug use for maximum efficiency.

Keywords : self-care, medicinal use, inhalers, elderly, asthma, chronic obstructive pulmonary disease

บทนำ

โรคหอบหืด เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหา สำคัญของสาธารณสุข เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในหึ่งฉุกเฉินและในโรงพยาบาล (อภิชาติ คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์, 2565) จากการสำรวจผลการรักษา โรคหืดในประเทศไทยพบว่ายังต่ำกว่ามาตรฐาน โดยจากการศึกษาของรองศาสตราจารย์นายแพทย์วัชร บุญสวัสดิ์ (วัชร บุญสวัสดิ์, 2561) พบโรคหืดเรื้อรัง (persistent asthma) มีความชุก ร้อยละ 38 จำแนกเป็นระดับความรุนแรงน้อย (mild persistent asthma) ร้อยละ 11 ระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate persistent asthma) ร้อยละ 18 และระดับความรุนแรงมาก (severe persistent asthma) ร้อยละ 9 และ พบว่ามีการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น (inhale corticosteroid, ICS) โดยเฉลี่ยเพียงร้อยละ 6.7 โดยในกลุ่ม mild persistent asthma ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง ร้อยละ 18.4 และต้องมาการรักษาที่หึ่งฉุกเฉินร้อยละ 24.5 จึงถือว่ยังเป็นปัญหาของการดูแลผู้ป่วยอยู่มาก หากผู้ป่วยโรคหอบหืดสามารถควบคุมโรคได้ดีโดยไม่มีอาการหอบ กำเริบโดยตั้งเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยคือหายจากอาการของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับคนทั่วไป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่าง เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดผลกระทบหลายประการ เป็นทั้งสาเหตุการตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยพบภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 0.42 ของประชากร หรือมีจำนวนประมาณ 191,955 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลง

ภายในหลอดลมหรือใน เนื้อปอดทำให้ทางเดินอากาศส่วนล่างมีการตีบแคบลง หรือมีการอุดกั้นทางเดินอากาศหายใจ การหดคั้นตัว ของปอดเสียไปอาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการสูบบุหรี่ การสัมผัสกับมลพิษ สารเคมี หรือฝุ่นละอองใน อากาศนานกว่า มีผลทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้ น้อยลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการระบายอากาศหรือ สมรรถภาพปอดลดลง มีโอกาสที่อาการจะกำเริบได้ ง่ายและบ่อยกว่าวัยอื่นๆ จนมีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบแผนการดำเนินชีวิต (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, 2565)

ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังไม่มีวิธีรักษาให้หายขาดได้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2565) การรักษาเป็นเพียงการหยุดยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว และประคับประคองบรรเทาอาการของโรคไม่ให้กำเริบ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหนึ่งในแนวทางของการรักษา คือ การรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ การให้ยาขยายหลอดลม (bronchodilator) เพื่อไปช่วยขยายหลอดลม ลดอาการหดเกร็งของหลอดลม ทำให้มีการหลังของเยื่อเมือก ลดแรงต้านทานภายในหลอดลมที่สูงขึ้น ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม กล้ามเนื้อ กระบังลมหดตัวทำให้การระบายอากาศดีขึ้น และการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) ช่วยลดการอักเสบเพื่อช่วยเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือดและ ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบนอกหลอดเลือด และชะลอการลดลงของ forced expiratory volume ใน 1 วินาทีแรก (FEV1 คือ ปริมาตรของอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรก ของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ จากตำแหน่งหายใจเข้าเต็มที่) ซึ่งการใช้ยาขยายหลอดลมและ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์นั้น ต้องใช้อย่างต่อเนื่องและ ใช้ร่วมกันหลายชนิด ทั้งในชนิดรูปแบบของ

การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (อัญชนา พงศ์พันธ์ และคณะ, 2566) การรับประทานและชนิดสูดพ่น โดยรูปแบบของยาขยายหลอดลมและยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่นิยมใช้คือ รูปแบบ การสูดพ่น (metered dose inhaler: MDI) และ Accuhaler เพราะยา รูปแบบนี้สามารถออกฤทธิ์รวดเร็วได้เฉพาะที่สามารถ บรรเทาอาการรุนแรงที่ผู้ป่วยประสบอยู่ได้เร็วกว่า และ ปริมาณยาที่ใช้ใช้น้อยกว่า เมื่อเทียบกับยาขยายหลอดลมหรือยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดรับประทานที่ส่งผลในการรักษาเท่ากัน จึงทำให้ผลข้างเคียงน้อยกว่าวิธีให้ยาแบบการรับประทาน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ซึ่งถ้าผู้ป่วย สามารถใช้ยาสูดพ่น ได้อย่างถูกวิธีก็จะมียาเข้าไปในปอด ร้อยละ 10 (กฤติมา โภชนสมบูรณ์, 2563) และเนื่องด้วยผลิตภัณฑ์รูปแบบสูดพ่นมีวิธีใช้ที่ยุ่งยาก มีขั้นตอนที่ซับซ้อน มีเทคนิคพิเศษในการบริหารยาและผู้ป่วย ต้องบริหารยาด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็นการดูแลตนเอง ที่ ต้องใช้ความรู้ และทักษะที่ผ่านการฝึกฝนเป็นอย่างดี จึงจะสามารถจัดการดูแลตนเองในการใช้ยาสูดพ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด (สุพัตรา เขียวหวาน, 2562) จากการศึกษาของแดเนียลและมิวลี แมน (Daniels, S., & Meuleman, J., 1994) พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมได้ถูกวิธี มีตั้งแต่ร้อยละ 14 -84 ดังนั้น ขั้นตอนและการดูแล ตนเองในการใช้ยาสูดพ่นที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมและป้องกันอาการของ โรคไม่ให้กำเริบ และชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินไป อย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลเหนือคลอง พบภาวะโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 0.20 ของประชากร หรือมีจำนวนประมาณ 105 ราย ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังมีค่อนข้างน้อย มีเพียงรายงานว่า ความล้มเหลวของ การรักษาหรือไม่สามารถควบคุม

อาการของโรคได้ อาจเกิดจากสาเหตุหนึ่ง คือ การปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา แต่ยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงทำให้ยังไม่ทราบว่า ผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างไร และไม่สามารถระบุได้ว่า ปัญหาพื้นฐานในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการ ใช้ยานั้นเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านสภาพสรีระ การช่วยเหลือของครอบครัว และการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งชนิดยารับประทานและยาสูดพ่นขยายหลอดลมในผู้ป่วยสูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย การแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับ วิเคราะห์ วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งชนิดยารับประทานและยาสูดพ่น
2. สามารถแก้ปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย มีการวิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
3. มีแนวทางในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา เทคนิคพิเศษให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เรื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ คลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งชนิดยารับประทานและยาสูดพ่น ขยายหลอดลมในผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ศึกษาถึงปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย การแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับ วิเคราะห์ วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาเทคนิคพิเศษให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเหนือคลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง (purposive sampling) ได้จำนวน 69 ราย ตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัย

1. มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหอบหืดหรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งไม่มีอาการ หายใจเหนื่อยหอบเฉียบพลันโดยประเมินตามการรับรู้ ของผู้ป่วย และไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจที่คอ (tracheostomy tube)
3. ไม่ใช้ยาพ่นแบบน้ำด้วยเครื่องพ่นฝอยละออง (nebulizer)
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

1. มีอาการเหนื่อยหอบกำเริบขึ้น ในระหว่าง การเก็บข้อมูล

2. มีการเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นยา

พ่นแบบน้ำด้วยเครื่องพ่นฝอยละออง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยใช้แบบเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมงานวิจัย อ้างอิงและดัดแปลงจากการศึกษาของ พนิดา ไกรนรา และคณะ (2552) การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยผ่านกระบวนการความถูกต้องด้านเนื้อหา (Content validity) เนื้อหาของแบบสอบถามและความเหมาะสมของการใช้ภาษา ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ เกษัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารเภสัชกรรม 3 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สภาพสมรรถ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในด้านการรักษา ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย/ค่ารักษาพยาบาล และประวัติการสูบบุหรี่
2. แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อคำถามเกี่ยวกับ วิธีการใช้ยารับประทาน และ 2) ข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสูดพ่น มีจำนวน 8 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด ในการประเมินความถี่นั้น ปฏิบัติ เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 6-7 วันใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติ 4-5 วันใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-3 วันใน 1 สัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์
3. แบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรค



ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ 1) แบบสังเกตวิธีปฏิบัติการใช้ยาขยายหลอดลมแบบสูดพ่น (metered dose inhaler: MDI) 2) แบบสังเกตการปฏิบัติการใช้ยาขยายหลอดลมแบบสูดพ่นร่วมกับกระบอกพักยา (metered dose inhaler with spacer) 3) แบบสังเกตวิธีปฏิบัติการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบสูดพ่น (metered dose inhaler: MDI) 4) แบบสังเกตวิธีปฏิบัติการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบสูดพ่น ร่วมกับกระบอกพักยา (metered dose inhaler with spacer) 5) แบบสังเกตวิธีปฏิบัติการใช้ยาขยายหลอดลมแบบสูดพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Accuhaler) มีจำนวน 8 ข้อ ในแบบสังเกตแต่ละข้อแบ่งเป็น ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ไม่ปฏิบัติ

4. แบบบันทึกประวัติการให้คำปรึกษาด้านยาประจำตัวของผู้ใช้ยา โดยศึกษาลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเทคนิคพิเศษ หาสาเหตุของปัญหาและติดตามผลการดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นส่งผลต่อประสิทธิภาพในการใช้ยาเทคนิคพิเศษของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา สภาพสรีระที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (ได้แก่ สายตา แรงบีบมือ สมรรถภาพปอด และภาวะการรู้คิด) การช่วยเหลือของครอบครัว และการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวิธีแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนของคำตอบที่ได้จากข้อคำถามปลายเปิด และสรุปเนื้อหาเชิงบรรยาย (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ KB-IRB 2024/04.1202 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบว่า การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และผู้เข้าร่วมมีความพร้อมและยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นการให้ผู้เข้าร่วมยินยอมด้วยวาจา และลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูล ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 69 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 60-85 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 72.5 ปี (SD = 7.6) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 50.7) คือ 70-79 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.5 (n = 39) เพศหญิงร้อยละ 43.45 (n = 30 ราย) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 66.6 (n = 46) สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 33.3 (n = 23) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.3 (n = 43) รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 21.7 (n = 15) และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.2, n = 45) ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 13.4 (n = 9) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.6, n = 46) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท ส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 81.1, n = 56) นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี

ประวัติสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้วร้อยละ 63.7 (n = 44) ส่วนผู้ที่ยังสูบบุหรี่/ใบจาก/ยาเส้นอยู่ในปัจจุบันพบร้อยละ 15.7 (n = 11)

การปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุคลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การใช้ยาในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้มาจากโรงพยาบาล จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 86.9 (n = 60) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงหรือสงสัยว่าจะแพ้ยา ร้อยละ 97.1 (n = 67) และได้รับคำแนะนำถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องจากแพทย์

อย่างเคร่งครัด ร้อยละ 100 (n = 69) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้ปฏิบัติตามคำแนะนำถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ร้อยละ 86.9 (n = 60) มีเพียงร้อยละ 13.1 (n = 9) ที่รับประทานยาไม่ตรงตามจำนวนที่แพทย์แนะนำ ซึ่งสาเหตุที่รับประทานยาไม่ตรงตามจำนวนที่แพทย์แนะนำ เนื่องจากรู้สึกว่าการรับประทานตามแพทย์สั่งไม่หายหอบจึงเพิ่มจำนวนยาเอง มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจจึงใช้ยาอย่างประหยัดเพื่อที่จะไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายแบ่งครึ่งเม็ดรับประทาน เพื่อให้มียาใช้จนถึงวันที่แพทย์นัด และบางครั้งแพทย์เพิ่มจำนวนยาแล้วไม่ได้แจ้งให้ทราบ จึงรับประทานยาไม่ครบ

ตารางที่ 1 การปฏิบัติการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (N= 69)

วิธีการปฏิบัติการดูแลตนเอง	การปฏิบัติการดูแลตนเอง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ใช้ยาทุกชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	60	86.9
2. ท่านไม่เคยซื้อยามารับประทานเองนอกเหนือการรักษาของแพทย์	69	100
3. ท่านมีอาการข้างเคียงหรือสงสัยว่าจะแพ้ยา เช่น ใจสั่น วิงเวียน ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ท่านหยุดใช้ยาทันทีแล้วรีบมาพบแพทย์	67	97.1
4. ท่านใช้ยารักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ถูกต้องตามคำแนะนำทุกขั้นตอน	69	100
5. ท่านรับประทานยารักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเรื้อรังตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	69	100
6. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง	60	86.9

ในส่วนของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ขนาดของยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบ Meter Dose Inhaler (MDI) จากตารางที่ 2 ส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ร้อยละ 65.2 (n = 45) แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาพ่น แบบ MDI ในข้อต่างๆ ได้แก่วิธีการปฏิบัติการดูแลตนเองในขั้นตอนกดพ่นยา 1 ครั้ง พร้อมสูดหายใจเข้าทางปากช้าๆลึก ร้อยละ 21.7 (n = 15)

หากใช้ยามากกว่าหนึ่งกดยาวนานกว่าหนึ่งวันระยะเวลาสักครู่ก่อนใช้ยาต่อไป ร้อยละ 31.8 (n = 22) และการตรวจสอบยาหมดโดยการนับจำนวนที่ใช้ไป ร้อยละ 50.7 (n = 35) (เนื่องจากคิดว่าการพ่นยาตามขนาดที่แพทย์สั่งไม่หายหอบ) และพ่นมากไว้มาก่อนเพื่อป้องกันหอบร้อยละ 22.8 (n = 16) รู้สึกว่าในการพ่นยาแต่ละครั้งยาออกน้อยจึงกดเพิ่มร้อยละ 10 (n = 7) รองลงมาพบว่ามีการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมตามจำนวนพ่นที่แพทย์สั่งร้อยละ

32.9 (n = 23) และมีการใช้จำนวนพ่นน้อยกว่าที่แพทย์
สั่งร้อยละ 5.7 (n = 4) เนื่องจากต้องการประหยัดยาไว้
เพื่อที่จะได้ไม่ต้องมารับยาที่โรงพยาบาลบ่อย และพบว่า
1 ราย ไม่ใช้ยาแบบพ่นเลยเนื่องจากใช้ไม่เป็นและไม่

หอบบ่อย ดังนั้น ยาที่ได้ จึงทิ้งไป และถ้ามีอาการเหนื่อย
หอบจะมาพ่นยาแบบพ่นละออง (nebulizer) ที่
โรงพยาบาลเพราะคิดว่าดีกว่ารูปแบบสูดพ่น (MDI) ที่มี
ขั้นตอนการใช้ที่ยุ่งยาก

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ขนาดของยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
แบบ Meter Dose Inhaler (MDI) (N= 69)

วิธีการปฏิบัติการดูแลตนเอง	ปฏิบัติถูกต้อง		ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เปิดฝาออกถือขวดยาตั้งตรง เขย่าขวดยา	69	100		
2. หายใจออกทางปาก	69	100		
3. ให้ปากกระบอกยาอยู่ห่างจากปาก 1-2 นิ้ว หรืออมปาก กระบอกยาให้สนิท	69	100		
4. กดพ่นยา 1 ครั้ง พร้อมสูดหายใจเข้าทางปากช้าๆ ลึกๆ	44	63.7	15	21.7
5. ดึงกระบอกยาออก หุบปาก กลั้นหายใจไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะ ทำได้แล้วจึงผ่อนลมหายใจออก พร้อมปิดฝาครอบให้สนิท	69	100		
6. หากใช้ยามากกว่าหนึ่งกดยังวันระยะเวลาสักครู่ก่อนใช้ยา ต่อไป	47	68.1	22	31.8
7. กรณีพ่นยาเสร็จเรียบร้อยแล้วควรบ้วนปากหลังจากพ่นยาทุกครั้ง	69	100		
8. ตรวจสอบยาหมดโดยการนับจำนวนที่ใช้ไป	34	49.3	35	50.7

ในส่วนของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ขนาด
ของยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง แบบ Accuhaler จากตารางที่ 3 ส่วนใหญ่ มีการ
ปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ร้อยละ 89.8 (n = 62)
แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาพ่น
แบบ Accuhaler ในข้อต่างๆ ได้แก่เอาเครื่องออกจาก
ปากไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วจึงค่อยๆ ผ่อนลม

หายใจร้อยละ 11.5 (n = 8) การหายใจจนสุด ร้อยละ
10.1 (n = 7) และการตรวจสอบยาหมด (ปรากฏเลข
0) ร้อยละ 20.2 (n = 14) ข้อดีของเครื่องสูดพ่นยาแบบ
Accuhaler คือ มีตัวเลขด้านข้างเครื่องบ่งบอกถึง
ปริมาณยาที่เหลืออยู่ ซึ่งเป็นจำนวนครั้งที่สามารถสูดพ่น
ยาได้

ตารางที่ 3 การปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ขนาดของยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบ Accuhaler (N= 69)

วิธีการปฏิบัติการดูแลตนเอง	ปฏิบัติถูกต้อง		ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เปิดเครื่องโดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกไว้แล้วใช้นิ้วหัวแม่มืออีกข้างวางไว้บนร่อง ดันออกจนสุดจนได้ยินเสียงคลิก	69	100		
2. ถือเครื่องไว้ให้ปากกระบอกหันเข้าตัว ดันแกนเลื่อนออกไปจนสุดจนได้ยินเสียงคลิก	69	100		
3. หายใจออกจนสุด	62	89.9	7	10.1
4. อมปากกระบอกให้สนิท แล้วสูดหายใจไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้แล้วจึงค่อยๆผ่อนลมหายใจออก	69	100		
5. เอาเครื่องออกจากปากไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วจึงค่อยๆผ่อนลมหายใจ	69	100		
6. ปิดเครื่อง โดยใช้หัวแม่มือวางบนร่องแล้วเคลื่อนกลับเข้าหาตัวจนสุดจนได้ยินเสียงคลิก	47	68.1	22	31.8
7. กรณียาสูดพ่นสแตียรอยด์ควรบ้วนปากหลังจากสูดพ่นทุกครั้ง	69	100		
8. การตรวจสอบยาหมด (ปรากฏเลข 0)	55	79.8	14	20.2

ในส่วนแบบบันทึกประวัติการให้คำปรึกษาด้านยาประจำตัวของผู้ใช้ยา กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากพยาบาล/แพทย์/เภสัชกร และความสามารถ ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้เกือบหมดทุกขั้นตอน (ร้อยละ 95.0-100) ในด้านความสามารถในการปฏิบัติตามขั้นตอนในการใช้ยาแบบสูด พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้จากมากไปน้อย ได้แก่ ขั้นตอนปิดเกลียว ตรรกฐานของกระบอกยาไปทางขวาจนได้ยินเสียงคลิก (ร้อยละ 95.0) สูดหายใจเข้าให้แรงและลึกที่สุดเข้า เต็มปอด (ร้อยละ 90.5) และอมปากกระบอกของ หลอดยาให้สนิท (ร้อยละ 85.2) ส่วนขั้นตอนที่ปฏิบัติ ได้น้อย ได้แก่ หลังจากสูดยาเข้า เต็มปอดให้กลืนหายใจ 5-10 วินาที (ร้อยละ 35.8) และค่อย ๆ หายใจออกช้าๆ (ร้อยละ 45.2)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุคลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ในการปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุคลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยารับประทานและยาสูดพ่นขยายหลอดลมจากโรงพยาบาล และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้ปฏิบัติตามคำแนะนำถึงวิธีการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง ร้อยละ 86.9 มีเพียงร้อยละ 13.1 ที่รับประทานยาไม่ตรงตามจำนวนที่แพทย์แนะนำ เนื่องจากบางครั้งที่รู้สึกเหนื่อยจึงเพิ่มจำนวนยารับประทานเอง บางรายรับประทานยาอย่างประหยัด เพื่อที่จะได้ไม่ต้องมารับยา

ที่โรงพยาบาลบ่อย เพราะการเดินทางมาโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.6 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท ดังนั้น ถ้าไม่จำเป็นจะไม่มาโรงพยาบาลบ่อยๆ เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ จิตต์วรารักษ์. (2564) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืด ในคลินิกโรคหอบหืด ได้แก่ การสร้างพลังอำนาจจากคนใกล้ชิด การที่บุคคลในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลรักษาโรคหืดที่เหมาะสม ช่วยฝึกทักษะให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถดูแลตนเองให้หายจากโรคหืด ช่วยเหลือเมื่อต้องมาพบแพทย์ และบุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหืดท ากิจกรรมภายในบ้านหรือสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดควรสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดควรส่งเสริมให้ญาติบุคคลในครอบครัวมีความรู้และมีส่วนร่วมในการรักษาโรคหืดอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ขนาดของยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบ Meter Dose Inhaler (MDI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติการใช้ยาที่ถูกต้อง ร้อยละ 65.2 แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาพ่น แบบ MDI ในข้อการตรวจสอบยาหมดโดยการนับจำนวนที่ใช้ไป ร้อยละ 50.7 (เนื่องจากการพ่นยาตามขนาดที่แพทย์สั่งไม่หายหอบ) สอดคล้องกับกมลรัตน์ ณ หนองคาย. (2565) อธิบายได้ว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบปัญหาการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ปัญหาการขาดนัด/ขาดยา และปัญหาการใช้ยาสูดพ่นผิดเทคนิค ซึ่งปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าว

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรงทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการสังเกตอาการและสามารถ ดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยามาเป็นเวลานานพอสมควร และยาสูดพ่นขยายหลอดลมเป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้รวดเร็ว จึงสามารถประเมินผลการใช้งานได้ทันที และอาการ ข้างเคียงของยาไม่รุนแรง จึงไม่กลัวและไม่ตระหนก ดังนั้น จึงเชื่อความรู้สึกลองเองและใช้ยาตามความรู้สึกของ ตนเองมากกว่าที่จะใช้ตามจำนวนพ่นที่สั่งแพทย์

ในส่วนของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ขนาดของยาสูดพ่นในการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบ Accuhaler กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติการใช้ยาที่ถูกต้อง ร้อยละ 89.8 แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาพ่น แบบ Accuhaler ในข้อการตรวจสอบยาหมด (ปรากฏเลข 0) ร้อยละ 20.2 ซึ่งมีคนใช้สูดซ้ำกันหลายครั้งเพราะไม่มั่นใจว่าสูดถูกต้องได้ยา พอสุดท้ายสูดยาที่ตัวเลข 0 คือยาหมดมาหลายวันก่อนนัด

ในส่วนแบบบันทึกประวัติการให้คำปรึกษาด้านยาประจำตัวของผู้ใช้ยา กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากพยาบาล/แพทย์/เภสัชกร และความสามารถ ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้เกือบหมดทุกขั้นตอน (ร้อยละ 95.0-100) เนื่องจาก แพทย์จะจ่ายยาให้พอดีกับวันนัดครั้งต่อไปอยู่แล้ว และอาจเป็นไปได้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะให้คำแนะนำว่าถ้ายาหมดก่อน ก็สามารถมาโรงพยาบาลก่อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรหมพร สมจันทร์. (2562) พบว่า การให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถแก้ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ การให้ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นและ

ความสำคัญในการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนัก
และมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

เรื้อรังก่อนให้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมเสมอ หากพบ
ข้อจำกัด ควรให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแลในการ
ช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

การปฏิบัติการทางเภสัชกรรม

1. เภสัชกรควรหาวิธี หรือนวัตกรรมที่ทำให้
ผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้ยาได้
อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากพบว่า
ผู้สูงอายุประมาณ ครึ่งหนึ่งในการศึกษานี้ ไม่ได้ใช้ยา
อย่างถูกต้องและ สม่ำเสมอ รวมทั้ง ควรจัดการอบรมแก่
เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม พยาบาล ในการใช้ยาสูดพ่นขยาย
หลอดลมได้อย่างถูกวิธี เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำแก่
ผู้ป่วยและญาติได้ต่อไป

2. พยาบาลควรตรวจร่างกายและประเมิน
สภาพ สรีระของผู้สูงอายุโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้ผลของการวิจัย ครั้งนี้เป็นพื้นฐานในการ
พัฒนาส่งเสริมการดูแลตนเองในการใช้ยา ทั้งชนิด
รับประทานและยาสูดพ่น ให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหอบหืด
และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ศึกษา
ในโรงพยาบาลระดับจังหวัดแห่งเดียว ซึ่งอาจมีบริบทที่
แตกต่างกับโรงพยาบาลอื่นๆ ดังนั้น อาจมีการศึกษา
ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหอบหืดและโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังในบริบทนั้นเพิ่มเติม เพื่อประโยชน์ ในการ
วางแผนการดูแลที่จำเพาะกับปัญหามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ ณ หนองคาย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศรี
เชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. ปรินฤณพนธ์เภสัชศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤติมา โกชนสมบูรณ์. (2563). ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง ในคณะ
แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 65(1),
73-82
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจน์เรขา. (2565). บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง:
กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 38(3), 12-25.
- พรหมพร สมจันทร์. (2562). ผลของการให้คำปรึกษาด้านยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระ
เกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร, 41(1), 49-57.
- วัชร บัญสวัสดิ์. โรคหืด. ในนิติพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), ตำราโรคระบบการหายใจ(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาพ
พิมพ์; 2561, 444-454.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและ รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ:
สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.
- สุพัตรา เขียวหวาน. (2562). การพัฒนาระบบบริการการสอนวิธีการพ่นยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคระบบการหายใจ.
รามธิบดีพยาบาลสาร, 25(2), 130-147.



สุวรรณา จิตต์วรารักษ์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดในคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาล
ควนเนียง จังหวัดสงขลา. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 11(1),15-26.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. “รายงานสถิติโรค ปังบประมาณ2566”.สถิติโรคกรมการแพทย์.
กรุงเทพมหานคร:สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

อภิชาติ คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์.แนวทางการ วินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ และเด็ก
พ.ศ.2565. สมาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, พิมพ์ครั้งที่ 1, มกราคม 2565.

อัษฎนา พงศ์พันธ์ และคณะ (2566). การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD Guideline 2023. บทความการศึกษา
ต่อเนื่อง (CPE). ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. คณะเภสัชศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา.

Daniels, S., & Meuleman, J. (1994). Importance of assessment of metered dose inhaler technique in the
elderly. Journal of American Geriatrics Society, 42(1),82-84.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors influencing the quality of service at the Family Doctor Clinic,
Ban Nong Dee Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Bon District,
Nakhon Si Thammarat Province.

ทศา รัตนพันธุ์

Tasa Rattanaphan

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: June 5, 2024; Accepted: June 27, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนการบริการคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี จำนวน 182 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลปัจจัยร่วม และ 3) คุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ สถิติที่ใช้ในการวิจัย 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยร่วมของผู้รับบริการที่มารับบริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Linear Regression

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.33 เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.93 (Rang 41-100 Mean = 65.63 S.D. 11.59) สถานภาพภาพสมรส หม้าย ร้อยละ 53.85 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.46 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.86 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 66.49 สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 92.86 มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 99.45 มารับบริการ 1-5 ครั้งต่อปี ร้อยละ 45.60 เหตุจูงใจในการมารับบริการ เพราะระยะทางใกล้บ้าน ร้อยละ 88.46 ส่วนใหญ่ตรวจรักษาทั่วไป (มาพบตามอาการ) ร้อยละ 65.93 ช่องทางได้รับข้อมูลข่าวสาร เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน ร้อยละ 61.54 ระดับความคาดหวังของผู้รับบริการที่มาใช้บริการ มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ระดับคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการมีคุณภาพบริการระดับมากที่สุดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 74.2 ($R^2=0.742$) โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุดคือ ความคาดหวังด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability)และความคาดหวังด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, คุณภาพบริการ, คลินิกหมอครอบครัว

Abstract

This study This is a cross-sectional study to study factors influencing the quality of family doctor clinic services. of Nong Dee Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province The sample was selected in a purposive manner. Are patients with high blood pressure and diabetes There were 182 people registered to receive services at the family doctor clinic at Ban Nong Dee Subdistrict Health Promoting Hospital. The research instrument consisted of 3 parts: 1) personal information, 2) information on common factors, and 3) quality of service at the family doctor clinic of service recipients. Statistics used in the research 1) Analyze personal information and common factors of service recipients who receive services. Using descriptive statistics and Linear Regression.

The results of the study found that general information on service recipients of the Family Doctor Clinic at Ban Nong Dee Subdistrict Health Promoting Hospital It was found that the majority were female, 70.33%, 65.93% were over 60 years of age (Rang 41-100 Mean = 65.63 S.D. 11.59). Marital status: Widowed 53.85%, primary school level 88.46%, working as farmers 42.86% have an income not exceeding 5,000 baht/month, 66.49 percent have health insurance rights, 92.86 percent have congenital disease. High blood pressure: 99.45 percent come to receive services 1-5 times per year, 45.60 percent have reasons for coming to receive services Because the distance is close to home, 88.46 percent mostly do general medical treatment. (Come see according to symptoms) 65.93 percent Channel for receiving information Officials went out to publicize the village, 61.54 percent, the level of expectations of service recipients who came to use the service. Have the highest level of expectations Service quality level: The family doctor clinic of the service recipient has the highest level of service quality. Factors influencing the service quality of the family doctor clinic, Ban Nong Dee Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province The variables that together were predictive were 74.2 percent ($R^2=0.742$). The variable with the highest weight in the forecast is Expectations regarding trustworthiness in policing (Reliability) and expectations for understanding and sympathy in service recipients (Empathy).

Keywords : influential factors, service quality, family doctor clinic

บทนำ

จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้มีการกำหนดให้รัฐต้องมีการจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชน ได้รับบริการที่มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง รวมถึงแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ยังมุ่งลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ภายใต้นโยบาย “คลินิกหมอมอครอบครัว” และ การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ.2560-2569) ดังนั้น การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นการดูแลรักษาที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ บนพื้นฐานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษาพยาบาล ในการวางแผนการดูแล การให้การดูแล และการประเมิน (พิมพิมล วงศ์ไชยาและคณะ, 2560) ทำให้บริการสุขภาพโดยยึดประชาชน เป็นศูนย์กลางจึงเป็นคำตอบของระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับออกแบบกระบวนการบริการสุขภาพ ที่คำนึงถึง วิถีชีวิตและบริบทรอบตัวของประชาชนให้การดูแลที่ตรงคน ตรงความจำเป็น ไม่ทำให้การดูแลทางคลินิก เป็นปัญหากับการใช้ชีวิต (ดวงดาว ศรียากุลและคณะ, 2563) ระบบบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องช่วยให้ประชาชนเข้าถึงทีมสุขภาพประจำตัว และเชื่อมโยงจนถึงภาคีต่างๆ ได้มากที่สุดภายใต้บริบทที่เป็น และประชาชนต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีมีความศรัทธา จึงเป็นที่มาของการนำแนวคิด ต่างๆ มาร่วมใช้ในการออกแบบการดูแลสำหรับระบบปฐมภูมินี้ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนดีขึ้น (Better health outcomes) มีการใช้หลักคิดการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based health care) มาใช้ในการ

ออกแบบซึ่งตรงตามเป้าหมาย ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ “Triple Aim” ได้แก่ Better service, Better outcome และ Cost per capita ที่มีองค์ประกอบ 5 ข้อปฏิบัติการ ได้แก่ 1) First contact with engagement, 2) Individual care plan, 3) Personal health record for self-monitoring program, 4) Health literacy & self-management program และ 5) Continuity & coordination ทั้งนี้ องค์ประกอบทั้ง 5 มีลักษณะที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแล ที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถจัดให้เกิดกระบวนการที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง และสามารถใช้ได้กับทุกชุดบริการไม่ว่าจะเป็น การรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

การดำเนินการเพื่อจัดรูปแบบบริการของคลินิกโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต้องดำเนินการทุกช่วงระยะของชีวิตตั้งแต่ระยะที่ไม่เจ็บป่วย ไม่มีอาการหรือมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/เรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนมีความพิการต้องใช้การบูรณาการและความร่วมมือของทีมชุมชนหลายภาคส่วนต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมและผสมผสานหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบทของผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนมากที่สุด การพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์บริการ

ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และพัฒนาให้มีคุณภาพและมาตรฐานให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลในยุคนี้นจึงปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิโดยกำหนดให้มีคลินิกหมอมอครอบครัว

(PCC: primary care cluster) และมีการดูแลตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งจะต้องใช้งบประมาณส่วนหนึ่งในการพัฒนานโยบายดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่โดยพัฒนาเครื่องมือในการสำรวจเพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงาน ที่ส่งผลโดยตรงสู่ประชาชน (วิสนา ศรีวิชัย, 2561)

อำเภอนาบอน ปี 2560 มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ จำนวน 1 แห่ง ผ่าน เกณฑ์มาตรฐานจำนวน 1 แห่ง (แบบมีเงื่อนไข) และในปี 2565 มีคลินิกหมอครอบครัว ที่เปิด ดำเนินการ จำนวน 1 แห่ง (ยัง ไม่ได้รับการประเมิน) จากเกณฑ์มาตรฐานคลินิกหมอครอบครัว ที่ สำนักรับสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กำหนด มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) ต้องมีที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวและเครื่องมือ ครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ 2) ด้านบุคลากร (Staff) ต้อง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ปฏิบัติงาน 1 วัน/สัปดาห์ มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และมีนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน 3) ด้านระบบ (System) มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแล ประชาชน ประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คน และตามบริบทของพื้นที่ มีรูปแบบการจัดบริการ ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก โดยใช้เทคโนโลยี เช่น Application/LINE โทรศัพท์ / SMS มีระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า มีการจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ได้รับการ สนับสนุนจาก

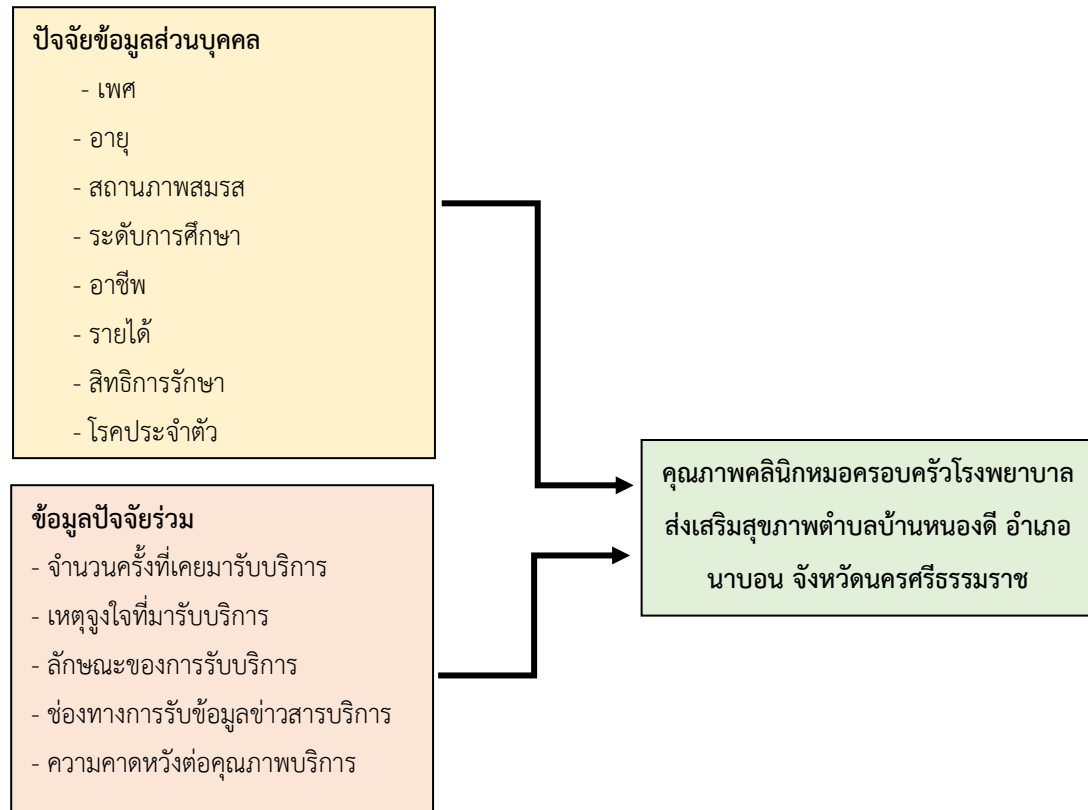
โรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ และมีข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/ราย ครอบครัว/รายบุคคล (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน, 2566)

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพบริการของคลินิกหมอครอบครัว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีตัวแปรต้นคือ ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวนครั้งที่เคยมารับบริการ เหตุฉุกเฉินที่มารับบริการ ลักษณะของการรับบริการ ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร บริการ ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ ส่วนตัวแปรตามคือคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2567

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนการรับบริการคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เข้าโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด

จำนวน 182 คน รับบริการคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2567 ช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2567 เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยน้อยผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกคนที่เข้าเกณฑ์การวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนการรับบริการคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชมากกว่า 6 เดือนก่อนการวิจัย

1.3 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่ไม่ขึ้นทะเบียนการรับบริการคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เดินทางไปอาศัยออกนอกพื้นที่ในช่วงที่มีการเก็บข้อมูลการวิจัย

2.3 ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือใช้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม แบ่ง เป็น 3 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยร่วม ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่เคยมารับบริการ เหตุฉุกเฉินที่มารับบริการ ลักษณะของการรับบริการ ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร บริการ ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ

ส่วนที่ 3 คุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ ประยุกต์จากงานวิจัยของ กัลยา ไชยวงศ์ (2565)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยร่วมของผู้รับบริการที่มารับบริการ โดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Logistic Regression

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 37/2567 รหัสโครงการ NSTPH 37/2567 วันที่รับรอง 27 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.33 รองลงมาเป็น เพศชาย ร้อยละ 29.67 ซึ่งเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.93 รองลงมา 51-60 ปี ร้อยละ 52.53 (Rang 41-100 Mean = 65.63 S.D. 11.59) สถานภาพภาพสมรส หม้าย ร้อยละ 53.85 รองลง แยกกันอยู่ ร้อยละ 17.58 ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.46 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 7.14 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.86 รองลงมา ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.32 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 66.49 รองลงมามีรายได้ 5,001-

10,000บาท/เดือน ร้อยละ 28.02 ส่วนใหญ่มีสิทธิการ
รักษาพยาบาล สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท
ร้อยละ 92.86 รองลงมา สวัสดิการข้าราชการ/

รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 3.29 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรค
ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 99.45 รองลงมา ไขมันใน
เลือดสูง ร้อยละ 35.71 ดังข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร (n=182)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	54	29.67
หญิง	128	70.33
2. อายุ		
41-50 ปี	21	11.54
51-60 ปี	41	22.53
60 ปีขึ้นไป	120	65.93
Mean ± S.D. (Min : Max)	65.63 ± 11.59 (41 : 100)	
3. ศาสนา		
พุทธ	182	100.00
4. สถานภาพสมรส		
โสด	27	14.84
คู่	25	13.74
หม้าย	98	53.85
แยกกันอยู่	32	17.58
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.10
ระดับประถมศึกษา	161	88.46
ระดับมัธยมศึกษา	13	7.14
อนุปริญญา/ปวส.	5	2.75
ปริญญาตรี	1	0.55
6. อาชีพ		
เกษตรกร	78	42.86
รับจ้าง	27	14.84
ค้าขาย/ธุรกิจ	13	7.14
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.55



คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57	31.32
อื่น ๆ	6	3.29
7. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	121	66.49
5,000-10,000 บาท/เดือน	51	28.02
10,000-50,000 บาท/เดือน	10	5.49
8. สิทธิการรักษา		
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	3.29
สิทธิประกันสังคม	2	1.10
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	169	92.86
ชำระเงินเอง	5	2.75
9. โรคประจำตัวอื่น ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	181	99.45
เบาหวาน	63	34.62
ไขมันในเลือดสูง	65	35.71

2. ข้อมูลปัจจัยร่วมของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี พบว่า จำนวนครั้งที่เคยมารับบริการ ส่วนใหญ่มารับบริการ จำนวน 1-5 ครั้งต่อปี ร้อยละ 45.60 รองลงมาจำนวน 6-10 ครั้ง/ปี ร้อยละ 33.52 เหตุจูงใจในการมารับบริการ พบว่าส่วนใหญ่ ระยะทางใกล้บ้าน ร้อยละ 88.46 รองลงมาอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 53.85 ลักษณะของการรับบริการ ส่วนใหญ่ตรวจรักษาทั่วไป (มาพบตามอาการ) ร้อยละ 65.93 รองลงมาบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) ร้อยละ 34.07 ช่องการได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน ร้อยละ 61.54 รองลงมาเคยรับบริการมาก่อน ร้อยละ 28.02 ดังข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยร่วมของผู้รับบริการ (n=182)

ปัจจัยร่วมของผู้รับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนครั้งที่เคยมารับบริการ		
1-5 ครั้ง/ปี	83	45.60
6-10 ครั้ง/ปี	61	33.52
10-15 ครั้ง/ปี	21	11.54
มากกว่า 15 ครั้ง/ปี	17	9.34
2. เหตุจูงใจในการมารับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ระยะทางใกล้บ้าน	161	88.46
อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสิทธิการรักษา	98	53.85
ญาติ/คนรอบข้างพามา	13	7.14
3. ลักษณะของการรับบริการ		
ตรวจรักษาทั่วไป (มาพบตามอาการ)	120	65.93
บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs)	62	34.07
4. ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัว		
เพื่อน/ญาติพี่น้องบอกต่อกันมา	14	7.69
เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน	112	61.54
ประกาศเสียงตามสายในหมู่บ้าน และ โฉนหมู่บ้าน	5	2.75
เคยรับบริการมาก่อน	51	28.02

3. ระดับความคาดหวังของผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability) ส่วนใหญ่มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.05 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 27.47 ด้านการตอบสนอง ทำที่การแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) ส่วนใหญ่มีความคาดหวังระดับ มากที่สุด ร้อยละ 45.60 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 24.73 ด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) ส่วนใหญ่มีความคาดหวังระดับ มากที่สุด และมาก ร้อยละ 35.71 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 20.88 ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) ส่วนใหญ่มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.81 รองลงมาระดับมาก ร้อยละ 33.52 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ส่วนใหญ่มีความคาดหวังระดับมากร้อยละ 39.01 รองลงมาระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.22 ดังข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ (n=182)

ปัจจัยคุณภาพการให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability)		
ระดับมากที่สุด	82	45.05
ระดับมาก	50	27.47
ระดับปานกลาง	29	15.93
ระดับน้อย	21	11.55
ด้านการตอบสนอง ทำที่การแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)		
ระดับมากที่สุด	83	45.60
ระดับมาก	45	24.73
ระดับปานกลาง	20	10.99
ระดับน้อย	34	18.68
ด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance)		
ระดับมากที่สุด	65	35.71
ระดับมาก	65	35.71
ระดับปานกลาง	19	10.44
ระดับน้อย	33	18.13
ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)		
ระดับมากที่สุด	67	36.81
ระดับมาก	61	33.52
ระดับปานกลาง	38	20.88
ระดับน้อย	16	8.79
ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)		
ระดับมากที่สุด	55	30.22
ระดับมาก	71	39.01
ระดับปานกลาง	27	14.84
ระดับน้อย	29	15.93

4. ระดับคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี คุณภาพการให้บริการในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพบริการระดับมากที่สุด 32.42 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 29.12 จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีคุณภาพ

บริการระดับมาก ร้อยละ 39.56 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.18 ด้านบริการเชิงรุกในชุมชน ส่วนใหญ่มีคุณภาพบริการระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.36 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.67 ด้านบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชนส่วนใหญ่ มีคุณภาพบริการระดับ มากที่สุด ร้อยละ 39.56 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.88 ด้านบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน ส่วนใหญ่มีคุณภาพบริการระดับ มากที่สุด ร้อยละ 39.56 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.67 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ส่วนใหญ่มีคุณภาพบริการระดับมากร้อยละ 39.01 รองลงมาในระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.22 ดังข้อมูลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการ (n=182)

คุณภาพการให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรักษาพยาบาล		
ระดับมากที่สุด	33	18.13
ระดับมาก	72	39.56
ระดับปานกลาง	44	24.18
ระดับน้อย	33	18.13
ด้านบริการเชิงรุกในชุมชน		
ระดับมากที่สุด	68	37.36
ระดับมาก	40	21.98
ระดับปานกลาง	54	29.67
ระดับน้อย	20	10.99
ด้านบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน		
ระดับมากที่สุด	72	39.56
ระดับมาก	27	14.84
ระดับปานกลาง	55	30.22
ระดับน้อย	28	15.38
คุณภาพการให้บริการในภาพรวม		
ระดับมากที่สุด	59	32.42
ระดับมาก	47	25.82
ระดับปานกลาง	53	29.12
ระดับน้อย	23	12.64

5. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 74.2 ($R^2=0.742$) โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุดคือ ความคาดหวังด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability) และความคาดหวังด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) ($\beta = .463, .203$) โดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

สมการพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดังนี้

คะแนนดิบ

$$\text{คุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว} = 0.494 + 0.417_{(\text{Reliability})} + 0.197_{(\text{Empathy})}$$

คะแนนมาตรฐาน

$$\text{คุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัว} = 0.463_{(\text{Reliability})} + 0.203_{(\text{Empathy})}$$

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=182)

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
1. ความคาดหวังด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability)	0.417	0.089	0.463	4.665	<0.001
2. ความคาดหวังด้านการตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)	0.197	0.104	0.222	1.902	0.059
3. ความคาดหวังด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)	0.197	0.095	0.203	2.075	0.039
ค่าคงที่ 0.494 ; SE _b ± 0.433					
R = 0.861 ; R ² = 0.742 ; F = 170.524 ; p-value < 0.001					

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชมีประเด็นที่นำมาอภิปรายไว้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.33 ซึ่งเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.93 (Rang 41-100 Mean = 65.63 S.D. 11.59) สถานภาพภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 53.85 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.46 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.86 รองลงมา มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 66.49 สิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 92.86 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 99.45 สอดคล้องกับการศึกษาของวีสนา ศรีวิชัย (2561) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงสูงวัย (ร้อยละ 65.8) และสอดคล้องกับการการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ (2563) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิหลักประกันสุขภาพ

2. ข้อมูลปัจจัยร่วมของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี พบว่าจำนวนครั้งที่เคยมารับบริการ ส่วนใหญ่มารับบริการ จำนวน 1-5 ครั้งต่อปี ร้อยละ 45.60 เหตุจูงใจในการมารับบริการ พบว่าส่วนใหญ่ ระยะเวลาใกล้บ้าน ร้อยละ 88.46 ลักษณะของการรับบริการ ส่วนใหญ่ตรวจรักษาทั่วไป (มาพบตามอาการ) ร้อยละ 65.93 ช่องการได้รับข้อมูลข่าวสารบริการคลินิกหมอครอบครัวส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน ร้อยละ 61.54

3. ระดับความคาดหวังของผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability) มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.05 ด้านการตอบสนอง ท่าทีการแสดงออก หรือปฏิสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.60 ด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสารและความรู้ ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) มีความคาดหวังระดับ มากที่สุด และมาก ร้อยละ 35.71 ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.81 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 39.01 สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา ไชยวงศ์ (2565) มีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการในระดับมากที่สุดต่อการให้บริการของบุคลากร

4. ระดับคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวของผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี คุณภาพการให้บริการในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพบริการระดับมากที่สุด 32.42 จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีคุณภาพบริการระดับมากที่สุด ร้อยละ 39.56 ด้านบริการเชิงรุกในชุมชน มีคุณภาพบริการระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.36 ด้านบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชนส่วนใหญ่ มีคุณภาพบริการระดับ มากที่สุด ร้อยละ 39.56 ด้านบริการรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน มีคุณภาพบริการระดับ มากที่สุด ร้อยละ 39.56 ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) มีคุณภาพบริการระดับมากที่สุด ร้อยละ 39.01 สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา ไชยวงศ์ (2565) มีคุณภาพบริการในระดับมากที่สุด และ

กิตติศักดิ์ แสงทองและคณะ (2561) มีคุณภาพบริการจากผู้รับบริการในระดับมากที่สุด ซึ่งพบว่าด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) มีค่ามากที่สุด

5. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอ นาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 74.2 ($R^2=0.742$) โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุดคือ ความคาดหวังด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการตรวจรักษา (Reliability) และความคาดหวังด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา ไชยวงศ์ (2565) มีคะแนนความคาดหวังต่อต่อคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย ($OR_{Adj} = 1.00$,

95% CI: 0.00-1.63) โดยร่วมกันทำนายความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวได้ร้อยละ 8.71

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการศึกษาในส่วนของผู้ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการ
2. การพัฒนาระบบการสื่อสารในชุมชน ระบบการส่งต่อ ช่องทางการสื่อสารต่างๆ ให้ทันสมัย ซึ่งเป็นส่วนที่คลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดี อำเภอ นาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังขาดในส่วนนี้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน;
- กัลยา ไชยวงศ์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก.สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2567
- กิตติศักดิ์ แสงทองและคณะ. (2561).ปัจจัยคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช.สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2567 สืบค้นจาก <https://riss.rmutsv.ac.th/upload/doc/202004/dPckmm7jbUL3MbZD3mKS/dPckmm7jbUL3MbZD3mKS.pdf>.
- ดุสิตา ตู๊ประกาย (2561)การเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิ ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตเมือง จากมุมมองผู้ป่วย. Thammasat Medical Journal:19(1) .77-86.

- ดวงดาว ศรียากุล, บวรศม ลีระพันธ์, เกวลิน ชื่นเจริญสุข. (2563). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care). นนทบุรี: บอรัณ ทุ ปี พับลิชชิง.
- ธนสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์. (2564). รูปแบบการจัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็นคลินิกหมอ ครอบครัวต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย (ระบบออนไลน์) สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2561. สืบค้นจาก <http://202.28.34.124/dspace/bitstream/123456789/880/1/60031480004.pdf>
- พิมพ์มล วงศ์ไชยา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พินทอง ปินใจ. (2560). การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง: บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.; 4(ฉบับพิเศษ):361-S371.
- มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์และปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. (2563). ประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามการรับรู้ของ ประชาชนที่เคยใช้บริการ.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.28(3).295-305.
- วิสนา ศรีวิชัย. (2561). การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในจังหวัดตาก: ความคาดหวัง การได้รับการบริการสุขภาพ และความพึงพอใจ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล.บูรพาเวชสาร : 5 (1).64-82.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ. (2563). การประเมินผลเบื้องต้น: ประสพการณ์การได้รับการดูแล แบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.14(2).143-155.
- สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, ญัญญิยา คำผล, น้ำฝน ศรีบัณฑิต, ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2560). รายงาน การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทาง เศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว. Ln[8hog,njvเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4804/hs2375.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

Developing Guideline for Caring Stroke Patients to Prevent Recurrence,
in Khaopanom Hospital, Krabi Province.

เบญจมาภรณ์ ชูช่วย

Benjamaporn Chuchuay

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

(Received: June 5, 2024; Accepted: June 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในโรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำลดลง แม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เช่น ไขมันรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดมีแนวโน้มดีขึ้น แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แต่อาจต้องใช้เวลาเกินกว่า 8 สัปดาห์ในการเห็นผลชัดเจนทางกายภาพ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, แนวทางการดูแล

Abstract

This research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a care guideline for stroke patients to prevent recurrence at Khao Phanom Hospital, Krabi Province. The study employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest. The sample consisted of 15 stroke patients. The research instruments included questionnaires assessing risk factor perception, perceived benefits of preventive behaviors, and recurrence prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after the intervention, patients' mean scores for risk factor perception, perceived benefits, and recurrence prevention behaviors increased significantly ($p < .05$). The risk level for recurrence decreased, although not statistically significant. Physical risk factors such as waist circumference, body mass index, blood pressure, blood sugar, and lipid levels showed improving trends. The developed care guideline proved effective in enhancing perception and preventive behaviors for stroke recurrence. However, observing clear physical results may require more than 8 weeks.

Keywords : Stroke, Recurrence Prevention, Care Guideline

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก องค์การอัมพาตโลกรายงานว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก โดยมีผู้ป่วย 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และผู้ป่วยใหม่ 13.7 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization, 2017) ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ ปีละ 30,000 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักประสบปัญหาด้านการพูด การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของโรคแบ่งเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ได้ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยที่ป้องกันได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ พบว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระหว่างปี 2562-2566 จำนวน 74, 98, 143, 128 และ 138 รายตามลำดับ และพบผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 6, 14, 19, 25 และ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.10, 14.28, 13.28, 19.53 และ 14.78 ตามลำดับ แม้จะมีแนวทางการรักษาที่เริ่มจากการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำ CT scan แต่ยังไม่พบว่ามีแนวทางดูแลที่ครอบคลุมตลอดกระบวนการรักษา (โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำประกอบด้วยปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค และการรับประทาน

ยาอย่างสม่ำเสมอ การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) พบว่าช่วยเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการป้องกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรค (จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์, 2557; Kamara & Singh, 2012)

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยครอบคลุมตั้งแต่การรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจนถึงการจำหน่าย การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยเน้นการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นในการลดความเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรงพยาบาลเขาพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ไขมันรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลเขพนม จำนวน 15 คน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการส่งต่อไปตรวจ CT scan ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ก่อนถูกส่งกลับมาดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลเขพนม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาวิจัยและเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke)
2. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขนาดเล็ก (Minor stroke)
3. ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหลังทำ CT brain เพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเขพนม

4. ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเขพนม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) และถูกส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลกระบี่เพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเขพนม
2. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน (Stroke fast track) และถูกส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลกระบี่เพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเขพนม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับผลของโปรแกรมป้องกันการ

กลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขพนม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลขณะป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด

ส่วนที่ 2 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ใช้แบบการคัด

กรองโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตโดยวิธีทางวาจา (Verbal screening) ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 9 ข้อ ครอบคลุมประวัติการเป็นอัมพาตของญาติสายตรง ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ขนาดรอบเอวและดัชนีมวลกาย การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ

ความเสี่ยงสูงมาก: ผิดปกติ > 5 ข้อ หรือมีประวัติเป็นอัมพาต โรคหัวใจ เบาหวานที่มีปัญหาโรคไต หรือได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นกรรมพันธุ์ไขมันผิดปกติ

ความเสี่ยงสูงปานกลาง: ผิดปกติ 3-5 ข้อ หรือระดับความดันโลหิตสูงมาก (BP > 170/100 มม.ปรอท 2 ครั้งติดกันมากกว่า 2 รอบการตรวจรักษา) หรือ Cholesterol > 309 mg%

ความเสี่ยงสูง: ผิดปกติ 2 ข้อ หรือเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี หรือมีประวัติญาติสายตรงเป็นอัมพาตหรือหัวใจขาดเลือด หรือเบาหวานที่คุมไม่ได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงของจุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ (2561) ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างให้เกิดความรู้ และการรับรู้ โดยกิจกรรมการสอนให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการฟังการบรรยายประกอบแผ่นพลิก ได้แก่ สาเหตุ อาการของโรคหลอดเลือดสมองปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ทั้งจากที่พบในตัวผู้ป่วยเองและจากที่พบในบุคคลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการอธิบายและยกตัวอย่างพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งด้านการรับประทานอาหาร ชนิดของอาหารที่ควรรับประทานหรือต้องหลีกเลี่ยง ชนิดและเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันและระดับความดันโลหิต การพักผ่อนที่เหมาะสม การรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด

ขั้นตอนที่ 2 ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ทบทวนความรู้ซ้ำและทบทวนข้อกำหนดแนวทางการปฏิบัติตัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยทำการติดตามสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 2, 4 หลังกลุ่มทดลองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติตัวผลการปฏิบัติตัวปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตัว

ขั้นตอนที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมิน 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 2) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 3) พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 4) ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน การเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ ประจำปี 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.3) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 53.3) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 80.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.7) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 80.0) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 53.3) นอกจากนี้ ร้อยละ 40.0 มีญาติสายตรงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 80.0)

กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลายประการ โดยพบว่าร้อยละ 60 มีขนาดรอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 80 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 60 มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 46.7 มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 40 มีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่า

เกณฑ์ปกติ และร้อยละ 53.3 มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงเกินเกณฑ์

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60-80 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

2. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลอง โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) จาก 82.66 (ระดับปานกลาง) เป็น 96.06 (ระดับมาก) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) จาก 59.86 (ระดับปานกลาง) เป็น 70.66 (ระดับมาก) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) จาก 23.53 (ระดับปานกลาง) เป็น 29.26 (ระดับมาก) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการทดลองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง (n = 15) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ตัวแปร	คะแนน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
		μ	σ	ระดับ	μ	σ	ระดับ		
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง	22-110	82.66	8.69	ปานกลาง	96.06	6.45	มาก	3.413	.001
การรับรู้ประโยชน์	17-75	59.86	6.46	ปานกลาง	70.66	13.06	มาก	2.562	.010
พฤติกรรมป้องกันการ	22-36	23.53	3.71	ปานกลาง	29.26	2.43	มาก	3.417	.001

3. การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ผลการวิจัยแสดงการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจก่อนการทดลอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ร้อยละ 33.3) และกลุ่มเสี่ยงสูง (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ

ภายหลังการทดลอง สัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงมากลดลงเหลือร้อยละ 13.3 ขณะที่กลุ่มเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.7 และกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 40.0 แม้จะเห็นแนวโน้มการลดลงของกลุ่มเสี่ยงสูงมากอย่างชัดเจน แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.343$, $df = 2$, $p = 0.133$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทดลอง

ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงสูงมาก	5	33.3	2	13.3
เสี่ยงสูงปานกลาง	8	53.4	6	40.0
เสี่ยงสูง	2	13.3	7	46.7

$$\chi^2 = 4.343, df = 2, p = 0.133$$

4. การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยแสดงการเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง (n = 15) พบว่า มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทุกปัจจัย แม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงลดลงในทุกด้าน ได้แก่ ขนาดรอบเอว (จากร้อยละ 60.0 เป็น 46.7) ดัชนีมวลกาย (จากร้อยละ 80.0 เป็น 60.0) ระดับความดันโลหิต (จากร้อยละ 60.0 เป็น 46.7) ระดับน้ำตาลในเลือด (จากร้อยละ 46.7 เป็น 33.3) ระดับคอเลสเตอรอล (จากร้อยละ 40.0 เป็น 13.3), และระดับไตรกลีเซอไรด์

(จากร้อยละ 53.3 เป็น 33.3) การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดที่สุดคือระดับคอเลสเตอรอล ($p = .098$) แม้ว่าจะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด ผลการวิจัยนี้

ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ขนาดรอบเอว						
เสี่ยง (ชาย > 90, หญิง > 80)	9	60.0	7	46.7	2.143	.143
ไม่เสี่ยง (ชาย > 90, หญิง > 80)	6	40.0	8	53.3		
2. ดัชนีมวลกาย						
เสี่ยง (BMI ≥ 25)	12	80.0	9	60.0	1.429	.232
ไม่เสี่ยง (BMI < 25)	3	20.0	6	40.0		
3. ระดับความดันโลหิต						
เสี่ยง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท)	9	60.0	7	46.7	.1357	.712
ไม่เสี่ยง (<140/90 มม.ปรอท)	6	40.0	8	53.3		
4. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)						
เสี่ยง (≥ 120 มก./ดล)	7	46.7	4	33.3	2.222	.132
เสี่ยง (< 120 มก./ดล)	8	53.3	11	66.7		
5. Cholesterol						
เสี่ยง (≥ 200 มก./ดล.)	6	40.0	2	13.3	2.727	.098
ไม่เสี่ยง (< 200 มก./ดล.)	9	60.0	13	86.7		
6. Triglyceride						
เสี่ยง (≥ 150 มก./ดล.)	8	53.3	5	33.3	1.222	.271
ไม่เสี่ยง (< 150 มก./ดล.)	7	46.7	10	66.7		

อภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยมีการ

ปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากการทดลอง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้และการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ โดยมีการให้ความรู้ที่ครบถ้วนและการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงและการดูแลตนเองได้ดีขึ้น การให้ความรู้ที่ครอบคลุมไม่เพียงแต่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังรวมถึงประโยชน์ของการปรับพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจดีขึ้นจะมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ การสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากทีมแพทย์และพยาบาล รวมถึงการติดตามผลอย่างใกล้ชิดยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและมีความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตตามแนวทางที่แนะนำ

นอกจากนี้ การใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้การปรับพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้น เนื่องจากกรอบแนวคิดนี้เน้นการสร้างความรู้ในปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของการปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยที่เข้าใจถึงความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมากขึ้น นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจผ่านการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมอีกด้วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Becker & Maiman (1975) ที่ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของพฤติกรรมสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ งานวิจัยก่อนหน้านี้ของจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) ก็ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยนี้อย่างชัดเจน ข้อจำกัดของการวิจัยนี้รวมถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กและเป็นการศึกษาเชิงทดลอง ซึ่งอาจจำกัดความสามารถใน

การสรุปผลไปใช้กับประชากรทั่วไป นอกจากนี้ การติดตามผลในระยะเวลายาวนานอาจไม่สามารถประเมินผลกระทบในระยะยาวได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ยืนยันถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการสนับสนุนทางพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนา แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เหตุผลที่ผลการวิจัยไม่สามารถลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาการติดตามที่สั้นเกินไป ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป หรือปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว สถานการณ์สุขภาพที่ซับซ้อน หรือการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลอย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวมักต้องการเวลามากกว่านี้ และการติดตามผลในระยะยาวอาจแสดงผลที่ชัดเจนขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Becker & Maiman (1975) ที่ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของพฤติกรรมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ งานวิจัยของจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยนี้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยของ Kamara & Singh (2012) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยปัจจุบัน แต่การศึกษาโดยจุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ (2561) ที่แสดงให้เห็นว่าแนว

ทางการดูแลที่คล้ายกันมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ผลการวิจัยของเรา ยังไม่สามารถลดความเสี่ยงได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพควรใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาไปประยุกต์ใช้และปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เพิ่มความสำเร็จในการลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ไขมันคอเลสเตอรอลสูง ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนา แต่การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง อย่างไรก็ตาม การที่ผลไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการติดตามที่สั้นเกินไป (8 สัปดาห์) และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย (15 คน) ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญของการวิจัยนี้ ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ (2561) ที่พบว่าโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุจิตรา คัมพะอาด และคณะ (2560) ที่พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอาจต้องใช้เวลา นานกว่า อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาของปิยะนุช จิตตานุญ (2564) ที่พบ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและบริบทของพื้นที่

โดยสรุป การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ยังไม่สามารถลดระดับความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพได้อย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลา 8 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลเขાપพนมควรจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติและผู้ดูแล โดยเน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และแจกจ่ายให้กับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษา

1.3 ควรสร้างระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การโทรศัพท์ติดตามหรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ในการติดตามและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการ

ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของผู้ป่วยในบริบทของ
จังหวัดกระบี่

2.3 ควรศึกษาประสิทธิผลของแนว
ทางการดูแลในระยะยาว โดยติดตามผู้ป่วยเป็น
ระยะเวลา 1-2 ปี

2.4 ควรทำการวิจัยแบบสุ่มและมี
กลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนว
ทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นกับการดูแลแบบปกติ

3. ข้อจำกัดของการวิจัย

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (15 คน)
และจำกัดอยู่ในพื้นที่เดียว ซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของ
ประชากรทั้งหมด

3.2 ระยะเวลาในการติดตามผล (8
สัปดาห์) อาจไม่เพียงพอที่จะประเมินผลลัพธ์ในระยะ
ยาว

3.3 การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำ
ให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลของแนวทางการดูแลที่
พัฒนาขึ้นกับการดูแลแบบปกติได้อย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค หลอดเลือด
สมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 17(1), 6-15.
ปิยะนุช จิตตุนนท์. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมอง:
กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(2), 13-25.
โรงพยาบาลเขพนม จังหวัดกระบี่. (2566). รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562-2566 [รายงานที่ไม่ได้ตีพิมพ์].
โรงพยาบาลเขพนม.
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559.
กระทรวงสาธารณสุข.
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานประจำปี 2562 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุม
โรค. กระทรวงสาธารณสุข.
สุจิตรา คุ่มสะอาด, วิณา เทียงธรรม, และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ. (2560). [ไม่มีชื่อบทความ]. วารสารสมาคมพยาบาล
สาธารณสุขไทย, 31(ฉบับพิเศษ), [ไม่มีเลขหน้า].
Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and
medical care recommendations. Medical Care, 13(1), 10-24.

Kamara, S., & Singh, S. (2012). What are the patient-held illness beliefs after a transient i s c h a e m i c attack, and do they determine secondary prevention activities: An exploratory study in a North London General Practice. Primary Health Care Research & Development, 13(2), 165-174. <https://doi.org/10.1017/S1463423611000284>

World Stroke Organization. (2019). Global stroke fact sheet. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก

Effects of Self-Regulation Program on Diet Control for Patients with
Type 2 Diabetes of Non-Communicable Disease Clinic, BanKhok Hospital.

วงศ์จันทร์ นุตเวช

Wongchan Nuttawet

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

(Received: June 7, 2024; Accepted: June 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการกำกับตนเองและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จาก 131.24 mg/dL เป็น 125.64 mg/dL สรุปได้ว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมการควบคุมอาหารและลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตน ร่วมกับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคได้ดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมอาหาร, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study aimed to investigate the effects of a self-regulation program on dietary control behaviors among patients with type 2 diabetes at the Non-Communicable Disease Clinic, Ban Khok Hospital. The research employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 22 patients with type 2 diabetes. The instruments used included a self-regulation program and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after the experiment, the sample group had significantly higher mean scores in self-efficacy perception, outcome expectations of self-care practices, and dietary control behaviors compared to pre-experiment scores ($p < .001$). Additionally, the fasting blood sugar levels after 8 hours decreased significantly ($p < .001$) from 131.24 mg/dL to 125.64 mg/dL. It can be concluded that the self-regulation program was effective in improving dietary control behaviors and reducing blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. Involving patients in goal-setting, self-care planning, and continuous follow-up were key factors that helped patients improve their behavior and better control their disease. The findings of this research can be applied to develop care guidelines for diabetes patients in Non-communicable disease clinics of community hospitals.

Keywords : Self-regulation program, Dietary control behavior, Type 2 diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเบาหวานถึงร้อยละ 8.5 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 600 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยอันดับต้น ๆ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1,205.76 และอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 25.92 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563)

โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม โดยพบว่าร้อยละ 93.6 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจ (อุมาลี ธรศรี และคณะ, 2561; ศุภรัฐ พูนกล้า และสุขสิน เอกา, 2562) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และอาจนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อรพินท์ สีขาว, 2559) นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจเผชิญปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นวิธีการสำคัญในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน โดยมีกระบวนการหลัก คือ การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Bandura, A., 1978) ซึ่งช่วยเสริมสร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพิ่มความสามารถในการจัดการโรค เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ ผลลัพธ์เหล่านี้นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่

ดีขึ้น การลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืน

ในอดีต มีการใช้วิธีการให้ความรู้และคำแนะนำทั่วไปแก่ผู้ป่วย แต่พบว่ายังไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน การศึกษาหลายครั้งได้นำแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม (ยุพิน เมืองศิริ, 2556; Shen et al., 2012) และการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วย (Walker et al., 2011) ส่วน Youkong (2015) พบว่าการนำแนวคิดนี้มาช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมมากขึ้น และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคได้อย่างสม่ำเสมอ และ Saengsuwan et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโคก โดยมุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร สร้างการกำกับตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และกระบวนการที่นำไปสู่เป้าหมายด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการกำกับตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโคก โดยการวัดผลจากการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย

2. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test experiment) ระยะเวลาระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงมกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโคก คำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) (Cohen, 1988) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = 0.80$ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 12 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit, 2010) ทำให้กลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยนี้เท่ากับ 14 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากหน่วยงานต้องการให้

ผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการจากโครงการอย่างทั่วถึง จึงประกาศเชิญชวนให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 22 คน การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน 2) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ≥ 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกัน 3 ครั้ง 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหรือโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม (เช่น โรคต่อกระเจก โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคไต) 4) ไม่มีภาวะผิดปกติด้านความคิดและความจำ 5) สมครใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2. เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) มีปัญหาด้านสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ (เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร หรืออัมพาต) 2) ย้ายที่อยู่ระหว่างการทำการวิจัย 3) ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย 4) แพทย์เปลี่ยนการรักษาจากยารับประทานเป็นยาฉีด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การจัดกิจกรรม 3 ครั้ง และการติดตามประเมินผล 5 ครั้ง รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 "เรียนรู้เข้าใจ ลดเสี่ยง
เสี่ยงโรคแทรกซ้อน"

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้
ทำความรู้จัก สร้างความอบอุ่นเป็นกันเอง สร้างความ
ไว้วางใจ การยอมรับ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง
กลุ่มผู้ป่วยด้วยกันและกับผู้วิจัย แจกคู่มือการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) เนื้อหาเกี่ยวกับ
โรคเบาหวานและการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือด 2) กราฟบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ 3) แบบบันทึกปัญหา
เป้าหมายที่กำหนด และพันธะสัญญาใจของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 แบบบันทึกการรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่ 2 "ลดหวานมันเค็ม บริโภค
ถูกวิธี ลดเสี่ยงโรคแทรกซ้อน"

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง
ตัดสินใจและวางแผนการปฏิบัติตัว กำหนดเป้าหมาย
การควบคุมอาหารด้วยตนเอง มีความคาดหวังในผลดี
ของการปฏิบัติตัว และมีทักษะและความมั่นใจใน
ความสามารถของตนเองด้านการควบคุมอาหารได้อย่าง
ถูกต้องเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 3 "สุขภาพดีแน่ แค่ตั้งใจ"

วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมี
ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว รับรู้
ความสามารถตนเอง และมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร
อย่างเหมาะสมตามเป้าหมายที่กำหนด

สัปดาห์ที่ 4 ถึง 8 "ร่วมประเมิน
สุขภาพดีแน่ แค่ตั้งใจ"

กลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารในคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย
ตนเอง 3 วัน/สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามและให้ข้อมูล
ย้อนกลับทุกสัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลการ
ปฏิบัติตัวเทียบกับเป้าหมาย หากประสบความสำเร็จให้

คงพฤติกรรมนั้นไว้และตั้งเป้าหมายใหม่ หากไม่สำเร็จ
อาจพิจารณาปรับลดเป้าหมายลง 2. คู่มือการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม ประกอบด้วย 1) เนื้อหาเกี่ยวกับ
โรคเบาหวานและการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือด 2) กราฟบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ 3) แบบบันทึกปัญหา
เป้าหมายที่กำหนด และพันธะสัญญาใจของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 แบบบันทึกการรับประทานอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล คือ แบบสอบถามผลของโปรแกรมการกำกับ
ตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลบ้านโคก ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
ประกอบด้วยข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรและการ
เจ็บป่วย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ ลักษณะอาหารที่รับประทาน และระดับ
น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) จำนวน 8 ข้อ โดย
เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้
ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 12
ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ "มั่นใจว่า
ทำได้ทุกครั้ง" (4 คะแนน) ถึง "มั่นใจว่าทำไม่ได้อย่าง
แน่นอน" (1 คะแนน) การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับตาม
เกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ ระดับสูง (39-48
คะแนน) ระดับปานกลาง (29-38 คะแนน) และระดับต่ำ
(12-28 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวัง
ในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร จำนวน
12 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก "เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง" (4 คะแนน) ถึง "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง"
(1 คะแนน) การประเมินใช้เกณฑ์เดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมอาหาร จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ "ไม่เคยปฏิบัติเลย" (0 คะแนน) ถึง "ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์" (4 คะแนน) การประเมินใช้เกณฑ์เดียวกับส่วนที่ 2 และ 3

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคเบาหวาน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคเบาหวาน และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน) ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้ได้ค่า S-CVI = 0.90

2. แบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายการวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าที่ได้ 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ โดยค่าเข้าใกล้ 1 แสดงถึงความเที่ยงสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนก่อนและหลังโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.0 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 52.36 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.0 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 92.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง ร้อยละ 100.0 ทุกครั้งที่มาตรวจทานทราบผลระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 100.0

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหารก่อนและหลังโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ก่อนการทดลอง พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 ค่าเฉลี่ย 30.16 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.14 คะแนน หลังการทดลองการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 52.0 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 48.0 ค่าเฉลี่ย 39.08 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.79 คะแนน ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.012$ $p < .000$)

3. การเปรียบเทียบความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารก่อนและหลังโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ก่อนการทดลอง พบว่า ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.0 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 24.0 ค่าเฉลี่ย 36.88 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.18 คะแนน ภายหลังการทดลองความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 20.0 ค่าเฉลี่ย 41.28 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.71 คะแนน ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พบว่า ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.375$ $p < .000$)

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมอาหารก่อนและหลังโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ก่อนการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 40.0 ค่าเฉลี่ย 36.12 คะแนน

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.90 คะแนน ภายหลังการทดลองความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.0 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0 ค่าเฉลี่ย 41.44 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.41 คะแนน ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.977$ $p < .000$) (ตารางที่ 1)

5. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมโรคเบาหวานระดับพอใช้ (ระดับ FBS น้อยกว่า 130 mg/dL) ร้อยละ 60.0 (15 ราย) รองลงมาคือ สามารถควบคุมโรคเบาหวานระดับพอใช้ (ระดับ FBS 130-159 mg/dL) ร้อยละ 40.0 (10 ราย) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง เท่ากับ 131.24 mg/dL ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมโรคเบาหวานระดับพอใช้ (ระดับ FBS น้อยกว่า 130 mg/dL) ร้อยละ 42.0 (18 ราย) รองลงมาคือ สามารถควบคุมโรคเบาหวานระดับพอใช้ (ระดับ FBS 130-159 mg/dL) ร้อยละ 28.0 (7 ราย) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง เท่ากับ 125.64 mg/dL ภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.325$ $p < .000$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว ด้านการควบคุมอาหารและพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง (n = 22)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95 % CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร	30.16	6.14	39.08	2.79	6.87-10.96	9.012	.000
ความคาดหวังในผลดีของการควบคุมอาหาร	36.88	5.18	41.28	2.71	2.71-6.08	5.375	.000
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	36.12	5.90	41.44	2.41	3.11-7.52	4.997	.000
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง	131.24	12.49	125.64	9.55	2.92 – 8.27	4.325	.000

อภิปรายผล

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 30.16 คะแนน เป็น 39.08 คะแนน ($t = 9.012$, $p < .001$) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมีผลเชิงบวกต่อความเชื่อมั่นในการควบคุมอาหารของผู้ป่วย ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการสร้างความเข้าใจและความตระหนักในบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการโรคเบาหวาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จนี้ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติด้วยตนเอง การเรียนรู้และได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ การใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Clark et al. (1991), Shen et al. (2012) และ Youkong et al. (2015) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการโรค ปรับปรุงพฤติกรรม

การดูแลตนเอง และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 36.88 เป็น 41.28 ($t = 5.375$, $p < .001$) และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความคาดหวังในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 80.0 ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเสริมสร้างความคาดหวังในผลดีของการควบคุมอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จนี้ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตัว การได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำจากทีมสุขภาพ การใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมอาหารและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Shen et al.

(2012), Walker et al. (2011) และ Youkong et al. (2015) ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองสามารถเพิ่มความคาดหวังในผลดีและปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มจาก 36.12 เป็น 41.44 คะแนน ($t = 4.977$, $p < .001$) และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 92.0 ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเสริมสร้างและปรับปรุงพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมประกอบด้วยการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการควบคุมอาหาร การติดตามผลอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ รวมถึงการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติตัว ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตามแผนการควบคุมอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าของ Saengsuwan et al. (2011) และ Shen et al. (2012) ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองสามารถปรับปรุงพฤติกรรมการควบคุมอาหารและลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ สนับสนุนแนวคิดที่ว่าความร่วมมือในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้น

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง โดยค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลใน

เลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงลดลงจาก 131.24 mg/dL เป็น 125.64 mg/dL ($t = 4.325$, $p < .001$) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นสะท้อนถึงความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการดูแลสุขภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้และความเข้าใจที่เหมาะสม การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติตัว ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Saengsuwan et al. (2011) และ Walker et al. (2011) ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ สนับสนุนแนวคิดที่ว่าความร่วมมือในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมการกำกับตนเองไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

1.2 จัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อให้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 พัฒนาคู่มือการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ด้วยตนเองที่บ้าน



2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในระยะยาว เช่น ติดตามผล 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 2.2 ทำการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
- 2.3 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม หรือ เศรษฐกิจ

3. ข้อจำกัดของการวิจัย

- 3.1 การศึกษานี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย (22 คน) ซึ่งอาจจำกัดการนำผลไปใช้อ้างอิงกับประชากรทั่วไป
- 3.2 การวิจัยใช้รูปแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน
- 3.3 ระยะเวลาในการติดตามผลค่อนข้างสั้น (8 สัปดาห์) ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการประเมินผลระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). จำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559-2562. <http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail>
- ยุพิน เมืองศิริ. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อค่าระดับน้ำตาลสะสม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 21(1), 37-51.
- ศุภรัฐ พูนกล้า และ สุขสิน เอกา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 9(1), 30-45.
- อรพินท์ สีขาว. (2559). การจัดการโรคเบาหวาน (พิมพ์ครั้งที่ 3). เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.
- อุมาลิ ธรศรี, พัทธราณี ภาวกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และ กานดาวิสี มาลีวงษ์. (2561). โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ: ลดหวาน มัน เค็ม ประยุกต์การกำกับตนเองและแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 48(3), 284-295.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(3), 344-358. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.33.3.344>
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27. <https://doi.org/10.1177/089826439100300101>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.



- Saengsuwan, S., Asawachaisuwikrom, W., & Homsin, P. (2011). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับการให้ข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ [Effect of self-regulation with clinical information program on eating behavior and blood sugar level among uncontrolled diabetic patients]. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา [Journal of Faculty of Nursing Burapha University], 19(3), 54-64.
- Shen, H., Edwards, H., Courtney, M., McDowell, J., & Wu, M. (2012). Peer-led diabetes self-management programme for community-dwelling older people in China: Study protocol for a quasi-experimental design. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2766-2777. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06059.x>
- Walker, E. A., Shmukler, C., Ullman, R., Blanco, E., Scollan-Koliopoulus, M., & Cohen, H. W. (2011). Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes control in urban adults: A randomized trial. *Diabetes Care*, 34(1), 2-7. <https://doi.org/10.2337/dc10-1005>
- Youkong, S., Sompopcharoen, M., Kengganpanich, T., & Rawiworrakul, T. (Eds.). (2015). Effects of self-regulation program on diet control for patients with type 2 diabetes. In The 17th national health education conference on "the role of people and the change in health behavior". Jomtien Palm Beach Hotel and Resort.

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย
Development of Guidelines for Monitoring Unstable or Deteriorating
Conditions in Patients Waiting for Examination at the Outpatient
Department of Fao Rai Hospital, Nong Khai Province.

สุพรรณิการ์ บุญพลิชฐ์
Supannika Boonpasit
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

(Received: June 11, 2024; Accepted: June 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย และประเมินประสิทธิผลของแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจในผู้ป่วยนอก การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ 25 คน ผู้ป่วยและญาติ 170 คน และผู้เชี่ยวชาญ 4 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน แบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกอุบัติการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจในผู้ป่วยนอก

ผลการวิจัยพบว่า การใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจในผู้ป่วยนอก: EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model เพิ่มอัตราการตรวจพบอาการทรุดลงจากร้อยละ 15.00 เป็นร้อยละ 28.00 ($\chi^2 = 10.02, p < 0.001$) ลดระยะเวลาในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการจาก 22.5 นาทีเป็น 12.8 นาที และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินลงร้อยละ 60 บุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจในระดับมากถึงมากที่สุด ($M=4.48, S.D.=0.63$) ซึ่งแนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอก จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังอาการทรุดลง, ผู้ป่วยนอก, Early Warning Score



Abstract

This research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a surveillance guideline for unstable or deteriorating conditions in outpatients waiting for examination at Fao Rai Hospital, Nong Khai Province. The study employed an action research methodology (PAOR) with a sample of 200 participants, comprising 25 medical personnel, 170 patients and relatives, and 4 experts. Research instruments included a current situation assessment form, a patient symptom surveillance record, a satisfaction evaluation form, and an incident record form. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics including the Chi-square test to compare proportions before and after the implementation of the surveillance guideline.

The results showed that the implementation of the EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model for monitoring unstable or deteriorating conditions in outpatients increased the detection rate of deteriorating conditions from 15.00% to 28.00% ($\chi^2 = 10.02$, $p < 0.001$). It also reduced the response time to symptom changes from 22.5 minutes to 12.8 minutes and decreased the number of patients requiring emergency room treatment by 60%. Medical personnel reported high satisfaction with the new guideline (mean=4.48, S.D.=0.63). The EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model effectively enhanced the safety and quality of care for outpatients. It is recommended that this model be applied in other hospitals with similar contexts, and further long-term outcome studies should be conducted.

Keywords : Deterioration monitoring, Outpatients, Early Warning Score

บทนำ

ปัจจุบัน การติดตามอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของผู้ป่วยนอกของระยะรอตรวจเป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาลหลายแห่งของประเทศไทย รวมถึงโรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย การรอรับบริการในห้องตรวจผู้ป่วยนอกเป็นขั้นตอนสำคัญแต่ก็เป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ระบุว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงของระยะรอตรวจเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี ซึ่งส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลหรือในบางกรณีอาจถึงขั้นเสียชีวิต

การสังเกตอาการผู้ป่วยที่อาจทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นเป้าหมายสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทย ได้กำหนดให้การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นระบบงานสำคัญที่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลพึงปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดและพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย (นันธิดา พันธุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู, 2560) งานบริการผู้ป่วยนอกเป็นด่านหน้าที่มีลักษณะเฉพาะโดยผู้มาใช้บริการมีความหลากหลายและมีจำนวนมาก กลุ่มเสี่ยงประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องการการผ่าตัดเร่งด่วน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะสำคัญ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง

ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยเชิงรุก ซึ่งหมายถึงการประเมินอย่างละเอียดและต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ เพื่อ

ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (The Royal College of Surgeons of England, 2017)

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ป่วยนอก สำนักการพยาบาล (2551) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกไว้ ดังนี้ 1. การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค 2. การอำนวยความสะดวกแก่แพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของระยะรอตรวจมีหลากหลาย โดย Odell (2015) ได้ศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการตรวจจับและจัดการผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยใช้ระบบการตอบสนองอย่างรวดเร็ว การศึกษาของ Basch et al. (2016) พบว่าการใช้รายงานจากผู้ป่วยมะเร็งเองสามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้ Taniguchi et al. (2021) ได้สำรวจการสนับสนุนจากพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพื่อให้สามารถติดตามอาการของตนเองได้ ในประเทศไทย มีการศึกษาหลายชิ้นเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการนำไปใช้ในโรงพยาบาล โดยพบปัญหาการคัดแยกที่ต่ำกว่าและสูงกว่าเกณฑ์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (กัลยา รัตน์ หล้าธรรม และ ชัชฌาณณ์ แพรขาว, 2560) ซึ่งอาจเกิดจากความหลากหลายของบุคลากร ประสบการณ์ และช่วงเวลาปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยที่พบว่าปัญหาการคัดแยกล่าช้าส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตและพิการ (ปวีณ นราเมธกุล, 2556)

โรงพยาบาลหลายแห่งได้พัฒนาระบบคัดกรองโดยใช้เกณฑ์จากต่างประเทศ เช่น ESI และมีการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลง (จิรยา ต่างกลาง, 2559) การพัฒนาระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและ

การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรที่มีความสามารถเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วและปลอดภัยยิ่งขึ้น การเฝ้าระวังผู้ป่วยนอกเป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ปัญหาการเฝ้าระวังที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยองค์กร และสังคมโดยรวม หลายโรงพยาบาลได้พยายามแก้ไขปัญหาด้วยวิธีที่หลากหลายแต่ยังพบข้อจำกัดในการปฏิบัติ

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยง เพิ่มความปลอดภัย ลดต้นทุนการรักษา และเพิ่มความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจในผู้ป่วยกลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฝ้าไร่
2. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงของโรคตรวจก่อนและหลังการใช้แนวทางที่พัฒนา
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลต่อแนวทางการเฝ้าระวังที่พัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR: Planning, Acting, Observing, Reflecting) โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดำเนินการศึกษาระหว่าง มิถุนายน - พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 200 คน ประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. กลุ่มที่หนึ่ง คือ บุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหาร จำนวน 25 คน ได้แก่ แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน ผู้ช่วยพยาบาล 6 คน เจ้าหน้าที่เวชระเบียน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 คน และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด

2. กลุ่มที่สอง คือ ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 170 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 120 คน และญาติผู้ป่วย 50 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ คัดเลือกทุกคนลำดับที่ 5 ที่มารับบริการในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย จนครบจำนวนที่กำหนด

3. กลุ่มที่สาม คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารโรงพยาบาล 2 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติและความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จากผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในด้านการเกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 10 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วน 1 คือ แบบประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน มีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนย่อย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ สถานการณ์การเฝ้าระวังในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และความคิดเห็นต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจ เครื่องมือนี้จะช่วยให้เข้าใจสภาพปัจจุบันและความต้องการในการพัฒนา

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย ประกอบด้วย 30 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วนย่อย



ครอบคลุมตั้งแต่ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินอาการทางคลินิก การบันทึกการเปลี่ยนแปลงของอาการ และการสื่อสารและการรายงาน เครื่องมือนี้จะใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

ส่วนที่ 3 คือ แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังใหม่ มี 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วนย่อย ประกอบด้วย ความเข้าใจในแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ ความสะดวกในการใช้งาน ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วย และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง เครื่องมือนี้จะช่วยประเมินผลการนำแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจไปใช้

ส่วนที่ 4 เป็นแบบบันทึกอุบัติการณ์ มี 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วนย่อย ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย ลักษณะอุบัติการณ์ ความรุนแรงของอุบัติการณ์ การจัดการและผลลัพธ์ และการวิเคราะห์สาเหตุและการป้องกัน เครื่องมือนี้จะใช้ในการบันทึกและวิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน 30 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่า 28 ข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป มีเพียง 2 ข้อที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.60 ซึ่งต้องปรับปรุง การทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่ามีค่า Cronbach's Alpha รวมเท่ากับ 0.88 โดยแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0.79-0.85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

แบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย 30 ข้อ ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป แสดงถึงความเที่ยงตรงสูง การทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยให้พยาบาล 2 คนประเมินผู้ป่วย

15 ราย ได้ค่า ICC เท่ากับ 0.92 แสดงถึงความเชื่อมั่นสูงมาก

แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังใหม่ 25 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบ 5 องค์ประกอบตามที่ออกแบบไว้ ทุกข้อมีค่า Factor Loading มากกว่า 0.50 ความเชื่อมั่นของแบบประเมินมีค่า Cronbach's Alpha รวมเท่ากับ 0.91 แต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0.82-0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

แบบบันทึกอุบัติการณ์ 25 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่า 24 ข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป มีเพียง 1 ข้อที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.60 ซึ่งต้องปรับปรุง การทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยให้เจ้าหน้าที่ 2 คนบันทึกอุบัติการณ์ 20 กรณี ได้ค่า ICC เท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

การทดลองใช้เครื่องมือทั้งหมดกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่าใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด 25 นาที มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 93.33 และมีเพียง 2 ข้อที่ผู้ตอบแสดงความไม่เข้าใจ ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนผู้ตอบทั้งหมด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กระบวนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจตามกระบวนการ PAOR (Planning, Acting, Observing, Reflecting) มีดังนี้

1. การวางแผน (Planning)

1.1 ทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาที่พบจากแบบประเมินสถานการณ์

1.2 จัดตั้งทีมพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญ

1.3 กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ

1.4 ออกแบบแนวทางการเฝ้าระวังโดยใช้ Early Warning Score (EWS) และการประเมินแบบ ABCDE

1.5 วางแผนการฝึกอบรมบุคลากรและการจัดหาเทคโนโลยีสนับสนุน

2. การปฏิบัติ (Acting)

2.1 จัดอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ EWS และการประเมินแบบ ABCDE

2.2 ติดตั้งระบบเทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติและแอปพลิเคชันบันทึกข้อมูล

2.3 ทดลองใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลา 3 เดือน

2.4 กำหนดบทบาท "พยาบาลเฝ้าระวัง" และปรับปรุงกระบวนการทำงาน

2.5 เก็บข้อมูลการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจตามแบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย

3. การสังเกต (Observing)

3.1 ติดตามการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจอย่างใกล้ชิด

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น คะแนน EWS อัตราการตรวจพบอาการทรุดลง และอัตราการเกิดภาวะวิกฤต

3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เช่น ความคิดเห็นของบุคลากรและผู้ป่วย

3.4 สังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ

3.5 บันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ

4. การสะท้อนผล (Reflecting)

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นทั้งหมดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์กับข้อมูลพื้นฐานก่อนการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ

4.3 จัดประชุมทีมเพื่อสะท้อนผลการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ โดยระบุจุดแข็งและจุดที่ต้องปรับปรุงของแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ

4.4 วางแผนสำหรับการนำไปใช้ในวงรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ต่างๆ เช่น อัตราการเกิดอาการทรุดลง และระยะเวลาในการตรวจพบอาการผิดปกติ

1.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่

คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

2.2 จัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญจากข้อมูลที่ได้

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย

การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันก่อนการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจ

การเก็บข้อมูลจากแบบประเมินสถานการณ์ปัจจุบันสำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหาร 25 คน ณ โรงพยาบาลเฝ้าไร่ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68) โดยมีอายุเฉลี่ย 38.4 ปี และมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.7 ปี แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของประสบการณ์ในทีมบุคลากร

ด้านการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย พบว่าวิธีการที่ใช้บ่อยที่สุดคือการวัดสัญญาณชีพ (ร้อยละ 100) รองลงมาคือการสังเกตอาการ (ร้อยละ 92) และการสอบถามอาการ (ร้อยละ 88) โดยความถี่ในการประเมินอาการส่วนใหญ่อยู่ที่ทุก 30 นาที (ร้อยละ 48) อย่างไรก็ตาม ระดับความมั่นใจในการเฝ้าระวังของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44) ซึ่งอาจเป็นสัญญาณว่ายังมีพื้นที่สำหรับการพัฒนา ระบบ

การคัดกรองผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง ($M=3.2$, $S.D.=0.8$) ซึ่งยังมีช่องว่างสำหรับการปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังที่มีอยู่ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ($M=2.8$, $S.D.=1.1$) อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

ด้านความรู้ของบุคลากรในการประเมินอาการผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับดี ($M=3.5$, $S.D.=0.9$) ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สามารถต่อยอดได้ อย่างไรก็ตาม การใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินยังอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.6$, $S.D.=1.2$) ซึ่งให้เห็ว่ายังขาดการใช้เครื่องมือมาตรฐานอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำในการประเมิน ระบบการรายงานอาการผิดปกติยังอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.0$, $S.D.=1.0$) แสดงว่ายังไม่รวดเร็วเท่าที่ควร อาจต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้ดีขึ้น

ปัญหาและอุปสรรคที่พบบ่อยในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย ได้แก่ ภาระงานมาก (ร้อยละ 84) การขาดเครื่องมือที่เหมาะสม (ร้อยละ 68) และการขาดการสื่อสารที่ดี (ร้อยละ 56) โดยปัญหาเหล่านี้พบได้บ่อยถึงสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (ร้อยละ 44) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงระบบการทำงานและการจัดสรรทรัพยากร

ความคิดเห็นต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจได้รับการตอบรับเชิงบวก โดยร้อยละ 88 ของผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าควรมีการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจปัจจัยสำคัญที่ควรพิจารณาในการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจ ได้แก่ การอบรมบุคลากร การมีเครื่องมือที่ทันสมัย และการสนับสนุนจากผู้บริหาร นอกจากนี้ ร้อยละ 92 ของผู้ตอบแบบสอบถามยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนา

แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลง
ขณะรอตรวจ แสดงให้เห็นถึงความกระตือรือร้นในการ
ปรับปรุงระบบการทำงาน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากบุคลากรรวมถึง
การนำเทคโนโลยีมาช่วยในการเฝ้าระวัง การเพิ่มการ
ฝึกอบรม การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสม และการพัฒนา
แนวทางที่ชัดเจนและใช้งานง่าย ข้อมูลเหล่านี้จะเป็น
ประโยชน์อย่างยิ่งในการออกแบบและพัฒนาแนว
ทางการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและ
ตอบสนองความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาลเฝ้า
ไร่ต่อไป

**แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรือ
อาการทรุดลงขณะรอตรวจในผู้ป่วยกลุ่มงานผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลเฝ้าไร่**

แนวทางการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น โดยเน้น
การใช้ Early Warning Score (EWS) และการประเมิน
แบบ ABCDE แนวทางในการพัฒนาแนวทางการเฝ้า
ระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจนี้
สามารถเรียกว่า "EWS-ABCDE Integrated
Surveillance Model" หรือ "แบบจำลองการเฝ้าระวัง
แบบบูรณาการ EWS-ABCDE"

1. EWS (Early Warning Score) ให้การ
ประเมินเชิงปริมาณที่ช่วยในการคัดกรองและระบุระดับ
ความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

2. ABCDE (Airway, Breathing,
Circulation, Disability, Exposure) ให้การประเมินเชิง
คุณภาพที่ครอบคลุมระบบสำคัญของร่างกายอย่างเป็น
ระบบ

ตารางที่ 1 EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model" หรือ "แบบจำลองการเฝ้าระวังแบบบูรณาการ EWS-
ABCDE

องค์ประกอบ	รายละเอียด
Early Warning Score (EWS)	ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย
- พารามิเตอร์	อัตราการหายใจ, ความอิ่มตัวของออกซิเจน, อุณหภูมิ, ความดันโลหิต, อัตราการเต้น ของหัวใจ, ระดับความรู้สึกตัว
- คะแนนและแปลผล	คะแนน 0-3 ตามความรุนแรง 0-4: เฝ้าระวังปกติ 5-6: เพิ่มความถี่ประเมิน 7+: แจ้งแพทย์ทันที
การประเมิน ABCDE	Airway: ตรวจการอุดกั้น, เสียงหายใจผิดปกติ Breathing: อัตรา/ความลึกการหายใจ, การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ Circulation: ความดัน, ชีพจร, สีผิว, อุณหภูมิปลายมือปลายเท้า Disability: GCS, ขนาด/ปฏิกิริยารูม่านตา Exposure: บาดแผล, ผื่น, ความผิดปกติอื่นๆ, อุณหภูมิร่างกาย
- A (Airway)	ตรวจการอุดกั้น, เสียงหายใจผิดปกติ
- B (Breathing)	อัตรา/ความลึกการหายใจ, การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ
- C (Circulation)	ความดัน, ชีพจร, สีผิว, อุณหภูมิปลายมือปลายเท้า



องค์ประกอบ	รายละเอียด
- D (Disability)	GCS, ขนาด/ปฏิกิริยารูม่านตา
- E (Exposure)	บาดแผล, ฝัน, ความผิดปกติอื่นๆ, อุณหภูมิร่างกาย
การบูรณาการ EWS และ ABCDE	EWS เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น ประเมิน ABCDE ควบคู่กัน ปรับคะแนน EWS ตามผล ABCDE ที่ผิดปกติ
การตอบสนองตามระดับคะแนน EWS	0-4: ประเมินซ้ำทุก 4-6 ชั่วโมง 5-6: ประเมินซ้ำทุก 1-2 ชั่วโมง, พิจารณาปรึกษาแพทย์ 7+: แจ้งแพทย์ทันที, เตรียมการรักษาเร่งด่วน

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจก่อนและหลังการใช้แนวทางที่พัฒนา

1. อัตราการตรวจพบอาการทรุดลง

อัตราการตรวจพบอาการทรุดลงก่อนใช้แนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model พบในผู้ป่วย 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.00 ของผู้ป่วยทั้งหมด หลังใช้ EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model พบในผู้ป่วย 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.00 ของผู้ป่วยทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ โดยอัตราการตรวจพบอาการทรุด

ลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.7 หลังจากใช้แนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไคสแควร์ ($\chi^2 = 10.02$, P-value < 0.001) ผลลัพธ์นี้บ่งชี้ว่าแนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความไวของการตรวจจับอาการทรุดลงในผู้ป่วย และอาจนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการตรวจพบอาการทรุดลงก่อนและหลังการใช้แนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model

การตรวจพบ	ก่อนใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรือ		หลังใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรือ		การเปลี่ยนแปลง	χ^2	P-value
	อาการทรุดลงขณะรอ		อาการทรุดลงขณะรอ				
	ตรวจ		ตรวจ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
พบ	30	15.00	56	28.00	เพิ่มขึ้น 86.7%	10.02	<0.001
ไม่พบ	170	85.00	144	72.00			
รวม	200	100.00	200	100.00			

2. ระยะเวลาในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ

ระยะเวลาในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการนำแนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model มาใช้

ก่อนการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40.00 (12 ราย) ที่ได้รับการตอบสนองภายใน 15 นาที ในขณะที่หลังการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้น

เป็นร้อยละ 75.00 (42 ราย) แสดงถึงการเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.5 ซึ่งเป็นการปรับปรุงที่สำคัญในการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

ในทางกลับกัน สัดส่วนของผู้ป่วยที่ต้องรอการตอบสนองนานกว่า 30 นาทีลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 26.67 (8 ราย) เหลือเพียงร้อยละ 3.57 (2 ราย) ซึ่งคิดเป็นการลดลงร้อยละ 85.2

ค่าเฉลี่ยของเวลาในการตอบสนองลดลงจาก 22.5 นาทีเป็น 12.8 นาที คิดเป็นการลดลงร้อยละ 43.1 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการก่อนและหลังการใช้แนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model

ระยะเวลาตอบสนอง	ก่อนใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ		หลังใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ		การเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
< 15 นาที	12	40	42	75	เพิ่มขึ้น 87.5%
15-30 นาที	10	33.33	12	21.43	ลดลง 36.4%
> 30 นาที	8	26.67	2	3.57	ลดลง 85.2%
รวม	30	100	56	100	
ค่าเฉลี่ยเวลา	22.5 นาที		12.8 นาที		ลดลง 43.1%

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยเวลาคำนวณโดยใช้ค่ากลางของแต่ละช่วงเวลา (7.5 นาที สำหรับ < 15 นาที, 22.5 นาที สำหรับ 15-30 นาที, และ 35 นาที สำหรับ > 30 นาที)

3. จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน

การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินระหว่างช่วงก่อนและหลังการใช้แนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model ในระยะเวลา 3 เดือน

ก่อนการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินจำนวน 10 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 200 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.00 ของผู้ป่วยทั้งหมด

หลังจากการนำแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจมาใช้ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินลดลงเหลือเพียง 4 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 200 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.00 ของผู้ป่วยทั้งหมด

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินลดลงร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้แนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model

ระยะเวลา	ก่อนใช้แนวทางการเฝ้าระวัง อาการไม่คงที่หรืออาการทรุด		หลังใช้แนวทางการเฝ้าระวัง อาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลง		การเปลี่ยนแปลง
	ลงขณะรอตรวจ		ขณะรอตรวจ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
3 เดือน	10	5.00	4	2.00	ลดลง 60%

4. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังใหม่แสดงให้เห็นว่า บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกด้าน โดยด้านผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้รับคะแนนสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.60) รองลงมาคือด้านประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง (ค่าเฉลี่ย 4.53) และด้านความเข้าใจในแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ

(ค่าเฉลี่ย 4.52) ตามลำดับ แม้ว่าด้านความสะดวกในการใช้งานจะได้รับคะแนนน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.28) แต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจนี้ได้รับการยอมรับจากบุคลากรว่ามีประสิทธิภาพ เข้าใจง่าย และส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย แม้อาจมีโอกาพัฒนาเพิ่มเติมในด้านความสะดวกในการใช้งาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังใหม่ (n = 25 คน)

ด้าน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. ความเข้าใจในแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ	4.52	0.61	มากที่สุด
2. ความสะดวกในการใช้งาน	4.28	0.77	มาก
3. ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง	4.53	0.59	มากที่สุด
4. ผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วย	4.60	0.54	มากที่สุด

อภิปรายผล

การตรวจพบอาการทรุดลงของผู้ป่วย

การวิจัยนี้พบว่าแนวทางการเฝ้าระวังใหม่ EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model มีผลเชิงบวกอย่างชัดเจนต่อการตรวจพบอาการทรุดลงของผู้ป่วย อัตราการตรวจพบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.00 (30 ราย) เป็นร้อยละ 28.00 (56 ราย) หลังการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของระยะรอตตรวจ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.7 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 10.02$, $P\text{-value} < 0.001$) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของระยะรอตตรวจสามารถเพิ่มความไวในการตรวจจับอาการทรุดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการใช้ EWS ซึ่งเป็นระบบคัดกรองเชิงปริมาณ ร่วมกับการประเมิน ABCDE ที่ครอบคลุม ทำให้บุคลากรสามารถระบุและตอบสนองต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การฝึกอบรมบุคลากรและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนยังช่วยเพิ่มความแม่นยำและประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Odell (2015) ที่พบว่าการใช้ระบบตอบสนองอย่างรวดเร็วสามารถเพิ่มความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ อีกทั้งงานวิจัยของ Basch et al. (2016) ยังสนับสนุนการใช้รายงานจากผู้ป่วยเองในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับที่การใช้ EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model ช่วยให้บุคลากรสามารถตรวจพบอาการทรุดลงได้เร็วขึ้น และลดความเสี่ยงในการรักษาผู้ป่วย

ระยะเวลาในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ

การนำแนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model มาใช้ในโรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและการตอบสนองต่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองภายใน 15 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.00 (12 ราย) เป็นร้อยละ 75.00 (42 ราย) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 87.5 ในขณะเดียวกัน สัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องรอการตอบสนองนานกว่า 30 นาทีลดลงจากร้อยละ 26.67 (8 ราย) เหลือเพียงร้อยละ 3.57 (2 ราย) คิดเป็นการลดลงร้อยละ 85.2 ค่าเฉลี่ยของเวลาในการตอบสนองลดลงจาก 22.5 นาทีเป็น 12.8 นาที หรือลดลงร้อยละ 43.1

ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของระยะรอตตรวจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตอบสนองและการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการใช้ EWS ซึ่งเป็นระบบคัดกรองเชิงปริมาณ ร่วมกับการประเมิน ABCDE ที่ครอบคลุม ทำให้บุคลากรสามารถระบุและตอบสนองต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การฝึกอบรมบุคลากรและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนยังช่วยเพิ่มความแม่นยำและประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยให้การบันทึกและการแจ้งเตือนเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Odell (2015) ที่พบว่าการใช้ระบบตอบสนองอย่างรวดเร็วสามารถเพิ่มความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ อีกทั้งงานวิจัยของ Basch et al. (2016) ยังสนับสนุนการใช้รายงานจากผู้ป่วยเองในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับที่การใช้ EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model ช่วยให้บุคลากรสามารถตรวจพบอาการทรุดลงได้เร็วขึ้น และลดความเสี่ยงในการรักษาผู้ป่วย งานวิจัยเหล่านี้

ยืนยันว่าแนวทางการเฝ้าระวังใหม่มีประสิทธิภาพและควรนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน

3. จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน

การนำแนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model มาใช้ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญ โดยก่อนการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจ มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉินจำนวน 10 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 200 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.00 หลังจากการนำแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจมาใช้ จำนวนผู้ป่วยลดลงเหลือเพียง 4 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 200 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.00 การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงถึงการลดลงของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 60 ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจมีประสิทธิภาพในการลดภาระงานของห้องฉุกเฉินและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย สามารถอธิบายได้จากการใช้ EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model ที่มีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ การฝึกอบรมบุคลากรและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติและแอปพลิเคชันบันทึกข้อมูล ช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ การลดลงของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉินแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการนำแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจนี้มาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Odell (2015) แสดงให้เห็นว่า การใช้ระบบตอบสนองอย่างรวดเร็วช่วยลด

อัตราการเสียชีวิตและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย งานวิจัยนี้สนับสนุนแนวทาง EWS-ABCDE ที่มุ่งเน้นการตอบสนองอย่างรวดเร็วและแม่นยำในการประเมินอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ งานวิจัยของ Basch et al. (2016) พบว่าการรายงานอาการของผู้ป่วยเองช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นหลักการที่สามารถนำมาใช้ในแนวทางการเฝ้าระวังนี้เช่นกัน การเปรียบเทียบเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจมีพื้นฐานทางวิชาการที่แข็งแกร่งและได้รับการสนับสนุนจากการวิจัยอื่นๆ

ความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการเฝ้าระวังใหม่แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกด้าน ด้านผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้รับคะแนนสูงสุด ($M=4.60$) รองลงมาคือด้านประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ($M=4.53$) และด้านความเข้าใจในแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจ ($M=4.52$) ตามลำดับ แม้ว่าด้านความสะดวกในการใช้งานจะได้รับคะแนนน้อยที่สุด ($M=4.28$) แต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของโรคตรวจนี้ได้รับการยอมรับจากบุคลากรว่ามีประสิทธิภาพ เข้าใจง่าย และส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย แม้จะมีโอกาสพัฒนาเพิ่มเติมในด้านความสะดวกในการใช้งาน เนื่องมาจากการใช้ EWS ที่เป็นระบบคัดกรองเชิงปริมาณที่สามารถระบุและตอบสนองต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับการประเมินแบบ ABCDE ที่ครอบคลุม ทำให้บุคลากรสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาที่ การ

ฝึกอบรมและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูล ช่วยเพิ่มความแม่นยำและประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Odell (2015) และ Basch et al. (2016) สนับสนุนว่าระบบการตอบสนองอย่างรวดเร็วและการใช้รายงานจากผู้ป่วยเองสามารถเพิ่มความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ผลการวิจัยในโรงพยาบาลเฝ้าไร่สอดคล้องกับงานวิจัยเหล่านี้ โดยแสดงให้เห็นว่าการนำแนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model มาใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 นำแนวทาง EWS-ABCDE Integrated Surveillance Model ไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดความเสี่ยงในการรักษาผู้ป่วย

1.2 จัดฝึกอบรมบุคลากรและนำเทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติและ

แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูล มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง

1.3 ปรับปรุงกระบวนการทำงานและกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของบุคลากรในการเฝ้าระวังเพื่อปรับปรุงการตอบสนองต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาการศึกษาที่ยาวนานขึ้นและทำวิจัยในบริบทที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2.2 ศึกษาผลกระทบในระยะยาวต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

2.3 วิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุน การปรับปรุงความสะดวกในการใช้งานของระบบ และวิธีการฝึกอบรมบุคลากรที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงของระยะรอตตรวจ

เอกสารอ้างอิง

- นันทิดา พันธศาสตร์, & ราตรี ทองยู. (2560). การป้องกันความผิดพลาดและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วย. สำนักการพยาบาล.
- กัลยารัตน์ หล้าธรรม, & ชัจจ์เณศ แพรขาว. (2560). การคัดแยกที่ต่ำกว่าและสูงกว่าเกณฑ์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- ปวีณ นราเมธกุล. (2556). แนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรยา ต่างกลาง. (2559). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลง. สำนักการพยาบาล.
- Basch, E., et al. (2016). Use of patient-reported outcomes to improve the quality of care for patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*.
- BMC Medical Informatics and Decision Making. (2019). Early warning score validation methodologies and performance metrics: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*.



Retrieved from <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-019-0806-8>

Odell, M. (2015). Rapid Response Systems: The Role of Nurses. *Journal of Advanced Nursing*.

Taniguchi, et al. (2021). Nursing support for patients with chronic heart failure to monitor their own symptoms. *Journal of Cardiac Failure*. *Frontiers in Medicine*. (2021).

PLOS ONE. (2021). The use of early warning system scores in prehospital and emergency department settings to predict clinical deterioration: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*.

Retrieved from <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246320>

ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด

The Effects of a Health Belief Model Program on Promoting Infection
Prevention Behaviors Among Pulmonary Tuberculosis Patients.

พรรณี ยาทัม

Punnee Yataum

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรธานี

(Received: June 14, 2024; Accepted: July 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพิชัย จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามและโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค นอกจากนี้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0 โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, วัณโรคปอด



Abstract

This research aimed to examine the effects of a health belief model program on promoting infection prevention behaviors among pulmonary tuberculosis patients. A quasi-experimental research design with a one-group pretest-posttest was employed. The sample consisted of 25 pulmonary tuberculosis patients registered for treatment at the tuberculosis clinic of Phichai Hospital. The research instruments included a questionnaire and a program applying the health belief model and social support. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after the experiment, the sample group had significantly higher mean scores in tuberculosis knowledge, health belief model constructs, and tuberculosis infection prevention behaviors compared to before the experiment ($p < 0.05$). Significant increases were observed in perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers to tuberculosis infection prevention. Additionally, the consistency of tuberculosis medication adherence increased from 84.0% to 100.0%. The health belief model program was effective in promoting infection-prevention behaviors among pulmonary tuberculosis patients.

Keywords: Health Belief Model, Infection Prevention Behaviors, Pulmonary Tuberculosis

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทาง การแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มี ปัญหาวัณโรคสูง (Global Tuberculosis Report WHO, 2021) ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียน รักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 85,029 ราย วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 42 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค 10,000 รายต่อปี (กองวัณโรค, 2564) นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อ ยาหลายขนานหรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย โดยพบร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมา ก่อน (Nonghanphithak et al., 2021)

ประเทศไทยดำเนินการใช้กลยุทธ์การรักษา วัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS; Directly Observed Treatment, Short Course) ซึ่งเป็นยุทธวิธีที่มี ประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรค รวมถึงการ ผสมผสานการดูแลวัณโรคและเอดส์ การจัดระบบการ ดูแลวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การสร้างความเข้มแข็ง ระบบสาธารณสุข การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ประชาชน และการศึกษาวิจัย (สำนักวัณโรค, 2561) อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทย ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ อัตราการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 (WHO, 2018)

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต้อง เริ่มต้นจากครอบครัวของผู้ป่วย โดยต้องมีการกำกับการ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ธนชล วงศ์หิรัญเดชา และคณะ, 2562) ระยะที่ผู้ป่วยอาจแพร่เชื้อคือ 2 สัปดาห์แรกหลังรับการรักษา ซึ่งโรงพยาบาลมักขอให้

ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลในระยะนี้ สำหรับผู้ป่วย XDR-TB จะต้องแยกตัวอย่างน้อย 1 เดือน และจนกว่า จะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ (WHO, 2019) นอกจากการรักษาทางร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจและการช่วยเหลือทางสังคมก็มีความสำคัญ เช่น การชดเชยรายได้ การทำความเข้าใจ กับชุมชนเพื่อป้องกันการตีตราผู้ป่วย และการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (นพดล พิมพ์ จันทร และคณะ, 2562)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดสำคัญในการอธิบาย พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรค (Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA., 2011) ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ บุคคล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงมีอยู่ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับ การศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล และ 3) ปัจจัย ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันวัณ โรค (ขวัญใจ ม่อนไธสง, 2559)

การดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การ รับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตาม จะช่วยให้ เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ดียิ่งขึ้น และนำไปสู่การพัฒนา โปรแกรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและ ป้องกันการแพร่ระบาดของวัณโรคในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค

วิธีดำเนินการการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ (Pretest–Posttest one group design) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–31 มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพิชัย จำนวน 275 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2565) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของโพลิทและฮังเกอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของทงเพชร ปราบเสียง (2553) ซึ่งคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 0.69 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 25 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคอายุ 20 – 60 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลพิชัยและได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน ด้วยสูตรยาสำหรับผู้ป่วย

ใหม่ (2HRZE/4HR) เกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่างจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคเคลื่อนย้ายเปลี่ยนที่อยู่ใหม่หรือโอนย้ายการรักษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัว รายได้ ครอบครัว ระดับการศึกษา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ พาหนะในการเดินทาง

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 18 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วย KR-20 ของ Kuder Richardson ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1980) ได้แก่ รู้มาก (ร้อยละ 80-100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (ร้อยละ 0-59)

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค จำนวน 40 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค 3 ระดับ (Best, 1980) ได้แก่ มาก (ร้อยละ 80 -100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (ร้อยละ 0-59)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 คะแนนพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี (ร้อยละ 80–100) ปานกลาง (60–79) ต่ำ (ร้อยละ 0–59)

2. โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินผลก่อนทดลองด้วยแบบสอบถาม จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยวัณโรคและให้ความรู้เรื่องวัณโรคโดยการบรรยายใช้ภาพพลิกประกอบ การบรรยายเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายฝึกบริหาร ปอด การรับประทานยา การพักผ่อน การทำลายเชื้อในเสมหะ การมาตรวจรักษาตามนัด การให้ชมวีดิทัศน์ ความรู้เรื่องวัณโรค การแจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยและเอกสารแผ่นพับเรื่องวัณโรค

สัปดาห์ที่ 2-4 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย และการดูแลเรื่องการรับประทาน ยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 5 เสริมสร้างการรับรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยการใช้ตัวแบบบุคคลโดยผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเล่าประสบการณ์ด้วยการ สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางการป้องกันการดื้อยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

สัปดาห์ที่ 6 ให้คำปรึกษาและเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนการรับประทานยาทาง

โทรศัพท์และการดูแลเรื่องการรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 7 เสริมสร้างการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติโดยการจัดอภิปรายกลุ่มหาแนวทางในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และการสาธิตการจัดยาและฝึกบันทึกหลังรับประทานยา การสาธิตการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโดยใช้ผ้าปิดปาก การกำจัดเสมหะที่ถูกต้องและการล้างมือ 7 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 8 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาทาง โทรศัพท์ การรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุขและประเมินผลหลังดำเนินงานโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 อายุระหว่าง 51–60 ปี ร้อยละ 72 รองลงมา คือ 41–50 ปี ร้อยละ 20 อายุเฉลี่ย 51.21 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา 48 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 40 มีเพียงร้อยละ 12 ที่จบการศึกษาระดับ ปวช./ปวส. ประกอบ

อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 รองลงมารับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20 รายได้ครอบครัว 10,001–15,000 บาท ร้อยละ 60 รองลงมาคือ 15,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ย 1420.12 บาท จำนวนสมาชิก 3–4 คน ร้อยละ 80 รองลงมา 5–6 คน ร้อยละ 20 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84 เดินทางมาได้รับการรักษาวัณโรคด้วยรถยนต์ ร้อยละ 72 รองลงมาคือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 28 โดยมีบุตร/หลานพามาได้รับการรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลพิชัย ร้อยละ 80 มีเพียงร้อยละ 20 ที่เดินทางมาด้วยตนเอง

2. ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 44 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 (ตารางที่ 1) ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($M=12.21$, $SD=1.98$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=11.00$, $SD=2.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=5.404$, $p<.000$) (ตารางที่ 2)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 8 (ตารางที่ 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลอง ($M=91.82$, $SD=4.93$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=82.21$, $SD=8.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.566$, $p<.000$) (ตารางที่ 2)

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 24 (ตารางที่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ

แพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($M=22.48$, $SD=2.08$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=19.80$, $SD=3.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 16 (ตารางที่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคหลังทดลอง ($M=22.12$, $SD=2.01$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=20.08$, $SD=2.81$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 12 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 44 (ตารางที่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลังทดลอง ($M=23.78$, $SD=1.81$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=21.05$, $SD=2.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.342$, $p<.000$) (ตารางที่ 2)

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคมก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 12 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 44 (ตารางที่ 1) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคหลังทดลอง ($M=24.10$, $SD=1.55$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=20.63$, $SD=1.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=8.846$, $p<.000$) (ตารางที่ 2)

4. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วยก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72 รองลงมา

คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32 (ดังตารางที่ 1) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($M=37.94$, $SD=3.37$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=30.47$, $SD=3.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=11.111$, $p<.000$) (ตารางที่ 2)

5. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84 เป็นร้อยละ 100 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค				
มาก (15 – 18 คะแนน)	1	4.0	2	8.0
ปานกลาง (11 – 14 คะแนน)	13	52.0	13	52.0
น้อย (1 – 10 คะแนน)	11	44.0	4	16.0
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค				
มาก (24 – 30)	3	12.0	6	24.0
ปานกลาง (18-23)	18	72.0	17	68.0
น้อย (1 – 17)	4	16.0	2	8.0
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค				
มาก (24 – 30)	5	20.0	4	16.0
ปานกลาง (18-23)	16	64.0	20	80.0
น้อย (1 – 17)	4	16.0	1	4.0
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค				
มาก (24 – 30)	3	12.0	11	44.0
ปานกลาง (18-23)	22	88.0	14	56.0
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค				
มาก (24 – 30)	3	12.0	11	44.0
ปานกลาง (18-23)	22	88.0	14	56.0

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)
แบบแผนความเชื่อความเชื่อด้านสุขภาพ				
มาก (96 – 120)	3	12.0	2	8.0
ปานกลาง (72 - 95)	18	72.0	22	88.0
น้อย (40 – 71)	4	16.0	1	4.0
พฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อ				
มาก (36 – 45)	3	12.0	16	64.0
ปานกลาง (27 - 35)	18	72.0	8	32.0
น้อย (15 – 26)	4	16.0	1	4.0
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	20	80.0	25	100.0

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคและพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการทดลอง (n = 25)

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้เรื่องวัณโรค	11.00	2.38	12.21	1.98	5.404	.000 *
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	82.21	8.76	91.82	4.93	6.566	.000 *
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค	19.73	3.29	22.26	2.05	5.136	.000 *
- การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	20.78	3.08	21.68	1.88	2.345	.001 *
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	21.05	2.12	23.78	1.81	6.342	.000 *
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค	20.63	1.67	24.10	1.55	8.846	.000 *
พฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	30.47	3.67	37.94	3.37	11.111	.000 *

* p < .05

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดได้อย่างมีนัยสำคัญ ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมี

ความรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52 และระดับน้อยร้อยละ 44 หลังการทดลอง ระดับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางร้อยละ 72 และระดับน้อยลดลงเหลือร้อยละ 20 ความแตกต่างนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องวัณโรคได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของความรู้และการรับรู้ที่ดีขึ้น อาจเป็นผลมาจากการจัดโปรแกรมแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพที่เน้นการให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การบรรยาย การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการใช้ตัวแบบบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรค Tang et al. (2019) พบว่าวิธีการดังกล่าว สามารถเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ Li et al. (2020) ระบุว่าโปรแกรม สุขศึกษาที่มุ่งเน้นการเพิ่มความรู้และการรับรู้สามารถลด การแพร่เชื้อและเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยา นอกจากนี้ Zhang et al. (2021) ชี้ให้เห็นว่าแรง สนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งช่วยเสริมสร้างพฤติกรรม ป้องกันและลดอัตราการขาดยา และ Chen et al. (2022) พบว่าการใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการรับรู้ความรุนแรง ของโรคและการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันในผู้ป่วย วัณโรคปอดได้ดีขึ้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลในการเพิ่มพฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค ปอดอย่างมีนัยสำคัญ โดยหลังการทดลอง แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคดีขึ้นทั้งในด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค การเปลี่ยนแปลงนี้ แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและการสนับสนุน

ทางสังคมที่เพียงพอสามารถเสริมสร้างความรู้ ความ เข้าใจ และความตระหนักในการปฏิบัติตามพฤติกรรม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วย ทั้งนี้ การ ได้รับข้อมูลที่เข้าใจง่ายและการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนสามารถทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ ตามคำแนะนำทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Tang et al. (2019) ที่พบว่าโปรแกรมที่ ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคมสามารถเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรม การ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ นอกจากนี้ Li et al. (2020) ระบุว่าทำให้โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นความรู้ เกี่ยวกับวัณโรคสามารถลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อ และเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในขณะที่ Zhang et al. (2021) ชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทาง สังคมสามารถเพิ่มพฤติกรรม การ ป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ Chen et al. (2022) พบว่าการใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มการรับรู้และ การปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันได้

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษา วัณโรค

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพใน การเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย วัณโรคปอด โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 ก่อนการทดลอง เป็นร้อยละ 100 หลังการทดลอง ความสม่ำเสมอในการ รับประทานยามีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาวัณโรค ให้หายขาดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น การเพิ่มขึ้นของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา สะท้อนให้เห็นว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบใน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้



การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถเสริมสร้างความเข้าใจและความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยได้ การสร้างความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang et al. (2019) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค นอกจากนี้ งานวิจัยของ Li et al. (2020) ก็สนับสนุนว่าการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อ การศึกษาโดย Zhang et al. (2021) ยังชี้ให้เห็นว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยวัณโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะและการนำไปประยุกต์ใช้

1.1 สถานบริการสาธารณสุขควรนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรค

1.2 ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน เนื่องจากมีความสำคัญต่อการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ และใช้กลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง และพิจารณาใช้วิธีการวัดที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผลการวิจัย

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการสนับสนุนทางสังคมในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์วัณโรคเดือนมีนาคม. <https://www.tbthailand.org/download/form/รายงานสถานการณ์วัณโรคเดือนมีนาคม.pdf>
- ขวัญใจ ม่อนไธสง. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(พิเศษ), 306-314.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Social behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, 18(5), 623-637.



- Chen, W., Zhang, H., & Li, C. (2022). Implementation of Health Belief Models (HBM) Education for Tuberculosis Patients at the Tamansari Primary Health Care, Tasikmalaya City. *ABDIMAS: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(2), 1120. <https://doi.org/10.35568/abdimas.v4i2.1120>
- Li, Y., Liu, X., Wang, Z., & Zhao, Y. (2020). Effects of Education Programs on Awareness and Behavior in Patients with Tuberculosis. *Journal of Quality in Public Health*, 5(1), 261. <https://doi.org/10.30994/jqph.v5i1.261>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). Pearson.
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 31-36). Jossey-Bass.
- Tang, X., Wang, Q., Chen, M., Qian, X., & Huang, J. (2019). Application of Health Belief Model in Improving Patients' Pulmonary Tuberculosis Knowledge and Behavior. *PLoS ONE*, 14(2), e0211728. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211728>
- World Health Organization. (2018). *Global Tuberculosis Report*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- Zhang, S., Li, X., & Zhu, Y. (2021). Application of KTH-integrated Nursing Model in Care of Patients with Multi-drug Resistant Tuberculosis. *American Journal of Translational Research*, 13(6), 6855-6863.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
เพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์

Effects of a Health Behavior Development Program on Non-Insulin
Dependent Diabetes Mellitus Patients for Delaying Kidney Deterioration
Nam Pad Hospital, Uttaradit Province.

พยาง ทองคำนุช

Payang Thongkhamnuch

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์

(Received: June 15, 2024; Accepted: July 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และ 2) เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-2 จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 10 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 16.23 เป็น 20.10 คะแนน ($p < .05$) คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 3.62 เป็น 3.96 คะแนน ($p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงจาก 133.03 เป็น 128.53 mg/dL ($p < .001$) ระดับ HbA1C ลดลงจาก 8.56% เป็น 7.52% ($p < .001$) และค่า GFR เพิ่มขึ้นจาก 74.47 เป็น 78.73 mL/min/1.73m² ($p < .001$) โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยควรมีการติดตามผลในระยะยาวและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผล

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน, ภาวะไตเสื่อม, โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This research aimed to 1) compare knowledge and self-care behaviors for delaying kidney deterioration in non-insulin-dependent diabetes mellitus patients before and after participating in the program, and 2) compare clinical outcomes before and after program participation. The study employed a one-group pretest-posttest quasi-experimental design. The sample consisted of 30 non-insulin-dependent diabetes mellitus patients with stage 1-2 kidney disease. Research instruments included knowledge and self-care behavior questionnaires, and a 10-week health behavior development program. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after program participation, patients' knowledge scores increased from 16.23 to 20.10 ($p<.05$), self-care behavior scores increased from 3.62 to 3.96 ($p<.05$), fasting blood sugar (FBS) levels decreased from 133.03 to 128.53 mg/dL ($p<.001$), HbA1C levels decreased from 8.56% to 7.52% ($p<.001$), and glomerular filtration rate (GFR) increased from 74.47 to 78.73 mL/min/1.73m² ($p<.001$). This program effectively improved knowledge, modified behaviors, and enhanced clinical outcomes in non-insulin-dependent diabetes mellitus patients with kidney disease. It is recommended to apply this program in caring for these patients, with long-term follow-up and studies on larger sample sizes to confirm its effectiveness.

Keywords : Non-insulin-dependent diabetes mellitus, Kidney disease, Health behavior development program

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 415 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 (Anastasi & Klug, 2021) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยเบาหวาน 4.4 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 5.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 (สำนักข่าว Hfocus, 2562) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การเสื่อมของจอประสาทตา ภาวะไตเสื่อม ภาวะปลายประสาทอักเสบ แผลที่เท้า และโรคหลอดเลือดสมอง (Sloan et al., 2018) โดยภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานพบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 25-40 ของผู้ป่วยเบาหวาน (Ibrahim & Miky, 2019)

ภาวะไตเสื่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจสังคม โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต มีค่าใช้จ่ายสูง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก (นุสรา วิโรจน์ภู, 2560) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตที่ไม่ได้ รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ควบคุมอาหาร การใช้ยารักษาเบาหวานไม่ถูกต้อง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (Jiang et al., 2017)

การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในแง่ของประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย และระบบสาธารณสุขโดยรวม การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อม โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งครอบคลุม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบ

ต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด (Pender, 1998) รวมทั้งทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพ (พัชรภณธ์ ไชยสังข์ และประทีป หมิทอง, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพอย่างมากในการจัดการโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและการชะลอการเสื่อมของไต โดยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ (Lou, 2019; Hurst et al., 2020; Obirikorang et al., 2022; Putra et al., 2019) นอกจากนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนยังมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 2,360 ราย โดยร้อยละ 95 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และร้อยละ 30 มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย นอกจากนี้ ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย (HbA1c > 7%) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จากสถานการณ์ดังกล่าว พบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย อัตราการเกิดภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่สูง การขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาดังกล่าวถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพื่อชะลอไตเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อม และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) และระดับความเสื่อมของไต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest one group design) ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการวินิจฉัยว่าระยะไตเสื่อมไม่เกินระยะที่ 2 (ค่า GFR ไม่ต่ำกว่า 60 – 89 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ม.²)

และไม่มีโรคอื่นร่วมที่ส่งผลให้ไตเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มกราคม 2567

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power V.3.1.9.2 (Faul, Erdfeldes & Bucher, 2014) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ .95 ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 23 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวเป็น 30 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่าหรือเท่ากับ 126-200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

2.1 เกณฑ์คัดเข้า (Include criteria)

ได้แก่ 1) สามารถอ่านออก เขียนได้ เข้าใจภาษาไทยได้ดี 2) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วยความสมัครใจตลอดระยะการวิจัยและยินดียินยอมให้ชื่อเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

2.2 เกณฑ์ คัด ออก (Exclude criteria)

ได้แก่ พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะกรดคีโตนคั่ง (diabetic ketoacidosis: DKA) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคีโตนคั่ง (hyperosmolar hyperglycemic syndrome) และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) จนต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำแนกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เส้นรอบ

เอว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระดับความเสื่อมของไต ระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นไตเสื่อมและโรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวาน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของศิริลักษณ์ (2555) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคไตเสื่อมจากเบาหวาน การดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริม รวมถึงแนวทางการชะลอไตเสื่อม ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แบบประเมินประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบถูก/ผิด จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ โดยตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) ได้แก่ ความรู้ระดับมาก (20-25 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน หรือร้อยละ 60-79) และความรู้ระดับต่ำ (1-14 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นเครื่องมือที่ประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวทำนายโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และประทีป หมีทอง, 2561) ประกอบด้วยคำถาม 43 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติเป็นประจำ

(5 คะแนน) การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับตามตามเกณฑ์ของ Best (1980) ค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน คือ พฤติกรรมการควบคุมภาวะไตเสื่อมระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับต่ำ (1.00-2.33)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่นำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสร้างโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 10 สัปดาห์ ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วยเบาหวานและให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 1) ประเมินความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินด้วยแบบสอบถาม “การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน” 2) ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินด้วยแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน 3) ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) และระดับความเสื่อมของไต และ 4) การบรรยายประกอบ Power Point และแจกคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

สัปดาห์ที่ 2 เว้นการจัดกิจกรรมและมอบหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานทบทวนความรู้และกิจกรรมตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ทฤษฎีการ

ส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ประกอบการบรรยายสื่อ Power Point ดังนี้

สัปดาห์ที่ 3 การบรรยายสื่อ Power Point ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 3) การออกกำลังกาย ร่วมกับการฝึกออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 4 เว้นการจัดกิจกรรมและ มอบหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานทบทวนความรู้และ กิจกรรมตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

สัปดาห์ที่ 5 การบรรยายสื่อ Power Point ประกอบด้วย 1) ด้านโภชนาการ 2) การพัฒนา จิตวิญญาณ และ 3) การจัดการความเครียดร่วมกับการ ฝึกปฏิบัติการนวดกดจุดเพื่อคลายเครียดด้วยตนเอง รวมทั้งสรุปกิจกรรมกลุ่มด้วยการให้สมาชิกกลุ่มเล่า ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติตัวตาม ที่อบรมในสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5

สัปดาห์ที่ 6 เว้นการจัดกิจกรรมและ มอบหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานทบทวนความรู้และ กิจกรรมตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และ มอบหมายให้ฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับการอบรมใน สัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5 ร่วมกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เบาหวาน

สัปดาห์ที่ 7 การบรรยายสื่อ Power Point เพื่อทบทวนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 3) การออกกำลังกาย ร่วม 4) โภชนาการ 5) การพัฒนาจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด รวมทั้งสรุปกิจกรรมกลุ่มด้วยการให้สมาชิกกลุ่มเล่าปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

สัปดาห์ที่ 8 เว้นการจัดกิจกรรมและ มอบหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานทบทวนความรู้และ กิจกรรมตามคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และ มอบหมายให้ฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับการอบรมใน สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5

สัปดาห์ที่ 9 นัดผู้ป่วยเบาหวานเพื่อ สรุปกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้ป่วย เบาหวานเล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม

สัปดาห์ที่ 10 ประเมินความรู้เรื่อง การชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ด้วยแบบสอบถาม “การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน” ประเมินพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ ชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน และประเมินผลลัพธ์ ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) และระดับความ เสื่อมของไต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาด้วย วิธีการคำนวณดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Congruence; IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม อาจารย์พยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุดรธานี และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิก โรคเรื้อรัง ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ของ เนื้อหา พบว่าค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.89



2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะไตเสื่อม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลฟากท่า พบว่า แบบวัดความรู้ค่าความเชื่อมั่นที่คำนวณด้วยวิธี KR-20 ของ Kuder-Richardson เท่ากับ 0.84 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย

2. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำปาดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษา พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

4. อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้ยินยอมเข้าร่วมลงลายมือชื่อ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม

5. กำหนดวันและเชิญผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ 4 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์

6. ประเมินผลการใช้โปรแกรมด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ก่อนการวิจัย และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 30 คน เพศหญิง ร้อยละ 60.0 เพศชาย ร้อยละ 40.0 อายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.3 อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 27.7 อายุเฉลี่ย 58.9 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 26.7 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.0 บาท รายได้เฉลี่ย 6,123.21 บาท สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.30 รองลงมา คือ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 23.3

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 36.7 ค่าเฉลี่ย 16.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 คะแนน หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 ค่าเฉลี่ย 20.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.37 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวานของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.62$, $SD=0.17$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M=3.96$, $SD=0.17$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเบาหวานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

3.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.45$, $SD=0.26$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M=3.95$, $SD=0.22$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.69$, $SD=0.21$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M=3.82$, $SD=0.21$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ก่อนการทดลองอยู่

ในระดับปานกลาง ($M=3.67$, $SD=0.18$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M=3.85$, $SD=0.17$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านโภชนาการ พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.61$, $SD=0.20$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M=4.05$, $SD=0.21$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านโภชนาการ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.503$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

3.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.64$, $SD=0.18$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M=4.00$, $SD=0.20$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการพัฒนาจิตวิญญาณหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

3.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการจัดการความเครียด พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.62$, $SD=0.21$) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M=3.82$, $SD=0.24$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการจัดการความเครียดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (n = 30)

รายการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
ความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน	16.23	2.25	ปานกลาง	20.10	1.37	มาก	9.089	<0.001
พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	3.62	0.17	ปานกลาง	3.96	0.17	มาก	8.662	<0.001
- ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.45	0.26	ปานกลาง	3.95	0.22	มาก	11.368	<0.001
- ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.69	0.21	มาก	3.82	0.21	มาก	4.707	<0.001
- ด้านการออกกำลังกาย	3.67	0.18	ปานกลาง	3.85	0.17	มาก	7.823	<0.001
- ด้านโภชนาการ	3.61	0.20	ปานกลาง	4.05	0.21	มาก	11.503	<0.001
- ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	3.64	0.18	ปานกลาง	4.00	0.20	มาก	8.741	<0.001
- ด้านการจัดการความเครียด	3.62	0.21	ปานกลาง	3.82	0.24	มาก	8.261	<0.001

4. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงจาก 133.03 เป็น 128.53 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (t=6.346, p < 0.001) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

(HbA1C) ลดลงจาก 8.56 % เป็น 7.52% (t=8.214, p < 0.001) และอัตราการกรองของไต (GFR) เพิ่มขึ้นจาก 74.47 เป็น 78.73 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร (t=5.869, p < 0.001) การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้แสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการทำงานของไตที่ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (n = 30)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD.	M	SD.		
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	133.03	3.69	128.53	4.86	6.346	<0.001
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	8.56	0.50	7.52	0.41	8.214	<0.001
ค่าการทำงานของไต (GFR)	74.47	8.46	78.73	8.23	5.869	<0.001

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน

ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมจากโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง (16.23 คะแนน) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (20.10 คะแนน) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเพิ่มขึ้นของความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาจเป็นผลมาจากการใช้วิธีการที่หลากหลายในการให้ความรู้ เช่น การบรรยาย การแจกคู่มือ และการใช้สื่อ PowerPoint ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม การสนับสนุนและการติดตามผลจากทีมงานทางการแพทย์มีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu et al. (2018) ที่ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพไต นอกจากนี้ งานวิจัยของ Ibrahim & Miky (2019) ยังสนับสนุนว่าการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการโรคเบาหวานสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคเบาหวาน

ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนการทดลองอยู่ระดับปานกลาง (3.62 คะแนน) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (3.96 คะแนน) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อจำแนกรายด้าน

พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองในทุกด้านรวมถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากหลายปัจจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพผ่านการบรรยายและการแจกคู่มือที่เน้นเนื้อหาชัดเจนเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน การฝึกปฏิบัติและกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกายและการนวดกดจุดเพื่อคลายเครียด ซึ่งช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การใช้สื่อที่หลากหลายทั้ง PowerPoint และคู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความจดจำ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามผลและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในสถานที่จริง รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจและได้รับแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lou (2019) และ Hurst et al. (2020) ที่พบว่าการใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Obirikorang et al. (2022) ยังสนับสนุนว่าการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) แสดงให้เห็นถึงการควบคุมเบาหวานที่ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของอัตราการกรองของไต (GFR) แสดงถึงการชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเป็นผลมาจากการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่องในโปรแกรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นส่งผลโดยตรงต่อการชะลอการเสื่อมของไต ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) แสดงถึงการควบคุมเบาหวานที่ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของอัตราการกรองของไต (GFR) แสดงถึงการชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นนี้เป็นผลมาจากการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามอย่างต่อเนื่องในโปรแกรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lou (2019) และ Hurst et al. (2020) ที่พบว่าการใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Obirikorang et al. (2022) ยังสนับสนุนว่าการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสามารถ

ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pillay และคณะ (2015) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (DSME) ร่วมกับการสนับสนุนด้านพฤติกรรม สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ ในขณะที่ Wagner (2011) ให้ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการโรคเบาหวาน โดยระบุว่าการให้การศึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจัดการโรคได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบการปรับปรุงในการทำงานของไต อันเป็นการชะลอภาวะแทรกซ้อนทางไต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและปรับปรุงการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำไปใช้ในโรงพยาบาลและคลินิกต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากการสนับสนุนจากสังคมมีความสำคัญต่อการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
3. ควรปรับปรุงโปรแกรมให้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามคำแนะนำ



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถสรุปผลได้ครอบคลุมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้งหมด
2. ควรใช้การวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและลดผลกระทบจากปัจจัยภายนอกที่ไม่ได้ควบคุม
3. ควรติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย

4. ควรศึกษาปัจจัยทั้งในระดับบุคคลและสังคม ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5. ควรเพิ่มการประเมินผลทางคลินิกอื่น ๆ นอกเหนือจากระดับน้ำตาลในเลือดและการทำงานของไต เช่น คุณภาพชีวิต ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด เพื่อให้ได้ภาพรวมของผลกระทบที่ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Anastasi, J. K., & Klug, C. (2021). Diabetic peripheral neuropathy: Person-centered care. *Nursing*, 51(4), 34-40.
- Best, J. W. (1980). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- 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, 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Hurst, A., et al. (2020). [Title of the paper]. [Journal Name], [Volume(Issue)], [Page numbers]. [DOI or URL if available].
- Ibrahim, W. K., & Miky, S. F. (2019). Diabetes Self-management Education Program among Patients at Risk for Diabetic Nephropathy. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 6(3), 383-395.
- Jiang, N., Huang, F., & Zhang, X. (2017). Smoking and the risk of diabetic nephropathy in patients with type 1 and type 2 diabetes: a meta-analysis of observational studies. *Oncotarget*, 8(54), 93209-93218.
- Liu, W. J., Huang, W. F., Ye, L., Chen, R. H., Yang, C., Wu, H. L., et al. (2018). The activity and role of autophagy in the pathogenesis of diabetic nephropathy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 22(10), 3182-3189.
- Lou, Q. (2019). [Title of the paper]. [Journal Name], [Volume(Issue)], [Page numbers]. [DOI or URL if available].

■ ■ ■
นุสรวิโรจน์ (2560). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.

พัชรภรณ์ ไชยสังข์, & ประทีป หมีทอง. (2561). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 35(2), 131.

Pender, N. J. (1998). Health Promotion in Nursing Practice. New York: Appleton and Lange.

Sloan, G., Shillo, P., Selvarajah, D., Wu, J., Wilkinson, I. D., Tracey, I., et al. (2018). A new look at painful diabetic neuropathy. Diabetes Res Clin Pract, 144, 177-191. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.08.020>

สำนักข่าว Hfocus. (2562). โรคเบาหวานในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2562 พ.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>

Wagner, J. A. (2011). Behavioral Interventions to Promote Diabetes Self-Management. Diabetes Spectrum, 24(2), 61-62. <https://doi.org/10.2337/diaspect.24.2.61>

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย
หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Development of Clinical Practice Guidelines for Caring for Patients
Receiving Peripheral Intravenous Therapy Inpatient Department,
Fao Rai Hospital, Nong Khai Province.

สมฤดี คงสกุล

Somrudee Kongsakul

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

(Received: June 18, 2024; Accepted: July 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย 2) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติในการลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายที่พัฒนา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดำเนินการใน 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติและการสนทนากลุ่ม 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 15 คน และผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้นโยบาย และสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) การประเมินผลและสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน เชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติ SMART-IV ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากร้อยละ 15 เหลือร้อยละ 7 และลดอัตราการติดเชื้อจากร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 3 ($p < 0.01$) ระยะเวลาการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการลดลงจาก 22.5 นาที เหลือ 12.8 นาที คะแนนการปฏิบัติของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 8.0 เป็น 9.5 คะแนน พยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับสูง ซึ่งแนวปฏิบัติ SMART-IV มีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย จึงควรส่งเสริมการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติพยาบาล, สารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This research aimed to 1) develop clinical practice guidelines for caring for patients receiving peripheral intravenous therapy, 2) evaluate the result of the guidelines in reducing the incidence of phlebitis, and 3) assess the satisfaction of nurses and patients with the developed guidelines. The study employed a research and development approach, utilizing both quantitative and qualitative methods. It was conducted in three phases: 1) guideline development, involving nursing experts as the sample group, using guideline quality assessment tools and focus group discussions; 2) guideline implementation and evaluation, with a sample of 15 professional nurses and 100 patients receiving intravenous therapy, collecting data before and after guideline implementation, and conducting in-depth interviews; and 3) evaluation and conclusion, analyzing quantitative data using descriptive and inferential statistics, and qualitative data through content analysis.

The results showed that the developed SMART-IV guidelines effectively reduced the incidence of phlebitis from 15% to 7% and decreased the infection rate from 10% to 3% ($p < 0.01$). The response time to symptom changes decreased from 22.5 minutes to 12.8 minutes, and nurses' performance scores increased from 8.0 to 9.5. Both nurses and patients reported high levels of satisfaction with the guidelines. The SMART-IV guidelines effectively reduced complications and improved the quality of care for patients receiving peripheral intravenous therapy. Therefore, it is recommended to promote the implementation of these guidelines in other departments and to continue their development.

Keywords : Nursing practice guidelines, Peripheral intravenous therapy, Complications

บทนำ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยใน วิธีการนี้มีความสำคัญในการรักษาและดูแลผู้ป่วยหลากหลายประเภท ทั้งในด้านการให้สารน้ำเพื่อรักษาสสมดุลของร่างกาย การให้ยา และการให้สารอาหาร อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นหัตถการที่ทำกันอย่างแพร่หลาย แต่ก็ยังมีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญคือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบหรือที่เรียกในทางการแพทย์ว่า Phlebitis ซึ่งเป็นการอักเสบของผนังหลอดเลือดดำ สาเหตุอาจเกิดจากการระคายเคืองจากแรงกระทำภายนอกต่อเนื้อเยื่อหรืออวัยวะการติดเชื้อ หรือปฏิกิริยาทางเคมีจากสารน้ำหรือยาที่ให้ ภาวะนี้ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความไม่สบายแก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด โดยในประเทศเปรู พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 29 และต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 4 วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่พบการติดเชื้อ (CDC, 2015)

จากการศึกษาของ Zheng และคณะ (2014) พบว่าอัตราการเกิดภาวะนี้อยู่ในช่วงร้อยละ 20-70 ในขณะที่ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายสูงถึงร้อยละ 39.3 (Lim et al., 2019) ในประเทศไทย มีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัดพบอัตราอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลชัยภูมิพบอัตราอุบัติการณ์หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบร้อยละ 3.9 (กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์, 2561) ในขณะที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะนี้ร้อยละ 7.57 (ฐิติรัตน์ ลิ้มสินทวีคุณ, 2566) ซึ่งแม้อัตรา

การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในประเทศไทยจะต่ำกว่าที่พบในต่างประเทศ ความแตกต่างของตัวเลขนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในแนวทางการปฏิบัติและการเก็บข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะนี้แต่ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบและการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลสามารถแบ่งได้เป็นปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย เช่น อายุ โรคประจำตัวที่รุนแรง และสภาพร่างกาย และปัจจัยภายนอก ซึ่งรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อน การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้สารน้ำ ตลอดจนประเภทและระยะเวลาของการรักษาทางหลอดเลือด นอกจากนี้ การใช้เข็มฉีดยาสายยาว และอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่น ๆ ก็มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นกัน (นิษากา ห่อน้อย และคณะ, 2553; Prompriang et al., 2009; Corbett et al., 2018; Monegro AF et al., 2023)

สำหรับโรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีอัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ปี 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 19.48, 19.88 และ 20.00 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และถอดบทเรียนในโรงพยาบาลเฝ้าไร่ พบว่าปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลให้อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบสูงขึ้น ได้แก่ การขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความเข้าใจและการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ขาดการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมถึงการขาดการอบรมและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายมีประสิทธิภาพสูง Abolfotouh et al. (2014) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงแข สุขศิลป์ และคณะ (2566) ที่พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความรู้ของพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ ลัดดาวัลย์ นรสาร (2567) รายงานว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมทุกขั้นตอนตั้งแต่การเตรียมความพร้อมจนถึงการดูแลหลังให้สารน้ำช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เพ็ญศรี นิลขำ, 2567) ทั้งนี้ วิลาวัลย์ สุขศิลป์ และคณะ (2563) พบว่ากลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติ เช่น การให้ความรู้ การจัดทำคู่มือ และการนิเทศติดตาม มีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการวิจัยนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลายให้ชัดเจนและเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และลดภาระงานของพยาบาล โดยคาดว่าจะสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงลดต้นทุนในการรักษาและดูแลผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย
2. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติในการลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายที่พัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดำเนินการศึกษาระหว่างมิถุนายน-พฤศจิกายน 2566

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน
2. เครื่องมือวิจัย
 - 2.1 แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ ลักษณะแบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ 5 ระดับ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ ความชัดเจนของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความทันสมัยของข้อมูล และความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล การวิเคราะห์ผลการประเมินจะใช้การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ร่วมกับการพิจารณาข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

จากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมประเด็นสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ความคิดเห็นต่อร่างแนวปฏิบัติ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกจากพยาบาลวิชาชีพ

3. ขั้นตอนดำเนินการ

3.1 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทีมวิจัยค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยใช้ฐานข้อมูลวิชาการต่าง ๆ เช่น PubMed และ Google Scholar เพื่อหาข้อมูลที่ทันสมัยและหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ

3.2 ร่างแนวปฏิบัติโดยทีมผู้วิจัย ทีมวิจัยซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกันร่างแนวปฏิบัติเบื้องต้น โดยอ้างอิงจากข้อมูลที่ได้ทบทวน เพื่อให้ได้แนวทางที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเฝ้าไร่

3.3 ประเมินคุณภาพของร่างแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ส่งร่างแนวปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านที่มีประสบการณ์ด้านการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบและประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความถูกต้องของแนวปฏิบัติ

3.4 วิเคราะห์ผลการประเมินและปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติ นำผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์และปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติให้มี

ความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้นตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

3.5 จัดสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ 5 คน เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับร่างแนวปฏิบัติ รวมถึงประเด็นที่อาจยังไม่ครอบคลุมหรือขาดหายไป

3.6 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและปรับปรุงแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของพยาบาลวิชาชีพ

3.8 จัดทำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ จัดทำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ โดยบูรณาการความเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ได้แนวทางที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเฝ้าไร่

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนวปฏิบัติ

4.2 วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีประสบการณ์ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติและประเมินความพึงพอใจ จำนวน 15 คน

2. ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลายในช่วงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 50 คนในแต่ละช่วง (รวม 100 คน) ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยสุ่มผู้ป่วยทุกๆ คนที่ 2 ที่เข้ารับการรักษและได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย จนครบจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก และส่วนสูง รวมถึงประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและโรคประจำตัว วันที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และประวัติการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2. แบบบันทึกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis Score) ใช้ Visual Infusion Phlebitis (VIP) Score เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ โดยประเมินอาการปวด แดง บวม อุ่น และแข็ง ให้คะแนน 0-5 ตามระดับความรุนแรง พร้อมบันทึกวันที่และเวลาที่ทำการประเมิน

3. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาล ประกอบด้วยรายการขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ มีช่องทำเครื่องหมายว่าปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ช่องสำหรับบันทึกเหตุการณ์ไม่ปฏิบัติ และส่วนสรุปคะแนนการปฏิบัติ เพื่อประเมินการปฏิบัติตามขั้นตอนในแนวปฏิบัติของพยาบาล

4. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล ใช้สำหรับผู้วิจัยในการสังเกตการปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วยรายการพฤติกรรมที่ต้องสังเกต ช่องบันทึกรายละเอียดการปฏิบัติ ช่องบันทึกเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน และส่วนบันทึกข้อสังเกตหรือปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติงาน

5. แบบบันทึกระยะเวลาการคาสายให้สารน้ำ ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคาสายให้สารน้ำ โดยระบุวันและเวลาที่เริ่มให้สารน้ำ ตำแหน่งที่ให้สารน้ำ ชนิดและขนาดของสายให้สารน้ำ วันและเวลาที่ถอดสายให้สารน้ำ เหตุผลในการถอดสาย (เช่น หมดความจำเป็น เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออื่นๆ) และคำนวณระยะเวลารวมทั้งคาสายเป็นชั่วโมง

ขั้นตอนดำเนินการ

1. จัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติอย่างถูกต้อง

2. เก็บข้อมูลก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (Pre-test) ในผู้ป่วย 50 คน ก่อนใช้แนวปฏิบัติใหม่ เช่น อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และระยะเวลาการคาสาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

3. ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยใน พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น

4. เก็บข้อมูลระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ โดย บันทึกการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาล สังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล บันทึกระยะเวลาการคาสายให้สารน้ำ

5. เก็บข้อมูลหลังการใช้แนวปฏิบัติ (Post-test) ในผู้ป่วยอีก 50 คนหลังการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการใช้แนวปฏิบัติ โดยพิจารณาตัวแปรเช่นเดียวกับการเก็บข้อมูลก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน: Chi-square test, Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปผล
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มเดียวกับ
ระยะที่ 2)

1. พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติ
จำนวน 15 คน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนว
ปฏิบัติ จำนวน 50 คน 2. ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลายในช่วงหลังการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 50
คน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของ
พยาบาล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert
scale) เพื่อประเมินความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ได้แก่
ความสะดวกในการใช้ ประสิทธิภาพ ความชัดเจน และการ
ลดภาระงาน
2. แบบสอบถามความพึงพอใจของ
ผู้ป่วย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert
scale) ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง
ได้แก่ ความสะดวกสบาย การได้รับข้อมูล ความปลอดภัย
และความใส่ใจของพยาบาล
3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็น
เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้กับพยาบาล 5-7 คน เพื่อเก็บ
ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ โดยครอบคลุม
ประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ ปัญหาที่พบ และ
ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

ขั้นตอนดำเนินการ

1. สำนวความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพ 15 คนต่อการใช้แนวปฏิบัติใหม่ โดยใช้
แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น
2. สำนวความพึงพอใจของผู้ป่วย 50
คนที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติใหม่ โดยใช้
แบบสอบถามที่เหมาะสม

3. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาล
วิชาชีพ 5-7 คน เพื่อรวบรวมประสบการณ์ ความคิดเห็น
และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลความพึง
พอใจ

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content
Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดย
ผู้เชี่ยวชาญได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดย
มีค่า CVI เท่ากับ 0.92 และค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-
1.00 สำหรับทุกข้อคำถาม ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องที่
ดีระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย

สำหรับเครื่องมือวิจัยอื่นๆ เช่น แบบบันทึก
การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ แบบประเมินการ
ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาล และแบบสอบถาม
ความพึงพอใจ ได้รับการตรวจสอบทั้งความเที่ยงตรง
และความเชื่อมั่น โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.91-0.96
และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง
0.85 - 0.89 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (0.7) แสดงถึง
ความสอดคล้องภายในที่ดีของเครื่องมือ

นอกจากนี้ ยังมีการทดลองใช้เครื่องมือ
(Pilot study) กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งนำไปสู่การ
ปรับปรุงภาษาและลำดับคำถามให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
รวมทั้งมีการจัดอบรมผู้เก็บข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจใน
การใช้เครื่องมือวิจัยทุกชนิด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย เลขที่ 136/2566

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสาร น้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย; SMART-IV

การประเมินอย่างเป็นระบบ (Systematic Assessment) แนวปฏิบัติเดิมเน้นการประเมินความ จำเป็นทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ที่มี ภาวะแทรกซ้อนหรือสภาวะร่างกายที่แตกต่างกัน ส่วน แนวปฏิบัติ SMART-IV มีการประเมินอย่างละเอียด โดย คำนึงถึงสภาพร่างกาย ภาวะสุขภาพ ผลการตรวจ วินิจฉัย และแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้การดูแลมี ความเหมาะสมและครอบคลุมมากขึ้น

การอธิบายอย่างเป็นขั้นตอน (Methodical Explanation) แนวปฏิบัติเดิมมักอธิบายขั้นตอนการให้ สารน้ำเฉพาะบางกรณี ทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่เข้าใจ หรือเกิดความวิตกกังวล ขณะที่แนวปฏิบัติ SMART-IV เน้นการอธิบายขั้นตอนและความสำคัญของการให้สาร น้ำแก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้ง เพื่อสร้างความเข้าใจและ ลดความวิตกกังวล

การเตรียมอุปกรณ์ที่ทันสมัย (Advanced Equipment Preparation) แนวปฏิบัติเดิมเตรียม อุปกรณ์ทั่วไป ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ส่วนแนวปฏิบัติ SMART-IV มีการเตรียมอุปกรณ์ที่ทันสมัยและปลอดเชื้อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและป้องกันการ ติดเชื้อ

เทคนิคที่เชื่อถือได้ (Reliable Technique)

แนวปฏิบัติเดิมใช้เทคนิคปลอดเชื้อพื้นฐานในการแทง เข็มและจัดวางสายสวนหลอดเลือดดำ ซึ่งอาจไม่เพียงพอ ในการป้องกันการติดเชื้อ ส่วนแนวปฏิบัติ SMART-IV ใช้ เทคนิคปลอดเชื้อที่มีความเข้มงวดมากขึ้น เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน

การเฝ้าระวังอย่างละเอียด (Thorough Monitoring)

แนวปฏิบัติเดิมมีการตรวจสอบตำแหน่ง และบริเวณรอบ ๆ ไม่สม่ำเสมอ ทำให้อาจตรวจพบการ อักเสบหรือการติดเชื้อไม่ทันทั่วทั้งที่ ขณะที่แนวปฏิบัติ SMART-IV มีการตรวจสอบทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อค้นหา สัญญาณของการอักเสบหรือการติดเชื้อ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Informed Patient Education) แนวปฏิบัติเดิมให้ความรู้เบื้องต้น เท่านั้น ส่วนแนวปฏิบัติ SMART-IV ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลและ แนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างได้รับสารน้ำ เพื่อเพิ่ม ความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง

การควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด (Vigilant Infection Control) แนวปฏิบัติเดิมมีการล้าง มือก่อนและหลังสัมผัสเป็นการปฏิบัติพื้นฐาน ส่วนแนว ปฏิบัติ SMART-IV เน้นการล้างมือก่อนและหลังสัมผัส บริเวณที่ให้สารน้ำทุกครั้ง และใช้เทคนิคปลอดเชื้อใน การดูแลและเปลี่ยนอุปกรณ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ อย่างเคร่งครัด

โดยสรุป แนวปฏิบัติ SMART-IV ได้รับการ พัฒนาให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วน ปลาย ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความ ปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบแนวปฏิบัติแบบเก่าและ SMART-IV

องค์ประกอบ	แนวปฏิบัติแบบเก่า	แนวปฏิบัติแบบใหม่ (SMART-IV)
Systematic Assessment (การประเมินอย่างเป็นระบบ)	มีการประเมินความ จำเป็นทั่วไป	ประเมินความจำเป็นอย่างละเอียด โดยพิจารณาจากสภาพ ร่างกายและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงผลการตรวจ วินิจฉัยและแผนการรักษาของแพทย์
Methodical Explanation (การอธิบายอย่างเป็นขั้นตอน)	อธิบายขั้นตอนแก่ผู้ป่วย บางกรณี	อธิบายขั้นตอนการให้สารน้ำและความสำคัญแก่ผู้ป่วยและ ญาติทุกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและลดความวิตกกังวล
Advanced Equipment Preparation (การเตรียมอุปกรณ์ ที่ทันสมัย)	เตรียมอุปกรณ์ทั่วไป	เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและปลอดภัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา
Reliable Technique (เทคนิคที่ เชื่อถือได้)	ใช้เทคนิคปลอดภัย พื้นฐาน	ใช้เทคนิคปลอดภัยในการแทงเข็มและจัดวางสายสวนหลอดเลือด ดำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน
Thorough Monitoring (การ เฝ้าระวังอย่างละเอียด)	ตรวจสอบตำแหน่งและ บริเวณรอบ ๆ ไม่ สม่ำเสมอ	ตรวจสอบตำแหน่งสายสวนหลอดเลือดดำและบริเวณรอบ ๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อค้นหาสัญญาณของการอักเสบหรือการติดเชื้อ
Informed Patient Education (การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย)	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ ญาติเบื้องต้น	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรแจ้ง พยาบาล และแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างได้รับสารน้ำ
Vigilant Infection Control (การควบคุมการติดเชื้ออย่าง เคร่งครัด)	ล้างมือก่อนและหลัง สัมผัส	ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสบริเวณที่ให้สารน้ำทุกครั้ง และใช้ เทคนิคปลอดภัยในการดูแลและเปลี่ยนอุปกรณ์

ผลของการใช้แนวปฏิบัติ SMART-IV

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติ SMART-IV ส่งผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในทุกตัวชี้วัด ดังนี้ อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ลดลงจากร้อยละ 15 เหลือร้อยละ 7 อัตราการติดเชื้อ ลดลงจากร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 3 ระยะเวลาการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการลดลงจาก 22.5 นาที เหลือ 12.8 นาที คะแนน VIP Score เฉลี่ยลดลง

จาก 3.0 เหลือ 1.0 ซึ่งบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะ หลอดเลือดดำอักเสบที่ลดลง คะแนนการปฏิบัติของ พยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 8.0 คะแนน เป็น 9.5 คะแนน จาก คะแนนเต็ม 10 และระยะเวลาการคาสายให้สารน้ำเฉลี่ย ลดลงจาก 24 ชั่วโมง เหลือ 12 ชั่วโมง ผลลัพธ์เหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ SMART-IV ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทาง หลอดเลือดดำอย่างครอบคลุม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลของการใช้แนวปฏิบัติ SMART-IV ก่อนและหลังการใช้

ผลลัพธ์	ก่อนใช้ SMART-IV	หลังใช้ SMART-IV	χ^2 หรือ t-test	P-value
อัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ	15% (8 คน)	7% (4 คน)	$\chi^2 = 4.28$	<0.01
อัตราการติดเชื้อ	10% (5 คน)	3% (2 คน)	$\chi^2 = 5.00$	<0.01
ระยะเวลาการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง อาการ	22.5 นาที	12.8 นาที	t= 6.75	<0.01
คะแนน VIP Score เฉลี่ย	3.0	1.0	t= 8.20	<0.01
คะแนนการปฏิบัติของพยาบาล	8.0/10	9.5/10	t= 7.10	<0.01
ระยะเวลาการคาสายให้สารน้ำเฉลี่ย	24 ชั่วโมง	12 ชั่วโมง	t= 9.50	<0.01

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ SMART-IV ในการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบการลดลงของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกด้านที่ศึกษา ดังนี้ การรั่วซึมของสารน้ำลดลงจากร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 4 การติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจากร้อยละ 6 เหลือร้อยละ 2 และอาการอักเสบลดลงจากร้อยละ 12 เหลือร้อยละ 5 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	ก่อนใช้ SMART-IV (จำนวนคน)	ก่อนใช้ SMART-IV (%)	หลังใช้ SMART-IV (จำนวนคน)	หลังใช้ SMART-IV (%)
การรั่วซึมของสารน้ำ	5	10	2	4
การติดเชื้อในกระแสเลือด	3	6	1	2
อาการอักเสบ	6	12	3	5

ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติ SMART-IV
ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ SMART-IV แสดงให้เห็นว่าทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าแนวปฏิบัตินี้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 92) ใช้งานสะดวก (ร้อยละ 90) มีความชัดเจน (ร้อยละ 88) และช่วยลดภาระงาน (ร้อยละ 85) ในด้านผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่รู้สึกว่าการดูแลมีความปลอดภัย (ร้อยละ 93) พอใจกับการดูแลของพยาบาล (ร้อยละ 91) รู้สึกสะดวกสบายกับการดูแลที่ได้รับ (ร้อยละ 90) และได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนและชัดเจน (ร้อยละ 89) ผลการประเมินนี้บ่งชี้ว่าแนวปฏิบัติ SMART-IV ได้รับการยอมรับอย่างดีจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ตอบสนองความต้องการของทั้งสองฝ่ายในด้านประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างยั่งยืนในอนาคต

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดส่วนปลาย ภายใต้ชื่อ SMART-IV ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับแนวปฏิบัติเดิม โดยแนวปฏิบัติ SMART-IV มีประสิทธิภาพสูงกว่าแนวปฏิบัติเดิมในทุกด้าน โดยเน้นการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด การสื่อสารที่ชัดเจน การใช้อุปกรณ์และเทคนิคที่ทันสมัย การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการควบคุมการติดเชื้อที่เข้มงวด ความแตกต่างที่สำคัญคือ SMART-IV มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ที่เน้นคุณภาพและความปลอดภัยเป็นสำคัญ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า SMART-IV สามารถลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากร้อยละ 15 เหลือเพียงร้อยละ 7 และลดอัตราการติดเชื้อจากร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 3 ซึ่งเป็นผลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยระยะเวลาลดลงจาก 22.5 นาที เหลือ 12.8 นาที พร้อมกับการปรับปรุงคะแนน VIP Score จาก 3.0 เป็น 1.0 นอกจากนี้ คะแนนการปฏิบัติของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 8.0 คะแนน เป็น 9.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 และระยะเวลาการคาสายให้สารน้ำเฉลี่ยลดลงจาก 24 ชั่วโมง เหลือ 12 ชั่วโมง

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ สามารถอธิบายได้ว่า

แนวปฏิบัติ SMART-IV ได้รับการออกแบบมาอย่างครอบคลุมโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การทำความสะอาดมือ การตรวจสอบและเปลี่ยนสายสวนตามเวลาที่กำหนด และการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติอย่างเข้มข้น นอกจากนี้ การลดระยะเวลาการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการและการคาสายให้สารน้ำที่สั้นลงแสดงถึงการพัฒนากระบวนการทำงานและการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของแนวปฏิบัติ SMART-IV มีดังนี้

1. การประเมินอย่างเป็นระบบ (Systematic Assessment) ช่วยให้การวางแผนการให้สารน้ำมีความละเอียดและแม่นยำมากขึ้น
2. การอธิบายอย่างเป็นขั้นตอน (Methodical Explanation) แก่ผู้ป่วยและญาติ ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความเข้าใจในการรักษา
3. การเตรียมอุปกรณ์ที่ทันสมัย (Advanced Equipment Preparation) และการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (Reliable Technique) ช่วยลดอัตราการติดเชื้อและการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ
4. การเฝ้าระวังอย่างละเอียด (Thorough Monitoring) และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Informed Patient Education) ช่วยให้สามารถตรวจพบและแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่
5. การควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด (Vigilant Infection Control) ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tacconelli et al. (2016) ที่พบว่าการใช้เทคนิคปลอดเชื้อและการตรวจสอบตำแหน่งสายสวนหลอดเลือดดำอย่างสม่ำเสมอช่วยลดอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยได้อย่าง

มีนัยสำคัญ นอกจากนี้ งานวิจัยของดวงแข สุขศิลป์ (2566) และลัดดาวัลย์ นรสาร (2567) พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติและการอบรมพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและลดภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ผลการลดภาวะแทรกซ้อนในงานวิจัยนี้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากกว่า งานวิจัยของ Corbett และคณะ (2018) แสดงให้เห็นว่าการใช้สารละลายที่มีค่า pH และ osmolality ที่แตกต่างจากเลือดสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการระคายเคืองต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่แสดงถึงการลดคะแนน VIP Score จาก 3.0 เหลือ 1.0 การลดการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอาการและการลดภาวะแทรกซ้อนยืนยันถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ SMART-IV ในการดูแลผู้ป่วย

ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ SMART-IV ในการลดอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของพยาบาล โดยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ SMART-IV อยู่ในระดับสูง โดยร้อยละ 92 ของพยาบาลเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 90 ระบุว่าใช้งานสะดวก ร้อยละ 88 เห็นว่ามีความชัดเจน และร้อยละ 85 ระบุว่าช่วยลดภาระงาน ผลดังกล่าวสะท้อนถึงการยอมรับและการนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาโดยคำนึงถึงความต้องการและปัญหาในการปฏิบัติงานจริง ความชัดเจนและความสะดวกในการใช้งานช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจ ขณะที่การลดภาระงานทำให้พยาบาลมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงแข สุขศิลป์ (2566) ที่พบว่าแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และงานวิจัยของลัดดาวัลย์ นรสาร (2567) ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการอบรมและการ

สนับสนุนในการเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติ SMART-IV ไปใช้ในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล พร้อมทั้งจัดอบรมและฝึกปฏิบัติให้พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

1.2 ควรปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาจากผลการประเมินและข้อเสนอแนะของผู้ใช้งาน รวมถึงประเมินผลในระยะยาวเพื่อให้มั่นใจว่าแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนและสามารถปรับตัวตามสภาพแวดล้อมการทำงานที่เปลี่ยนแปลง

1.3 ควรจัดทำคู่มือและสื่อการเรียนการสอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย โดยใช้เทคโนโลยีและสื่อมัลติมีเดียเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความน่าสนใจในการเรียนรู้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายการวิจัยไปยังโรงพยาบาลอื่น และใช้กลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2.2 ควรติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย เช่น ปัจจัยทางจิตวิทยา

สภาพแวดล้อมในการทำงาน และการสนับสนุนจาก

ผู้บริหาร เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่ตอบสนองความ

ต้องการของผู้ใช้งานได้ดียิ่งขึ้น

2.4 ควรใช้เทคโนโลยีในการเก็บ

ข้อมูลและประเมินผลการวิจัย เช่น ระบบบันทึกข้อมูล

ออนไลน์และแอปพลิเคชันสำหรับติดตามผล เพื่อเพิ่ม

ความสะดวก รวดเร็ว และแม่นยำในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล, 5(1), 52-60.

นิชภา หน่อตุ้ย และคณะ. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 28(2), 12-20.

จิตรัตน์ ลิ้มสินทวีคุณ. (2566). การลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการแพทย์และสุขภาพ, 13(2), 78-85.

เพ็ญศรี นิลขำ. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 15(3), 115-123.

ลัดดาวัลย์ นรสาร. (2567). การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วารสารการพยาบาล, 34(1), 43-50.

วิลาวัลย์ สุขศิลป์, อรรพรรณ สมบูรณ์จิต, & สลักจิต สุวรรณศรีสกุล. (2563). การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(4), 88-95.

Abolfotouh, M. A., Salam, M., Bani-Mustafa, A., White, D., & Balkhy, H. H. (2014). Prospective study of incidence and predictors of peripheral intravenous catheter-induced complications. Therapeutics and Clinical Risk Management, 10, 993–1001. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S74685>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Central line-associated bloodstream infections (CLABSI) data and statistics. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hai/bsi/clabsi-resources.html>

Corbett, J., Blegen, M., & Qaseem, A. (2018). The effect of solution pH and osmolarity on intravenous infusion phlebitis rates. Journal of Infusion Nursing, 41(5), 289-295. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000294>

Lim, S. H., Tay, Y. Y., Pua, L. H., & Kee, C. C. (2019). The prevalence and risk factors of peripheral intravenous catheter-related complications among hospitalized adults: A single-center observational study. Journal of Clinical Nursing, 28 (13-14), 2238-2246. <https://doi.org/10.1111/jocn.14841>

- 
- Monegro, A. F., Muppidi, V., & Regunath, H. (2023). Hospital-acquired infections. StatPearls [Internet]. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441857/>
- Tacconelli, E., Müller, N., Lemmen, S., Mutters, N., Hagel, S., & Meyer, E. (2016). Infection Risk in Sterile Operative Procedures.. Deutsches Arzteblatt international, 113 16, 271-8 . <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0271>.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วย
ที่ได้รับยา Norepinephrine โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

Effects of a Nursing Program to Prevent Peripheral Venous Inflammation
in Patients Receiving Norepinephrine, Uttaradit Hospital.

จุฑารัตน์ ยศสุวรรณ และสุมลชา จันทร์คำ

Jutharat Yossuwon and Sumontha Junkhum

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

(Received: June 18, 2024; Accepted: July 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 17 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 60 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติชุดเดิม กับกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคส์แควร์ เทสต์ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มทดลองพบอุบัติการณ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 3.3 เทียบกับร้อยละ 20.0) เมื่อวิเคราะห์อัตราส่วนความเสี่ยง (OR) พบว่ากลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.14 เท่า (95% CI: 0.02-1.22) นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการพยาบาลนี้ในระดับมากที่สุด ($M=4.66$, $S.D.=0.27$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล, หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ, นอร์อีพิเนพริน (Norepinephrine)



Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a nursing program for preventing peripheral phlebitis in patients receiving Norepinephrine at Uttaradit Hospital. The population consisted of 17 nurses working in the female surgical ward. The sample comprised 60 patients receiving Norepinephrine in the female surgical ward, divided into a control group of 30 patients who received standard care according to existing guidelines, and an experimental group of 30 patients who received the nursing program for preventing peripheral phlebitis in patients on Norepinephrine. Data were collected from March to May 2024. Descriptive statistics and chi-square tests were used for data analysis at a significance level of .05.

The results showed that the nursing program for preventing peripheral phlebitis in patients receiving Norepinephrine effectively reduced the incidence of phlebitis. The experimental group had a lower incidence compared to the control group (3.3% vs. 20.0%). When analyzing the odds ratio (OR), the experimental group had 0.14 times the risk of developing phlebitis compared to the control group (95% CI: 0.02-1.22). Additionally, professional nurses reported the highest level of satisfaction with the nursing program ($M=4.66$, $S.D.=0.27$). These findings demonstrate the effectiveness of the developed nursing program in reducing the risk of phlebitis in patients receiving Norepinephrine.

Keywords: Nursing program, Peripheral venous inflammation, Norepinephrine

บทนำ

ยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) จัดเป็นยาในกลุ่มเพิ่มความดันโลหิต (vasopressor) มีกลไกการออกฤทธิ์ที่ทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและการบีบตัวของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหดตัวเล็กน้อย ส่งผลให้มีเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) เพิ่มขึ้น ยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ภายหลังการแก้ไขภาวะขาดน้ำของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) มีคุณสมบัติทำให้หลอดเลือดหดตัว มีฤทธิ์เป็นกรด (pH 3-4.5) และจัดอยู่ในกลุ่มทำลายเนื้อเยื่อ (vesicant) ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ หลอดเลือดดำอักเสบ (phlebitis) และเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือด (extravasation) (Loubani & Green, 2015) จากการที่ยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) มีคุณสมบัติทำให้หลอดเลือดหดตัว เมื่อบริหารยาจะเกิดแรงต้านในการให้ยา ขณะเดียวกันเป็นยาที่ต้องบริหารยาโดยใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ (Infusion pump) ทำให้ยามีโอกาสรั่วออกนอกหลอดเลือดได้ ทำให้เกิดการระคายเคืองบริเวณเนื้อเยื่อ อาการปวดและการอักเสบได้แก่ บวมแดง ร้อน ภาวะเลือดคั่ง บวมตึง อาจทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวนี้ ส่งผลให้ทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ (กาญจนา อุดมอัษฎาพร และ มยุรี พรหมรินทร์, 2561; ฐิติพร ปฐมจารวัฒน์, 2560; พฤตพิงศ์ ปวรจารย์และคณะ, 2565) ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าว การบริหารยาที่เหมาะสมควรให้ผ่านทางหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ตรง antecubital vein ที่ข้อศอกด้านในหรือให้ยาทางหลอดเลือดดำ femoral ที่หน้าขา ไม่ควรให้ยาโดยวิธีพ่วง (catheter tie-in) เพราะจะทำให้เกิดยาคั่งเฉพาะที่และหากต้องใช้

เป็นเวลานานควรเปลี่ยนบริเวณที่แทงเข็มเป็นระยะเพื่อลดการเกิดภาวะหลอดเลือดหดตัวในบริเวณที่แทงเข็มหรือให้ทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) ซึ่งในทางปฏิบัติการเปิดหลอดเลือดดำส่วนกลางบางครั้งเป็นไปได้ช้าขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ต้องบริหารยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (ปาจริยศักดิ์วาลีสกุล, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า นอกจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะ phlebitis และ extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น 1) อายุ พบว่าเด็กเล็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ เนื่องจากเด็กมีความสมบูรณ์แข็งแรงของผิวหนังและหลอดเลือดน้อยสำหรับผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากความตึงตัวของผิวหนังและหลอดเลือดต่ำลดลงจากความเสื่อมตามวัย 2) ระดับความรู้สึกตัว ผู้ที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ไม่สามารถบอกความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณที่ยารั่วได้ 3) ผู้ป่วยที่แทงเข็มในการเปิดหลอดเลือดดำยาก 4) การมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ทำให้ตัวยาสัมผัสหลอดเลือดนาน (INS, 2016) ส่วนปัจจัยด้านบุคลากร เช่น 1) ความรู้เรื่องยาว่ายาตัวใดเป็นกลุ่ม vesicant รวมถึงการมีความรู้เรื่องการบริหารยา 2) ทักษะการบริหารยาไม่เหมาะสม (ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย, 2561) ในบริบทของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) จัดเป็นยาที่มีปริมาณการใช้สูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤต รายงานอัตราอุบัติการณ์ phlebitis และ extravasation ในปี 2563-2565 เท่ากับ 0.22, 0.46 และ 0.28 ตามลำดับสำหรับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เท่ากับ 0.47, 0.91 และ 0.83 ครั้งต่อ 1000 วัน โดยพบว่า อุบัติการณ์ส่วนใหญ่

เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 40

ถึงแม้ว่าจะมีการปรับแนวทางการบริหารยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) กำหนดให้เจือจางยา 4 มิลลิกรัม ในสารละลาย 5% Dextrose in water 250 มิลลิลิตร แล้วหยดเข้าหลอดเลือดดำส่วนปลาย แต่ยังคงพบอุบัติการณ์ phlebitis และ extravasation ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด เกิดบาดแผล บางรายรุนแรงทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง แสดงให้เห็นว่าไม่ใช่เรื่องของความเข้มข้นของยาเพียงอย่างเดียวที่ก่อให้เกิดอุบัติการณ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและบุคลากรจึงมีความสำคัญในการลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ดังนั้น การบริหารยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) จึงต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง ซึ่งที่ผ่านมา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์มีเพียงแนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการทบทวนวรรณกรรม ค้นหา หลักฐานเชิงประจักษ์นำมาจัดทำสร้างโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine นำไปสู่การปฏิบัติและศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิด phlebitis/extravasation ก่อนและหลังโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในโรงพยาบาล ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา norepinephrine ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวทางการพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเดิม
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และความพึงพอใจในการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ทาง หลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีดำเนินการการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ส่วนกลุ่มควบคุมจะดำเนินการตามมาตรฐานการพยาบาลให้เป็นไปตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine คือ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 17 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้ยา Norepinephrine และสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่าง

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์



น้อย 6 เดือน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ลากเลือด ลาศึกษาต่อ ขณะดำเนินการวิจัย 2) ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะทำวิจัย และ 3) เจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบ

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ที่เข้ารับการรักษานอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณ Power and Sample Size Analysis ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ภายใต้สมมติฐานว่า สัดส่วนการไม่เกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบในกลุ่มทดลองจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95 โดยกำหนดการทดสอบเป็นแบบ one-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance level) ที่ 0.1 และกำลังของการทดสอบ (power) ที่ 0.8 (Villalba-Nicolau et al., 2022) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนผู้ป่วยกลุ่มละ 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำแนกออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ซึ่งจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย ซึ่งจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีคำสั่งให้ยา

Norepinephrine 2) ไม่เคยมีประวัติการเกิด Phlebitis/Extravasation ก่อนเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ 3) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 4) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและการฟังภาษาไทยได้ และ 5) เป็นผู้นิยมนอมและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) ปฏิเสธการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะทำการวิจัย 3) แพ้ยา Norepinephrine หรือ มีข้อห้ามใช้ 4) แพทย์มีคำสั่ง off ยา Norepinephrine และ 5) ย้ายหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ประกอบด้วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัวและประวัติการรักษาที่มีผลต่อการเกิด Phlebitis/Extravasation ยาที่ใช้ประจำที่มีผลต่อการเกิด Phlebitis/Extravasation วันที่ได้รับยา Norepinephrine

1.2 แบบตรวจสอบการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) และแบบประเมินการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดดำ (Extravasation) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ซึ่งอ้างอิงตามเกณฑ์ของ Common terminology criteria for adverse events เพื่อใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

1.3 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ลักษณะเป็นแบบการตรวจสอบ

รายการ (check list) ประกอบด้วย การบันทึกที่เกี่ยวกับวันที่และเวลา สังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาในเวรเช้าและเวรบ่าย โดยสังเกตกิจกรรมละ 3 ครั้ง ถ้าปฏิบัติถูกต้องทั้ง 3 ครั้งให้ถือว่าปฏิบัติถูกต้อง ถ้าปฏิบัติถูกต้องเพียง 1 ใน 3 หรือ 2 ใน 3 ถือว่าปฏิบัติไม่ถูกต้อง มีปฏิบัติถูกต้อง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 14 ข้อ

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อ

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 10 ข้อ แบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อลดการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยกิจกรรมทางการพยาบาล 14 ข้อ ดังนี้

ตารางที่ 1 โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine

ลำดับ	กิจกรรมทางการพยาบาล
1	ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล
2	ทำความสะอาดผิวหนังที่จะเปิดหลอดเลือดด้วยแอลกอฮอล์ โดยออกแรงขัดและถูผิวหนัง (scrub with friction) ให้สะอาดจนครบโคกลมม มีความกว้างไม่น้อยกว่าแผ่นฟิล์มใส รอให้น้ำยาแห้ง ห้ามเป่า พัด โบก และสัมผัสบริเวณผิวหนังที่ทำความสะอาด
3	เลือกเข็มที่มีขนาดและความยาวเหมาะสมกับขนาดหลอดเลือดดำ ต้องเปลี่ยนเข็มทุกครั้งที่แทง
4	เลือกตำแหน่ง antecubital ก่อน หลีกเลียงการแทงเข็มบริเวณข้อพับ ขา ปุ่มกระดูก และนิ้วมือ กรณีแทงไม่ได้ห้ามความหาหลอดเลือด และรายงานแพทย์เพื่อทำ central line
5	ปิดตำแหน่งที่แทงเข็มด้วยแผ่นฟิล์มใสปลอดเชื้อ
6	ยึดตำแหน่งที่แทงเข็มให้แน่น ไม่ปิดพลาสติกบริเวณที่แทงเข็ม
7	ความเข้มข้นของ norepinephrine ไม่เกิน 4 mg : 250 ml IV Infusion pump
8	ก่อนให้ยาตรวจสอบว่าเข็มอยู่ในหลอดเลือด โดยดูจากการย้อนกลับของเลือด
9	ไม่บีบรัดเหนือตำแหน่งที่แทงเข็มให้ IV Infusion pump
10	Rotate infusion site ทุก 8 ชั่วโมง
11	ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ กรณีมีอาการเจ็บปวดตำแหน่งที่แทงให้แจ้งทันที
12	ประเมิน สังเกตอาการ และอาการแสดงของ phlebitis/extravasation ตำแหน่งที่แทงเข็มทุก 1 ชั่วโมง
13	เมื่อเกิด phlebitis/extravasation ยุติการให้สารน้ำทันที ดูดยาออกให้ได้มากที่สุด ถ้าเป็นระดับรุนแรงรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษและถอดเข็มเปลี่ยนหลอดเลือดใหม่ ห้ามออกแรงกดบริเวณตำแหน่งที่มีการรั่ว ประคบร้อน 20 นาที วันละ 3-4 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมงแรก ต่อไปประคบเย็น
14	บันทึกข้อมูลการเกิด phlebitis/extravasation

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเสนอแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine 1 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อศึกษาความเหมาะสมซึ่งพบว่ามีความเหมาะสมจึงไม่ได้ทำการปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ

1. ระยะที่ 1 ก่อนการทดลอง (8 สัปดาห์)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วย 30 รายที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน บันทึกการเกิด Phlebitis/Extravasation โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลขณะได้รับยา Norepinephrine ดังนี้ (1) ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล (2) ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะเปิดหลอดเลือดด้วยแอลกอฮอล์ (3) เลือกเข็มที่มีขนาดและความยาวเหมาะสมกับขนาดหลอดเลือดดำ (4) เลือกตำแหน่ง antecubital ก่อนหลีกเลี่ยงการแทงเข็มบริเวณข้อพับ ขา ปุ่มกระดูก และนิ้วมือ (5) ยึดตำแหน่งที่แทงเข็มให้แน่น ไม่ปิดพลาสติกทับบริเวณที่แทงเข็ม (6) ก่อนให้ยาตรวจสอบว่าเข็มอยู่ในหลอดเลือด โดยดูจากการย้อนกลับของเลือด (7) ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ กรณีมีอาการเจ็บปวดตำแหน่งที่แทงเข็มให้แจ้งทันที และ (8) บันทึกข้อมูลการเกิด phlebitis/extravasation

2. ระยะที่ 2 การทดลองตามโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine (1 สัปดาห์)

ดำเนินการอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine จำนวน 2 วัน ดังนี้

วันที่ 1 บรรยายเรื่องแนวทางการพยาบาลครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการล้างมือ การทำความสะอาดสะดือผิวน้ำ การเลือกเข็มและตำแหน่งแทงเข็ม วิธียึดตำแหน่งที่แทงเข็ม การตรวจสอบเข็มก่อนให้ยา ความเข้มข้นของ Norepinephrine และการใช้เครื่อง IV Infusion pump นอกจากนี้ ยังมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง

วันที่ 2 บรรยายเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลการเกิด Phlebitis/Extravasation โดยเนื้อหาประกอบด้วยความสำคัญของการบันทึกข้อมูล การแนะนำแบบฟอร์มที่ใช้ และวิธีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง มีการสาธิตการบันทึกข้อมูลจริงและให้พยาบาลฝึกบันทึกข้อมูลจากกรณีตัวอย่าง พร้อมทั้งตรวจสอบและให้คำแนะนำ

3. ระยะที่ 3 หลังการทดลอง (8 สัปดาห์)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ซึ่งได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ดังที่กล่าวในตารางที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้แบ่งเป็นสองช่วง คือ กลุ่มควบคุม (1 กุมภาพันธ์-31 มีนาคม 2567) และกลุ่มทดลอง (3 เมษายน-31 พฤษภาคม 2567) โดยมีขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การเตรียม

แบบฟอร์ม การขอความยินยอมจากผู้ป่วย และการบันทึกข้อมูลประจำวัน ข้อมูลที่เก็บประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา การประเมินอาการ Phlebitis/Extravasation ทุกชั่วโมง การจัดการและปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการติดตามผล

2. การบันทึกข้อมูล มีการจดบันทึกรายละเอียดต่างๆ อย่างครบถ้วน เช่น อายุ เพศ ประวัติการเจ็บป่วย วันที่เริ่มการรักษา ปริมาณยา Norepinephrine ที่ใช้ ตำแหน่งที่แทงเข็ม อาการที่พบ (เช่น แดง บวม เจ็บปวด) ระดับความรุนแรงของอาการ การดำเนินการเมื่อพบ Phlebitis/Extravasation และผลการรักษาหลังจากดำเนินการพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์

3. การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล โดยการตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลที่บันทึก ทำความสะอาดข้อมูลเพื่อลดข้อผิดพลาด จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิด Phlebitis/Extravasation ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มผู้ป่วย โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลและความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 นำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดภาวะ Phlebitis/Extravasation ในรูปแบบของความถี่และร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน

เปรียบเทียบอุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดภาวะ Phlebitis/Extravasation ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ส่วนใหญ่ อายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 29.1 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 21 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 47.0 ได้รับความรู้เพิ่มเติมเรื่องการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 100.0

2. การปฏิบัติพยาบาลตามโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine พบว่า การป้องกัน mechanical phlebitis ร้อยละ 88.2 การป้องกัน infective phlebitis ร้อยละ 94.1 การป้องกัน chemical phlebitis ร้อยละ 100.0 การถอดเข็ม ร้อยละ 88.2 การปิดแผลตำแหน่งที่คาเข็ม ร้อยละ 100.0 การดูแลเมื่อเกิด phlebitis/extravasation ร้อยละ 94.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การสังเกตการปฏิบัติพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาล ฯ

การปฏิบัติพยาบาลผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย อักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine	จำนวน	ร้อยละ
1. การป้องกัน mechanical phlebitis	15	88.2
2. การป้องกัน infective phlebitis	16	94.1
3. การป้องกัน chemical phlebitis		
4. การถอดเข็ม	15	88.2
5. การปิดแผลตำแหน่งที่คาเข็ม	17	100.0
6. การดูแลเมื่อเกิด phlebitis / extravasation	16	94.1

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.66$, $S.D.=0.27$)

4. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อายุ 61–81 ปี ร้อยละ 70 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 ดัชนีมวลกายปกติ ($18.5-23.9$) ร้อยละ 60.0 ไม่มีโรคประจำตัวและประวัติการรักษาที่มีผลต่อการเกิด Phlebitis/Extravasation ร้อยละ 100.0 ไม่มียาที่ใช้ประจำที่มีผลต่อการเกิด Phlebitis/Extravasation ร้อยละ 100.0 ความเข้มข้นของยา Levophed ($4: 250$) v drip 10 ml/hrs ร้อยละ 46.7 ระยะเวลาในการใช้ยา 3 วัน ร้อยละ 40.0

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อายุ 61–81 ปี ร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 ดัชนีมวลกายปกติ ($18.5-23.9$) ร้อยละ 66.7 ไม่มี

โรคประจำตัวและประวัติการรักษาที่มีผลต่อการเกิด Phlebitis/Extravasation ร้อยละ 100.0 ไม่มียาที่ใช้ประจำที่มีผลต่อการเกิด Phlebitis/Extravasation ร้อยละ 100.0 ความเข้มข้นของยา Levophed ($4: 250$) v drip 10 ml/hrs ร้อยละ 40.3 ระยะเวลาในการใช้ยา 3 วัน ร้อยละ 33.3

5. อุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองพบอุบัติการณ์น้อยกว่า กล่าวคือ ในกลุ่มทดลองพบผู้ป่วยเกิดหลอดเลือดดำอักเสบเพียง 1 ราย (3.3%) จากทั้งหมด 30 ราย ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบ 6 ราย (20.0%) จากจำนวนเท่ากัน เมื่อวิเคราะห์อัตราส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio: OR) พบว่ากลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.14 เท่า หรือผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองประมาณ 7.14 เท่า (95% CI: 0.02-1.22) แม้ว่าช่วงความเชื่อมั่นจะครอบคลุมค่า 1 ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าความแตกต่างนี้ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ แต่แนวโน้มที่พบก็แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่เป็นไปได้ของวิธีการใหม่ในการลดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ อุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบจำแนกตามกลุ่มอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบ

อุบัติการณ์หลอดเลือดดำ	เกิด		ไม่เกิด		OR	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	1	3.33	29	96.67	0.14	0.02-1.22
กลุ่มควบคุม	6	20.00	24	80.00	Ref.	Ref.
รวม	30	100.0	30	100.0		

$$\chi^2 = 4.043, P < 0.05$$

อภิปรายผล

อุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบในกลุ่มทดลองพบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลเชิงบวกของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine การวิเคราะห์อัตราส่วนความเสี่ยง (OR) พบว่ากลุ่มทดลองมีความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.14 เท่า หรือกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์สูงกว่ากลุ่มทดลองประมาณ 7.14 เท่า (95% CI: 0.02-1.22) แม้ช่วงความเชื่อมั่น 95% คร่อมค่า 1 ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผลไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่า OR ที่ต่ำมาก (0.14) แสดงถึงแนวโน้มที่ชัดเจนว่ากลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์น้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ประกอบด้วยแนวทางที่ชัดเจนและมีมาตรฐานสูง รวมถึงการอบรมพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine มีผลในการลดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบได้จริง แม้ผลลัพธ์ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การลดลงของอุบัติการณ์ในกลุ่มทดลองชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวทางนี้มาใช้ในทางปฏิบัติ สอดคล้องกับปจจัย ศักดิ์วุฒิเสถียกุล และ อนุชัย ศิริวงศ์พรหม (2562) ศึกษาผลของแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนพรีน พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีการใช้เจลวานหางจรเข้ทาป้องกันตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้อุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับ Villalba-Nicolau et al. (2022) ที่รายงานว่า การดูแลเฉพาะทางสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา vasopressor ได้ อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยบางส่วนที่เสนอแนะว่าเทคนิคอื่นๆ เช่น การใช้สายสวน midline อาจมีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่ายังมีแนวทางอื่นที่อาจนำมาพิจารณาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine

ผลการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาล ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยาหรือสารน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสรุปเป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ประกอบด้วย

1. ขั้นตอนการเตรียมก่อนได้รับยา
2. ขั้นตอนการแทงเข็มเพื่อให้อา



3. ขั้นตอนการดูแลระหว่างให้ยา

4. ขั้นตอนการดูแลภายหลังการถอดเข็ม

โดยเฉพาะในขั้นตอนสุดท้าย มีรายละเอียดสำคัญ เช่น การล้างมือ การใช้เทคนิคปลอดเชื้อ การกดห้ามเลือด และการติดตามประเมินภาวะผิดปกติหลังการถอดเข็ม

งานวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมนี้มีหลายการศึกษา เช่น วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และคณะ (2557) พบว่าการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายได้ และนภสรี ดวงสมสา (2561) พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายได้อย่างมีนัยสำคัญ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine ของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์มีความชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้พยาบาลในการปฏิบัติ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จนี้ไม่ได้เกิดจากโปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลสำคัญ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญของผู้ใช้ โดยพยาบาลต้องเข้าใจแนวปฏิบัติอย่างถ่องแท้และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ต้องมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การเตรียมความพร้อมในหน่วยงานทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ที่มีความสำคัญ รวมถึงการมีระบบนิเทศและติดตามเพื่อประเมินประสิทธิภาพและปรับปรุงการใช้แนวปฏิบัติ และการคำนึงถึงบริบทของหน่วยงาน โดยกลยุทธ์ควรพิจารณาถึงวัฒนธรรมองค์กรและทรัพยากรที่มีอยู่ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 ควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ในทุกหน่วยบริการที่มีการให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

1.2 ควรมีการติดตามผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Norepinephrine โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินประสิทธิผลและปรับปรุงแนวปฏิบัติการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ เช่น ชนิดของยา ชนิดของสารน้ำ ระยะเวลาในการให้ยาและสารน้ำ สภาพร่างกายของผู้ป่วย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา อุดมอัษฎาพร, & มยุรี พรหมรินทร์. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดของผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 14(1), 35-45.
- ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย. (2561). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดฟรี-วัน.
- ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์. (2559). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับการเกิดภาวะ extravasation ในผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ extravasation. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 81-95.
- นภสรี ดวงสมสา. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์*, 2(1), 64-81.
- ปจรรย์ ศักดิ์วาลีสกุล, และ อุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม. (2562). ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนฟรีน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 25(2), 92-108.
- พฤตพงศ์ ปวรจารย์, ยุทธนา ไคว์จิริยะพันธุ์, และ เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาเริ่มบริหารยา Norepinephrine กับการเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 2(1), 47-56. [https://www.niems.go.th/1/uploadattachfile/2022/ebook/415878_20220704134655.pdf]
- วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, ดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ, รัชนิย์ วงศ์แสน, และคณะ. (2557). การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย. *พยาบาลสาร*, 41(พิเศษ), 71-87.
- สมพร อยู่ดี. (2564). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยานอร์อิพิเนฟรีนทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. *มหาวิทยาลัยศรีธรรมราชเวชสาร*, 5(1), 62-72.
- INS. (2016). Infusion Therapy Standards of Practice [Electronic version]. *Journal of Infusion Nursing*, January/February, 39(1S), s1-159.
- Loubani, O. M., & Green, R. S. (2015). A systematic review of extravasation and local tissue injury from administration of vasopressors through peripheral intravenous catheters and central venous catheters. *Journal of critical care*, 30(3), 653.e9–653.e17. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.01.014>
- Villalba-Nicolau, M., Chover-Sierra, E., Saus-Ortega, C., Ballestar-Tarin, M. L., Chover-Sierra, P., & Martínez-Sabater, A. (2022). Usefulness of Midline Catheters versus Peripheral Venous Catheters in an Inpatient Unit: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 12(4), 814–823. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040079>

ผลการใช้แนวทางพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของ
ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

Effectiveness of Clinical Nursing Practice for Warning on Deteriorate of
Patients in Premium Ward Uttradit Hospital

กัลยา แซ่เขียว และมลภิษา สีแดงน้อย

Kanlaya Saechiao and Monphicha Daengnoi

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

(Received: June 20, 2024; Accepted: July 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วย และเปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดอาการทรุดลงและจำนวนการย้ายออกของผู้ป่วยที่ได้รับแนวทางการพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยก่อนการใช้แบบประเมิน SOS score จำนวน 40 ราย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1-30 เมษายน 2567 และกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยการใช้แบบประเมิน SOS score จำนวน 40 ราย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1-31 พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ และ paired t - test

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า ผลการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วย ด้วยสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตและ SOS score ได้แก่ อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก จำนวนปัสสาวะเฉลี่ยใน 4 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่อุณหภูมิร่างกายและคะแนนเฉลี่ย SOS โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อุบัติการณ์อาการทรุดลง ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนการย้ายออกของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม ได้แก่ ใจคอไม่ดี ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิร่างกายสูง อุณหภูมิร่างกายต่ำ เวียนศีรษะ ออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่า 95 % ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่หายใจไม่สะดวก การไม่รู้สึกรู้สสำหรับอาการทรุดลง ใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ด้านการย้ายออกนอกหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม พบว่า กลุ่มทดลองย้ายออกนอกหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วย ICU ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง, การประเมินสัญญาณเตือนก่อนภาวะวิกฤต, หอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม



Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of implementing clinical nursing guidelines for monitoring warning signs of patient deterioration and to compare the incidence of deterioration and patient transfers between those who received the clinical nursing guidelines for monitoring warning signs of patient deterioration in the Premium Ward at Uttaradit Hospital. The sample consisted of two groups: 1) Patient group, selected by purposive sampling and divided into control and experimental groups. The control group comprised 40 patients treated in the ward before using the SOS score assessment from April 1-30, 2024. The experimental group included 40 patients who used the SOS score assessment and received treatment in the ward from May 1-31, 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and paired t-test.

The results showed that monitoring warning signs of patient deterioration using critical warning signs and SOS score, including heart rate, respiratory rate, systolic blood pressure, and average urine output over 4 hours, was significantly better in the experimental group compared to the control group ($p < .05$). However, body temperature and overall average SOS scores did not differ significantly ($p > .05$). The incidence of deterioration, complications, and patient transfers from the Premium Ward, including discomfort, blood pressure changes, high body temperature, low body temperature, dizziness, and oxygen saturation below 95%, was significantly lower in the experimental group compared to the control group ($p < .05$). Breathing difficulties, unconsciousness, deterioration requiring intubation did not differ significantly between the groups ($p > .05$). Regarding transfers out of the Premium Ward, the experimental group had significantly fewer transfers than the control group ($p < .05$). However, transfers to general wards and ICU did not differ significantly between the groups ($p > .05$). No patient deaths were reported in the Premium Ward at Uttaradit Hospital.

Keywords : Patient deterioration, Early warning score assessment, Premium ward



บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญของการให้บริการสุขภาพ ปัจจุบันสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนมากขึ้น ประกอบกับผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลาย การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและการลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้จึงเป็นประเด็นท้าทาย ซึ่งองค์การอนามัยโลก ดำเนินการเรื่องนี้มาตลอดและกำหนดเป้าหมายสำคัญ (WHO, 2021) สำหรับประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทุกแห่งปฏิบัติตามมาตรฐาน III-4.2 ในการดูแลผู้ป่วยและการบริการที่มีความเสี่ยงสูง โดยกำหนดให้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติ และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทันที (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) แนวทางปฏิบัติในประเด็นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงนั้น ได้แก่ "Response to the deteriorating" ซึ่งหมายถึงการระบุตัวผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือแย่ลงอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกันมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมและเป็นระบบที่ชัดเจนก่อนที่อาการเจ็บป่วยจะรุนแรงขึ้น (ดราวรอนงค์พาน, 2565) การล้มเหลวในการระบุตัวผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือแย่ลง อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน และการเสียชีวิต (Mathukia C, Fan WQ, Vadyak K, Biege C, Krishnamurthy M., 2015)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพโดยเร็ว ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มี

บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทในการสื่อสารและประสานงานกับบุคลากรต่างๆ ในทีมคณะทำงานให้ระบบการดูแลผู้ป่วยขับเคลื่อนได้และยังมีบทบาทในการค้นหาอาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่บ่งบอกว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง ดักจับอาการผิดปกติ ซึ่งจะสามารถลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวและการเสียชีวิตตามมา จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่จะแก้ไขปัญหาส่วนนี้ เรียกว่า "Early warning score (EWS)" หรือคะแนนแจ้งสัญญาณเตือนอันตรายถูกคิดค้นมาจากค่าสัญญาณชีพ ข้อมูลความรู้สึกตัวและปริมาณปัสสาวะของผู้ป่วย นำมาคิดเป็นคะแนนเพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยทุกรายที่มีโอกาสทรุดลงในโรงพยาบาล โดยสามารถปฏิบัติงานได้ง่าย ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวมีการพัฒนามาจาก Early warning score และพัฒนาเป็น Modified early warning score (MEWS) และถูกพัฒนาเป็น SOS score (Search out severity score) เพื่อให้เข้ากับบริบทการทำงานมากยิ่งขึ้น (Wang AY, Fang CC, Chen SC, Tsai SH., 2016)

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์มีการใช้ SOS score มาช่วยในการประเมินและค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีระยะ Sepsis ในระยะเริ่มต้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลดความรุนแรงเพิ่มขึ้น หอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมมีภารกิจในการรับใหม่และรับย้ายแผนกศัลยกรรมเป็นหลัก โดยเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นที่สามารถเข้ารับการรักษาในห้องพิเศษได้ตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัด พักฟื้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและญาติยอมรับได้ นอกจากนี้ ยังให้บริการดูแลผู้ป่วยแผนกอื่น ๆ ที่แพทย์พิจารณาให้ย้ายเข้าพิเศษพรีเมียมได้ มีจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพแบบ

องค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพให้ปลอดภัย จึงทำให้พยาบาลไม่เห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดลงได้ โดยมีระเบียบในการรับย้ายผู้ป่วยที่ SOS score < 4 คะแนน ต้องมีญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา 1-2 คน และไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง

จากสถิติการให้บริการของหอผู้ป่วยพิเศษ ปี 2564-2566 มีผู้รับบริการจำนวน 663, 590 และ 754 ราย ตามลำดับ มีรายงานมีอุบัติการณ์การทรุดลงของผู้ป่วยขณะดูแลรักษา จำนวน 13, 20 และ 19 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 2566) โดยพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสทรุดลงได้ทุกขณะทั้งก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจากการได้รับยาหรือวิธีการดมยาสลบ มีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรช้า ระดับการรู้สึกหรือภาวะแทรกซ้อนจากยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid บางรายมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ความดันโลหิตที่อยู่ระดับที่สูง บางรายอายุน้อย ซึ่งเมื่อเกิดอุบัติการณ์ทรุดลงแพทย์จะพิจารณาให้ย้ายผู้ป่วยออกไปให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด บางรายย้ายเข้า ICU ตามแผนหรือย้ายกลับตึกสามัญตามความเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย (สมไสว อินทะชูป และดวงพร โพธิ์ศรี, 2566)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้แนวทางพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เพื่อลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดอาการทรุดลงและจำนวนการย้ายออกของผู้ป่วยที่ได้รับแนวทางการพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) โดยรูปแบบเป็นกลุ่มควบคุมในอดีต (Historical control)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาพยาบาลอยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับย้ายเข้าพักรักษาพยาบาลอยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม-31 พฤษภาคม 2567 จำนวน 40 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ที่แพทย์อนุญาตให้ย้ายเข้าหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม 2) คะแนน SOS ก่อนรับย้าย = 0-1 3) สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการวิจัย และ 2) แพทย์เปลี่ยนแผนการดูแลย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เกณฑ์การยุติโครงการ คือ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ หากเกิดอันตรายกับกลุ่มทดลอง เช่น ไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีจากการวิจัย จำนวน 1 คน จึงจะยุติโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว สาขาการเจ็บป่วย การผ่าตัด จำนวนวันนอน อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (ค่าบน) ระดับการรู้สึกตัว จำนวนปัสสาวะ

2. แบบบันทึกการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย SOS score ในผู้ป่วยที่รับย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมและการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามสีของคะแนน SOS ดังนี้

- สีเขียว SOS = 0 คะแนน ; ติดตาม V/S และประเมิน SOS ตามปกติ ทุก 4 ชั่วโมง

- สีเหลือง SOS = 1 คะแนน ; ติดตาม V/S ทุก 2 ชั่วโมง

- สีส้ม SOS = 2 คะแนน ; ติดตาม V/S ทุก 1-2 ชั่วโมง Record I/O Observe ใกล้ชิดและรายงานแพทย์

- สีแดง SOS > 4 คะแนน ; รายงานแพทย์ทันที Observe ใกล้ชิด Monitor v/s ทุก 15 – 30 นาที ใน 1 ชั่วโมง, Record I/O

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านอายุรกรรม 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงด้าน

ภาษาและเนื้อหาเพื่อให้ตรงตามความเห็นที่สอดคล้องกัน พร้อมทั้งนำมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence, IOC) ซึ่งได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ภายหลังโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม และคำนวณหาความสัมพันธ์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นอธิบายรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงแจ้งเรื่องการรักษาความลับของข้อมูล

2. ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้ลงนามในเอกสารยินยอม

3. ฝึกอบรมทีมวิจัย โดยอธิบายความสำคัญของการพยาบาล แนะนำการใช้แบบประเมิน SOS score พร้อมทั้งสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติ

4. สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมตามเกณฑ์ที่กำหนด และตรวจสอบความครบถ้วนของกลุ่มตัวอย่าง

5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้แนวทางการพยาบาล

หลังการทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แนวทางการพยาบาล

2. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สาขากาเจ็บป่วย การผ่าตัด จำนวนวันนอน อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (ค่าบน) ระดับการรู้ตัว จำนวนปัสสาวะ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดอาการทรุดลงและจำนวนย้ายออกก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ paired t - test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาพยาบาลอยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษฟรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์พบว่า กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 มีโรคประจำตัว จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ เบาหวาน จำนวน 14 คน

คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 แผนกที่รับย้ายมา รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษฟรีเมียมมากที่สุด คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมา คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.0

กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.5 อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีโรคประจำตัว จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ เบาหวาน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 แผนกที่รับย้ายมา รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษฟรีเมียมมากที่สุด คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมา คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

2. การเปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดอาการทรุดลงและการย้ายออกของผู้ป่วยที่ได้รับแนวทางการพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฟรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฟรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ด้วยสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติและ SOS score ได้แก่ อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก จำนวนปัสสาวะเฉลี่ยใน 4 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่อุณหภูมิร่างกายและคะแนนเฉลี่ย SOS โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฟรีเมียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ด้วยสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติและ SOS score

สัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ	กลุ่มควบคุม (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=40)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
1. อุณหภูมิร่างกาย	37.60	.68	37.55	.50	1.541	.128
2. อัตราการเต้นของชีพจร	86.35	7.34	81.90	4.22	3.095	.001
3. อัตราการหายใจ	22.05	3.15	21.00	2.26	1.710	.043
4. ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	129.25	10.84	125.25	8.73	1.709	.043
5. ระดับการรู้สึกตัว	1.15	.36	.70	.56	4.249	.000
6. จำนวนปัสสาวะเฉลี่ยใน 4 ชั่วโมง	1030.50	230.38	1167.50	165.46	3.056	.002
7. คะแนนเฉลี่ย SOS โดยรวม	0.13	.33	.010	.30	0.350	.364

3. อุบัติการณ์อาการทรุดลง ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนการย้ายออกของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ฟรีเมียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ได้แก่ ใจคอไม่ดี ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิร่างกายสูง อุณหภูมิร่างกายต่ำ เวียนศีรษะ ออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่า 95 % ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่หายใจไม่สะดวก การไม่รู้สึกตัว สำหรับอาการทรุดลง ใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านการย้ายออกนอกหอผู้ป่วยฟรีเมียม พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีการย้ายออกนอกหอผู้ป่วยฟรีเมียม น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วย ICU ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยฟรีเมียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์อาการทรุดลง ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนการย้ายออกของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฟรีเมียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

อุบัติการณ์	กลุ่มควบคุม (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=40)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. อาการที่พบ						
- ใจคอไม่ดี	26	65.5	14	35.5	4.073	.043
- ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลง	32	80.0	24	60.0	3.810	.050
- หายใจไม่สะดวก	36	90.0	31	77.5	2.296	.129
- อุณหภูมิร่างกายสูง	39	97.5	32	80.0	6.135	.013
- อุณหภูมิร่างกายต่ำ	16	40.0	8	20.0	3.810	.050
- เวียนศีรษะ	38	95.0	31	77.5	5.165	.023

อุบัติการณ์	กลุ่มควบคุม (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=40)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- ออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่า 95 %	34	85.0	21	52.5	9.833	.001
- ไม่รู้สึกตัว	0	0.00	0	0.00	1.000	1.000
2. อาการทรุดลง	12	30.0	6	15.0	2.581	.108
3. ใส่ท่อช่วยหายใจ	0	0.0	0	0.0	0.000	1.000
4. ย้ายออกนอกหอผู้ป่วย						
ไม่ย้าย	21	52.5	31	77.5	5.495	.019
ย้ายสามัญ	14	35.5	8	20.0	2.257	.133
ย้ายไป ICU	5	12.5	2	5.0	1.409	.235
5. เสียชีวิต	0	0.0	0	0.0	0.000	1.000

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผลการใช้แนวทางการพยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ด้วยสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติและ SOS score ได้แก่ อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก จำนวนปัสสาวะเฉลี่ยใน 4 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากแบบบันทึกการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย SOS ในผู้ป่วยที่รับย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมและการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามสีของคะแนน SOS โดยพบว่าผู้ป่วยมีระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนอยู่ในระดับค่าคะแนนน้อย และพยาบาลได้รับการจัดการแก้ไขอาการ หรือให้การพยาบาลตามเกณฑ์การใช้ระบบสัญญาณเตือนทันที จึงทำให้อาการของผู้ป่วยไม่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และไม่ทำให้ระดับค่าคะแนนเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะพยาบาลรับรู้และให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองต่อภาวะของผู้ป่วยตามระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือน นอกจากนั้นทาง

โรงพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์การเรียกทีมฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือซึ่งสอดคล้องกับ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2556) ของไทยที่ได้กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงหรือ อาการเปลี่ยนแปลงเลวลง ในความหมายเชิงปฏิบัติการ คือ อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 หรือมากกว่า 130 ครั้งต่อนาที ความดันขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 90 mmHg อัตราการหายใจน้อยกว่า 8 หรือมากกว่า 28 ครั้งต่อนาที ออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้วน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ทั้งที่ให้ออกซิเจน มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 50 ซีซี ใน 4 ชั่วโมงและนอกจากนี้มีการสร้างมาตรฐานคือ แนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลในผู้ป่วยแต่ละโรค เช่น ผู้ป่วย Sepsis, ACS, Stroke, และโรคอื่นๆอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของแสงโสม ช่วยช่วง (2561) ในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤติในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง แสดงให้เห็นว่าการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสม ทันทีที่เป็น การประเมินที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลง การประเมินผู้ป่วยที่มี

ประสิทธิภาพเป็นการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับอันตราย อย่างถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสม พึงกระทำโดย บุคลากรที่มีคุณวุฒิ (สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล [องค์การมหาชน], 2564) จึงเป็นบทบาท หน้าที่ ของพยาบาลวิชาชีพโดยตรงในการนำ กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ในขั้นตอน แรก คือ การประเมิน (Assessment) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ เป็นระบบและต่อเนื่อง มีการตรวจสอบข้อมูล (Validation of Data) และวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of Data) อย่างถูกต้อง ครบถ้วนนำมาซึ่งการประเมินที่มี ประสิทธิภาพ

การย้ายออกของผู้ป่วยที่ได้รับแนวทางการ พยาบาลทางคลินิกในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนต่อ อาการทรุดลงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพรีเมียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ภายหลังการใช้แบบบันทึกการเฝ้า ระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย SOS score ในผู้ป่วยที่รับย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมและ การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามสีของ คะแนน SOS scoreด้านการย้ายออกนอกหอผู้ป่วย พรีเมียม พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการย้ายออกจากนอก หอผู้ป่วยพรีเมียมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) แต่การย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญและ หอผู้ป่วย ICU ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยพรีเมียม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เนื่องจาก หอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม มีภารกิจในการรับใหม่/รับย้ายแผนกศัลยกรรมเป็นหลัก โดยเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นที่สามารถเข้ารับการ รักษาในห้องพิเศษได้ตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยเตรียม ผ่าตัด พักฟื้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยาเคมี บำบัด รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและญาติ ยอมรับได้ นอกจากนี้ ยังให้บริการดูแลผู้ป่วยแผนกอื่น ๆ

ที่แพทย์พิจารณาให้ย้ายเข้าพิเศษพรีเมียมได้ มี จุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพแบบองค์ รวมตามมาตรฐานวิชาชีพให้ปลอดภัย จึงทำให้พยาบาล ไม่สามารถมองเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ ตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดลงได้ โดยมีระเบียบ ในการรับย้ายผู้ป่วยที่ SOS score < 4 คะแนน ต้องมี ญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา 1-2 คน และไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ ตามลำพัง จะเห็นได้ระบบสัญญาณเตือน ซึ่งเป็นเหมือน ระบบที่ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวัง (Monitoring) ลักษณะอาการที่เป็นอันตราย (Recognition) การให้ ความช่วยเหลือ (Call for help) และการตอบสนองต่อ การขอความช่วยเหลือนั้น ๆ (Response) ระบบ สัญญาณเตือนจึงเป็นตัวทำนายที่ดีของการเกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในและ การช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยหรือดักจับภาวะหรืออาการที่กำลัง ทรุดลงและเป็นเครื่องมืออีกชนิดหนึ่งที่สามารถช่วย พยาบาลในการพยากรณ์โรคได้ดีทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบท ของโรงพยาบาลในการที่จะพัฒนาพยาบาลในการดูแล เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างไร ให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการเผยแพร่ผลการวิจัยให้ทีม สุขภาพในโรงพยาบาลเพื่อเกิดความมั่นใจใน ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้แบบบันทึกการ เฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย SOS score ในผู้ป่วยที่รับย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมและ การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามสีของ คะแนน SOS

1.2 ควรจัดอบรมให้พยาบาลและ บุคลากรในทีมสุขภาพได้เข้าใจรายละเอียดของการใช้

ระบบสัญญาณเตือนและวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และสนับสนุนให้มีการศึกษาปรับปรุงวิธีปฏิบัติการพยาบาล และจัดทำคู่มือแบบบันทึกการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย SOS score ในผู้ป่วยที่รับย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมและการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามสีของคะแนน SOS ให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

1.3 เผยแพร่การพยาบาลตามระบบสัญญาณเตือนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติให้ประสิทธิภาพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัญหาหรืออุปสรรคของพยาบาลในการใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย SOS score ในผู้ป่วยที่รับย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมและการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามสีของคะแนน SOS และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย SOS score ในผู้ป่วยที่รับย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียมและการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามสีของคะแนน SOS จำแนกโรคหรืออาการทางคลินิกเพื่อความสำเร็จได้ประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Towards eliminating avoidable harm in health care. [Internet]. 2021[cited 2022 December 5]. 108 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ฉบับที่4. นนทบุรี: สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล; 2560.
3. ดารารวรรณ นงศ์พาน. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่งไกรลาศ. โรงพยาบาลก่งไกรลาศ. 2565สืบค้น 2 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000000869-0000001437.pdf>
4. Mathukia C, Fan WQ, Vadyak K, Biege C, Krishnamurthy M. Modified early warning system improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital. Community Hospital Intern Med Perspect. [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 3]; 5(2):1-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387337>
5. Wang AY, Fang CC, Chen SC, Tsai SH. Periarrest Modified Early Warning Score (MEWS) predicts the outcome of in- hospital cardiac arrest. J Formos Med Assoc. [Internet]. 2016[cited 2022 Jan 10] ; 115(2): 76-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26723861>

6. หอผู้ป่วยพิเศษพรีเมียม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2566). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยหอพิเศษพรีเมียม

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์.

7. สมไสว อินทะชูป, ดวงพร โพธิ์ศรี. ศึกษาผลการใช้ Modified Early Warning Score (MEWS)

SOSScore,2566จาก<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000000869-0000001437.pdf>

8. พนิดา จันทรัตน์, เพ็ญแข รัตนพันธ์. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตใน

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลสงขลา, 2566 สืบค้น 2 พฤศจิกายน 2566, จาก
<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000000869-0000001437.pdf>

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตและ
อัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

The effects of a self-management program on self-management
behaviors, blood pressure, and eGFR in hypertensive patients with stage 3
chronic kidney disease

พรพิมล นาคะ

Pornpimol Naka

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: June 10, 2024; Accepted: July 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง โปรแกรมการจัดการตนเอง และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-tests

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้และความสามารถในการจัดการตนเอง ทำให้ความดันโลหิตลดลงและอัตราการกรองของไตดีขึ้น พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตเสื่อมระยะที่ 3, โปรแกรมการจัดการตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a self-management program on self-management behaviors, blood pressure, and estimated glomerular filtration rate (eGFR) in hypertensive patients with stage 3 chronic kidney disease. The sample consisted of 30 hypertensive patients with stage 3 chronic kidney disease who received an 8-week self-management program. Data were collected using a personal and health information record form, a self-management behavior assessment form, a self-management program, and an automatic blood pressure monitor. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The research findings showed that after receiving the self-management program, the sample group demonstrated significantly higher mean scores in knowledge about chronic kidney disease and self-management behaviors compared to before the program ($p < .05$). The average blood pressure decreased, and the glomerular filtration rate increased significantly after participants completed the self-management program ($p < .05$). These results indicated that the self-management program, which promoted knowledge and self-management abilities in hypertensive patients with stage 3 chronic kidney disease complications, effectively lowered blood pressure and improved kidney filtration rates. Self-health management behaviors improved, including dietary habits, exercise routines, stress management, and medication adherence.

Keywords : Hypertension, Stage 3 Chronic Kidney Disease, Self-Management Program

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตโดยรวม(ทิพมาส ชิมวงศ์, 2560) ปัจจุบันจำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 จากร้อยละ 24.7 ในปี 2565 ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) ซึ่งเป้าหมายหลัก คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ไตวายเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และปัญหาทางจอประสาทตา รวมถึงการมองเห็น โดยระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ (WHO, 2015) นอกจากนี้ การศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ได้ผล คือ ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา (Abegaz et al., 2017) อย่างไรก็ตาม ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวช่วง 140-159 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงสำหรับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและทำให้เสียชีวิตกว่าร้อยละ 38 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวที่น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและทำให้เสียชีวิตร้อยละ 6.70 ดังนั้น การป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ จะต้องควบคุมความดันโลหิต

ซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรคไตเรื้อรัง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทองแสนขัน พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, 4, และ 5 มีสัดส่วนร้อยละ 53.76, 14.62 และ 9.03 ตามลำดับ ทั้งนี้ คลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองแสนขัน ได้ดำเนินการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการให้สุขศึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม สอน และให้คำแนะนำ แต่ยังไม่พบว่าการให้ความรู้ด้วยการสื่อสารทางเดียวและเนื้อหายังไม่เหมาะสมกับเฉพาะบุคคล ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และยังคงพบภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 52.65 เป็นร้อยละ 53.76 ในปี 2565

การเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติและมุมมองเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นการสอนให้ดูแลตนเองด้วยหลักการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกุญแจสำคัญในการรักษาโรคเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จ วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น โดยมีบุคลากรทางการแพทย์คอยให้การสนับสนุน (Costantini, Beanlands, McCay, Cattran, Hladunewich, & Francis, 2008) ทั้งนี้ การจัดการตนเองเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลโรคและการรักษาด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการ

แพทย์ กระบวนการนี้อาศัยความรู้ ความเชื่อ ทักษะ ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (สุนิสา สีม, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้แนวคิดในการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นและลดระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buy (1991) ซึ่งประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง มาผสมผสานกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (2000) ที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวก การกระตุ้นแรงจูงใจ และการจัดการอารมณ์ การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง และการคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล เพื่อสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับความดันโลหิตและการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอ ผลจากโปรแกรมนี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิต ชะลอความเสื่อมของไต และลดการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ใน

กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test and post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 8 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่า มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในช่วง 30-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ของพื้นที่ผิวร่างกาย ที่มารับการบริการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 141 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power รุ่น 3.1.9.2 คำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) 0.7 โดยใช้การทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 ราย จากนั้นผู้วิจัยปรับเปลี่ยนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20

เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างติดตาม (Drop out) โดยใช้สูตรของอรุณ จิรวัดนกุล (2556) ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้าย 30 ราย

2.1 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตร/ปรอท ในวันที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองและไม่มีโรคเบาหวานร่วม 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในช่วง 30-59 mL/min/1.73 m² 3) มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 4) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 5) สามารถติดตามไปเยี่ยมที่บ้านได้

2.2 เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) พบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ หรือต้องนอนพักรักษาตัวในช่วงการศึกษา เช่น ภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart failure: CHF) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคร่วมที่พบ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ยาที่รับประทานเป็นประจำ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ความเครียด การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากโรงพยาบาล ประสบการณ์ได้รับความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระดับความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และระดับอัตราการกรองของไต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง จำนวน 12 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนน 0-12 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับมาก (10-11 คะแนน หรือร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน หรือร้อยละ 60.00-79.00) ความรู้ระดับน้อย (0-6 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเอง จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำหรือปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3-5 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง หรือ 1-2 วัน/สัปดาห์ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-90 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก (61-90 คะแนน) ปานกลาง (31-60 คะแนน) ต่ำ (0-30 คะแนน)

2. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Automatic blood pressure measurement device)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Briesch & Chafouleas (2009) และ Kanfer (2000) ได้แก่ แผนการสอนให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินและวางแผนเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพ วางแผนการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมจัดการตนเอง แจกสมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองและสาธิตวิธีการใช้สมุดบันทึก และเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองแสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยพร้อมตอบคำถามและร่วมกันอภิปราย แนะนำขั้นตอนให้กลุ่มทดลองในการฝึกปฏิบัติโดยให้กลุ่มทดลองสาธิตและฝึกทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นกระบวนการให้ผู้ป่วยติดตามผลการปฏิบัติ การลงสมุดบันทึก (Self-recording) เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในแต่ละวัน การประเมินตนเอง (self-evaluation) โดยยึดตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้ (personal goal setting) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) กระทำโดยผู้ทดลอง บุคคลในครอบครัวและตัวผู้วิจัยเอง

สัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 การติดตามสอบถามถึงพฤติกรรมจัดการตนเอง ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การลงสมุดบันทึก โดยการใช้โทรศัพท์

หลังจากกลับไปปฏิบัติเองที่บ้าน เพื่อช่วยหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวและเป้าหมายที่ยังไม่สามารถปรับได้

สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 การติดตามออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการ ตรวจสอบสมุดบันทึกเสริมความรู้ และทักษะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ สนับสนุนให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ โดยกระตุ้นญาติให้มีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 วัดความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของคู่มือฯ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมจัดการตนเอง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่า 0.76 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังวิเคราะห์ด้วย Kr – 20 เท่ากับ .87 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตนเองและแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการทั้งหมดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ สอบถามความสมัครใจ อธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดียินดีเข้าร่วมโครงการและลงลายมือชื่อจึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และอธิบาย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยข้อมูลที่ได้อาจจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และตลอดระยะเวลาการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการรับบริการรักษาพยาบาลและในระหว่างการเข้าร่วมการทดลอง

2. หลังการทดลอง ผู้วิจัยจัดเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการครองชีพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตซิสโตลิกและอัตราการครองชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตซิสโตลิกและอัตราการครองชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยสถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการครองชีพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 58.6 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,600 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.7

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 10-15 ปี ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 70.0 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.0 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.0 ออกกำลังกายด้วยวิธีเดินรอบบ้าน ร้อยละ 80.0 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 20 นาที/ครั้ง ร้อยละ 50.0 ไม่มีความเครียดร้อยละ 73.3 ได้รับความรู้และการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันไตเสื่อมจากความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.0

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 20.0 และระดับมาก ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ

73.3 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 26.7 ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.068, p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

4. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.4 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 23.3 และระดับน้อย ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ หลังการทดลองพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ พฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.014, p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

4.1 พฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 30.0 และระดับน้อย ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.019, p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

4.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายพบว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ

13.3 และระดับมาก ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.188, p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

4.3 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 26.7 และระดับน้อย ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการกับความเครียดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.349, p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

4.4 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการรับประทานยา พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.6 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 26.7 ตามลำดับ หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการรับประทานยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.88, p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการกรองไต ของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังทดลอง

	Min – Max (คะแนน)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value	
		M	S.D.	M	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	0 – 12	8	7.76	1.45	9.13	1.07	8.068	< 0.001
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	0 – 90	63.93	4.51	74.53	3.67	16.014	< 0.001	
- ด้านการรับประทานอาหาร	0 – 42	27.13	2.67	34.74	2.28	13.092	< 0.001	
- ด้านการออกกำลังกาย	0 – 18	13.63	2.32	14.90	1.64	5.188	< 0.001	
- ด้านการจัดการกับความเครียด	0 – 9	7.13	1.47	7.63	1.24	4.349	< 0.001	
- ด้านการรับประทานยา	0 - 12	9.63	.76	10.33	.66	5.887	< 0.001	

5. ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 135.33 มิลลิเมตร/ปรอท หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 130.33 มิลลิเมตร/ปรอท หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.785, p < 0.001$) (ตารางที่ 2) ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 93.00 มิลลิเมตร/ปรอท หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 88.00 มิลลิเมตร/ปรอท หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.385, p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

6. อัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ 40.06 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ 41.26 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.890, p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองไตของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ความดันโลหิตชนิด Systolic	135.33	5.07	130.33	.61	4.785	.000
ความดันโลหิตชนิด Diastolic	93.00	7.49	88.00	6.10	5.385	.000
อัตราการกรองของไต	40.06	.54	41.26	.50	3.890	.001

อภิปรายผล

ภายหลังผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเอง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยมีการพัฒนา โดยผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นในหลายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและมีการทบทวนความรู้เป็นระยะ ส่งผลให้เข้าใจความสัมพันธ์และสาเหตุการเกิดโรค ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับคำแนะนำและการสอนจากผู้วิจัยในด้านต่างๆ เช่น การงดรับประทานอาหารเค็ม การจำกัดปริมาณโปรตีน การรับประทานยาตามแผนการรักษา การไม่ซื้อยามารับประทานเอง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด และการนัดพบแพทย์

แม้ว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมจะยังขาดแนวทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมจัดการตนเองที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (2000) ซึ่งให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ภายใต้การควบคุมตนเอง (Self-regulation) สอดคล้องกับการศึกษาของ อติเทพ ผาติอภินันท์ และคณะ (2561) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น โดยเฉพาะการลดปริมาณเครื่องดื่มปรุงอาหารและหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลต่อ

โรคไต ซึ่งเป็นแนวทางที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ การกระตุ้นพฤติกรรมโดยใช้แบบบันทึกเตือนตนเองในสมุดบันทึกการจัดการตนเองยังช่วยให้ผู้ป่วยติดตามและประเมินผล การปฏิบัติได้อีกด้วย การศึกษาในต่างประเทศของ Swerissen, Belfrage, et al. (2006) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยชาวจีน เวียดนาม อิตาลี และกรีก ที่มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ พบผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการกับอาการ การแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงและอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจาก 40.06 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. เป็น 41.26 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของเพ็ญพร ทวีบุตร (2560) ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองไตเพิ่มขึ้นจาก 49.80 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. เป็น 50.14 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าภายหลังที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากกว่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมการปรับปรุงนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การฝึก

ทักษะการจัดการตนเอง ทำให้สามารถใช้ความรู้และทักษะในการประเมินปัญหาของตนเอง ตั้งเป้าหมายเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เฝ้าติดตามและบันทึกผลการปฏิบัติ ประเมินผล และเสริมแรงให้ตนเอง รวมทั้งค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนด โดยมีผู้วิจัยช่วยเหลือในกระบวนการดังกล่าว และให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค เกิดการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง และอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้และความสามารถในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดระดับความดันโลหิตและชะลอการเกิดโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในอำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี เพื่อชะลอไตเสื่อมและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่วมกับการสร้างเครือข่ายในการนำรูปแบบไปใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิของจังหวัดอุดรธานี

2. ข้อเสนอแนะในการการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทุก 1-2 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ตลอดจนติดตามการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองในระยะยาวแบบไปข้างหน้า ซึ่งจะช่วยให้ทราบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น สามารถนำมาวางแผนในการจัดบริการให้มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนิสา สีมม, วรณภา ประไพพานิช, พูลสุข เจนพานิชย์ และวรางคณา พัชยวงศ์. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 25(1), 16-31.
- เพ็ญพร ทวีบุตร. (2560). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 129-145.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต.



อดิเทพ ผาติอินันท์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และวินัส ลีพหกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(2), 12-27.

Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96(4), e5641. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000005641>

Briesch, A. M., & Chafouleas, S. M. (2009). Review and analysis of literature on self-management interventions to promote appropriate classroom behaviors (1988-2008). *School Psychology Quarterly*, 24(2), 106-118. <https://doi.org/10.1037/a0016159>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35(2), 147-155.

Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305-360). Pergamon Press.

Kanfer, F. H. (2000). Self-management therapy: Orchestration of basic components for individual clients. *European Psychotherapy*, 1(1), 10-14.

Swerissen, H., Belfrage, J., Weeks, A., Jordan, L., Walker, C., Furler, J., McAvoy, B., Carter, M., & Peterson, C. (2006). A randomized control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 360-368. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.003>

World Health Organization. (2015). *Noncommunicable diseases progress monitor 2015*.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

The Effectiveness of The Transitional Stroke Care Program from
The Hospital to The Home

อรอนงค์ สุขจิตต์

Onanong Sukjit

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: June 8, 2024; Accepted: July 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านและผู้ดูแล จำนวน 25 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลท่าปลา ระยะเวลาการศึกษา 4 สัปดาห์ แบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะรักษาในโรงพยาบาลและระยะติดตามเยี่ยมที่บ้านพร้อมให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ โดยแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.246, p < .032$) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ($t = -9.09, p < .01$) อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ โดยมีเพียง 2 รายที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน, การดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน



Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a transitional care program for stroke patients from hospital to home. The sample consisted of 25 stroke patients in the transition phase and their caregivers who received treatment at Tha Pla Hospital. The study duration was 4 weeks, divided into two phases: hospital care and home follow-up visits with telephone consultations. Research instruments included the care program, general information record form, activities of daily living (ADL) assessment form, and readmission record form. The caregiver ability assessment form had a reliability of .82 using Cronbach's alpha coefficient. Data analysis employed descriptive statistics and paired t-tests.

The research results showed that the ADL performance of stroke patients in the transition phase after receiving the hospital-to-home transitional care program was significantly higher than before ($t = 2.246, p < .032$). The caregivers' ability to care for stroke patients in the transition phase after receiving the program was also higher than before ($t = -9.09, p < .01$). The readmission rate of patients was low, with only two cases requiring readmission. These findings indicated that the transitional care program for stroke patients and caregivers from hospital to home improved the ADL performance of stroke patients and enhanced the caregivers' ability to care for stroke patients.

Keywords : Stroke, Transitional Care, Hospital-to-Home Care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทอย่างฉับพลัน โดยมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง สาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน ส่งผลให้เนื้อสมองตาย (WHO, 2021) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟู โดยในระยะวิกฤตผู้ป่วยอาจมีอาการหมดสติ การทำงานของระบบหัวใจและระบบหายใจผิดปกติ รวมถึงมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Hickey, 2014) ส่วนในระยะฟื้นฟูผู้ป่วยอาจประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น ความบกพร่องในการสื่อสาร อาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก การสูญเสียการทรงตัว ความผิดปกติด้านการมองเห็น ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน รวมถึงการขับถ่ายผิดปกติ (NSA, 2017) ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Wang, Yang, Shi, Yang, & Hu, 2017) และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะสมองบวม (Farahvar et al., 2012; Li et al., 2019) ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Kishore et al., 2018) แผลกดทับ (Dharmasaroja, 2012) และภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Yan et al., 2018) ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานานขึ้นและมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่าย (สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2559) ดังนั้น การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันทั่วถึงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องทางร่างกายและอยู่ในภาวะพึ่งพา หน้าที่หลักของผู้ดูแลประกอบด้วย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้าน

จิตใจและอารมณ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม การฟื้นฟูสภาพ การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ การช่วยเหลือด้านการเงิน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (วลัยนารี พรหมล, 2554) โดยในสัปดาห์แรกหลังการเจ็บป่วย ผู้ดูแลมักขาดความมั่นใจเนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ไม่กล้าตัดสินใจและขาดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย (บุษยมาส บุศยารัศมี, 2561) เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์โดยไม่มีเวลาพักผ่อน ผู้ดูแลอาจรู้สึกเป็นภาระและเกิดความเบื่อหน่าย ทั้งนี้ อารมณ์ความรู้สึก และสภาวะทางร่างกายของผู้ดูแลมักเปลี่ยนแปลงอย่างมากในช่วง 1 เดือนแรกหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสภาวะเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นบริการที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อม โดยออกแบบเพื่อรับรองความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Coleman & Boulton, 2003) ในกรณีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลมีความซับซ้อนและระยะเวลานานอนโรงพยาบาลจำกัด โดยเฉลี่ยประมาณ 4 วัน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (NSA, 2017) ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว กลยุทธ์การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพได้ถูกพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การวางแผนรายกรณีโดยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางทางคลินิก การวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะรักษาในโรงพยาบาล และ (2) ระยะเยี่ยมบ้าน

และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Naylor et al., 2004) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการพัฒนากลยุทธ์ดังกล่าว การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการประเมินผลด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงเน้นบทบาทของพยาบาลปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Naylor et al. (2004) โปรแกรมนี้มุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Experimental designs) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังใช้โปรแกรม (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลัก การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การทดสอบอำนาจการทดสอบตามแนวคิดของ Cohen (1988) โดยอ้างอิงจากการศึกษาของवासना มุลฐี และคณะ (2559) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 และค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ซึ่งคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับน้อย (5-8 คะแนน) หรือปานกลาง (9-11 คะแนน) และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ได้รับการรักษาผ่านช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและได้รับยา rt-PA ไม่สามารถติดต่อได้หลังจำหน่าย หรือถอนตัวระหว่างการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแลหลัก เกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วย เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ อายุ 18 ปีขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์ที่ติดต่อได้และยินยอมให้เยี่ยมบ้าน รวมทั้งยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีการ

เปลี่ยนผู้ดูแล ไม่สามารถติดต่อได้หลังจำหน่าย หรือถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน

1) ข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษา

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 8 ข้อ ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษา โรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ การรับประทานอาหาร การรักษาที่สำคัญ และปัญหาสำคัญที่ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือ

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายตัว การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ และการควบคุมการขับถ่าย โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน และแบ่งระดับความสามารถเป็น 5 ระดับ คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0-4 คะแนน) ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก (5-8 คะแนน) ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง (9-11 คะแนน) ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย (12-19 คะแนน) และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (20 คะแนน)

1.3 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน หลังจากเก็บข้อมูลครั้งแรก โดยนับเป็นรายบุคคล แม้ว่าผู้ป่วยจะกลับมารักษาซ้ำหลายครั้งก็ตาม

1.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูล 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

1.5 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ของจารึก ธาณิรัตน์ (2545) ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก รวมทั้งสิ้น 35 ข้อ ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน (13 ข้อ) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (10 ข้อ) การฟื้นฟูสภาพ (5 ข้อ) และการดูแลด้านจิตใจ (7 ข้อ) โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ซึ่งผลรวมของคะแนนจะถูกนำมาแบ่งระดับความสามารถของผู้ดูแลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (56-70 คะแนน) ระดับปานกลาง (42-55 คะแนน) และระดับต่ำ (0-41 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์รูปแบบการดูแลของ Naylor et al. (2004) แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อวางแผนจำหน่าย

2. วางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ แบ่งเป็นแผนระยะเฉียบพลันและหลังเฉียบพลัน

3. ปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ครอบคลุมเนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลด้านจิตใจ ใช้วิธีบรรยาย สอน สาธิต และให้สาธิตย้อนกลับ

4. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยทบทวนความรู้และทักษะ ปรับปรุงแผน และบันทึกประเด็นสำคัญในสมุดประจำตัว

ระยะที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมที่บ้านและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 ส่วน

1. การเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง:

1.1 วันที่ 7 ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมหาแนวทางแก้ไข และให้กำลังใจ

1.2 วันที่ 30 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

2. การติดตามทางโทรศัพท์:

2.1 โทรติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง (วันที่ 14 และ 21)

2.2 สอบถามปัญหา ส่งเสริมความรู้ และทักษะการดูแล เน้นย้ำการช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ

2.3 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 7 วันต่อสัปดาห์ (วันธรรมดา 8.00-16.00 น., วันหยุด 8.00-12.00 น.) เพื่อตอบข้อสงสัยและคลายความกังวล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม และเวลาที่ใช้ในโปรแกรม ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้ปรับปรุงคู่มือให้เข้าใจง่ายขึ้นและเพิ่มขนาดตัวอักษร รวมทั้งปรับสีแนะนำเสนอให้กระชับและเพิ่มรูปภาพประกอบ หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.82 (Polit & Beck, 2012)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การรักษาในโรงพยาบาล (3-5 วัน)

วันที่ 1 (30-45 นาที)

1. ประเมินข้อมูลทั่วไปและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงให้โอกาสระบายความรู้สึก

วันที่ 2

1. สอบถามความรู้เรื่องโรคและให้ข้อมูลเพิ่มเติมผ่านสื่อแนะนำภาพนิ่ง

2. มอบคู่มือประกอบการดูแลแก่
ผู้ป่วยและผู้ดูแล

วันที่ 3

ทบทวนกิจกรรมและฝึกทักษะการ
ดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแล ครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ กิจกรรม
ประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู
สมรรถภาพ และการดูแลด้านจิตใจ

วันที่ 4-5 (30 นาที - 1 ชั่วโมง) ฝึก
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนผู้ดูแลสามารถทำได้

ระยะที่ 2 การติดตามหลังจำหน่าย

วันที่ 7 เยี่ยมบ้าน

1. ประเมินปัญหาการดูแลด้าน
ร่างกาย จิตใจ และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

2. วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและ
ผู้ดูแล พร้อมให้กำลังใจ

วันที่ 14 โทรศัพท์ติดตาม

1. ประเมินปัญหาและความต้องการ
ในการดูแลของผู้ดูแล

2. ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ
ของผู้ดูแล

วันที่ 21 โทรศัพท์ติดตาม ประเมิน
ปัญหา อุปสรรค และให้คำแนะนำเพิ่มเติม

วันที่ 30 เยี่ยมบ้าน ประเมิน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ใช้สถิติพรรณนา
(Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่
คำนวณร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และคำนวณส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความสามารถใน
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ใช้สถิติ Paired t-
test โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลัง
เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจาก
โรงพยาบาลสู่บ้าน ($P \text{ value} < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.0 อายุระหว่าง 60-65 ปี
ร้อยละ 76.0 เฉลี่ยเท่ากับ 64.20 ปี ($SD = 4.85$)
สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อย
ละ 100.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ
72.0 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80.0 มีรายได้เพียงพอ
และมีเงินเก็บร้อยละ 24.0 สิทธิการรักษาพยาบาล
ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ
80.0 ด้าน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 (โรคความ
ดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ) ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกตัวแต่
สามารถปลุกให้ตื่นได้ ร้อยละ 80.0 ด้านความสามารถ
ในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากโดย
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ร้อยละ 50.0 ไม่ใช่
อุปกรณ์การแพทย์ ร้อยละ 100.0 รับประทานอาหาร
เองได้ ร้อยละ 70.0

1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุระหว่าง 50-60 ปี
ร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 54.26 ปี ($SD = 8.40$) สถานภาพ

สมรส ร้อยละ 80.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.0 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 64.0 ด้านภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 72.0 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า เป็นบุตร ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 64.0 ด้านความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพ พบว่า ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพร้อยละ 100

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อยู่ในระดับต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลางหรือปฏิบัติได้เองปานกลาง (9-11 คะแนน) ร้อยละ 64.0 รองลงมา คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อยหรือปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ (12-19 คะแนน) ร้อยละ 16.0 หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านอยู่ในระดับต้อง

พึ่งพาผู้อื่นปานกลางหรือปฏิบัติได้เองปานกลาง (9-11 คะแนน) ร้อยละ 76.0 รองลงมา คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อยหรือปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ (12-19 คะแนน) ร้อยละ 12.0 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.246$, $p < .032$) (ตารางที่ 1)

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีคะแนนความสามารถในการดูแลก่อนได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 16.0 หลังได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลางแลสูงเท่ากัน คือ ร้อยละ 8.0 คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($t = -9.09$, $p < .01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 25)

รายการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	9.26	3.25	ปานกลาง	12.41	2.64	ปานกลาง	2.246	.032 *
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล	54.32	4.21	ปานกลาง	61.24	2.36	สูง	6.259	.001 *

* $p < .05$

4. อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีเพียง 2 รายที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ

อภิปรายผล

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลอง โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีประสิทธิผลในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมนี้ประยุกต์จากรูปแบบการดูแลของ Naylor et al. (1994, 1999, 2004) โดยมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยรายกรณี มีพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้วางแผนจำหน่าย และมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

กระบวนการดูแลในโปรแกรมประกอบด้วย ขั้นตอนสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การวางแผนและปฏิบัติการดูแล 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะ และ 4) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย กระบวนการทั้งหมดนี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย

สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ (2558) ที่พบว่าการสอนแนะร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ การทบทวนและฝึกซ้ำก่อนจำหน่ายช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณิรุษ และคณะ (2563) ที่พบว่าการ

ดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบมีแบบแผนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงขึ้น ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ความสำเร็จนี้เกิดจากการโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการ โดยใช้แบบประเมินเฉพาะเพื่อระบุความต้องการของผู้ดูแลแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วย (บุษยมาศ, 2561; Camicia et al., 2019) 2) การให้ความรู้และฝึกทักษะ ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้สื่อหลากหลายและเน้นการฝึกปฏิบัติจริง 3) การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยให้ผู้ดูแลร่วมวางแผนการดูแลกับทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการดูแล และ 4) การติดตามต่อเนื่อง ด้วยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหา และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล องค์ประกอบเหล่านี้ทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคล ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสายใจ และคณะ (2562) ที่พบว่าการประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลช่วยลดความกังวลและเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ นอกจากนี้ การศึกษาของพัชรภรณ์ (2558) ยังยืนยันว่าการสอนแนะร่วมกับการฝึก

ปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การติดตามอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันท่วงที และได้รับกำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวาสนา และคณะ (2559) และสุพัตรา และคณะ (2561) ที่พบว่าการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลและส่งผลดีต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีเพียงร้อยละ 8.0 (2 ราย) ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ อัตราที่ต่ำนี้อาจเป็นผลมาจากการดำเนินโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความต้องการอย่างครอบคลุม การให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างเป็นระบบ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเหล่านี้ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลผู้รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยควรตระหนักและให้ความสำคัญในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อนำมาสู่การวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์และครอบคลุม ในระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 ควรมีการสนับสนุนการจัดการความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการพูดคุยให้กำลังใจ และเน้นให้ผู้ดูแลได้รับบายความรู้สึก รวมทั้งกล่าวชื่นชมในการทำหน้าที่ผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถโทรหาผู้วิจัยได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกมีความมั่นใจในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ระดับต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมากหรือปฏิบัติได้น้อย (0 – 8 คะแนน) ถึง ระดับ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อยหรือปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่ (9–12 คะแนน) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพของตนเอง

2.2 ควรติดตามผู้ป่วยในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

- จารึก ธาณิรัตน์. (2545). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ณิรุช วงศ์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, และพิสิษฐ์ สมงาม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(04), 61-61
- ธีรณัฐ ห่านิรัตติย์, และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 21(7), 634-639.
- บุษยมาส บุศยารัศมี. (2561). ความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครนครปฐม. วารสารแพทย์ เขต 4-5, 37(2), 192-200.
- พัชรภรณ์ สิริธรานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วาสนา มูลธิ, สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ สีสัจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล, 31(1), 95-110.
- วลัยนารี พรหม. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตาม ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 30(1), 54-68.
- สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสิริรัตน์ สีสัจรัส. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30(3), 84-101.
- สุพัตรา ปวนไผ่, ศรีวรรณ วงศ์เจริญ, นิรมัย มณีรัตน์ และวราพร นนทศิลา. (2561). ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(3), 500-509.
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557.
- Dharmasaroja, P. (2012). Ischemic stroke. Bangkok: Jaransanitwong. Farahvar, A., Gerber, L. M., Chiu, Y. L., Carney, N., Härtl, R., & Ghajar, J. (2012). Increased mortality in patients with severe traumatic brain injury treated without intracranial pressure monitoring. *Journal of Neurosurgery*, 117(4), 729-734. doi: 10.3171/2012.7.JNS111816.



- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age and Ageing*, 23(2), 97-101. doi: 10.1093/ageing/23.2.97
- Li, J., Zhang, P., Wu, S., Wang, Y., Zhou, J., Yi, X., & Wang, C. (2019). Stroke-related complications in large hemisphere infarction: incidence and influence on unfavorable outcome. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 12(3), 224-235.
- National Stroke Association. (2017). Effects of stroke. retrieved from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=effects>
- Naylor, M. D., Broton, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684.
- Wang, Y., Yang, F., Shi, H., Yang, C., & Hu, H. (2017). What Type of Transitional Care Effectively Reduced Mortality and Improved ADL of Stroke Patients? A Meta - Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 510-518.
- World Health Organization. (2021). Stroke Cerebrovascular accident health topic. retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Yan, T., Liu, C., Li, Y., Xiao, W., Li, Y., & Wang, S. (2018). Prevalence and predictive factors of urinary tract infection among patients with stroke: a meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 46(4), 402-409.

ผลการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

The Effects of Recording Data According to the ISBAR Technique for the
Handover of Nursing Information in the Patient Department,
at Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit Province

ชนิษฐา ข้างโต

Khanitha Khangto

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: June 8, 2024; Accepted: July 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยใน จำนวน 9 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเวรด้วยรูปแบบ ISBAR และการปฏิบัติการส่งเวรภายใต้สถานการณ์จำลอง 2) คู่มือการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ ISBAR 3) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Wilcoxon signed-rank test.

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 25.521$, $p\text{-value} = .021$) อุบัติการณ์จากการส่งเวรผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป = 0 ความพึงพอใจต่อการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ควรนำการจัดการการส่งเวรด้วยการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติจริงในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขัน

คำสำคัญ: เทคนิค ISBAR, การรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล, งานผู้ป่วยใน



Abstract

This one-group quasi-experimental study with pre-test and post-test design aimed to examine the effects of recording data using the ISBAR technique for nursing handover. The population consisted of 9 professional nurses working in the inpatient department. Research instruments included: 1) a workshop on ISBAR handover and simulated handover practice, 2) an ISBAR handover manual, and 3) an assessment form for ISBAR data recording quality. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that the quality of handover data recording using the ISBAR technique significantly improved after the intervention ($Z = 25.521$, $p\text{-value} = .021$). There were no adverse events (level E or above) due to handover errors. Overall satisfaction with the ISBAR handover data recording technique was at the highest level. Implementing the ISBAR technique for recording nursing handover data in actual practice at the inpatient department of Thong Saen Khan Hospital is recommended.

Keywords : ISBAR technique, Nursing handover, Inpatient department

บทนำ

การสื่อสารเป็นหนึ่งในสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในด้านความรู้และทักษะการติดต่อสื่อสาร (The Healthcare Accreditation Institute, 2018) องค์การในระดับนานาชาติ เช่น World Health Organization (WHO), Institute for Health care Improvement (IHI) และ The Joint Commission ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางคลินิก (Clinical handoffs) (เพ็ญขวัญ แดงอ่อน, 2566) ที่มีประสิทธิภาพ ชัดเจน ถูกต้องและแม่นยำ การสื่อสารที่ผิดพลาดเป็นปัญหาสำคัญส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การให้ยาผิด การบาดเจ็บหรือเสียชีวิต สอดคล้องกับรายงานเหตุการณ์พึงประสงค์ (Sentinel events) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการสื่อสารที่ผิดพลาดขณะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยของบุคลากรสุขภาพ (กรรณิกา ธนโพธิ์, 2566) การทำงานแบ่งเป็น 3 ผลัด ผลัดละ 8 ชั่วโมง ได้แก่ เวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก มีการทำงานเป็นทีม โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมรับผิดชอบและวางแผนการพยาบาลและดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการผลิตเปลี่ยนการปฏิบัติงานนั้น จะต้องมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมการพยาบาล (คณะกรรมการบริหารการพยาบาล, 2563) โดยมีการสื่อสารส่งต่อให้พยาบาลที่มาปฏิบัติงานเวรต่อไป ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่เรียกว่า “การรับ-ส่งเวร” (รัชณี ศิริวัฒน์ และคณะ, 2566) พยาบาลจะรายงานอาการ ปัญหาความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรสื่อสารส่งเวรไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ลำดับเหตุการณ์ขั้นตอนต่างกัน (อัญชลี สิงห์น้อย และคณะ, 2561) จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า เกิดจากการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้มารับเวรรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดในการทำงานและทำให้ระยะเวลาในการ

นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น อาจนำไปสู่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการให้บริการ ดังนั้นการนำ ISBAR มาใช้การสื่อสารจะเพิ่มประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้ง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของพยาบาล (joint commission international accreditation (JCI)) จึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับการติดต่อสื่อสารทุกชนิดที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (กนกขวัญ เผ่าทิพย์จันทร์, 2566)

คณะกรรมการร่วมรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (Joint Commission) ได้นำเสนอเทคนิค ISBAR โดยอ้างอิงจากการวิเคราะห์สาเหตุรากและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผลการวิเคราะห์พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือได้รับอันตรายรุนแรงมีสาเหตุจากการสื่อสารที่ผิดพลาด ด้วยเหตุนี้ เทคนิค ISBAR จึงถูกนำมาใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพเพื่อลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบริการ โดยเทคนิค ISBAR เป็นอักษรย่อของขั้นตอนการสื่อสาร คือ 1) I-Identify คือ การระบุตัวตนของผู้รายงานและผู้ใช้บริการ 2) S-Situation คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการ 3) B-Background คือ ข้อมูลภูมิหลังของผู้ใช้บริการหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 4) A-Assessment คือ การประเมินสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการในเวรปัจจุบัน และ 5) R-Recommendation คือ การแจ้งหรือแนะนำความต้องการที่จำเป็นเร่งด่วน หรือปัญหาที่ต้องแก้ไขต่อไปของผู้ใช้บริการ (The Healthcare Accreditation Institute, 2018) เทคนิค ISBAR สามารถประยุกต์ใช้ได้ ในหลายสถานการณ์ เช่น การรับส่งเวรระหว่างพยาบาล การตรวจเยี่ยมผู้รับบริการบนหอผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล การรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ และการสรุปแนวทางการผ่าตัดก่อนดำเนินการ เทคนิคนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถ

สรุปความคิดรวบยอดได้ดีขึ้น เพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ (Dunsford J., 2019) และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น (Kotsakis A., Mercer K., Mohseni-Bod H., Gaiteiro R., & Agbeko R., 2015)

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลทองแสนขัน ได้เริ่มพัฒนาการรับส่งเวรผู้ป่วยแบบ SBAR ตั้งแต่ปี 2560 แต่ยังคงการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ต่อมาในปี 2563 ได้ปรับใช้แนวทางการรับส่งเวรเป็นแบบ ISBAR จากการเก็บข้อมูลพบว่า อัตราการส่งเวรในแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้: I (Identify) ร้อยละ 86.36, S (Situation) ร้อยละ 31.31, B (Background) ร้อยละ 23.86, A (Assessment) ร้อยละ 29.54, และ R (Recommendation) ร้อยละ 24.13 นอกจากนี้ ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกระบวนการดูแล ได้แก่ การจำแนกประเภทผิด การประเมินซ้ำไม่ต่อเนื่อง การรายงานแพทย์ล่าช้า และการทำหัตถการหรือการพยาบาลไม่ครบถ้วน สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการสื่อสารในการส่งเวรที่ไม่มีประสิทธิภาพ การไม่ปฏิบัติตามแนวทาง ISBAR อย่างเคร่งครัด และแบบฟอร์มการส่งเวรที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันในแต่ละหน่วยงาน แผนกผู้ป่วยในซึ่งมีการใช้การรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ผลการดำเนินงานในปี 2564 พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางคิดเป็นร้อยละ 44.61 โดยมีรายละเอียดดังนี้: I (Identify) ร้อยละ 86.36, S (Situation) ร้อยละ 20, B (Background) ร้อยละ 86.36, A (Assessment) ร้อยละ 20, และ R (Recommendation) ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตาม ยังพบอุบัติการณ์การรายงานแพทย์ล่าช้า และการทำหัตถการหรือการพยาบาลไม่ครบถ้วน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล สำหรับงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาล

ทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างทีมบุคลากร ทำให้การส่งต่อข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยมีความครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ลดความผิดพลาด และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้เทคนิค ISBAR ในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้เทคนิค ISBAR
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR ในงานผู้ป่วยใน
4. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้เทคนิค ISBAR

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group Pre – Post test design)

ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) โดยประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทองแสนขัน จำนวนทั้งสิ้น 9 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า 1) เป็น

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน 2) มีประสบการณ์ในการรับ-ส่งเวรอย่างน้อย 1 ปี เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบถ้วนตามที่กำหนด ทั้งนี้ เนื่องจากประชากรมีจำนวนน้อยและสามารถเข้าถึงได้ทั้งหมด จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง แต่ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ ISBAR ประกอบด้วย

1.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การส่งเวรด้วยรูปแบบ ISBAR ระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานผู้ในโรงพยาบาลทองแสนขัน 1 วัน ระยะเวลา 4 ชั่วโมง เป็นการบรรยายภาคทฤษฎี จำนวน 2 ชั่วโมง และการปฏิบัติการส่งเวรภายใต้สถานการณ์จำลอง จำนวน 2 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

1.2 คู่มือการส่งเวรด้วยรูปแบบ ISBAR ผู้วิจัยแนวคิดของ Curtis, Murphy, Hoy, & Lewis มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติการต่อผู้ป่วยใน และเป็นแนวทางให้ผู้ส่งและผู้รับเวรได้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง

1.3 แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร โดยผู้วิจัยนำข้อมูล สไลด์ เอกสารที่ใช้ในการอบรมไว้ในกลุ่มไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนด้วยตนเองและเป็นช่องทางในการสื่อสาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยรูปแบบ ISBAR ตามการรับรู้ของพยาบาล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยใน การฝึกอบรมเกี่ยวกับการรับ

ส่งเวร ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด แบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลการส่งเวร จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย I: Introduction จำนวน 6 ข้อ S: Situation จำนวน 8 ข้อ B: Background จำนวน 3 ข้อ A: Assessment จำนวน 3 ข้อ R: Recommendation จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ส่ง/ได้รับข้อมูลถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) ส่งหรือได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องหรือครบถ้วน (1 คะแนน) ไม่ได้ส่ง/ไม่ได้รับข้อมูล (0 คะแนน) การแปลความหมายของระดับคะแนนความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลการส่งเวร ได้แก่ มีความครบถ้วนถูกต้องในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 1.34–2.00 คะแนน) มีความครบถ้วนถูกต้องในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.67–1.33 คะแนน) มีความครบถ้วนถูกต้องในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00–0.66 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการสื่อสารทางการพยาบาลแบบ ISBAR งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขัน ประกอบด้วย 1) การระบุชื่อ (Identification) ได้แก่ ผู้รายงาน ผู้รับรายงาน วันที่รับใหม่/ย้าย ชื่อผู้ป่วย 2) Situation ปัญหา/อาการผิดปกติ/ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย 3) Background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ 4) Assessment การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล และ 5) Recommendation ข้อเสนอแนะในการดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขันต่อการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) จัดระดับคะแนนในการรวม 5 กลุ่ม ได้แก่

มากที่สุด (4.21–5.00 คะแนน) มาก (3.41–4.20 คะแนน) ปานกลาง (2.61–3.40 คะแนน) น้อย (1.81–2.60 คะแนน) น้อยที่สุด (1.00–1.80 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการรับและการส่งเวรเป็นคำถามปลายเปิด ด้วยการใช้รูปแบบ ISBAR จากพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการสื่อสารทางการพยาบาลแบบ ISBAR สำหรับงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขัน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Scale-Content Validity Index; S-CVI) ผลการตรวจสอบพบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.88

2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพการสื่อสารทางการพยาบาลโดยใช้กรอบ ISBAR ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบประเมินมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.8

ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงมกราคม 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพการส่งเวรด้วยรูปแบบ ISBAR ตามการรับรู้ของพยาบาล

2. การอบรมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการส่งเวรด้วย ISBAR ประกอบด้วย

2.1 การบรรยายภาคทฤษฎี (2 ชั่วโมง)

2.2 การฝึกปฏิบัติการส่งเวรด้วยรูปแบบ ISBAR ผ่านสถานการณ์จำลอง (2 ชั่วโมง)

3. การปฏิบัติจริง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่รับส่งเวรใช้รูปแบบ ISBAR ในการรับส่งเวรเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. การนิเทศและติดตาม ผู้วิจัยดำเนินการนิเทศและกำกับติดตามการรับส่งเวรด้วยตนเองในเวรเช้าและเวรบ่ายตลอดระยะเวลาการทดลอง

5. การประเมินหลังการทดลอง เมื่อครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพการรับส่งเวรด้วยรูปแบบ ISBAR อีกครั้ง เพื่อประเมินคุณภาพการรับส่งเวรหลังการใช้รูปแบบ ISBAR

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 เปรียบเทียบคุณภาพการส่งและการรับเวรก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ISBAR โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลจากคำถามปลายเปิด โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ประกอบด้วย การอ่านข้อมูลทั้งหมด การจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายคล้ายคลึงกัน และการสรุปประเด็นสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน ธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขัน พบว่า พยาบาล

วิชาชีพงานผู้ป่วยใน จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง อายุระหว่าง 26 – 30 ปี ร้อยละ 88.9 อายุเฉลี่ย 27.7 ปี การศึกษาปริญญาตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 77.8 รายได้ 15,000–20,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 66.7 รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน 20,888.88 บาท ปฏิบัติงานงานการ พยาบาลผู้ป่วยใน 2–5 ปี ร้อยละ 77.8 ค่าเฉลี่ย 4.77 ปี ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 10 ปี

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขัน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (9 คน)	ร้อยละ (100.0)
1. เพศ		
ชาย	1	11.1
หญิง	8	89.9
2. อายุ (ปี)		
26 – 30 ปี	8	88.9
31 ปี ขึ้นไป	1	11.1
3. การศึกษา		
ปริญญาตรี	9	100.0
4. สถานภาพสมรส		
โสด	7	77.8
คู่	2	22.2
5. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
15,000 – 20,000 บาท	6	66.7
20,001 – 30,000 บาท	3	33.3
6. ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยใน		
2 – 5 ปี	7	77.8
6 – 10 ปี	2	22.2



2. คุณภาพการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขัน พบว่า หลังการทดลองคุณภาพการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาลโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยในสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 25.521$, $p\text{-value} = .021$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า หลังการทดลอง

คุณภาพการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาลโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยในสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ I: Identification (การเกริ่นนำ) S: Situation (สถานการณ์การเจ็บป่วย) A: Assessment (การวิเคราะห์สถานการณ์) R: Recommendation (ข้อเสนอแนะการพยาบาล)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ก่อนและหลังการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขัน ($N = 9$)

คุณภาพการบันทึกข้อมูล ตามเทคนิค ISBAR	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
I: Identification (การเกริ่นนำ)	1.03	.53	ปานกลาง	1.66	.33	สูง	2.549	.011 *
S: Situation (สถานการณ์การเจ็บป่วย)	1.44	.52	ปานกลาง	1.88	.33	สูง	2.00	.041 *
B: Background (ภูมิหลังของผู้ป่วย)	1.31	.34	ต่ำ	1.73	.22	สูง	2.539	.011 *
A: Assessment (การวิเคราะห์สถานการณ์)	1.22	.67	ปานกลาง	1.89	.33	สูง	2.121	.036 *
R: Recommendation (ข้อเสนอแนะการพยาบาล)	1.38	.54		1.88	.13	สูง	2.000	.046 *
รวม	1.29	.42	ปานกลาง	1.79	.16	สูง	2.521	.012*

3. ผลของการทดลองใช้การบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน พบว่า อุบัติการณ์จากการส่งเวรผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป = 0

4. ความพึงพอใจของพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลทองแสนขันต่อการบันทึกข้อมูลการรับส่ง

เวรด้วยเทคนิค ISBAR โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านประโยชน์ รongลมา คือ ด้านวัตถุประสงค์ ตามลำดับระดับมาก ได้แก่ ด้านกระบวนการ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจของพยาบาลงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทองแสนขันต่อการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR (N = 9)

ความพึงพอใจการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR	M	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านวัตถุประสงค์	4.23	.21	มากที่สุด
2. ด้านกระบวนการ	4.13	.36	มาก
3. ด้านประโยชน์	4.25	.22	มากที่สุด
รวม	4.21	.27	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้การบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งเวรของพยาบาล คุณภาพการส่งเวรโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการใช้เทคนิคนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากเทคนิค ISBAR มีรูปแบบการบันทึกที่ชัดเจน ประกอบด้วย I: Identification (การเกริ่นนำ), S: Situation (สถานการณ์การเจ็บป่วย), B: Background (ภูมิหลังของผู้ป่วย), A: Assessment (การวิเคราะห์สถานการณ์), และ R: Recommendation (ข้อเสนอแนะการพยาบาล) ส่งผลให้การรับส่งเวรมีความครบถ้วนและเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งการใช้เทคนิคนี้ช่วยลดเวลาและขั้นตอนการรับส่งเวร ทำให้ผู้รับเวรเข้าใจข้อมูลได้ถูกต้องและชัดเจน ลดความผิดพลาดในการรับส่งเวร และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ พยาบาลงานผู้ป่วยในได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการการส่งเวรด้วย ISBAR ประกอบด้วยการบรรยายภาคทฤษฎี 2 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง 2 ชั่วโมง ร่วมกับการนิเทศติดตามการรับส่งเวรในเวรเช้าและเวรบ่ายตลอดระยะเวลาการทดลอง

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุกัญญา สายสุข และคณะ (2564) ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ISBAR คุณภาพการส่งเวรระหว่างพยาบาลห้องฉุกเฉิน

และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม คุณภาพการส่งเวรในเรื่องของอายุ HN การวินิจฉัยแยกโรค และปัญหาของผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลสำคัญที่พยาบาลตระหนักถึงและใช้ในการส่งเวรเป็นประจำอยู่แล้ว นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของมธุรส ตันติเวสส และคณะ (2560) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ซึ่งพบว่าความรู้และทัศนคติของผู้ตรวจการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบสูงขึ้น แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล เมื่อผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในได้ประยุกต์ใช้การนิเทศทางการพยาบาลมา นิเทศพยาบาลให้นำเทคนิคการสื่อสารแบบ ISBAR มาใช้ในการส่งเวร พบว่าพยาบาลสามารถส่งเวรได้ถูกต้องมากขึ้น

ผลของการทดลองใช้การบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR ในการรับส่งข้อมูลทางการพยาบาล งานผู้ป่วยใน พบว่าไม่มีอุบัติการณ์จากการส่งเวรผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป เนื่องจากการรับ-ส่งเวรแบบ ISBAR ใช้เวลาน้อยลง มีเนื้อหาตรงประเด็น และครอบคลุมครบถ้วน สอดคล้องกับงานวิจัยของยุวดี เกตุสัมพันธ์ (2555) ที่พบว่า การสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเทคนิค SBAR ช่วยให้ค้นหาปัญหาผู้ป่วยได้

เร็วขึ้น มีการวางแผนร่วมกับแพทย์ผู้รักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และทีมพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของโนวัคและแฟร์ไชล์ด (Novak, K., and Fairchild, R., 2012) ที่พบว่าการรายงานข้างเตียงด้วยเทคนิค SBAR ช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยได้ร้อยละ 28 ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น

ความพึงพอใจต่อการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR การนำรูปแบบการสื่อสารด้วยเทคนิค ISBAR มาใช้ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวม นอกจากนี้ พยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลทองแสนขันมีความพึงพอใจต่อการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR ในระดับมากที่สุด เนื่องจากมีกระบวนการและหลักฐานการส่งเวรที่ชัดเจน มีแนวทางการรับส่งเวรที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์จากการรับส่งเวร และสามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้

การศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการรับส่งเวรก่อนและหลังการใช้เทคนิค ISBAR พบความแตกต่างที่สำคัญ ก่อนการใช้เทคนิคนี้ มักพบปัญหาการส่งเวรไม่ครบถ้วน การสังเกตอาการผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุม ความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้รับและส่งเวร รวมถึงการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ครบถ้วน การนำเทคนิค ISBAR มาใช้ช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแบบ

บันทึกการสื่อสารทางการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกด้านของ ISBAR เป็นแนวทางในการบันทึกการส่งเวร ส่งผลให้ข้อมูลของผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างครบถ้วน ช่วยลดความผิดพลาดในการสื่อสาร และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการใช้การบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือนและ 6 เดือน
2. พิจารณานำการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR มาประยุกต์ใช้เป็นใบนำทางผู้ป่วยสำหรับการส่งต่อระหว่างงานพยาบาลผู้ป่วยนอกและงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
3. จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้สามารถนำโครงสร้าง ISBAR ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในแต่ละหน่วยงานทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ เพื่อให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนตามองค์ประกอบของ ISBAR

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการรับส่งเวรด้วยการบันทึกข้อมูลตามเทคนิค ISBAR เพื่อวัดประสิทธิผลของการรับส่งเวร
2. ควรพัฒนารูปแบบการบันทึกข้อมูลการรับส่งเวรด้วยเทคนิค ISBAR ที่สามารถใช้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

อ้างอิง

- กนกขวัญ เภาทิพย์จันทร์. (2566). การสื่อสารเพื่อการส่งข้อมูลทางการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. (10 กันยายน 2566). เข้าถึงได้จาก:<http://dirc.nrct.go.th>.
- กรรณิกา ธนไพโรจน์. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวชระเบียนทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ สำนักการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. (10 กันยายน 2566). เข้าถึงได้จาก:<http://library.christian.ac.th/thesis/document/T042660.pdf>
- คณะกรรมการบริหารการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. (2563). (10 กันยายน 2566). เข้าถึงได้จาก:<http://Nurse.pmk.ac.th/images/WI/PMK-WND-045.pdf>.
- เพ็ญขวัญ แต่งอ่อน. (2566). การพัฒนารูปแบบการส่งเวชระเบียนบนหอผู้ป่วยหญิง. [อินเทอร์เน็ต]. (10 กันยายน 2566). เข้าถึงได้จาก:http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=1089.
- มธุรส ตันติเวสส, อารีรัตน์ ขำอยู่, ประนอม โอทกานนท์. (2017). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล สำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ. The journal of Nursing Burapha University. 5(3):41-51.
- รัชณี ศิริวัฒน์, นิตยา ไรจน์ทินกร, สุรัตน์ คร่ำสุข, จิราพร พอกพูนทรัพย์, จันทรีทิรา เจียรณัย. (2566). การพัฒนารูปแบบการสื่อสารทางการพยาบาลแบบไร้รอยต่อโดยใช้ เทคนิค SBAR ในระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นครราชสีมาโรงพยาบาลมหาราช.[อินเทอร์เน็ต]. 2562. (10 กันยายน 2566). เข้าถึงได้จาก:<http://file:/C:/Users/Administrator/Downloads/>
- อัญชลี สิงห์น้อย และคณะ. (2561). วิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก: วารสารมนุษยศาสตร์ มหาลัณเรศวร; 1-3.
- Dunsford J. (2019). Structured communication: improving patient safety with SBAR [abstract]. Nurse Women's Health, 13(5):384-90.
- Kotsakis A. Mercer K. Mohseni-Bod H. Gaiteiro R. Agbeko R. (2015). The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum forward health care providers [abstract]. Journal of Interprofessional Care.29(4):392-4.
- The Health Care Accreditation Institute (Public Organization). (2018). Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand. Bangkok: Famous and Successful; 2018. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้
ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษา

The Effects of the IDEAL Model-Based Care and Discharge Planning
Program on Knowledge, Glycated Hemoglobin Levels, Discharge Readiness,
and Readmission Rates in Diabetic Patients

พรนิภา แคนชัย

Pornipa Kaenchai

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

(Received: June 8, 2024; Accepted: July 17, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่าย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวาน 16 คน ที่เคยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ณ โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรม IDEAL Model แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่าย และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.516, p < 0.001$) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.536, p < 0.001$) ความพร้อมในการจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.527, p < 0.001$) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's Exact Test, $p < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model มีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้ ลดระดับน้ำตาลสะสม เพิ่มความพร้อมในการจำหน่าย และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: โปรแกรม IDEAL Model, ผู้ป่วยเบาหวาน, การวางแผนจำหน่าย



Abstract

This research aimed to investigate the effects of the IDEAL Model-based care and discharge planning program on diabetes knowledge, glycated hemoglobin levels, discharge readiness, and readmission rates in diabetic patients. The study employed a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 16 diabetic patients who had been readmitted within 28 days at Ban Khok Hospital, Uttaradit Province. The research instruments included the IDEAL Model program, a diabetes knowledge questionnaire, a discharge readiness assessment form, and a readmission record form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the Wilcoxon Signed-Rank Test and Fisher's Exact Test.

The results showed that after the program implementation, patients' diabetes knowledge increased significantly ($Z = -3.516, p < 0.001$), glycated hemoglobin (HbA1C) levels decreased significantly ($Z = -3.536, p < 0.001$), discharge readiness improved significantly ($Z = -3.527, p < 0.001$), and readmission rates decreased significantly (Fisher's Exact Test, $p < 0.05$). In conclusion, the IDEAL Model-based care and discharge planning program effectively improved knowledge, reduced glycated hemoglobin levels, enhanced discharge readiness, and decreased readmission rates in diabetic patients.

Keywords : IDEAL Model program, Diabetic patients, Discharge planning

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นลักษณะสำคัญ ภาวะนี้หากเป็นเวลานานจะทำให้อวัยวะภายในเสื่อมสมรรถภาพและทำงานบกพร่อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หัวใจ และสมอง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2014 ประชากรโลกอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 8.5 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในปี 1980 และในปี 2559 โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก 1.6 ล้านคน โดยความชุกเพิ่มสูงในประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย ในปี 2560 อัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 22.0 ต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องมีความต่อเนื่องตลอดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเน้นการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบ เริ่มตั้งแต่แรกรับจนถึงวันกลับบ้าน ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัวต้องร่วมมือกันในการประเมินปัญหา เตรียมความพร้อม และให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การวางแผนที่ดีจะช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 10.5 ภายใน 30 วัน นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ รวมถึงลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ลดความคลาดเคลื่อนและความล่าช้าในการพยาบาล รวมถึงลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

และการกลับมารักษาซ้ำ (Shepperd, S., McClaran J, Phillips CO, et al., 2010)

โรงพยาบาลบ้านโคกเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ดูแลประชากรประมาณ 17,545 คน ในช่วงปี 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.28 เป็น 13.21 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง สาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำคือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและความไม่แน่ใจในอาการของตนเอง (โรงพยาบาลบ้านโคก, 2564) เพื่อแก้ปัญหานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด IDEAL ของ Halasyamani (2006) มาประยุกต์ใช้สำหรับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย Including (การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในกระบวนการวางแผนจำหน่าย), Discussion (การเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย), Education (การให้ข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาล), Assess (การประเมินความพร้อมและความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย) และ Listening (การเปิดใจรับฟังความคิดเห็น ความกังวล และคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตั้งใจ) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดค่าใช้จ่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ แนวคิด IDEAL มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพและบริบทของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model
3. เพื่อศึกษาความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model
4. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test and post-test design) โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึงมกราคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 16 คน ที่เคยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ณ โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี เลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C มากกว่า 8% มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังหรือประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยปัญหาเบาหวานมากกว่า 1 ครั้ง มีผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแล สื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาการได้ยิน ติดต่อกทาง

โทรศัพท์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการวิจัย ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต รวมถึงการขอลอนตัวจากการวิจัย การศึกษานี้ใช้ประชากรทั้งหมดที่มีอยู่โดยไม่มี การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจำนวนประชากรมีจำกัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

โปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิด IDEAL Model ได้แก่ การนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม (Include) การสนทนาประเด็นสำคัญ (Discuss) การให้ความรู้ (Educate) การประเมินผล (Assess) และการรับฟังและสนับสนุน (Listen) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้ลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพิ่มความพร้อมในการจำหน่าย และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ผ่านการใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้แบบกลุ่มและรายบุคคล การประเมินความรู้และพฤติกรรม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก โดยคำตอบที่ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนน การประเมินใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (12-15 คะแนน หรือร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน หรือร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (0-8 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60)

2. แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ ใช้มาตรา

ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) การประเมินใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งระดับความพร้อมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (16-25 คะแนน หรือร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง (10-15 คะแนน หรือร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (5-9 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60)

3. แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ ประกอบด้วยข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เช่น วันที่เข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย สาเหตุการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยในการศึกษานี้ประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.82 และการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.87 ส่วนแบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง เหมาะสมสำหรับการใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model IDEAL

1. เตรียมการ เริ่มด้วยการพัฒนาสื่อการสอนและเครื่องมือประเมินที่จำเป็นสำหรับโปรแกรม จากนั้นจะดำเนินการฝึกอบรมทีมสุขภาพให้มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางของโปรแกรมการดูแลและ

วางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model IDEAL ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. คัดเลือกผู้เข้าร่วมโปรแกรม เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าเกณฑ์เข้าร่วมโปรแกรม

3. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model IDEAL

I – ระบุและเชิญผู้ดูแลหลักเข้าร่วมโปรแกรม เริ่มจากการระบุผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่บ้าน จากนั้นส่งคำเชิญอย่างเป็นทางการให้เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมอธิบายความสำคัญของการมีส่วนร่วม และสุดท้ายจัดประชุมแนะนำโปรแกรมเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลหลักทราบ เพื่อเตรียมความพร้อมในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

D – จัดประชุมร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพูดคุยประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ เช่น วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ แนวทางการรักษา และการเฝ้าระวังอาการ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตั้งคำถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

E – ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง โดยใช้สื่อการสอนหลากหลายรูปแบบ ทั้งการสอนแบบกลุ่มและรายบุคคล พร้อมทั้งจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการโรคเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การชั่งยา และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง

A – การประเมินความรู้ด้วยแบบทดสอบก่อนและหลังให้ความรู้ ตามด้วยการประเมินพฤติกรรม

สุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา พร้อมทั้งตรวจวัดระดับ HbA1C เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ ยังมีการติดตามประเมินความพร้อมในการจำหน่ายและความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

L - การรับฟังปัญหาและข้อสงสัยของผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา มีการติดตามผลทางโทรศัพท์ในวันที่ 1, 7 และ 14 หลังจำหน่าย และอาจมีการเยี่ยมบ้านหากจำเป็น นอกจากนี้ ยังมีการวางแผนการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความต่อเนื่องในการดูแลตนเองและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ทั้งหมดนี้เพื่อสร้างความมั่นใจและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ

4. เตรียมจำหน่าย ทบทวนแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้เอกสารความรู้และแนวทางปฏิบัติ

5. ติดตามหลังจำหน่าย โทรศัพท์ติดตามวันที่ 1, 7, และ 14 วัน และเยี่ยมบ้านตามความจำเป็น

6. ประเมินผลโปรแกรม ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และ HbA1C หลังสิ้นสุดโปรแกรม ติดตามอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดียอมรับ เข้าร่วม จึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอม

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่อง

โรคเบาหวานและการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

2. หลังการทดลอง

2.1 เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model เสร็จสิ้นในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) รวมถึงบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2.2 การติดตามผลและประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจะดำเนินการโดยการติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 1, 7, และ 14 หลังจำหน่าย อาจมีการเยี่ยมบ้านหากจำเป็น เพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงติดตามผลการใช้ยาและการควบคุมอาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมจะใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test

3. อัตราการกลับมารักษาซ้ำจะวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's Exact Test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 16 คน ประกอบด้วยเพศชาย 7 คน (ร้อยละ 43.75) และเพศหญิง 9 คน (ร้อยละ 56.25) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 60.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.2 ปี) โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3 ปี) ด้านระดับการศึกษา พบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 50.0) จบการศึกษาชั้นพื้นฐาน รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 31.25) และระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 18.75) ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนการใช้โปรแกรม โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.75) รองลงมาระดับต่ำ (ร้อยละ 31.25) และระดับสูง (ร้อยละ 25.00) ตามลำดับ ภายหลังการใช้โปรแกรม ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.50)

3 ระดับความพร้อมในการจำหน่าย ก่อนการใช้โปรแกรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 75.00) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.75) และระดับมาก (ร้อยละ 6.25) ตามลำดับ ภายหลังการใช้โปรแกรม ความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 75.00) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.75) และระดับน้อย (ร้อยละ 6.25)

4. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 12.3 ± 3.1 เป็น 18.1 ± 1.5 ($Z = -3.516$, $p < 0.001$) ความพร้อมในการจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 10.2 ± 2.3 เป็น 18.7 ± 1.5 ($Z = -3.527$, $p < 0.001$) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย $9.1 \pm 1.4\%$ เป็น $7.6 \pm 1.0\%$ ($Z = -3.536$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความพร้อมในการจำหน่าย และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test

รายการ	ก่อนการใช้โปรแกรม (M $\pm$ S.D.)	หลังการใช้โปรแกรม (M $\pm$ S.D.)	ผลต่าง (M $\pm$ S.D.)	Z	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	12.3 $\pm$ 3.1	18.1 $\pm$ 1.5	5.8 $\pm$ 2.1	-3.516	< 0.001
ความพร้อมในการจำหน่าย	10.2 $\pm$ 2.3	18.7 $\pm$ 1.5	8.5 $\pm$ 2.2	-3.527	< 0.001
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)	9.1 $\pm$ 1.4	7.6 $\pm$ 1.0	-1.5 $\pm$ 0.9	-3.536	< 0.001

5. อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 31.25) หลังจากการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 6.25) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างสัดส่วนอัตราการ

กลับมารักษาซ้ำก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำหลังการใช้โปรแกรมลดลง ร้อยละ 25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์อัตราการกลับมารักษาซ้ำก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ระยะ	กลับมา รักษาซ้ำ (จำนวน)	กลับมา รักษาซ้ำ (ร้อยละ)	ไม่กลับมา รักษาซ้ำ (จำนวน)	ไม่กลับมา รักษาซ้ำ (ร้อยละ)	ผลต่าง สัดส่วน (ร้อยละ)	Fisher's Exact Test	P-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	5	31.25%	11	68.75%			
หลังการใช้โปรแกรม	1	6.25%	15	93.75%	25.00%	0.026	< 0.05

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้โปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 12.3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1) ก่อนใช้โปรแกรม เป็น 18.1 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5) หลังใช้โปรแกรม ($Z = -3.516$, $p < 0.001$) ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม IDEAL Model ในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มความเข้าใจและความสามารถในการจัดการโรคของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anderson และคณะ (2003) ที่พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนการเรียนรู้ในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้โปรแกรม โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 9.1% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4%) ก่อนใช้โปรแกรม เป็น 7.6% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0%) หลังใช้โปรแกรม ($Z = -3.536$, $p < 0.001$) การลดลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดนี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น การลดลงของระดับ HbA1C เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยปรับปรุงการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ในการเพิ่มความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายเพิ่มขึ้นจาก 10.2 (ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 2.3) ก่อนใช้โปรแกรม เป็น 18.7 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5) หลังใช้โปรแกรม โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยที่ 8.5 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2) การวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test ยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.527$, $p < 0.001$) การวิเคราะห์ระดับความพร้อมในการจำหน่ายแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยก่อนการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยร้อยละ 75 มีระดับความพร้อมน้อย แต่หลังการใช้โปรแกรม สัดส่วนนี้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 6.25 ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีระดับความพร้อมมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.25 เป็นร้อยละ 75 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Halasyamani และคณะ (2006) ที่พบว่าการใช้แบบตรวจสอบการจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายสามารถเพิ่มความมั่นใจและความรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้โปรแกรม โดยลดลงจากร้อยละ 31.25 ก่อนใช้โปรแกรม เหลือเพียงร้อยละ 6.25 หลังใช้โปรแกรม (Fisher's Exact Test = 0.026, $p < 0.05$) การลดลงของอัตราการกลับมารักษาซ้ำนี้สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดภาระการรักษารักษาซ้ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผลลัพธ์นี้เป็นผลมาจากการพัฒนาความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jack

และคณะ (2009) ที่พบว่าการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามผลสามารถช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรม IDEAL Model ไปปรับใช้ในสถานพยาบาลอื่นๆ ควรมีการฝึกอบรมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาคู่มือและสื่อการสอนที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้ เช่น วิดีโอ แผ่นพับ และแอปพลิเคชันมือถือ โดยปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยอยู่เสมอ
3. จัดตั้งระบบติดตามผลระยะยาว รวมถึงการสนับสนุนทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและทำการวิจัยในหลายสถานพยาบาลเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
2. ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจประสบการณ์ของผู้ใช้โปรแกรม
3. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม IDEAL Model กับโปรแกรมอื่นๆ
4. ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน



เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560). Happy MOPH. สืบค้น เมื่อ 5 ตุลาคม 2566, จาก <https://happy.moph.go.th>
- โรงพยาบาลบ้านโคก (2564). สถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโคก. อุดรดิตถ์, มปป.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. (2003). Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 26(5), 1647-1652. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.5.1647>
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Deakin, T. A., McShane, C. E., Cade, J. E., & Williams, R. D. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003417.pub2>
- Halasyamani, L., Kripalani, S., Coleman, E., Schnipper, J., van Walraven, C., Nagamine, J., ... & Manning, D. (2006). Transition of care for hospitalized elderly patients—Development of a discharge checklist for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 1(6), 354-360. <https://doi.org/10.1002/jhm.129>
- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., ... & Culpepper, L. (2009). A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 178-187. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007>
- Shepperd, S., McClean, J., Phillips, C. O., & et al. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1), CD000313.
- World Health Organization. (2022). Diabetes. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ
ต่อระยะเวลาการรอคอย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

The Effect of A Clinical Practice Guideline on Monitoring for unstable
symptoms or symptoms deteriorates while the examination continues
during the waiting period in the Emergency and Forensic Unit,
Thongsaknhan Hospital Uttaradit Province.

พัชริน หาญประเสริฐ

Patcharin Hanprasert

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: June 10, 2024; Accepted: July 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจต่อระยะเวลาการรอคอย ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาล 9 คนและผู้ป่วย 200 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง แบบบันทึกข้อมูล และแบบประเมินการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ pair t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติ ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ลดลง 10.4 นาที สัดส่วนผู้ป่วยที่รอเกินเกณฑ์ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ลดลงจากร้อยละ 60 เหลือร้อยละ 10 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงลดลงร้อยละ 37.5 และการจัดการอาการทรุดลงมีประสิทธิภาพมากขึ้น สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังช่วยลดระยะเวลาการรอคอย ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการทรุดลง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินมีคุณภาพและปลอดภัยมากขึ้น

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง, อาการทรุดลง, ผู้ป่วยฉุกเฉิน

Abstract

This research aimed to study the effects of implementing a clinical practice guideline for monitoring unstable symptoms or deterioration during waiting periods on patient waiting times in the Emergency and Forensic Department of Thongsaenkhan Hospital, Uttaradit Province. The study employed a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 9 nurses and 200 patients. Research instruments included monitoring guidelines, data recording, and practice evaluation forms. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Results showed that after implementing the guideline, average waiting times decreased significantly across all patient groups, with emergency patients experiencing the most substantial reduction of 10.4 minutes. The proportion of patients waiting beyond the standard time decreased, particularly among critical patients, dropping from 60% to 10%. The number of patients experiencing deterioration decreased by 37.5%, and the management of deteriorating conditions became more efficient. In conclusion, the monitoring guideline effectively reduced waiting times, decreased the number of patients with deteriorating conditions, and improved the efficiency of managing patient deterioration. This resulted in enhanced quality and safety of emergency patient care.

Keywords: Monitoring guideline, Patient deterioration, Emergency patients

บทนำ

การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นภารกิจสำคัญของพยาบาลในแผนกฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อประเมินสภาพและให้การรักษาที่เหมาะสมตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลแห่งประเทศไทย ซึ่งกำหนดให้การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนสำคัญในการจัดการของโรงพยาบาล โดยมุ่งปกป้องผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่จากความเสี่ยงต่าง ๆ (นันธิดา พันธุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู, 2560) ความสำคัญของการเฝ้าระวังอาการเห็นได้ชัดในผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ซึ่งมีความหลากหลายทั้งผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการการผ่าตัดเร่งด่วน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะสำคัญ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทรุดลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น การเฝ้าระวังและประเมินอาการระหว่างรอตรวจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (The Royal College of Surgeons of England, 2017) ทั้งนี้ ทุกโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีระบบจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพโดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีทักษะในการประเมินอาการตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจ (สำนักการพยาบาล, 2551) นอกจากนี้ พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกยังมีหน้าที่สำคัญในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อจำแนกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค รวมถึงอำนวยความสะดวกให้แพทย์ในการตรวจรักษา (นันธิดา พันธุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู, 2560) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ และสอดคล้องกับงานวิจัยจาก

หลายการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยในสถานพยาบาล โดย Hudson et al. (2015) พบว่าการใช้แผนภูมิการเฝ้าระวังในห้องฉุกเฉินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการระบุอาการผิดปกติและการจัดการอาการทรุดลงของผู้ป่วย ในขณะที่ Odell (2015) ศึกษาการใช้ระบบเตือนภัยล่วงหน้าในหอผู้ป่วย พบว่ามีการปรับปรุงการบันทึกสัญญาณชีพ แต่ยังมีปัญหาด้านความถูกต้องและการปฏิบัติตามระเบียบ โดยเฉพาะนอกเวลาทำงานปกติ Odell et al. (2010) ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสัญญาณและประสบการณ์ของพยาบาลในการตรวจจับอาการทรุดลง ส่วน Lourenço et al. (2023) นำเสนอการพัฒนาแบบฝึกอบรมพยาบาลแบบ Just-in-Time เพื่อปรับปรุงการประเมินและตอบสนองต่ออาการทรุดลง และ McGaughey et al. (2021) แสดงให้เห็นว่าการใช้แผนภูมิการเฝ้าระวังและระบบเตือนภัยล่วงหน้าสามารถลดการรับผู้ป่วยเข้า ICU อย่างไม่คาดคิดและการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลทองแสนขัน เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแบบไม่นอนโรงพยาบาล ภายในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 มีผู้ใช้บริการรวมทั้งสิ้น 58,993, 54,029, 45,451, 50,936 และ 50,412 คนตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการบริการที่มีความเข้มข้นและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลงหรืออาการไม่คงที่ระหว่างรอตรวจ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 1,910, 1,535, 1,504, 1,173 และ 1,468 คนตามลำดับ แต่ก็พบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือไม่คงที่ระหว่างรอตรวจ ซึ่งเกิดจากการคัดกรองที่ไม่ถูกต้อง การขาดการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการไม่ส่งตรวจตามความเร่งด่วน การคัดกรองและคัดแยก

ประเภทผู้ป่วยเป็นกระบวนการสำคัญในการให้บริการ
ผู้ป่วยนอก เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลที่
เหมาะสมและทันท่วงที โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสามกลุ่ม
หลัก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ซึ่งสามารถรอรับการ
ตรวจตามลำดับคิวปกติ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการทรุด
ลงซึ่งต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดระหว่างรอตรวจ
และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้อง
ได้รับการตรวจรักษาทันทีที่ห้องฉุกเฉินเพื่อป้องกัน
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การจัดการเช่นนี้ช่วยให้ทีม
แพทย์และพยาบาลสามารถจัดสรรทรัพยากรและให้การ
ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการ
ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย

การยกระดับประสิทธิภาพในการคัดกรองและ
เฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาหลาย
ด้านควบคู่กัน ทั้งการเสริมสร้างความรู้และทักษะของ
บุคลากรทางการแพทย์ผ่านการอบรมอย่างสม่ำเสมอ
การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่และระบบแจ้งเตือนอัจฉริยะ
มาใช้ในการติดตามอาการทรุดลง ตลอดจนการจัดให้มี
การตรวจสุขภาพและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่
เหมาะสมและทันท่วงที โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแผนก
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลทองแสนขัน
ซึ่งเป็นด่านหน้าในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน
ทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้
แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลง
ขณะรอตรวจต่อระยะเวลาการรอคอย งานการพยาบาล
ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลทองแสน
ขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้า
ระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ งาน
การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลทองแสนขัน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและ
หลังการทดลอง (One group pretest-posttest
design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การวิจัยนี้ศึกษาประชากร
สองกลุ่ม ได้แก่

1. บุคลากรทางการแพทย์ในแผนก
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลทองแสนขัน
ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนก
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลทองแสนขัน

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในงาน
บริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 9 คน
โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)
หรือแบบสมัครใจ
2. ผู้ป่วยจำนวน 200 คน ที่มีอาการ
ไม่คงที่หรือมีความเสี่ยงต่อการทรุดลงขณะรอตรวจ
ในช่วงเดือนธันวาคม 2566 ถึงกุมภาพันธ์ 2567 โดยใช้
วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience
Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัย
เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการในแผนก
ผู้ป่วยนอก ซึ่งมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุด
ลงตามแนวทางการประเมิน Search Out Severity
(SOS) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมต้องมี
อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และที่
สำคัญคือต้องยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ไม่
สมัครใจเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากโครงการวิจัย และ
ผู้เข้าร่วมปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างการศึกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย เป็นแนว
ปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะ
รอตรวจ ต่อระยะเวลาการรอคอย ประกอบด้วย การคัด
กรองเบื้องต้น การเฝ้าระวังระหว่างรอตรวจ การจัดการ
กรณีฉุกเฉิน การประเมินผลและปรับปรุงอย่าง

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ
ผู้ใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการ
ทรุดลงขณะรอตรวจ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลา
การปฏิบัติงาน (ด้านการพยาบาล และปฏิบัติงานแผนก
อุบัติเหตุฉุกเฉินฯ) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาที่
เกี่ยวข้องด้านการพยาบาล ตำแหน่งทางราชการ

2.2 แบบประเมินการใช้แนว
ปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะ
รอตรวจ วิธีการประเมินใช้การสังเกตการปฏิบัติและมี 2
คำตอบให้เลือก ได้แก่ ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้
0 คะแนน

2.3 แบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการไม่
คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ ประกอบด้วยข้อมูล
ผู้ป่วย (อายุ เพศ วันเวลาที่มาถึง และระดับความ
รุนแรงด่วน) ข้อมูลการประเมินอาการเบื้องต้น (วันเวลาที่คัด

กรอง สัญญาณชีพ และอาการ) ข้อมูลการเฝ้าระวังทุก
15 นาที (สัญญาณชีพ อาการ ความรู้สึก และการ
ตอบสนองของผู้ป่วย) การจัดการกรณีฉุกเฉิน
(รายละเอียดอาการทรุดลงและการดำเนินการ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดย
ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2
ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านฉุกเฉิน 2 ท่าน และ
นักวิจัยทางการพยาบาล 1 ท่าน ทำการประเมินความ
สอดคล้องของเครื่องมือ ผลการคำนวณค่าดัชนีความ
สอดคล้อง (CVI) พบว่า แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการ
ไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจต่อระยะเวลาการ
รอคอย มีค่า 0.94 แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการ
เฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ มี
ค่า 0.85 แบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรือ
อาการทรุดลงขณะรอตรวจ มีค่า 0.92

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้
แบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลง
ขณะรอตรวจ กับผู้ป่วย 30 ราย ผลการวิเคราะห์พบว่า
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (ICC) เท่ากับ 0.88
ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในระดับดี

ขั้นตอนการวิจัย

1. การคัดกรองเบื้องต้น

1.1 ลงทะเบียนผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
พยาบาลต้อนรับจะทำการลงทะเบียนผู้ป่วยและออก
บัตรคิว

1.2 การคัดกรองระดับแรก

พยาบาลจะทำการคัดกรองผู้ป่วย
ทันทีเพื่อประเมินระดับความรุนแรงด่วน โดยใช้เกณฑ์การ
คัดกรองดังนี้

Resuscitate (ผู้ป่วยวิกฤต) ต้องได้รับการดูแลภายใน 4 นาที

Emergent (ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก) ต้องได้รับการดูแลภายใน 10 นาที

Urgent (ผู้ป่วยฉุกเฉิน) ต้องได้รับการดูแลภายใน 30 นาที

Non-urgent (ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน) สามารถรอตามลำดับคิวปกติ

1.3 บันทึกข้อมูลการคัดกรอง

บันทึกข้อมูลการคัดกรองของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกการเฝ้าระวัง ซึ่งรวมถึงอายุ เพศ วันที่ และเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล และระดับความเร่งด่วน

2. การเฝ้าระวังระหว่างรอตรวจ

2.1 การประเมินอาการและสัญญาณชีพเบื้องต้น

พยาบาลจะทำการวัดสัญญาณชีพ (อัตราการเต้นของหัวใจ, ความดันโลหิต, อัตราการหายใจ, อุณหภูมิร่างกาย) และสอบถามอาการเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย และอาการอื่น ๆ ของผู้ป่วย

2.2 การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลจะทำการประเมินอาการและสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 15 นาที และบันทึกผลการประเมินลงในแบบบันทึกการเฝ้าระวัง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลง ให้แจ้งเตือนทีมแพทย์ทันที

2.3 การบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวัง

บันทึกผลการประเมินทุกครั้ง รวมถึงสัญญาณชีพ อาการ ความรู้สึก และการตอบสนองของผู้ป่วย

3. การจัดการกรณีฉุกเฉิน

3.1 การตอบสนองต่ออาการทรุดลง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง พยาบาลต้องทำการ

ย้ายผู้ป่วยไปยังห้องฉุกเฉินทันที ให้การรักษาเบื้องต้น เช่น การให้ออกซิเจน หรือการช่วยชีวิตตามความจำเป็น

3.2 การสื่อสารกับทีมแพทย์

แจ้งเตือนทีมแพทย์ทันทีที่พบอาการทรุดลง เพื่อให้แพทย์มาดำเนินการรักษาต่อไป

3.3 การบันทึกเหตุการณ์

บันทึกรายละเอียดเหตุการณ์และการตอบสนองของทีมงานลงในบันทึกการเฝ้าระวัง รวมถึงสัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วยขณะทรุดลง และการดำเนินการที่ได้ทำ

4. การประเมินผลและการปรับปรุง

4.1 การตรวจสอบระยะเวลาการรอคอย ทำการตรวจสอบและบันทึกระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในแต่ละประเภทอย่างสม่ำเสมอ

4.2 การประเมินผลการเฝ้าระวัง

ประเมินผลการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงทุกเดือน โดยใช้ข้อมูลที่บันทึกไว้ในแบบบันทึกการเฝ้าระวัง

4.3 การปรับปรุงแนวปฏิบัติ

นำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวปฏิบัติและการฝึกอบรมทีมงานเพิ่มเติมตามความจำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วย

5. การฝึกอบรมและการประชาสัมพันธ์

5.1 การฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังและการจัดการกรณีฉุกเฉินให้กับทีมงาน

5.2 การประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเฝ้าระวังและการดูแลที่ปลอดภัย เพื่อเพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การคัดกรองและขอความยินยอมเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเฝ้าระวัง จากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ป่วยหรือญาติ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. การบันทึกสัญญาณชีพและการเฝ้าระวังดำเนินการทุก 15 นาที โดยวัดและบันทึกสัญญาณชีพ สอบถามอาการ และบันทึกการเปลี่ยนแปลง หากพบอาการทรุดลงให้แจ้งทีมแพทย์ทันทีและบันทึกการดำเนินการ

3. การบันทึกผลลัพธ์การรักษาและการประเมินความพึงพอใจ ทำโดยบันทึกผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการหลังสิ้นสุดการให้บริการ

4. การตรวจสอบและจัดเก็บข้อมูล ประกอบด้วยการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลเป็นระยะ แกไขข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ทันที และจัดเก็บข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความปลอดภัย และมีการสำรองข้อมูล

5. การเก็บข้อมูลย้อนหลังและการรวบรวมความคิดเห็น ทำโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังก่อนและหลังการใช้แนวทางใหม่ รวมทั้งรวบรวมความคิดเห็นของบุคลากรและผู้ป่วยผ่านการสัมภาษณ์และกลุ่มสนทนา เพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการวิจัย

พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.6) มีอายุเฉลี่ย 36 ปี (ช่วง 27-50 ปี) และมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12 ปี (ช่วง 2-25 ปี) โดยส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.6) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 66.7) และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 100)

ผลการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ

ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจของพยาบาล 9 คน แสดงให้เห็นการพัฒนาที่ชัดเจนในทุกด้าน โดยมีการปฏิบัติตามแนวทางอย่างครบถ้วนมากขึ้นในการคัดกรองผู้ป่วย (เพิ่มจาก 5 เป็น 9 คน) การบันทึกข้อมูล (เพิ่มจาก 4 เป็น 9 คน) การวัดสัญญาณชีพและสอบถามอาการทุก 15 นาที (เพิ่มจาก 6 และ 5 เป็น 9 คนตามลำดับ) การแจ้งเตือนทีมแพทย์ (เพิ่มจาก 7 เป็น 9 คน) การย้ายผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉินเมื่อจำเป็น (เพิ่มจาก 3 เป็น 9 คน) การให้การรักษาเบื้องต้น (เพิ่มจาก 5 เป็น 9 คน) การบันทึกเหตุการณ์ (เพิ่มจาก 4 เป็น 9 คน) การตรวจสอบระยะเวลาการรอคอยและการประเมินผลรายเดือน (เพิ่มจาก 4 เป็น 9 คน) รวมถึงการปรับปรุงและฝึกอบรม (เพิ่มจาก 8 เป็น 9 คน) สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติงานที่มีความครอบคลุม เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพมากขึ้นในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจของพยาบาล 9 คน

รายการประเมิน	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (จำนวนคน)	หลังการใช้แนวปฏิบัติ (จำนวนคน)	การเปลี่ยนแปลง (จำนวนคน)
การคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด	5	9	+4
การบันทึกข้อมูลการคัดกรองของผู้ป่วย	4	9	+5
การวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที	6	9	+3
การสอบถามอาการทุก 15 นาที	5	9	+4
การแจ้งเตือนทีมแพทย์เมื่อพบการเปลี่ยนแปลงของอาการ	7	9	+2
การย้ายผู้ป่วยไปยังห้องฉุกเฉินเมื่อพบอาการทรุดลง	3	9	+6
การให้การรักษาเบื้องต้นตามความจำเป็น	5	9	+4
การบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์และการตอบสนอง	4	9	+5
การตรวจสอบและบันทึกระยะเวลาการรอคอย	4	9	+5
การประเมินผลการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงทุกเดือน	4	9	+5
การปรับปรุงแนวปฏิบัติและการฝึกอบรมทีมงานเพิ่มเติม	8	9	+1

จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 200 คน ที่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรงด่วนของอาการ ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitate) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent) และผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent) พบว่า การใช้แนวปฏิบัติใหม่ส่งผลให้ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยและสัดส่วนผู้ป่วยที่รอเกินเกณฑ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกกลุ่ม

สำหรับผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 30 คน ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 6.5 นาที เหลือ 3.2 นาที คิดเป็นการลดลง 3.3 นาที ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่รอเกินเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 60 เหลือเพียงร้อยละ 10 ซึ่งเป็นการลดลงถึงร้อยละ 50

ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินมากจำนวน 50 คน ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 12.2 นาที เหลือ 8.5 นาที ลดลง 3.7 นาที และสัดส่วนผู้ป่วยที่รอเกินเกณฑ์

ลดลงจากร้อยละ 50 เหลือร้อยละ 20 คิดเป็นการลดลงร้อยละ 30

สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งมีจำนวนมากที่สุดคือ 120 คน ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 35.8 นาที เหลือ 25.4 นาที ลดลง 10.4 นาที และสัดส่วนผู้ป่วยที่รอเกินเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 45 เหลือร้อยละ 25 คิดเป็นการลดลงร้อยละ 20

โดยภาพรวม การใช้แนวปฏิบัติใหม่ส่งผลให้ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยลดลงในทุกกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการลดลงมากที่สุดถึง 10.4 นาที นอกจากนี้ ยังช่วยลดสัดส่วนผู้ป่วยที่รอเกินเกณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีการลดลงมากที่สุดถึงร้อยละ 50 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติใหม่ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังตารางที่ 2

โดยสรุป ระยะเวลาเฉลี่ยในการตรวจพบและจัดการกับอาการทรุดลงมีแนวโน้มลดลงตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยกลุ่มความเสี่ยงสูงมีเวลาเฉลี่ยในการ

ตรวจพบและจัดการน้อยที่สุด เนื่องจากการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมากขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ประเภทผู้ป่วย	ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย (นาที) ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย (นาที) หลังการใช้แนวปฏิบัติ	การเปลี่ยนแปลง (นาที)	สัดส่วนที่รอเกินเกณฑ์ (%) ก่อน	สัดส่วนที่รอเกินเกณฑ์ (%) หลัง	การเปลี่ยนแปลง (%)
ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitate)	6.5	3.2	-3.3	60.0	10.0	-50.0
ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent)	12.2	8.5	3.7	50.0	20.0	-30.0
ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent)	35.8	25.4	-10.4	45.0	25.0	-20.0

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการทรุดลง

จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 200 คนที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลลัพธ์ของการจัดการอาการทรุดลงหลังการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังแสดงให้เห็นการพัฒนาที่สำคัญในหลายด้าน

1. จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จาก 40 คนเหลือเพียง 25 คน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 37.5 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังและการป้องกันอาการทรุดลง

2. การจัดการเมื่อพบอาการทรุดลงมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการย้ายไปยังห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 15 คนเป็น 21 คน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 แสดงให้เห็นถึงความรวดเร็วในการตอบสนองต่ออาการทรุดลง

3. การสื่อสารระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยก็ได้รับการพัฒนา โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้งเตือนแพทย์

เพิ่มขึ้นจาก 25 คนเป็น 35 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 แสดงให้เห็นถึงการเฝ้าระวังและการรายงานอาการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. การรักษาเบื้องต้นได้รับการพัฒนาอย่างเห็นได้ชัด โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเบื้องต้นเพิ่มขึ้นจาก 60 คนเป็น 111 คน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 85 สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมและความสามารถของทีมดูแลในการให้การรักษาเบื้องต้นอย่างทันท่วงที

โดยสรุป ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติใหม่ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการเมื่อเกิดอาการทรุดลง ทั้งในด้านการย้ายผู้ป่วย การแจ้งเตือนแพทย์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้การรักษาเบื้องต้น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการทรุดลงหลังการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง

รายการประเมิน	ก่อนการใช้ แนวปฏิบัติ	หลังการใช้ แนวปฏิบัติ	การเปลี่ยนแปลง (จำนวนคน)	การเปลี่ยนแปลง (%)
ผู้ป่วยที่อาการทรุดลง	40	25	-15	-37.5
ผู้ป่วยที่ย้ายไปยังห้องฉุกเฉิน	15	21	+6	+40.0
ผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้งเตือนแพทย์	25	35	+10	+40.0
ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเบื้องต้น	60	111	+51	+85.0

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการไม่คงที่หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีการพัฒนาที่ชัดเจนในทุกด้านของการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยเฉพาะในการคัดกรองผู้ป่วย การบันทึกข้อมูล การวัดสัญญาณชีพ และการสอบถามอาการทุก 15 นาที ซึ่งแสดงถึงการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบการพัฒนาอย่างชัดเจนในด้านการแจ้งเตือนทีมแพทย์ การย้ายผู้ป่วยไปยังห้องฉุกเฉิน และการให้การรักษาเบื้องต้นเมื่อพบอาการทรุดลง สะท้อนถึงการตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งยังมีการปรับปรุงในการบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์ การตรวจสอบระยะเวลาการรอคอย และการประเมินผลการเฝ้าระวังทุกเดือน แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติงานที่เป็นระบบและครอบคลุมมากขึ้น จากผลการวิจัยแสดงถึงการลดลงของจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการทรุดลง ผลการวิจัยแสดงถึงการลดลงของจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการทรุดลง อาจเป็นผลมาจากการเพิ่มการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติตามแนวทางที่ชัดเจน

ช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบและตอบสนองต่ออาการผิดปกติได้อย่างทันท่วงที ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและรวดเร็วยิ่งขึ้น การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องทุก 15 นาทีช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอาการได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้การแจ้งเตือนทีมแพทย์ การย้ายผู้ป่วยไปยังห้องฉุกเฉิน และการให้การรักษาเบื้องต้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยลดระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ลดลงถึง 10.4 นาที และลดสัดส่วนผู้ป่วยที่รอเกินเกณฑ์ในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ลดลงจากร้อยละ 60 เหลือเพียงร้อยละ 10 จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการจัดการทรัพยากรในห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ยืนยันว่าแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและการฝึกอบรมบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน หลายการศึกษาพบว่า การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและการตอบสนองที่รวดเร็วช่วยลดอัตราการทรุดลงและเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

วัชรีย์ ไกรสิงห์เดชา (2562) เสนอแนวทางการเฝ้าระวัง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาโดยเร็ว การติดตามต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังตามสภาวะผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการรอคอยอย่างมีนัยสำคัญ Smith et al. (2020)

พบว่า การเพิ่มการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนแพทย์ช่วยลด
อัตราการทรุดลงของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถึงร้อยละ 40

Yi-Maun Subeq (2018) ชี้ให้เห็นว่าแนว
ปฏิบัติช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความปลอดภัยและ
ความพึงพอใจของผู้ป่วย ขณะที่ Remco H A Ebben
(2013) เน้นย้ำถึงความหลากหลายในการปฏิบัติตาม
แนวทางและปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำไปใช้ Michael F.
Rayo (2015) แสดงให้เห็นว่านโยบายปรับปรุงคุณภาพ
ในการเฝ้าระวังหัวใจช่วยลดการเตือนภัยผิดพลาดและ
ปรับปรุงการตอบสนอง

Elizabeth N Reich (2018) ศึกษาอุปสรรคใน
การปฏิบัติตามแนวทางสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ และ K.
White (2011) นำเสนอแนวปฏิบัติในการจัดการความ
เจ็บปวดและการทำให้สงบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย
หายใจ

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้รวมถึงการใช้ตัวอย่างที่
มีขนาดเล็ก ซึ่งอาจไม่สามารถทั่วไปกับประชากรผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังขึ้นอยู่กับ
การรายงานของพยาบาล ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อน
ในการบันทึกข้อมูลและการประเมินผล อย่างไรก็ตาม
ผลการวิจัยนี้ยังคงมีความสำคัญในการแสดงให้เห็นถึง
ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการ
ไม่คงที่หรืออาการทรุดลงในงานการพยาบาลผู้ป่วย
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 โรงพยาบาลควรจัดอบรมอย่าง
สม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการใช้แนว
ปฏิบัติการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย

1.2 ควรปรับปรุงแนวปฏิบัติโดยใช้ผล
วิจัยและประสบการณ์จริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้า
ระวังและการดูแลผู้ป่วย

1.3 จัดหาทรัพยากรและอุปกรณ์ที่
ทันสมัยอย่างเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังและ
รักษาผู้ป่วย

1.4 ใช้เทคโนโลยีในการติดตามและ
ประเมินผลผู้ป่วย เช่น ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ เพื่อเพิ่ม
ความรวดเร็วในการตอบสนอง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น
และหลากหลาย เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2.2 ศึกษาผลกระทบของแนวปฏิบัติ
ในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความยั่งยืน

2.3 ศึกษาในโรงพยาบาลที่มีขนาด
และลักษณะแตกต่างกัน เพื่อเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการ
นำแนวปฏิบัติไปใช้

2.4 ผสมผสานวิธีวิจัยเชิงปริมาณและ
คุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง

2.5 ศึกษาต้นทุนและผลประโยชน์
ของการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อประเมินความคุ้มค่าในการ
ลงทุน

เอกสารอ้างอิง

- นันธิดา พันธุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู. (2560). แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย. วารสารพยาบาล
สภากาชาดไทย, 10(2), 1-13.
- วัชรีย์ ไกรสิงห์เดชา. (2562). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดกรอง
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข. 1(1),
40-52
- สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Ebben, R., Vloet, L., Verhofstad, M., Meijer, S., Groot, J., & Achterberg, T. (2013). Adherence to guidelines
and protocols in the prehospital and emergency care setting: a systematic
review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21, 9 -
9. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-9>.
- Hudson, P., Ekholm, J., Johnson, M., & Langdon, R. (2015). Early identification and management of the
unstable adult patient in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22),
3138-3146. <https://doi.org/10.1111/jocn.12916>
- Lourenço, L., Meszaros, M., Silva, M., & São-João, T. (2023). Nursing training for early clinical
deterioration risk assessment: Protocol for an implementation study. *JMIR Research Protocols*,
12, e47293. <https://doi.org/10.2196/47293>
- McGaughey, J., Fergusson, D. A., Van Bogaert, P., & Rose, L. (2021). Early warning systems and rapid
response systems for the prevention of patient deterioration on acute adult hospital wards.
The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11(11), CD005529. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005529.pub3>
- Odell, M. (2010). Are early warning scores the only way to rapidly detect and manage deterioration?
Nursing Times, 106(8), 24-26.
- Odell, M. (2015). Detection and management of the deteriorating ward patient: An evaluation of
nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 173-182. <https://doi.org/10.1111/jocn.12655>
- Rayo, M., Mansfield, J., Eiferman, D., Mignery, T., White, S., & Moffatt-Bruce, S. (2015). Implementing an
institution-wide quality improvement policy to ensure appropriate use of continuous cardiac
monitoring: a mixed-methods retrospective data analysis and direct observation study. *BMJ
Quality & Safety*, 25, 796 - 802. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004137>.

- Reich, E., Then, K., & Rankin, J. (2018). Barriers to Clinical Practice Guideline Implementation for Septic Patients in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 44, 552–562. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.04.004>.
- Subeq, Y., Choi, W., Shih, C., & Lee, R. (2018). [Introduction of Clinical Practice Guidelines for Emergency Patients].. *Hu li za zhi The journal of nursing*, 65 4, 5-10. [https://doi.org/10.6224/JN.201808_65\(4\).02](https://doi.org/10.6224/JN.201808_65(4).02).
- The Royal College of Surgeons of England. (2017). Outpatient clinics: A guide to good practice. The Royal College of Surgeons of England.
- White, K., Szumita, P., Gilboy, N., Keenan, H., & Arbelaez, C. (2011). Implementation of a guideline for the treatment of pain, sedation, agitation and neuromuscular blockade in the mechanically ventilated adult patient in the emergency department. *Open Access Emergency Medicine : OAEM*, 3, 21 - 27. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S17042>.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์

The Effect of Patient Emergency Referral Guidelines in Nam pad hospital,
Uttaradit province.

ชาญยุทธ ชนะจน

Chanyut Chanachon

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์

(Received: June 10, 2024; Accepted: July 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อคุณภาพการรักษาและการบริการของโรงพยาบาลน้ำปาด เปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินคุณภาพการส่งต่อ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.3 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อลดลงจากร้อยละ 11.1 เหลือร้อยละ 6.7 ระยะเวลาส่งต่อเฉลี่ยลดลงจาก 60 นาทีเหลือ 45 นาที ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.6 เป็นร้อยละ 91.1 อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการส่งต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.4 เป็นร้อยละ 91.1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สรุปได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การฝึกอบรมบุคลากร และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วย, อุบัติเหตุและฉุกเฉิน, คุณภาพการรักษา



Abstract

This research aimed to study the effects of implementing patient transfer guidelines for accident and emergency cases on the quality of care and services at Nam Pad Hospital, compare the satisfaction of medical personnel, and analyze factors contributing to the success and obstacles in adopting these guidelines. The study employed a quasi-experimental design with a single-group pre-test and post-test approach. The sample consisted of 21 professional nurses working in patient transfer. The research instruments included patient transfer guidelines, clinical data recording forms, transfer quality assessment forms, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after implementing the guidelines, the number of patients transferred according to the protocol increased to 93.3%. Complications during transfer decreased from 11.1% to 6.7%, and the average transfer time reduced from 60 to 45 minutes. Patient and family satisfaction increased from 75.6% to 91.1%, while the survival rate of critically ill patients being transferred improved from 84.4% to 91.1%. Nurses' satisfaction with the guidelines increased significantly ($p < 0.001$). In conclusion, the implementation of accident and emergency patient transfer guidelines enhanced transfer efficiency, reduced complications, and increased medical personnel satisfaction. Key factors contributing to success included administrative support, staff training, and multidisciplinary team involvement.

Keywords: Patient transfer guidelines, Accident and emergency, Quality of care

บทนำ

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) เป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อลดปัญหาการกระจายบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมและต่อเนื่อง สำหรับประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการพัฒนาระบบนี้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวทาง ระบบฐานข้อมูล และระบบรายงาน รวมถึงจัดตั้งศูนย์ประสานการรับส่งต่อเพื่อรองรับเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ (WHO, 2019)

ศูนย์ประสานการรับส่งต่อมีหน้าที่อำนวยความสะดวก ประสานงาน ติดตามประเมินผล และรายงานผลการส่งต่อ รวมถึงจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลทั้งในและนอกจังหวัด ระบบนี้เชื่อมโยงบริการสุขภาพทุกระดับ ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมกับสถานการณ์ (นันทน์ลิน นาคะกุล, 2557) อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการรับส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร จำนวนเตียง และศักยภาพในการรักษาโรค การพัฒนาระบบการรับส่งต่อจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ในกรณีศึกษาของโรงพยาบาลชัยภูมิ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบปัญหาด้านความไม่เพียงพอของบุคลากรและการกระจายยา แม้ว่าเจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการจะมีความพึงพอใจในระดับมาก (อรรธรณ นาคคำ และไพบุลย์ ดาวสดี, 2560)

โรงพยาบาลน้ำปาดมีจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปี 2563-2565 โดยมีผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินหลายระบบและอุบัติเหตุจราจรเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลประสบ

ปัญหาหลายประการในการให้บริการ ได้แก่ ระบบบริการฉุกเฉินยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินบางมิติ ขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาล nurse coordinator และไม่สามารถจัดบุคลากรทำงานแบบเต็มเวลาได้ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เนื่องจากบุคลากรปฏิบัติตามประสบการณ์ส่วนตัว ทำให้เกิดความล่าช้าและอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยยังมีข้อบกพร่อง เช่น ไม่นำคู่มือมาใช้อย่างสม่ำเสมอ ขาดแคลนบุคลากร และการบริหารจัดการอุปกรณ์และรถพยาบาลที่แยกส่วนทำให้เกิดความล่าช้าในการประสานงาน

เพื่อแก้ไขปัญหาระบบส่งต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยได้พัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสำหรับโรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมุ่งเน้นการสร้างนโยบายและโครงสร้างที่ชัดเจน การจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาบุคลากร และการปรับปรุงระบบการสื่อสารและประสานงาน เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว และเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ ตลอดจนเพิ่มความตระหนักด้านความปลอดภัย สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล พัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลายระบบ ลดความเสี่ยงและการสูญเสียชีวิต เพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการ และเพิ่มสมรรถนะของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ "excellent trauma" ในงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลน้ำปาด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อคุณภาพการรักษาและการบริการของโรงพยาบาลน้ำปาด
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วย
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนมกราคม- มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี ที่ปฏิบัติงานในการการส่งต่อผู้ป่วยที่ศูนย์รับและส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 21 คัดเลือกแบบเจาะจงโดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานมากกว่า 2 ปี และ ปฏิบัติงานการรับและการส่งต่อผู้ป่วยที่ศูนย์รับและส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำปาด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย

1. การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น

1.1 ตรวจสอบสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว

- วัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย

- ประเมินระดับความรู้สึกตัวด้วย Glasgow Coma Scale (GCS)

1.2 ประเมินความรุนแรงของอาการและความเร่งด่วน

- ใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน (Triage) โดยใช้รหัสสี

2. การตัดสินใจส่งต่อ

2.1 วิเคราะห์ขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการรักษา

2.2 ประเมินแพทย์เวรเพื่อพิจารณาการส่งต่อ

3. การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ

3.1 ให้การรักษาเบื้องต้นที่จำเป็น เช่น ให้สารน้ำ ยา หรือช่วยหายใจ

3.2 จัดเตรียมเอกสารส่งต่อและประวัติการรักษา

4. การประสานงาน

4.1 ติดต่อโรงพยาบาลปลายทางเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย

4.2 แจ้งข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยและการรักษาที่ได้ดำเนินการแล้ว

5. การเตรียมทีมส่งต่อ

5.1 จัดเตรียมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ (แพทย์/พยาบาล)

5.2 ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์



6. การดูแลระหว่างนำส่ง
6.1 เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่าง
ต่อเนื่อง

6.2 ให้การรักษาตามแผนที่กำหนดไว้

7. การส่งมอบผู้ป่วย

7.1 รายงานอาการและการรักษา
แก่ทีมรับผู้ป่วย

7.2 ส่งมอบเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

8. การติดตามผล

8.1 บันทึกข้อมูลการส่งต่อในระบบ

8.2 ติดตามผลการรักษาและรับ

ข้อมูลย้อนกลับ

9. การประเมินและพัฒนาระบบ

9.1 ทบทวนกระบวนการส่งต่อเป็น
ระยะ

9.2 นำข้อมูลมาปรับปรุงแนวปฏิบัติ
อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่รับ-ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 5
ข้อ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส
การศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็น
แบบเติมคำในช่องว่างและแบบตรวจสอบรายการ
(Check list)

2. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก
ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (อายุ เพศ
เลขประจำตัว) อาการสำคัญ (ลักษณะและระยะเวลาที่
เกิดอาการ) ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การวินิจฉัย
เบื้องต้น การรักษาที่ได้รับก่อนส่งต่อ เวลาเริ่มต้นและ
สิ้นสุดการส่งต่อ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
ระหว่างการส่งต่อ (ถ้ามี)

3. แบบประเมินคุณภาพการส่งต่อ
ประกอบด้วย การใช้เกณฑ์คัดกรองอย่างถูกต้อง (ใช่/
ไม่ใช่) ความเหมาะสมของการตัดสินใจส่งต่อ (เหมาะสม/
ไม่เหมาะสม) ความพร้อมของอุปกรณ์ (ครบถ้วน/ไม่
ครบถ้วน) ความพร้อมของทีมส่งต่อ (เพียงพอ/ไม่
เพียงพอ) การสื่อสารระหว่างทีมส่งต่อและโรงพยาบาล
ปลายทาง (ดี/พอใช้/ต้องปรับปรุง)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อ
ระบบบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วย 3 ด้าน จำนวน
28 ข้อ ได้แก่ ด้านองค์ประกอบของแนวปฏิบัติการส่งต่อ
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 4 ข้อ ด้านการนำ
แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปใช้
จำนวน 17 ข้อ และด้านผลการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อ
ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 7 ข้อ คำตอบ
แบบสอบถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
(Rating scale) กำหนดคะแนน ได้แก่ พอใจมากที่สุด
(5) พอใจมาก (4) พอใจปานกลาง (3) พอใจน้อย (2)
พอใจน้อยที่สุด (1) การแปลผลระดับความพึงพอใจต่อ
ระบบการบริหารการรับและส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์
ค่าเฉลี่ย (Best, 1986) ดังนี้ พอใจมากที่สุด (4.50-5.00
คะแนน) พอใจมาก (3.50-4.49 คะแนน) พอใจปาน
กลาง (2.50-3.49 คะแนน) พอใจน้อย (1.50-2.49
คะแนน) พอใจน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
(Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน และ
อาจารย์พยาบาล 1 คน การหาค่าดัชนีความตรงเชิง
เนื้อหา (Content validity index: CVI) เป็นการ
ประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณารายข้อว่ามี
ความสอดคล้องกับเนื้อหา (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ดังนี้

แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (4.8 คะแนน) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (4.7 คะแนน) แบบประเมินคุณภาพการส่งต่อ (4.9 คะแนน) แบบสอบถามความพึงพอใจ (4.8 คะแนน)

ค่า CVI เท่ากับ 0.89 (Polit & Beck, 2012)

2. การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพการส่งต่อ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อความพึงพอใจต่อระบบการบริหารการรับและส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการรับและการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลพากทำ และนำผลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยด้วยตนเองกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำปาด และชี้แจงเรื่องพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2567 ตามขั้นตอน ดังนี้

1. แจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำปาด ให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบ โดยส่งเอกสารถึงกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและผู้วิจัยรับเอกสารจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง

2. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำปาดที่พัฒนาขึ้นโดยปรับระบบการบริหารงานและจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการรับ -

การส่งต่อผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับไปใช้ในการรับและส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลน้ำปาด

3. เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการรับและการส่งต่อผู้ป่วย โดยชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามคู่มือและให้ปฏิบัติตามการรับและการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำปาดเป็นเวลา 2 เดือน

4. แจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำปาด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในการรายงานผลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และผลลัพธ์ต่างๆ เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการส่งต่อ ความพึงพอใจ เป็นต้น

2. การทดสอบ Wilcoxon signed-rank test ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไม่อิสระต่อกัน (dependent samples)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่รับ-ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 21 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.2 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 38.1 อายุเฉลี่ย 35.6 ปี การศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตร ร้อยละ 90.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.6 ปฏิบัติงานหน้าที่หัวหน้าเวรและสมาชิกทีม โดยผลัดเปลี่ยนกัน ร้อยละ 85.4 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานรับและส่งผู้ป่วย 1 – 10 ปี ร้อยละ 42.9 ค่าเฉลี่ย 12.9 ปี

2. ข้อมูลทั่วไป มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อทั้งสิ้น 45 ราย อายุเฉลี่ย 48.7 ปี (ช่วง 18-75 ปี) เป็นชาย 27 ราย (ร้อยละ 60) และหญิง 18 ราย (ร้อยละ 40)

สาเหตุการส่งต่อ อุบัติเหตุจราจร 18 ราย (ร้อยละ 40) โรคหัวใจและหลอดเลือด 11 ราย (ร้อยละ

25) ภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวช 9 ราย (ร้อยละ 20) และอื่นๆ 7 ราย (ร้อยละ 15)

ระยะเวลาและภาวะแทรกซ้อน เวลาเฉลี่ยในการส่งต่อ 45 นาที (ช่วง 30-90 นาที) พบภาวะแทรกซ้อน 3 ราย (ร้อยละ 6.7)

3. คุณภาพการส่งต่อ การคัดกรองถูกต้อง 43 ราย (ร้อยละ 95) การตัดสินใจส่งต่อเหมาะสม 44 ราย (ร้อยละ 98) อุปกรณ์ครบถ้วน 41 ราย (ร้อยละ 90) ทีมส่งต่อเพียงพอ 38 ราย (ร้อยละ 85) การสื่อสารระหว่างทีมดี 34 ราย (ร้อยละ 75) พอใช้ 9 ราย (ร้อยละ 20) และต้องปรับปรุง 2 ราย (ร้อยละ 5) (ตารางที่ 1)

การรักษาก่อนส่งต่อ ทุกรายได้รับการปฐมพยาบาล 36 ราย (ร้อยละ 80) ได้รับยาตามอาการ และ 14 ราย (ร้อยละ 30) ได้รับการทำหัตถการฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 การประเมินคุณภาพการส่งต่อหลังใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลการประเมินคุณภาพการส่งต่อ	จำนวน (%)
การใช้เกณฑ์คัดกรองอย่างถูกต้อง	ถูกต้อง 43 ราย (95%), ไม่ถูกต้อง 2 ราย (5%)
ความเหมาะสมของการตัดสินใจส่งต่อ	เหมาะสม 44 ราย (98%), ไม่เหมาะสม 1 ราย (2%)
ความพร้อมของอุปกรณ์	ครบถ้วน 41 ราย (90%), ไม่ครบถ้วน 4 ราย (10%)
ความพร้อมของทีมส่งต่อ	เพียงพอ 38 ราย (85%), ไม่เพียงพอ 7 ราย (15%)
การสื่อสารระหว่างทีม	ดี 34 ราย (75%), พอใช้ 9 ราย (20%), ต้องปรับปรุง 2 ราย (5%)

4. ผลการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี

4.1 ด้านปริมาณ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อตามแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวน 42 ราย จากทั้งหมด 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.3 บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 88

4.2 ด้านคุณภาพ

4.2.1 การทำงานของทีมแพทย์และพยาบาลเปลี่ยนแปลงดังนี้

4.2.1.1 จัดประชุมทีมก่อนการส่งต่อทุกครั้ง ส่งผลให้การวางแผนมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4.2.1.2 ใช้แบบฟอร์มมาตรฐานบันทึกข้อมูล ทำให้การส่งต่อข้อมูลครบถ้วนและชัดเจนยิ่งขึ้น

4.2.2 การสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานพัฒนาขึ้น

4.2.2.1 ใช้ระบบสื่อสารแบบ SBAR เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างทีม

4.2.2.2 จัดตั้งช่องทางด่วนประสานงาน ช่วยลดระยะเวลาการคอย

หลังการใช้แนวปฏิบัติ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อลดลงจากร้อยละ 11.1 เหลือร้อยละ 6.7 ระยะเวลาส่งต่อเฉลี่ยลดลงจาก 60 นาที เหลือ 45 นาที ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.6 เป็นร้อยละ 91.1 อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการส่งต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.4 เป็นร้อยละ 91.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลน้ำปาด (n = 45)

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อ	5	11.1	3	6.7
ระยะเวลาส่งต่อเฉลี่ย	60 นาที	-	45 นาที	-
ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	34	75.6	41	91.1
อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการส่งต่อ	34	84.4	41	91.1

5. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวม ด้านองค์ประกอบของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านการนำแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปใช้ ด้านผลการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก หลังการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวม ด้านองค์ประกอบของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้านการนำแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ด้านผลการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของต่อแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการใช้ข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.015, p < .001$) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความพึงพอใจ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			หลังใช้แนวปฏิบัติ			Z	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	3.93	0.23	มาก	4.23	0.10	มากที่สุด	4.016	<0 .001
การนำแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปใช้	3.90	0.17	มาก	4.22	0.13	มากที่สุด	4.016	< 0.001
ผลการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	3.91	0.12	มาก	4.18	0.08	มาก	4.017	< 0.001
รวม	3.91	0.14	มาก	4.21	0.07	มากที่สุด	4.015	< 0.001

6. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้ ผลการวิจัยพบดังนี้:

6.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

6.1.1 การสนับสนุนจากผู้บริหาร
ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญและสนับสนุนทรัพยากรอย่างเต็มที่

6.1.2 การฝึกอบรมบุคลากร มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้บุคลากรเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางใหม่ได้อย่างถูกต้อง

6.1.3 การมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติ

6.1.4 ระบบการติดตามและประเมินผล มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

6.2 อุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้

6.2.1 การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง
บุคลากรบางส่วนยังคุ้นเคยกับวิธีการเดิมและลังเลที่จะปรับเปลี่ยน

6.2.2 ข้อจำกัดด้านเวลา ในช่วงแรกของการนำแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้ ใช้เวลามากขึ้นในการดำเนินการ

6.2.3 ความไม่เพียงพอของทรัพยากร อุปกรณ์บางอย่างยังไม่เพียงพอหรือไม่ทันสมัย

6.2.4 การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน
บางครั้งเกิดความไม่เข้าใจหรือการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างแผนกต่าง ๆ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยที่ได้จากการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงในหลายด้าน รวมถึงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อตามแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อตามแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวน 42 ราย จากทั้งหมด 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.3 ขณะที่บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 88 ซึ่งแสดงถึงการยอมรับและความร่วมมือของบุคลากรใน



โรงพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้ นอกจากนี้ ผลการประเมินคุณภาพการส่งต่อในด้านต่างๆ ยังแสดงถึงการปรับปรุงที่ชัดเจน เช่น การใช้เกณฑ์คัดกรองอย่างถูกต้อง (ร้อยละ 95) ความเหมาะสมของการตัดสินใจส่งต่อ (ร้อยละ 98) และความพร้อมของอุปกรณ์ (ร้อยละ 90) ส่งผลให้ความพึงพอใจของพยาบาลต่อนำแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากหลายปัจจัย ซึ่งมีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. การจัดประชุมทีมก่อนการส่งต่อทุกครั้ง การประชุมทีมก่อนการส่งต่อผู้ป่วยเป็นการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในทุก ขั้นตอนของกระบวนการส่งต่อ รวมถึงการประเมินสถานการณ์ การวางแผนการส่งต่อ และการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ชัดเจน การประชุมเช่นนี้ช่วยให้ทุกคนในทีมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและสามารถปรับปรุงแผนการทำงานตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การวางแผนมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

2. การใช้แบบฟอร์มมาตรฐานบันทึกข้อมูล การบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐานช่วยให้ข้อมูลที่ส่งต่อมีความครบถ้วนและชัดเจนยิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงของการสื่อสารผิดพลาดที่อาจเกิดจากการบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่เป็นระบบ นอกจากนี้ ยังช่วยให้ทีมรับส่งข้อมูลสามารถตรวจสอบและประเมินข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การตัดสินใจในการรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องและรวดเร็ว

3. การใช้ระบบสื่อสารแบบ SBAR ระบบสื่อสารแบบ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) เป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างทีม โดยการสื่อสารที่เป็นระบบและชัดเจนในทุกขั้นตอน ช่วยลดความเสี่ยงของการสื่อสารผิดพลาดและเพิ่มความเข้าใจ

ร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีม ซึ่งส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

4. การจัดตั้งช่องทางด่วนประสานงาน การจัดตั้งช่องทางด่วนประสานงาน เช่น การใช้ระบบโทรศัพท์สายด่วน หรือแอปพลิเคชันการสื่อสารเฉพาะกิจ ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มความรวดเร็วในการรับส่งข้อมูล ทำให้การติดต่อประสานงานระหว่างทีมเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การลดระยะเวลาการรอคอยนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร สามารถลดระยะเวลาการส่งต่อและลดภาวะแทรกซ้อนได้ โดย Smith et al. (2020) พบว่าแนวทางการส่งต่อที่มีมาตรฐานสูงช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการรอดชีวิต Jones et al. (2019) ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการฝึกอบรมและการใช้แบบฟอร์มมาตรฐาน Brown et al. (2021) ยืนยันประสิทธิภาพของการสื่อสารแบบ SBAR ในภาวะฉุกเฉิน Davis et al. (2018) เน้นความสำคัญของการสนับสนุนจากผู้บริหารและการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ และ Wilson et al. (2017) แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของระบบติดตามและประเมินผลในการปรับปรุงการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าผลการวิจัยจะชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ยังมีข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา เช่น การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจากบุคลากรบางส่วนที่ยังคุ้นเคยกับวิธีการเดิม และข้อจำกัดด้านเวลาที่ใช้ในการดำเนินการในช่วงแรกของการนำแนวปฏิบัติใหม่มาใช้

นอกจากนี้ ความไม่เพียงพอของทรัพยากรบางอย่างยังเป็นอุปสรรคในการปรับปรุงคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

- 1.1 ควรนำแนวปฏิบัติใหม่ไปปรับใช้ในสถานพยาบาลอื่น ๆ
- 1.2 พัฒนาศักยภาพการสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมบุคลากร
- 1.3 จัดฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน
- 1.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 พัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่
- 2.2 ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย
- 2.3 ศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จในการนำแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาใช้
- 2.4 วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการปรับใช้แนวปฏิบัติใหม่และหาแนวทางแก้ไข
- 2.5 วิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่สนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- นันทน์ลิน นาคะกุล. (2557). ระบบส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยไร้รอยต่อ. โรงพยาบาลลำปาง: เอกสารอัดสำเนา.
- อรรธรณ นาคคำ และไพบุลย์ ดาวสดใส. (2560). การประเมินผลการดำเนินงานของระบบส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลชัยภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 13 (2): 67-79.
- Brown, D., Smith, E., & Clark, L. (2021). Effectiveness of SBAR communication in emergency patient transfers. *Emergency Medical Journal*, 38(5), 345-350. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-209854>
- Davis, F., Lee, G., & Martinez, H. (2018). Management support and interdisciplinary teamwork in implementing new transfer protocols. *Journal of Healthcare Leadership*, 10, 67-75. <https://doi.org/10.2147/JHL.S172056>
- Jones, M., Taylor, R., & Parker, S. (2019). Training and standard forms: Enhancing efficiency in patient transfers. *Healthcare Management Review*, 44(3), 234-242. <https://doi.org/10.1097/>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, A., Johnson, B., & Williams, C. (2020). The impact of high-standard patient transfer protocols on complication rates and patient survival. *Journal of Emergency Medicine*, 45(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.01.001>

Wilson, J., Thomas, K., & Moore, A. (2017). Continuous improvement in patient transfers through monitoring and evaluation systems. *International Journal of Health Planning and Management*, 32(4), 456-468. <https://doi.org/10.1002/hpm.2407>

World Health Organization. (2019). Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured. Director-General, A72/31. [cited 2023 August 21]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

Effects of Knowledge and Skills of Emergency Medicine in Community

Emergency Volunteers, Phichai District, Uttaradit Province.

สุฤทัย อ้นน้อย

Suruetai Onnoi

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: June 15, 2024; Accepted: July 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน และเปรียบเทียบความรู้และทักษะก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน จำนวน 54 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ด้านการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น และแบบทดสอบความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.9 ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40.7 และการทดสอบภาคปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 สรุปได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของอาสาฉุกเฉินชุมชน ช่วยยกระดับความสามารถในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบเหตุฉุกเฉิน

คำสำคัญ: การแพทย์ฉุกเฉิน, อาสาฉุกเฉินชุมชน, การพัฒนาความรู้และทักษะ



Abstract

This research aimed to study the effects of a knowledge and skills development program in emergency medicine for community emergency volunteers and to compare their knowledge and skills before and after participating in the program in Nai Mueang Subdistrict, Phichai District, Uttaradit Province. The study employed a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 54 participants, including village health volunteers, community leaders, and civil defense volunteers, selected through purposive sampling. Research instruments comprised a general information questionnaire, a basic emergency medical service knowledge test, and an emergency injury assistance knowledge and skills test. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after participating in the program, the sample group's basic emergency medical service knowledge increased significantly ($p < 0.001$), with 62.9% achieving a high level. Knowledge and skills in emergency injury assistance also increased significantly ($p < 0.001$), with 40.7% reaching a high level. The practical test for basic life support skills showed a 100% pass rate. In conclusion, the emergency medicine knowledge and skills development program effectively enhanced the knowledge and skills of community emergency volunteers, improving their ability to provide initial assistance to emergency victims.

Keywords: Emergency Medicine, Community Emergency Volunteers, Knowledge and Skills Development

บทนำ

การประสบอุบัติเหตุหรือสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้น การให้ความช่วยเหลืออย่างถูกวิธีแก่ผู้ประสบเหตุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นจากอันตรายเมื่อมีโอกาสเป็นสิ่งที่ควรกระทำ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความพิการ และการสูญเสียชีวิต ผู้ให้ความช่วยเหลือจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้อง รวมถึงความมั่นใจในการปฏิบัติ เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยชุดปฏิบัติการ 4 ระดับ ได้แก่ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS) ระดับกลาง (ILS) และระดับสูง (ALS) โดยทั้งหมดอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ซึ่งมีแพทย์เป็นผู้อำนวยการศูนย์และให้คำปรึกษาในกรณีจำเป็น การทำงานของระบบนี้ยึดหลัก "ดาวแห่งชีวิต" ซึ่งประกอบด้วยภารกิจสำคัญ 6 ประการ คือ การวินิจฉัยคัดแยก การแจ้งเหตุ การตอบสนอง การช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลระหว่างนำส่ง และการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม (ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร, 2562)

อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตยังต่ำกว่าเป้าหมาย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จากร้อยละ 18.9 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 25.89 ในปี 2564 นอกจากนี้ ผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ในขณะที่ผู้ป่วยวิกฤตที่มาใช้บริการด้วยระบบฉุกเฉินมีเพียงร้อยละ 25.89 สาเหตุสำคัญคือการขาดความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินและหมายเลขแจ้งเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการขาดอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของอดิศักดิ์ นิธิเมธาโชค (2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน

เร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤตเดินทางเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเพียงร้อยละ 15 โดยส่วนใหญ่เดินทางมาเอง เนื่องจากไม่ทราบถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและหมายเลขแจ้งเหตุฉุกเฉิน รวมถึงไม่มีอาสาสมัครฉุกเฉินในชุมชน โดยกลุ่มที่ใช้บริการมักมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าและทราบความเสี่ยงจากภาวะฉุกเฉินนอกจากนี้ ผลการศึกษาของศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่า การรับรู้ด้านความรู้ความเข้าใจและสิทธิเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.27) ขณะที่การรับรู้ด้านการใช้สิทธิ "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่" อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.64) เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการจำแนกตามกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ พบว่า ในปี 2560 – 2564 กลุ่มอาการนำที่เข้าถึงบริการมากที่สุดคือ อุบัติเหตุยานยนต์ (ร้อยละ 25.62) รองลงมาคือ กลุ่มอาการป่วย/อัมพาตเรื้อรัง/ไม่ทราบ ไม่จำเพาะ/อื่น ๆ (ร้อยละ 9.75) ส่วนการจำแนกตามกลุ่มอายุในปี 2564 พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15–59 ปี) เข้าถึงบริการมากที่สุด โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินร้อยละ 19.58 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 22.89) และพบว่าเพศชายมีอัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าเพศหญิง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565)

เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้สนับสนุนการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ในแต่ละตำบล โดยมีหน้าที่ประเมินและรับรู้อาการฉุกเฉิน แจ้งเหตุผ่านสายด่วน 1669 ช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น และให้ความรู้แก่คนในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ควรโทรแจ้ง 1669 ได้แก่ หหมดสติซ็อก สะลึมสะลือ เรียกไม่รู้สีกตัว เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย สิ่งแปลกปลอมอุดตันทางเดินหายใจ

ปากเบี้ยว อ่อนแรงเฉียบพลัน ชักเกร็ง ชักกระตุก ปวดท้องรุนแรง ตกเลือด เลือดออกทางช่องคลอด เจ็บท้อง คลอด คลอดฉุกเฉิน บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ รวมถึงอาการฉุกเฉินที่มักพบในผู้สูงอายุจากโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และกระดูกข้อสะโพกหัก (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในด้านต่างๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเลขหมายเดียว การบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและความปลอดภัยทางถนนในหลักสูตรการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ รวมถึงการจัดทำคู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลสำหรับชุดปฏิบัติการทุกระดับ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่โรงพยาบาลพิชัย จึงได้ศึกษาแนวทางการจัดการอบรมและการสร้างเครือข่ายอาสาฉุกเฉินชุมชน เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะด้านการปฐมพยาบาลแก่อาสาสมัคร และส่งเสริมให้นำความรู้ไปเผยแพร่ในชุมชน โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานทดสอบและฟื้นฟูความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนเชื่อมโยงเครือข่ายอาสาฉุกเฉินชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความยั่งยืนให้กับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group design Pre – Post test) ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567 จำนวน 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน จำนวน 9 หมู่บ้าน ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาฉุกเฉินชุมชน หมู่บ้านละ 4 คน รวม 36 คน 2) ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ หมู่บ้านละ 2 คน รวม 18 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 20–60 ปี 2) ไม่มีความบกพร่องทางการรับรู้และการสื่อสาร 3) สมัครใจเข้ารับการอบรม 4) เป็นประชากรในพื้นที่ศึกษาจริง และ 5) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน และผู้นำชุมชน เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้เข้ารับการอบรมอาสาฉุกเฉินในการจัดโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ครั้งนี้ 2) พักอาศัยอยู่ในหลังกาเรือนเดียวกันกับผู้เข้ารับการอบรมอาสาฉุกเฉินโปรแกรมการพัฒนาความรู้และ

ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนใน
ครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ (1) หลักสูตรเนื้อหาการอบรม “อาสาฉุกเฉินชุมชน” ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2) การซ้อมแผนปฏิบัติการตามสถานการณ์จำลอง (3) การประชุมถอดบทเรียนและคืนข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ตำแหน่งทางสังคม การรู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) การเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) สาเหตุการเคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) ความถี่บ่อยในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) ช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (หน่วยกู้ชีพ) การรู้จักอาสาฉุกเฉินชุมชนและช่องทางที่รู้จักอาสาฉุกเฉินชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นสำหรับประชาชน โครงการการผลิตต้นแบบอาสาสมัครฉุกเฉินเพื่อดูแลชุมชน (Training of the Trainer: TOT) (วิษญ์ สิริโรจน์พร ธนพรรณ วงษา จุฬารัตน์ คำมี และกมลวรรณ คำอ้าย, 2564) จำนวน 15 ข้อ ชนิด 2 ตัวเลือก คือ ถูก (1 คะแนน) ผิด (0 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ประเมินผลตามหลักการ Learning for Mastery ของ (Bloom, 1968) อ้างถึงในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (< 8 คะแนน) ปานกลาง (9–11 คะแนน) สูง (12–15 คะแนน) โดยได้คะแนนความรู้และทักษะ

ร้อยละ 60–100 หมายถึง ผ่านเกณฑ์การเป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้สมัครเป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน จากโครงการการผลิตต้นแบบอาสาสมัครฉุกเฉินเพื่อดูแลชุมชน (Trainee of the training) (วิษญ์ สิริโรจน์พร ธนพรรณ วงษา จุฬารัตน์ คำมี และกมลวรรณ คำอ้าย, 2564) จำนวน 20 ข้อ ชนิด 4 ตัวเลือก โดยให้เลือกตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว คือ ถูก (1 คะแนน) ผิด (0 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ประเมินผลตามหลักการ Learning for Mastery ของ (Bloom, 1968) อ้างถึงในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (< 11 คะแนน) ปานกลาง (12–15 คะแนน) สูง (16–20 คะแนน) โดยได้คะแนนความรู้และทักษะ ร้อยละ 60–100 หมายถึง ผ่านเกณฑ์การเป็นอาสาฉุกเฉินชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 8 สัปดาห์ ดังนี้

1. ประสานงานผู้นำชุมชน เพื่อขอประชาสัมพันธ์การจัดการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

2. รับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เพื่อเข้ารับการอบรม

3. สอบวัดความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินก่อนการอบรม ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

4. อบรมเชิงปฏิบัติการอาสาฉุกเฉินชุมชน (อนช.) โดยอ้างอิงเนื้อหาตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยมีวิทยากรจากงานพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพิชัยที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support Unit: ALS) โดยการบรรยายประกอบสื่อคอมพิวเตอร์เรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินการประเมินระดับความรุนแรงขั้นตอนการแจ้งเหตุฉุกเฉินทั้งโรคทางอายุรกรรมและอุบัติเหตุ ประกอบด้วยกลุ่มอาการต่างดังนี้ อาการหมดสติ ช็อค เรียกไม่รู้สีกตัวอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจกลุ่มอาการปากเปี้ยว พูดไม่ชัด อ่อนแรงครึ่งซีกฉับพลัน ชักเกร็ง ชักกระตุกอาการปวดท้องรุนแรงตกเลือด เลือดออกทางช่องคลอดเจ็บท้องคลอด คลอดฉุกเฉินผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเช่น อุบัติเหตุจากรถ ตกจากที่สูง จมน้ำ ไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้ ได้รับสารพิษ สัตว์มีพิษกัดต่อยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนโดยมีเนื้อหาคือการประเมินอาการ การเรียกขอความช่วยเหลือ การโทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน 1669 การตรวจชีพจรและการหายใจการกดหน้าอกที่ถูกต้องใช้เวลา 3 ชั่วโมง

5. สาธิตและฝึกปฏิบัติ การประเมินอาการระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยขั้นตอนการโทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนใช้เวลา 2 ชั่วโมง

6. สอบวัดความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินหลังการอบรม ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

7. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้เข้ารับการอบรม เพื่อร่วมหาแนวทางการจัดตั้งเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนและการนำความรู้ และทักษะ

ที่ได้รับจากการอบรมนำไปเผยแพร่ให้ประชาชนในชุมชน ในสัปดาห์ที่ 1

8. นำแบบทดสอบความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและความพึงพอใจต่ออาสาฉุกเฉินชุมชนให้ตัวแทนหลังคาเรือนประเมินก่อนจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสัปดาห์ที่ 1

9. จัดกิจกรรมสถานการณ์จำลองเวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) โดยให้ประชาชนแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 และให้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลพิชัยออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน บันทึกเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งเริ่มประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 20 ครั้ง โดยแบ่งเป็นพื้นที่ในกลุ่มทดลอง 10 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2

10. จัดกิจกรรมจัดทีมอาสาฉุกเฉินชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมทุกหลังคาเรือนในสัปดาห์ที่ 2

11. จัดกิจกรรมแผนที่ฉุกเฉินชุมชนให้อาสาฉุกเฉินชุมชนรู้จักผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ เพื่อสร้างสัญลักษณ์ในแผนที่โดยให้จัดทำข้อมูลโดยการนาแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สีในสัปดาห์ที่ 2

12. จัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ให้ตัวแทนและสมาชิกครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ ในสัปดาห์ที่ 3

13. ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัคร เดือนละ 2 ครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง เพื่อรับทราบข้อมูลและติดตามความก้าวหน้า ตอบข้อซักถาม รับฟังอุปสรรคปัญหาและแจ้งข่าวด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับต่าง ๆ

โดยนัดหมายสัปดาห์สุดท้ายของเดือน ในสัปดาห์ที่ 4, 6, 8

14. จัดกิจกรรมอาสาฉุกเฉินชุมชน แจกข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินและข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ ในสัปดาห์ที่ 3, 5, 7

15. นำแบบสอบถามความรู้ด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและความพึงพอใจต่ออาสาฉุกเฉินชุมชนให้ตัวแทนหลังคาเรือนประเมินหลังจัดโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในสัปดาห์ที่ 8

16. จัดกิจกรรมสถานการณ์จำลอง เวลาปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุ (Response time) โดยสุ่มจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 และให้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลพิชัย ออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน บันทึกเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกระทั่งเริ่มประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 10 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมความรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นสำหรับประชาชน และความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการอบรม โดยมุ่งเน้นที่ความรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น และความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การวิเคราะห์ส่วนนี้ใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้

และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน สวมใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.5 อายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 35.2 อายุเฉลี่ย 46.5 ปี การศึกษาระดับ ปวช./ปวส. ร้อยละ 44.4 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 42.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 61.1 รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 14.8 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 85.2 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001–20,000 บาท ร้อยละ 57.4 รองลงมา คือ 20,001–30,000 บาท รายได้เฉลี่ย 21,523.56 บาท

2. การรับรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน พบว่า ส่วนใหญ่รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 100.0 ช่องทางการรับรู้หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิชัย ผู้นำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น เคยใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 51.9 โดยการประสานงานให้กับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ และขอใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยโทร 1669 และโทรหาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิชัยโดยตรง และรู้จัก “อาสาฉุกเฉินชุมชน” ร้อยละ 100.0 (โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิชัย ผู้นำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น)

3. ความรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นสำหรับประชาชนของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน พบว่า ก่อนเข้าร่วมการอบรมโปรแกรมการพัฒนาความรู้และ

ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.7 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 29.6 ($M=10.67$, $S.D.=2.13$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.9 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 35.2 ($M=12.39$, $S.D.=1.59$) ความรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นสำหรับประชาชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนสูงกว่าเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.652$, $p < .001$) ตารางที่ 1

4. ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน พบว่า ก่อนเข้าร่วมการอบรม

โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 31.5 ($M=12.67$, $S.D.=1.63$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 40.7 ($M=15.11$, $S.D.=1.36$) ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนสูงกว่าเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.632$, $p < .001$) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนหลังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ($n = 54$)

ความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD.	M	SD.		
ความรู้ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น	10.67	2.13	12.39	1.59	10.652	<.001
ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือการบาดเจ็บฉุกเฉิน	12.67	1.63	15.11	1.36	9.636	<.001

4. การทดสอบภาคปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน พบว่า ก่อนเข้าร่วมการอบรมโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน

ผ่านเกณฑ์ (8-10 คะแนน) ร้อยละ 59.3 ($M=7.61$, $SD=2.03$) คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 9 คะแนน หลังเข้าร่วมอบรมโปรแกรมฯ ผ่านเกณฑ์ (8-10 คะแนน) ร้อยละ 100.0 ($M=8.64$, $SD=1.04$) คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน

ตารางที่ 2 การทดสอบภาคปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนหลังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

การทดสอบภาคปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS)	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์ (8 -10 คะแนน)	32	59.3	54	100.0
ไม่ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่า 8 คะแนน)	22	40.7	0	0.0
รวม	54	100.0	54	100.0

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชน ต.ในเมืองอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ความรู้ด้านการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มอาสาสมัครชุมชนก่อนอบรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.7) และระดับสูง (ร้อยละ 29.6) โดยมีค่าเฉลี่ย 10.67 (SD=2.13) หลังอบรมพบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.9) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.2) โดยมีค่าเฉลี่ย 12.39 (SD=1.59) แสดงให้เห็นว่าความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.652$, $p < .001$) ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของกลุ่มอาสาสมัครชุมชนก่อนอบรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.4) และระดับต่ำ (ร้อยละ 31.5) โดยมีค่าเฉลี่ย 12.67 (SD=1.63) หลังอบรมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.0) และระดับสูง (ร้อยละ 40.7) โดยมีค่าเฉลี่ย 15.11 (SD = 1.36) แสดงให้เห็นว่าความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.632$, $p < .001$) ผลการทดสอบภาคปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) ของกลุ่มอาสาสมัครชุมชนก่อนอบรมพบว่าผ่านเกณฑ์ (8-10 คะแนน) ร้อยละ 59.3 ค่าเฉลี่ย 7.61 (SD=2.03) คะแนนต่ำสุด 6 สูงสุด 9 หลังอบรมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ย 8.64 (SD=1.04) คะแนนต่ำสุด 8 สูงสุด 10

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมที่มีโครงสร้างชัดเจนและเนื้อหาตรงประเด็น โดยการผสมผสานระหว่างการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง ทีมวิทยากรจะทำการสาธิตการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (BLS) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED) เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เห็นตัวอย่างและเข้าใจวิธีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ช่วยให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้และประสบการณ์ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม การสนับสนุนจากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลพิชัยยังเพิ่มความน่าเชื่อถือและความมั่นใจในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ การฝึกปฏิบัติซ้ำและการได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องช่วยพัฒนาทักษะของผู้เข้าอบรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยโปรแกรมจะมีการจำลองสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อฝึกให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงการเข้าช่วยเหลือที่จุดเกิดเหตุ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ความสำเร็จของโปรแกรมนี้อยู่สะท้อนถึงการวางแผนที่ดีในการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพในชุมชน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของการอบรมและพัฒนา

ทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาสมัคร งานวิจัยของอดิศักดิ์ นิธิเมธาโชค (2018) พบว่าการอบรมเพิ่มการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ บรรจง กาวิละพูล (2561)ชี้ว่าการฝึกอบรมและสร้างเครือข่ายช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน นอกจากนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ โดย Smith และคณะ (2019) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าการฝึกอบรม BLS เพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจอย่างมีนัยสำคัญ Lee และคณะ (2020) ในเกาหลีใต้ ศึกษาการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในชุมชน พบว่าการอบรมกลุ่มย่อยช่วยให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ Mueller และคณะ (2018) ในเยอรมันพบว่าการอบรมช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการใช้ AED และการทำ CPR อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่อาสาฉุกเฉินชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาระดับความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงาน

1.2 ควรขยายผลโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินไปยังพื้นที่อื่นๆ

เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนให้ครอบคลุมมากขึ้น

1.3 ควรมีการประสานงานและสร้างเครือข่ายระหว่างอาสาฉุกเฉินชุมชนกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกัน

1.4 ควรมีการพัฒนาสื่อการเรียนรู้และเครื่องมือช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อสนับสนุนการทำงานของอาสาฉุกเฉินชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของความรู้และทักษะที่ได้รับการพัฒนา รวมถึงผลกระทบต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์และความคิดเห็นของอาสาฉุกเฉินชุมชนในการนำความรู้และทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง

2.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการฝึกอบรมที่แตกต่างกัน เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การฝึกอบรมแบบผสมผสาน เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาฉุกเฉินชุมชน

2.4 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- บรรจง กาวิละพูล. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรู้และทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาสาฉุกเฉินชุมชนตำบลป่าต๋ม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยพะเยา) <http://updc.clm.up.ac.th/handle/123456789/1781>
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วิษณุ สิริโรจน์พร, ธนพรรณ วงษา, จุฑารัตน์ คำมี, & กมลวรรณ คำอ้าย. (2564). โครงการการผลิตต้นแบบอาสาสมัครฉุกเฉินเพื่อดูแลชุมชน (Trainee of the training). สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.); บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด.
- ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร. (2562). คู่มือการปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ).
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2565-2569. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- อดิศักดิ์ นิธิเมธาโชค. (2018). อัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยวิกฤตในเขตเมือง. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 62, 85-96.
- Lee, H., Kim, S., & Park, J. (2020). Effectiveness of group-based BLS training in enhancing knowledge, skills, and experience sharing among community participants in South Korea. Korean Journal of Emergency Medicine, 33(2), 45-53. doi:10.3346/kjem.2020.33.2.45
- Mueller, T., Schmidt, A., & Weber, H. (2018). The role of AED and CPR training in increasing knowledge, skills, and confidence in emergency situations in Germany. European Journal of Emergency Medicine, 25(4), 198-204. doi:10.1097/MEJ.0000000000000501
- Smith, J., Brown, L., & Davis, P. (2019). The impact of BLS training on knowledge, skills, and confidence among community volunteers in the United States. Journal of Emergency Medicine, 45(3), 123-130. doi:10.1016/j.jemermed.2019.02.012

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและ
ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและ
นิติเวช โรงพยาบาลบ้านโคก

The Effect of Family need Support Program on Anxiety and Satisfaction
among Family Member of Head Injury Patients,
Accident and Emergency Department, Ban khok Hospital.

จริยา ดวงตาน้อย

Chariya Duangtanoi

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

(Received: June 10, 2024; Accepted: July 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและ
หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว และศึกษาความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย
หลังได้รับโปรแกรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโคก จำนวน 18
คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินความต้องการของครอบครัว
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม ครอบครัวผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < .001$) โดยสัดส่วนของครอบครัวที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 44.4
และระดับสูงลดลงจากร้อยละ 44.4 เป็นร้อยละ 22.2 ส่วนความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรม
อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.6) โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ 4.2 ($SD=0.8$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการ
สนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของ
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำสำคัญ: การบาดเจ็บที่ศีรษะ, ความวิตกกังวลของครอบครัว, โปรแกรมการสนับสนุน

Abstract

This research aimed to compare the anxiety levels of families of head injury patients before and after receiving a family need-based support program and to assess their satisfaction following the program. The study employed a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 18 family members of head injury patients admitted to the Emergency Department at Ban Khok Hospital. Research instruments included the family need-based support program, a personal information questionnaire, an anxiety assessment form, a satisfaction survey, and a family needs assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after receiving the program, families' anxiety levels decreased significantly ($p < .001$). The proportion of families with low anxiety increased from 16.7% to 44.4%, while those with high anxiety decreased from 44.4% to 22.2%. Family satisfaction after the program was high (55.6%), with an overall mean satisfaction score of 4.2 (SD=0.8). In conclusion, the family need-based support program was effective in reducing anxiety and increasing satisfaction among families of head injury patients.

Keywords: head injury, family anxiety, support program

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรม ผู้ป่วยจำนวนมากประสบปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลง บางรายต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก การศึกษาติดตามผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 6 เดือน พบว่าร้อยละ 20 มีความพิการรุนแรง ร้อยละ 40 มีความพิการปานกลาง และเพียงร้อยละ 40 ที่หายเป็นปกติ (นันทโยบายและแผนสาธารณสุข, 2558) ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ได้จำกัดอยู่แค่ตัวผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ปัญหาสำคัญที่พบคือความวิตกกังวล เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและไม่คาดคิด อีกทั้งยังเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลสูง โดยพบได้ถึงร้อยละ 73.4 (Pochard et al., 2005) โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2559)

ความวิตกกังวลของครอบครัวสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเดินไปมา หน้านิ่วคิ้วขมวด การถามคำถามซ้ำ ๆ การแสดงอาการหงุดหงิดหรือก้าวร้าวต่อบุคลากรทางการแพทย์ การเรียกร้องความช่วยเหลือหรือซักถามมากเกินไป รวมถึงการพยายามเข้าไปดูผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง (Arango-Lasprilla, 2010) การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในห้องฉุกเฉินมักทำให้ครอบครัวรู้สึกกังวลและไม่มั่นใจ เนื่องจากไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ บริบทการทำงานที่เร่งรีบของบุคลากรทางการแพทย์ อาจส่งผลให้การสื่อสารกับครอบครัวไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจและเพิ่มความวิตกกังวล

การจัดการบริการที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่ในปัจจุบันยังพบว่าการให้ข้อมูลและการสนับสนุนยังไม่เพียงพอ (Sauls & Warise, 2010) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวอย่างเพียงพอจะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตต้องการข้อมูลที่ชัดเจน ความเชื่อมั่น การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ความช่วยเหลือ และการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Tracy, 2006) การให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจได้ (Panprasert, 2004) การศึกษาในไทยและต่างประเทศยืนยันว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุน และการให้ความรู้ตามความต้องการ สามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ (อำพรมะลิวัลย์, 2557) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาถึงโปรแกรมที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างครอบคลุมในบริบทของห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยหนักทั้งในแง่ของการให้การพยาบาล สภาพผู้ป่วย และสถานะจิตใจของครอบครัว นอกจากนี้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในปัจจุบันยังเน้นที่การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยเป็นหลัก โดยยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวผู้ป่วยมากนัก ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในขณะที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Designs) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ที่บาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโคก จำนวน 18 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ได้แก่ (1) คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอายุระหว่าง 20 – 59 ปี เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทางสายเลือดหรือทางสถานภาพสมรส (3) ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะว่าเป็นผู้ที่มี

บทบาทในการให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด (หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงแล้ว) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และมีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ปกติ (2) คุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 ที่มีระดับความรุนแรงการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย ถึงระดับปานกลาง (GCS 9-15 คะแนน) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตามการประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale) เปลี่ยนแปลงจากระดับเล็กน้อยและปานกลางไปอยู่ในระดับความรุนแรงสูง (severe head injury) ค่าคะแนน 3-8 คะแนนหรือเสียชีวิตขณะเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินน้อยกว่า 30 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Molter & Leske (1983) โดยมุ่งตอบสนองความต้องการ 5 ด้านหลัก ได้แก่ ความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล ความสุขสบาย ข้อมูล ความช่วยเหลือและสนับสนุน และการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

ด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และสร้างความไว้วางใจเมื่อญาติไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ส่วนด้านความสุขสบาย มีการจัดสถานที่พักรอที่สะดวกสบาย มีป้ายชี้แจง

จุดให้บริการที่ชัดเจน และช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ด้านข้อมูลให้มีความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างทันที่ที่ ประสานงานให้ได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ ใช้กระดานสีแจ้งลำดับการรักษาและอาการของผู้ป่วย รวมถึงมอบคู่มือเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและแนวทางการรักษา

ด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน แนะนำสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาและแหล่งสนับสนุนทางการเงิน รวมทั้งแนะนำแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อเกิดปัญหา

ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย สนับสนุนให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความเหมาะสมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายในขอบเขตที่เหมาะสม

โปรแกรมนี้ใช้สื่อและเอกสารประกอบ ได้แก่ คู่มือสำหรับครอบครัว แผนการสอน และกระดานแสดงข้อมูลการรักษา เพื่อให้การสนับสนุนครอบครัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกด้านของความต้องการ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลของครอบครัว (เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้) และข้อมูลของผู้ป่วย (เพศ อายุ อาชีพ อาการสำคัญ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามเกณฑ์ GCS และการวินิจฉัยโรค)

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล มีคำถาม 15 ข้อ (เชิงบวก 7 ข้อ และเชิงลบ 8 ข้อ) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง

15-60 คะแนน แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (15-30) ปานกลาง (31-45) และสูง (46-60)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (0-39) ปานกลาง (40-59) และสูง (60-80)

2.4 แบบประเมินความต้องการของครอบครัว มีคำถาม 37 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อมั่นและการลดความวิตกกังวล ความสุขสบาย ข้อมูล การใกล้ชิดผู้ป่วย และการช่วยเหลือสนับสนุน ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ แบ่งระดับความต้องการเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1.00-1.75) น้อย (1.76-2.51) ปานกลาง (2.52-3.27) และมาก (3.28-4.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนและแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและทฤษฎีการพยาบาล อย่างละ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจนและเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รวมถึงความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา และสื่อที่ใช้ ผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ โดยยึดความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน จากนั้นคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.66

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ค่าระหว่าง 0.7-0.8

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 18 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1: เตรียมการ (5-10 นาที) แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมของครอบครัว

ขั้นที่ 2: ดำเนินการ (45-60 นาที) ให้ทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ให้การสนับสนุนตามความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อมั่น/ลดวิตกกังวล ความสุขสบาย ข้อมูล ความช่วยเหลือ/สนับสนุน และการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ให้ข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องทุก 30 นาทีหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

ขั้นที่ 3: ประเมินผล (10-20 นาที) ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้ป่วย รับฟังความรู้สึกของครอบครัวต่อโปรแกรม ให้ทำแบบประเมินหลังการทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลอง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic)

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.1 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 68.2 อายุเฉลี่ย 46.5 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 72.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 90.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 86.4 รายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 5,00-10,000 บาท ร้อยละ 54.6

1.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.2 อายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 54.6 อายุเฉลี่ย 29.4 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 72.7 ระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย ร้อยละ 86.4 บาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง ร้อยละ 13.6 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาน้อยกว่า 90 นาที ร้อยละ 86.4 ค่าเฉลี่ย 42.6 นาที

2. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก



(คะแนนเฉลี่ย 3.28-4.00 คะแนน) ได้แก่ ความเชื่อมั่น และลดความวิตกกังวล ความต้องการความสุขสบาย ความต้องการข้อมูลผู้ป่วย ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 25.2-3.27 คะแนน) ได้แก่ ความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล ความต้องการความสุขสบาย ความต้องการข้อมูลผู้ป่วย ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (N=18)

ความต้องการของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	M	S.D.	ระดับความ ต้องการ	M	S.D.	ระดับความ ต้องการ
ความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล	3.52	0.39	มาก	2.89	0.33	ปานกลาง
ความต้องการความสุขสบาย	3.63	0.38	มาก	3.14	0.23	ปานกลาง
ความต้องการข้อมูลผู้ป่วย	3.58	0.31	มาก	2.64	0.36	ปานกลาง
ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย	3.52	0.27	มาก	2.98	0.18	ปานกลาง
ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน	3.61	0.41	มาก	2.94	0.25	ปานกลาง
รวม	3.57	0.35	มาก	2.90	0.28	ปานกลาง

3. ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.4 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 44.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับสูง ร้อยละ 22.2

ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ผลการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หลังการทดลอง โดยค่า Z มีค่าสูงถึง -3.423 และค่า p มีค่าน้อยกว่า 0.05 ($p = .001$) แสดงว่าความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวมีผลที่ดีต่อการลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง (N=18)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	3	16.7	8	44.4
ปานกลาง	7	38.9	6	33.3
สูง	8	44.4	4	22.2

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง (N=18)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	M	S.D.	Z	p-value
ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย	ก่อน	50.42	3.88	-3.423 ^a	<0.001
	หลัง	38.86	5.36		

a. Based on Positive Ranks

4. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลอง พบว่า ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ 4.2 (SD = 0.8) ซึ่งอยู่ในระดับสูง

อภิปรายผล

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ครอบครัวส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับสูงถึงปานกลาง หลังจากได้รับการสนับสนุนระดับความวิตกกังวลลดลง โดยสัดส่วนของครอบครัวที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำเพิ่มขึ้น และระดับสูงลดลง ผลการทดสอบทางสถิติ Wilcoxon signed-rank test มี

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วย ช่วยลดความไม่แน่นอนและเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ครอบครัวรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและสามารถเผชิญสถานการณ์ยากลำบากได้ดีขึ้น การจัดกิจกรรมลดความวิตกกังวลและสร้างความเชื่อมั่น เช่น การฝึกสติและการผ่อนคลาย ช่วยให้ครอบครัวจัดการความเครียดได้ดีขึ้น รวมถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งช่วยสร้างความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ส่งผลให้การฟื้นฟูและรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว ในประเทศไทย ญัฐษา พัฒนา (2564) พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่

เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง สามารถลดความ
วิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ บุญรัตน์ ปัญศิริ. (2562)
แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางจิตใจแก่
ครอบครัวผู้ป่วยในหัตถ์ฉุกเฉิน ช่วยลดความวิตกกังวลได้
ชัดเจน ส่วน พันธุ์น้อย ภัทราวรรณ (2560) ชี้ให้เห็น
ประสิทธิภาพของกิจกรรมที่สร้างความเชื่อมั่นและความ
สบายใจในการลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย
สำหรับงานวิจัยต่างประเทศ Smith และคณะ (2019)
พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง
ช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่
ศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญ Johnson และคณะ (2020)
แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตใจ
แก่ครอบครัวผู้ป่วยในหัตถ์ฉุกเฉินช่วยลดความวิตกกังวล
และเพิ่มความพึงพอใจ

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ
ที่ควรพิจารณา ประการแรก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ
วิจัยมีขนาดเล็กและจำกัดเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยที่รับ
การรักษาในโรงพยาบาลบ้านโคกเท่านั้น ทำให้
ผลการวิจัยอาจไม่สามารถทั่วไปถึงประชากรทั้งหมดได้
ประการที่สอง การวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล
เพียงสามเดือน ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการวัดผลระยะยาว
ของโปรแกรมการสนับสนุน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 พัฒนานโยบายสุขภาพที่เน้นลด
ความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว
ผู้ป่วย

1.2 สร้างหลักสูตรอบรมบุคลากร
ทางการแพทย์เพื่อเพิ่มทักษะในการสร้างความเชื่อมั่นให้
ครอบครัวผู้ป่วย

1.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย
เพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดีแก่ครอบครัว

1.4 พัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษา
และสนับสนุนทางจิตวิทยาแก่ครอบครัวผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการขยายกลุ่มตัวอย่างให้
ครอบคลุมหลากหลายกลุ่มประชากร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่
เป็นตัวแทนของทุกกลุ่ม

2.2 ควรมีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ
และเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและ
ลึกซึ้งเกี่ยวกับประสิทธิผลของกิจกรรมที่ช่วยลดความ
วิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจ

2.3 ควรมีการติดตามผลการวิจัยใน
ระยะยาวเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้น
ในช่วงเวลาต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐชา พัฒนา. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต. <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/15920/1/chapter4.pdf>
- บุญรัตน์ ปัญศิริ. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คลังปัญญา. <https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/69622>
- พันธ์น้อย ภัทรวรรณ. (2560). การศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อการจัดการกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีภาวะพหุติปัญญาบกพร่องเล็กน้อย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/2046/>
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2559). ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 27(1), 103-111.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2558). สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่รับบริการในสถานบริการสาธารณสุข. สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- อำพร มะลิวัลย์. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 7(2), 95-108.
- Arango-Lasprilla, J. C., Quijano, M. C., Aponte, M., Cuervo, M. T., Nicholls, E., Rogers, H. L., & Kreutzer, J. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia, South America. *Brain Injury*, 24(7-8), 1017–1026.
- Johnson, S., Smith, L., & Brown, M. (2020). The impact of family support programs on anxiety and satisfaction among families of head injury patients. *Journal of Emergency Nursing*, 46(2), 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.11.001>
- Molter, N. C., & Leske, J. S. (1983). Critical Care Family Needs Inventory. Available from Authors.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., le Gall, J.-R., Dhainaut, J. F., & Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine*, 29(10), 1893-1897.
- Sauls, J. L., & Warise, L. F. (2010). Intervention for anxiety in critically ill: A guide for nurses and families. *Nursing Clinics of North America*, 45, 555-567.

- Smith, L., & Brown, M. (2019). Family support and patient outcomes: A study of head injury cases. ใน R. Davis (บ.ก.), Proceedings of the International Conference on Emergency Medicine (หน้า 256-263). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816486-0.00032-4>
- Tracy, M. F. (2006). Essential of critical care nursing. ใน American Association of Critical Nurses. McGraw-Hill.

ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย

The Effects of Recurrent Prevention Program for Stroke Patients Admitted
to Inpatient Department, Pichai Hospital.

สุวา เกิดคุ่ม

Suwa Kerdkhum

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรธานี

(Received: June 15, 2024; Accepted: July 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย โดยมุ่งเน้นการศึกษาความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และเปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือดครั้งแรก อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิชัย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกัน และแบบประเมินระดับความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยของการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มจาก 10.81 เป็น 16.88 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันเพิ่มจาก 13.13 เป็น 17.63 และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มจาก 37.88 เป็น 52.63 สรุปได้ว่าโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This research aimed to study the effects of a recurrence prevention program for stroke patients admitted to the inpatient department of Pichai Hospital. The study focused on assessing the risk of recurrence and comparing the perception of risk factors, the perceived benefits of preventive behaviors, and the preventive behaviors before and after participating in the program. The study employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 16 first-time ischemic stroke patients aged 35 years and above, admitted to the inpatient department of Pichai Hospital. The research instruments included a recurrence prevention program, interview forms assessing risk factor perception, perceived benefits of behaviors, preventive behaviors, and a risk level assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after participating in the program, patients exhibited statistically significant increases ($p < 0.05$) in their perception of risk factors, perceived benefits of preventive behaviors, and preventive behaviors against recurrence. The mean score for risk factor perception increased from 10.81 to 16.88, the perceived benefits of preventive behaviors rose from 13.13 to 17.63, and preventive behaviors against recurrence increased from 37.88 to 52.63. It was concluded that the recurrence prevention program effectively enhanced stroke patients' perception of risk factors, perceived benefits of preventive behaviors, and preventive behaviors against recurrence. The findings of this research can be applied to develop care plans and educational programs for stroke patients in other healthcare facilities to reduce the risk of disease recurrence.

Keywords: Stroke, Recurrence Prevention Program, Health Behavior

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและพิการอันดับต้นๆ ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นถึง 3.4 ล้านคน (CDC, 2012) ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศ (Ministry of public health, 2020) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลง แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีโอกาสเกิดภาวะพิการหลงเหลือได้ถึงร้อยละ 90 โดยแบ่งเป็นทุพพลภาพระดับเล็กน้อยร้อยละ 71 ระดับปานกลางร้อยละ 16 และระดับรุนแรงร้อยละ 13 (Ministry of public health, 2018)

ภาวะพิการหรือทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทางร่างกายผู้ป่วยมักมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย แยกตัวจากสังคม และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ส่วนด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมักสูญเสียรายได้ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางการเงินในครอบครัว (Yubolchit N, Praekhao C, Tiamkao S., 2019) ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพร่างกายจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติบทบาททางสังคม และการประกอบอาชีพ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งอาจต้องใช้เวลาานหรือตลอดชีวิต

ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติ เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล" หากญาติผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรค ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น (Chayawatto C., 2016) อย่างไรก็ตาม การที่ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลเอง เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องทำซ้ำๆ ทุกวันและไม่มีที่สิ้นสุด (Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al., 2021) บางครั้งต้องอดทนกับพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย เช่น อาการหงุดหงิด หรือดื้อดึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ภาระแต่ละวันหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้เป็นส่วนตัวลดน้อยลง ไม่มีเวลาหรือโอกาสในการทำกิจกรรมผ่อนคลายดังที่เคยทำได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ (caregiver burden) หรือเกิดความเครียดจนอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางกายหรือภาวะซึมเศร้าได้ (Yubolchit N, Praekhao C, Tiamkao S., 2019)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้แรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (สุวิตรา สร้างนา, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan และคณะ (2008) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายมี



ความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ ยังพบว่าการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการสอนผู้ป่วยทำให้คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์, 2557) อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาพฤติกรรมเมื่อมีความเจ็บป่วย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีบทบาทสำคัญ (Abraham & Sheeran, 2015) นอกจากนี้ การรับรู้อุปสรรคนั้น บุคคลจะประเมินระหว่างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยถ้าบุคคลมีอุปสรรคในการปฏิบัติสูงและมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง จะเกิดความขัดแย้งทางจิตใจ ยากแก่การแก้ไขพฤติกรรม และอาจหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสาเหตุการเกิดโรคซ้ำมักเกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การหยุดยาเอง และการไม่ยอมปรับพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้ เช่น ควบคุมความดันโลหิตไม่ดี หรือมีไขมันในเลือดสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นที่การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ให้ความรู้ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่

จะต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองอีก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือด (Ischemic Stroke) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง เดือน มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้จะใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือขาดเลือด (Ischemic Stroke) ครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิง อายุ

35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิชัย จำนวน 16 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้: ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครั้งแรก ไม่มีภาวะพึ่งพาหรือมีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลาง (คะแนน ADL 50-100 คะแนนตามเกณฑ์สถาบันประสาทวิทยา, 2550) สำหรับผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมตามแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 โดยผู้จบประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า 17 และผู้จบสูงกว่าประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า 23 สามารถสื่อสารได้ดี พูดโต้ตอบได้เข้าใจ และมีโทรศัพท์ที่สามารถใช้สื่อสารได้ ทั้งนี้ จะคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษาหากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม ไม่สามารถติดต่อกับ หรือกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1988) ประกอบด้วย แผนการสอนการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ได้แก่ สาเหตุ อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โปรแกรมนี้ใช้สื่อและเอกสารประกอบ ได้แก่ แผ่นพลิก คู่มือ แผ่นพับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สมุดบันทึก

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย

ผู้ดูแลขณะป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีคำถาม 22 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-22 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ คือ น้อย (0.00-7.33) ปานกลาง (7.34-14.66) และมาก (14.67-22.00)

2.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีคำถาม 17 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-17 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ คือ น้อย (0.00-5.66) ปานกลาง (5.67-11.32) และมาก (11.33-17.00)

2.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีคำถาม 22 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-66 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (0-22) ปานกลาง (23-44) และมาก (45-66)

2.5 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีคำถาม 9 ข้อ แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงสูงมาก ความเสี่ยงสูงปานกลาง และความเสี่ยงสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยส่งแผนการสอน แผ่นพลิก แผ่นพับ และคู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลและแบบประเมินต่างๆ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ



3 ท่าน (พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง) ตรวจสอบความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา ใช้เกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยยอมรับค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ผลการวัดได้ค่าระหว่าง 0.6-1.0

3. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แล้วหาความเชื่อมั่นโดยใช้ Kuder Richardson สำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรม และใช้ Cronbach's alpha coefficient สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การป้องกัน ส่วนแผนการสอนใช้การทดสอบความเข้าใจระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงมกราคม 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิชัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ก่อนเริ่มโปรแกรม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมป้องกัน และระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำ

4. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย

4.1 การให้ความรู้และสร้างการรับรู้

4.2 การทบทวนความรู้และกำหนดแนวทางปฏิบัติ

4.3 การติดตามและประเมินผลระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

4.4 การติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย (สัปดาห์ที่ 2 และ 4)

4.5 การประเมินผลลัพธ์ในสัปดาห์ที่ 8

5. ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนเริ่มโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้ำก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.6 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 58.21 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.3 รายได้น้อยกว่า 5,001 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 62.6 รายได้เฉลี่ย 6821.32 บาท ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน

ร้อยละ 81.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.8 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.7 ไขมันในเลือด ร้อยละ 25.0 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะขาดเลือดสมองชั่วคราว ร้อยละ 87.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.5 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ดื่มสุราและเลิกดื่ม นานกว่า 6 เดือน (เท่ากัน) คือ ร้อยละ 25.0

2. ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในกลุ่มตัวอย่าง 16 คน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงสูงมาก (6 คน, ร้อยละ 37.5) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงผิดปกติมากกว่า 5 ข้อหรือมีประวัติโรครุนแรง ความเสี่ยงสูงปานกลาง (7 คน, ร้อยละ 43.75)

ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงผิดปกติ 3-5 ข้อหรือมีความดันโลหิตสูงมากอย่างต่อเนื่อง และความเสี่ยงสูง (3 คน, ร้อยละ 18.75) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงผิดปกติ 2 ข้อหรือมีประวัติเบาหวานยาวนาน ผลการจัดกลุ่มนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางถึงสูงมาก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล ติดตาม และจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสมจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยใช้แบบการคัดกรองโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตโดยวิธีทางวาจา (Verbal screening)

ระดับความเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ความเสี่ยงสูงมาก	6	37.5
ความเสี่ยงสูงปานกลาง	7	43.75
ความเสี่ยงสูง	3	18.75
รวม	16	100

2. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=10.81$, $S.D.=0.98$) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับมาก ($M=16.88$, $S.D.=1.95$) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ คะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.160$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=13.13$, $S.D.=$

1.82) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับมาก ($M=17.63$, $S.D.=1.68$) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.023$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

4. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=37.88$, $S.D.=6.34$) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($M=$

52.63, S.D.=4.63) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=9.025$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำซ้ำก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	10.81	0.98	ปานกลาง	16.88	1.95	มาก	19.160	0.000
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	13.13	1.82	ปานกลาง	17.63	1.68	มาก	11.023	0.000
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	37.88	6.34	ปานกลาง	52.63	4.63	มาก	9.025	0.000

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิชัย พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 10.81) หลังเข้าร่วมโปรแกรม การรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=19.160$, $p < .05$) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 16.88)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.13) หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t=11.023$, $p < .05$) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 17.63)

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 37.88) หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t=9.025$, $p < .05$) อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 52.63)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทั้งนี้ เนื่องจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1988) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลและสามารถปรับปรุงการปฏิบัติตัวได้ทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจให้ผู้ป่วย ในขณะที่การเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์และตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัว ส่งผลให้เกิดความตั้งใจและความพยายามใน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบเหล่านี้ร่วมกันส่งเสริมให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ (2557) ซึ่งพบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง Sullivan และคณะ (2008) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยของ Abraham & Sheeran (2015) ยังชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งสำคัญในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ งานวิจัยของ Chayawatto (2016) ยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้ นอกจากนี้ การวิจัยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ควบคุมเข้ามามีผลกระทบต่อผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กานต์ธิดา กาแพงแก้ว. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแผนการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลอื่นๆ โดยการพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นโรคซ้ำ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการดูแลสำหรับโรคอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนของประชากร

2.2 ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำ

2.3 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 6.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สุวิตรา สร้างนา (2557) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลกปี พ.ศ. 2558 (ปีงบประมาณ 2559). ค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/noncommunicable-disease/Stroke58.pdf>.

หัตยาพร มะโน. (2552). การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Abraham, C. & Sheeran, P. (2015). The Health belief Model. Retrieved on: 24 September 2023, from https://www.researchgate.net/publication/290193215_The_Health_Belief_Model

Becker, M.H., Maiman, L.A., Kirscht, J.P., Haefner, D.P., & Drachman, R.H. (198). The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. Journal of Health and Social Behavior, 348-366.

Best, J. W. (1981). Research in education. New jersey: Prentice-Hall. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Prevalence of stroke: United States, 2006–2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 61:379–82.

Chayawatto C. (2016). Depression in the caregivers of stroke patients. Region 4-5 Medical Journal, 35:14-27. (in Thai)

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). USA: Lawrence Erlbaum associates.

Ministry of public health. (2020). Division of strategy and planning, Office of the permanent Secretary, Reported public health status of Thailand 2020. Bangkok: the printing office to assist veterans organization.

Ministry of public health. (2018). Division of non-communicable diseases, Department of Disease Control. Reported number and rate of inpatients with stroke. Bangkok: the printing office to assist veterans organization; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>



- Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. (2017). Components of comprehensive and effective transitional Care. J Am GeriatrSoc [internet]. [cited 2021/11/9].65;1119-1125. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/315776473>
- Yubolchit N, Praekhao C, Tiamkao S. (2019). Quality of life of acute ischemia stroke patients in middle secondary hospital in health region 7. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience, 14: 15-36. (in Thai)
- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., Chang, A., Roos, C., & Scott, C. (2008). Predictors of Intention to Reduce Stroke Risk Among People at Risk of Stroke: An Application of an Extended Health Belief Model. Rehabilitation Psychology, 53(4), 505-51



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ

AJPPD



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ (Mohanamai Academic Network Association)