



# Journal

of environmental and community health

VOL10 NO.3 May - June 2025

## วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน 2568

ISSN : 2672-9717

## สารบัญ

| รายงานการวิจัย                                                                                                                                                                                                                                             | หน้า |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม<br>อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส .....                                                                                                        | 1    |
| นณมล ปิ่นพรม, รัตติ หนะนุรัตน์, สุภาวดี เพชรน้อย<br>กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใหม่จากการติดเชื้อข้อเข่าเทียม .....                                                                                                                | 14   |
| อรอุมา ชารักษ์<br>ผลของการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิก<br>ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี .....                                                                                                                 | 23   |
| นารี พิมพ์ภิรมย์<br>ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก<br>โรงพยาบาลหนองคาย .....                                                                                                       | 34   |
| สุรรัตน์ จันทร์หล้า, ลลิตา โหระฤทธิ์<br>ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความสามารถ<br>ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน .....                                                                                             | 43   |
| สุนันทา อุ่นศรี, จิรณัฐ จงพัฒนโชติกุล<br>ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง<br>โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี .....                                                                                             | 54   |
| ณัฐพร วิเศษสาร, นิยดา ไบโกล์<br>ผลการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกต่อความถูกต้องในการคัดแยก ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและการทบทวนผล<br>ของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุมภวาปี .....                                                    | 63   |
| นันทนา พิมพ์ทอง<br>ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถ<br>ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลคลองนารีน้องเขต อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา<br>จังหวัดฉะเชิงเทรา ..... | 73   |
| เวกนิญ เจียโหว<br>การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วย<br>กุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี .....                                                                                    | 81   |
| พจนีย์ สุดติภูมิ<br>การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย .....                                                                                                                                                                   | 94   |
| รุ่งสุริยา พรรณขาม<br>การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Pneumonia with sepsis<br>โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย .....                                                                     | 104  |
| ศรีประไพ มานะวงศ์<br>การพัฒนาแบบแผนการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา<br>จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) .....                                                               | 118  |
| ธิดา แสงมณี<br>ผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น<br>โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี .....                                                                               | 128  |
| อาธิญา แดงหน้า<br>ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความ<br>ดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลปากแจ่ม อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง .....                                                       | 140  |
| อุษา ทองมุกดากุล<br>การพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์แนวทางการสนทนา<br>เพื่อเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเสถภูมิ<br>อำเภอเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด .....             | 149  |
| ชุติมา มาตผล                                                                                                                                                                                                                                               |      |

## สารบัญ

| รายงานการวิจัย                                                                                                                                                                                                    | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ..... | 171  |
| วชิญญา เหมะลาคร, ปัญญาพร รัตนน                                                                                                                                                                                    |      |
| ผลของการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลห้วยคึก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ .....                                                          | 182  |
| สุภาพ แสงมา                                                                                                                                                                                                       |      |
| การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต : กรณีศึกษา .....                                                                                             | 192  |
| วิภาพร บุตรเอก                                                                                                                                                                                                    |      |
| การพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวังใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน .....                                                                                   | 202  |
| ธงชัย ศรีพน, ภัทรฐิตา จินตร                                                                                                                                                                                       |      |
| การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรคติดเชื้อพยาธิหลายขนาน : 2 กรณีศึกษา .....                                                                                                                             | 209  |
| ศศิภา ทับทิมพรรณ                                                                                                                                                                                                  |      |
| การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟัง โรงพยาบาลปากช่องนานา .....                                                                                                                          | 221  |
| ปรีชาดิ แจ่มพัฒนกิจ                                                                                                                                                                                               |      |
| การนำใช้เทคนิคทางอนุชีววิทยาวิธี TB-LAMP สำหรับตรวจวินิจฉัยและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น .....                                                            | 231  |
| สันต์ เกตติ, ณัฐนันทร ดาเหล็ก, ศุภัญญา ปานสวัสดิ์, เมธวี มะธิปะโน, ประภาพรธรรม ศรีมันตะ, นิภาพร ภักดีเจริญกุล, สมพงษ์ บุษราคัม                                                                                    |      |
| ผลของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง .....                                                                                                                    | 240  |
| นงลักษณ์ วงศ์พนรัตน์                                                                                                                                                                                              |      |
| ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช .....                                                                                                                     | 251  |
| ธนัญชัย คัมภีร์                                                                                                                                                                                                   |      |
| การพัฒนาแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ .....                                                                                                               | 257  |
| ชดชนก พริ้งเพรา                                                                                                                                                                                                   |      |
| รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี .....                                               | 267  |
| ดวงใจ พูลงาม                                                                                                                                                                                                      |      |
| การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการอัตราค่าส่งพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง .....                                                                                                                                        | 276  |
| บุญยาพร อารยวุฒิกุล, จริชญา รักษาจิตติกุล                                                                                                                                                                         |      |
| การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี .....                                                            | 285  |
| สัญญา เหมือนโพธิ์ทอง                                                                                                                                                                                              |      |
| การรับรู้ต่อการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี .....                                      | 294  |
| เยาวนา เพชรสถิตย์                                                                                                                                                                                                 |      |
| ผลของโปรแกรมจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี .....                                                                                         | 306  |
| นิลาวรรณ ดาวเศษ                                                                                                                                                                                                   |      |
| กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาและมีภาวะทุพโภชนาการ .....                                                                                                     | 316  |
| พานุช ไชยผา                                                                                                                                                                                                       |      |

## บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 33 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – มิถุนายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใหม่จากการติดเชื้อข้อเข่าเทียม พฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระบอก การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง การใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกต่อความถูกต้องในการคัดแยก ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง การจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1C การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Pneumonia with sepsis การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงกับครอบครัวและชุมชน การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมทั้งที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต การพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟัง การนำใช้เทคนิคทางอณูชีววิทยาวิธี TB-LAMP สำหรับตรวจวินิจฉัยและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค การให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี การพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการอัตราค่าลงพยาบาล การดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป



# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกัน ภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

## Development of nursing care model for elderly diabetic un control blood sugar levels patients for prevent dementia in Su-ngai Padi District, Narathiwat Province.

(Received: April 29,2025 ; Revised: May 13,2025 ; Accepted: May 19,2025)

ณฤมณ ปิ่นพรหม<sup>1</sup>ราตรี หะนุรัตน์<sup>1</sup> สุภาวดี เพชรย้อย<sup>1</sup>  
Narumon Pinprom<sup>1</sup> Ratree Hanurat<sup>1</sup> Supawadee Phetyoi<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา พัฒนา และใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสุขภาพจิต 2Q Plus แบบประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) ) แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วย t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ระดับสุขภาพจิต ระดับความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ระดับสภาพสมอง (MMSE-Thai) ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t= 6.68, 3.18, 5.37, -4.12, -8.23, 2.65, -2$  ตามลำดับ)

**คำสำคัญ:** การดูแลผู้สูงอายุ, การป้องกันภาวะสมองเสื่อม, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

### Abstract

This study was action research aimed to study the problems, develop and use nursing care model for elderly diabetes un control blood sugar levels for prevent dementia in Su-ngai Padi District, Narathiwat Province. Sample size were 45 elderly people who uncontrol blood sugar levels. Data were collected by general information interview form, 2Q Plus mental health assessment form, a dementia risk assessment form, basic mental health test (MMSE-Thai), Thai elderly depression assessment form (TGDS-15), Screening form for daily living (ADL), and clinical record of accumulated blood sugar (HbA1C) a focus group discussion guideline. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test to compare before and after development. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Research results found that the accumulated blood sugar level (HbA1C), mental health level, dementia risk level, brain condition level (MMSE-Thai), sadness level in Thai elderly and ability to perform daily life (ADL) improved significantly at the .05 level ( $t= 6.68, 3.18, 5.37, -4.12, -8.23, 2.65, -2$ , respectively). Conclusion and discussion of results to recommended to promote training to control blood sugar levels in patients and caregivers, together with community operations, so that dementia in the elderly can be prevented effectively.

**Keywords:** Elderly care, Dementia prevention, Blood sugar control

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

## บทนำ

ปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาระดับโลกในยุคปัจจุบัน เนื่องจากเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประชากรโลกทั้งหมดโดยประมาณ 7,628 ล้านคนทั่วโลก มีผู้สูงอายุโดยประมาณ 965 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.65 ของประชากรโลกทั้งหมด<sup>1</sup> โรคสมองเสื่อมมักพบในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและคนในครอบครัว อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมของประชากรโลกในผู้สูงอายุพบอัตราผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมถึง 1 ใน 20 รายในคนที่อายุเกิน 80 ปีจะมีอัตราสูงถึง 1 ใน 8 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ<sup>2</sup> โรคสมองเสือนั้นไม่มียาเฉพาะที่ใช้ในการรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการใช้ยาเพื่อเพิ่มระดับสารสื่อประสาทในสมองที่ช่วยเพิ่มความจำให้ดีขึ้น และลดปัญหาด้านพฤติกรรมที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดภาวะความจำเสื่อมอย่างรุนแรงไม่สามารถจำคนใกล้ชิดได้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บ้างหรือไม่ได้เลย เป็นภาระของครอบครัว และส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายในระดับนานาชาติทั่วโลก<sup>3</sup>

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดโดยประมาณ 68.9 ล้านคน ในนี้มีผู้สูงอายุโดยประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลง เหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี ปัจจุบัน และประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี อีกประมาณ 5 ปีข้างหน้าผู้สูงอายุจะมีจำนวน ร้อยละ 20 ของประชากรประเทศไทยทั้งหมด การเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2560 โดยกรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่ามีผู้ที่มีอายุจำนวน 10,325,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของประชากรทั้งหมด<sup>4</sup> ในปี 2563 มีผู้สูงอายุที่เป็นภาวะสมองเสื่อม ประมาณ 600,000 คน หรือ

ร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และได้พยากรณ์ไว้ว่าอีก 10 ปีข้างหน้า (ปี 2573) จะเพิ่มเป็น 1,117,000 คน โดยความชุกของโรคสมองเสื่อมจะพบมากในผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 30 และพบมากที่สุดกับผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป<sup>5</sup> สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.82 พบผู้ที่มีอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมสูงถึง ร้อยละ 25 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ประเทศต้องแบกรับค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมากในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน<sup>6</sup> โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและคนในครอบครัว รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลโดยประมาณเดือนละ 10,000 – 20,000 บาท กลายเป็นผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิต<sup>7</sup>

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของสมอง โดยจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิด บุคลิกภาพ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมที่พบบ่อยๆ คือ เนื้อสมองเสื่อมสลาย ที่พบบ่อย คือ โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูง โรคอ้วน โรคติดเชื้อในสมอง โรคขาดสารอาหารบางชนิด ระบบเมตาบอลิกในร่างกายแปรปรวน ต่อมไร้ท่อผิดปกติ ศีรษะถูกกระทบ กระแทกรุนแรง เนื้องอกในสมอง การได้รับยาที่เป็นพิษต่อการทำงานของสมอง<sup>8</sup> การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น การควบคุมน้ำหนักตัว ไม่ให้เกินเกณฑ์โดยรักษาค่าดัชนีมวลกายไม่ให้เกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร<sup>9</sup> การหลีกเลี่ยงยาหรือสารที่ทำให้เกิดอันตรายแก่สมอง เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น การทำ

กิจกรรมทางความคิด การฝึกให้สมองบ่อยๆ เช่น การอ่านหนังสือ หรือการเขียนหนังสือ บ่อยๆ การคิดเลข การเล่นเกมตอบปัญหา การฝึกหัดการใช้อุปกรณ์ใหม่ๆ การมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลสูง การรับประทานอาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ เช่น ปลา ผัก และผลไม้ การทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปวัด การไปงานเลี้ยงต่างๆ หรือการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เพื่อพบปะและพูดคุยกับผู้อื่นบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงความเครียด และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>10</sup>

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งหมด ที่รัฐบาลหลายๆ ประเทศมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการป้องกันและการควบคุมโรค สำหรับประเทศไทย ความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นในรอบ 10 ปี (ปี 2556-2566) จากร้อยละ 2.83 มาเป็นร้อยละ 5.62 ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานประเทศไทย สูงถึง ร้อยละ 8.42 หรือประมาณ 3.74 ล้านคน โรคเบาหวานส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.18 ของประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต้องรักษาแบบต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีอัตราการครองเตียงที่สูงและนานกว่ากลุ่มอายุอื่นมาก จึงส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อความต้องการบริการด้านสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย และเกิดการสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือการทำกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจ สูญเสียคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง และ

ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รวมทั้งความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในด้านต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมจึงพบได้ค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุ พบอุบัติการณ์สูงถึง ร้อยละ 6.22 เท่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยจะส่งผลต่อ ต่อภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคก่อให้เกิดภาวะโรคร่วมอื่นๆ ได้ง่าย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สำคัญคือส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด<sup>11</sup> ภาวะสมองเสื่อมมักส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติ เป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้า มีผลทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่แย่ลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดความสนใจในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และมีการดูแลตนเองน้อยลง การมีภาวะซึมเศร้าจะก่อให้เกิดผลเสีย และส่งผลกระทบในทางลบต่อภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ความสามารถในการจัดการตนเองลดลงการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและเกิดโรคร่วมอื่นๆ ตามมา นำไปสู่การดำเนินของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้น<sup>12</sup>

จังหวัดนราธิวาส มีผู้สูงอายุในปี 2564-2566 จำนวน 74,480 คน 76,353 คน และ คน 79,981 คิดเป็นร้อยละ 11.46 ,11.74 และ 12.27 ตามลำดับ จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ใน

จำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุและป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10,006 คน 11,108 คน และ 11,925 คน ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุเช่นกัน อำเภอสุโขทัย มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 1,788 คน 1,834 คน และ 1,936 คน ตามลำดับ และจากการคัดกรองผู้สูงอายุพบกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในปี 2564 พบ จำนวน 22 คน จาก 120 คน คิดเป็นร้อยละ 54.45 ปี 2565 พบ 26 คน จาก 145 คน ร้อยละ 17.93 และ ปี 2566 พบ 56 คน จาก 342 ร้อยละ 16.37 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้นของโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่ารูปแบบการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วน โดยจำต้องเหมาะกับบริบทในพื้นที่ และต้องดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยเฉพาะ โดยอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังในการทำ ความเข้าใจและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่ายทั้งโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน แม้กระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ แต่ในสถานการณ์จริงพบว่าการทำงานของหน่วยงานสถานบริการสุขภาพ องค์กรและผู้เกี่ยวข้อง ในลักษณะที่มุ่งเป้าหมายเดียวกัน ต่างคนต่างทำ ขาดการทำความเข้าใจและการนำบทเรียนมาทำการวิเคราะห์เชื่อมโยง เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับการขาดระบบติดตามสนับสนุนให้เกิดการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือสนับสนุน ระหว่างเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ผลที่เกิดขึ้นคือระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานยังไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน<sup>13</sup>

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อำเภอสุโขทัย

จังหวัดนราธิวาส เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา ชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้ช้าลง มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุและพบอุบัติการณ์ในผู้สูงอายุมากที่สุด การเกิดภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น การทำงานของสมองเสื่อมถอยลงจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถช่วยเหลือและพึ่งพิงตนเองให้ได้มากที่สุด รวมไปถึงการเฝ้าระวังระดับน้ำตาล การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันรักษาฟื้นฟู และหาแนวทางช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีมาตรฐานทางการแพทย์ และเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

### วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล



เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2567 - กุมภาพันธ์ ปี 2568 รวม ดำเนินการวิจัย 8 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจน สิ้นสุดโครงการ โดยมีรูปแบบ ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหสาขา วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ, เชิง ปริมาณ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้ ( HbA1C >8 )ในอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2567-กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 149 คน

**กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ** ได้แก่ ทีมสห สาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย และผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และตัวแทนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป **เชิง ปริมาณ** ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1C >8 )ใน อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2567-กุมภาพันธ์ 2568 คัดเลือกโดย เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตาม คุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยความสมัครใจ คำนวณ กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูปได้ จำนวน 45 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามเชิงคุณภาพ แนวทาง สทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และมีความ เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล สุขภาพกายของ ผู้สูงอายุ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาของผู้สูงอายุ

3) แบบประเมินสุขภาพจิต 2Q Plus ของ Thoranin Kongsuk, 2018 จำนวน 3 ข้อ การ แปลผล 2 ระดับ

4) แบบประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม จำนวน 14 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน ข้อคำถามเกี่ยวกับความจำ สมาธิ ทิศทาง โดยตอบ ตามความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ลักษณะเป็นแบบประเมินความถี่ในการเกิด เหตุการณ์ ของ British Medical Association แปลโดย มหาวิทยาลัยมหิดล

5) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) จำนวน 11 ข้อ 30 คะแนน ลักษณะเป็นการทดสอบให้คะแนน ของ คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ 1) Orientation for time, place 2) Registration 3) Attention/calculation 4) Recall 5) Language 6) Vasoconstriction

6) แบบ ประเมิน ภาวะพุทิตปัญญา ( Montreal Cognitive Assessment, MoCA) จำนวน 11 ข้อ 30 คะแนน พัฒนาขึ้นในปี 1996 โดย Dr. Ziad Nasreddine

7) แบบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย (TGDS-15) จำนวน 15 ข้อ 15คะแนน พัฒนา โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์, 2550

8) แบบประเมินคัดกรองความสามารถใน การดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) จำนวน 10 ข้อ 20 คะแนน ตาม ดัชนีของบาร์เรล

9) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจรักษา โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ได้แก่ ผลตรวจค่าน้ำตาล สะสม (HbA1C) ค่าน้ำตาลหลังดอาหาร 6-8 ชั่วโมง (FBS) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานใน แต่ละเดือน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือในการ วิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าสูงต่ำ สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การเปรียบเทียบ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ระดับสุขภาพจิต ระดับความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ระดับสภาพสมอง (MMSE-Thai) ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และ ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

### จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### ผลการวิจัย

1) สถานการณ์ ปัญหา ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส **เชิงคุณภาพ** การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบเดิมจะให้บริการเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ขาดการดูแลแบบต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ไม่ได้มีการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลโดย อสม. หรือผู้นำชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงภาวะสมองเสื่อม การขาดระบบการดูแลที่บูรณาการจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน รูปแบบเดิมเน้นให้โรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โดยขาดการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะด้านของผู้สูงอายุในบริบทท้องถิ่นได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาระหนักกับบุคลากรในโรงพยาบาล และขาดความต่อเนื่องในการดูแล จากการวิเคราะห์ ในรูปแบบเดิมไม่มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน หรือขาดความรับผิดชอบในบางพื้นที่ ไม่มีระบบการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นระบบ ไม่ต่อเนื่อง และขาดประสิทธิภาพในการดูแลแบบองค์รวม การอบรมในรูปแบบเดิมเน้นการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่สามารถเจาะจงไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้การปฏิบัติตัวหลังอบรมไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ขาดระบบการติดตามและประเมินผลรายบุคคล ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำตาล การดำเนินการในปัจจุบันยังขาดคู่มือ แนวปฏิบัติ หรือเครื่องมือที่เหมาะสมในการดูแลและประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ การให้ความรู้เป็นเพียงครั้งคราว ไม่มีแนวทางหรือสื่อที่สามารถนำไปใช้งานจริงได้ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถติดตามประเมินอาการของผู้สูงอายุได้อย่างแม่นยำ **เชิงปริมาณ** กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 45 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 45 คน ส่วนมากเป็นหญิง จำนวน 33 คน ร้อยละ 73.33 รองลงมา ชาย จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.66 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 65 ถึง 69 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 รองลงมาคือช่วง 70 ถึง 74 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 และช่วง 75 ถึง 79 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20 โดยอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 68.36 ปี ต่ำสุด 62 ปี และสูงสุด 87 ปี ตามลำดับสถานภาพสมรสส่วนมากเป็นผู้ที่สมรสแล้ว จำนวน 31 คน ร้อยละ 68.89 รองลงมาคือกลุ่มหม้าย จำนวน 13 คน ร้อยละ 28.88 และกลุ่มหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ ด้านศาสนา พบว่าผู้สูงอายุส่วนมาก

ศาสนา อิสลาม จำนวน 32 คน ร้อยละ 71.11 และ พุทธ จำนวน 13 คน ร้อยละ 28.88 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากเป็นผู้ที่จบประถมศึกษา จำนวน 34 คน ร้อยละ 75.55 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 และมีมัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ อาชีพที่พบมากที่สุดคือทำสวน จำนวน 36 คน ร้อยละ 80 รองลงมาคือรับจ้าง 7 คน ร้อยละ 15.55 ค้าขาย 1 คน ร้อยละ 2.22 และว่างงาน 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนมากอยู่ในกลุ่มต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 37 คน ร้อยละ 82.22 รองลงมาคือรายได้ 5,001 ถึง 10,000 บาท จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 รายได้ 10,001 ถึง 20,000 บาท จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 รายได้มากกว่า 20,000 บาท จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 และไม่มีรายได้ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ โดยรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 6,011.11 บาท ต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสุด 60,000 บาท ตามลำดับ น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากกระจุกตัวในช่วง 50 ถึง 54 กิโลกรัม จำนวน 9 คน ร้อยละ 20 รองลงมาคือช่วง 60 ถึง 64 กิโลกรัม จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 และช่วง 55 ถึง 59 กิโลกรัม จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ น้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 93 กิโลกรัม ต่ำสุด 46 กิโลกรัม และสูงสุด 90 กิโลกรัม ตามลำดับ รอบแขนส่วนมากกระจุกตัวในช่วง 150 ถึง 154 เซนติเมตร จำนวน 14 คน ร้อยละ 31.11 รองลงมาคือช่วง 160 ถึง 164 เซนติเมตร จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 และช่วง 155 ถึง 159 เซนติเมตร จำนวน 9 คน ร้อยละ 20 ตามลำดับ รอบแขนเฉลี่ยอยู่ที่ 155.56 เซนติเมตร ต่ำสุด 100 เซนติเมตร และสูงสุด 170 เซนติเมตร ตามลำดับ ดัชนีมวลกายหรือ BMI ส่วนมากจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 22 คน ร้อยละ 48.89 รองลงมาคือกลุ่มอ้วน 15 คน ร้อยละ 33.33 และกลุ่มอ้วนมาก 8 คน ร้อยละ 17.78 ตามลำดับ ค่า BMI เฉลี่ยอยู่ที่ 25.92 ต่ำสุด 19.46 และสูงสุด 35.83 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตามลำดับ รอบเอว

ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากผิดปกติ คือมีค่ามากกว่า 80 เซนติเมตร จำนวน 41 คน ร้อยละ 91.11 ส่วนกลุ่มที่มีรอบเอวปกติต่ำกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร มีจำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ตามลำดับ รอบเอวเฉลี่ยอยู่ที่ 91.53 เซนติเมตร ต่ำสุด 67 เซนติเมตร และสูงสุด 120 เซนติเมตร ตามลำดับ ความดันโลหิตส่วนมากปกติ มีค่าต่ำกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 40 คน ร้อยละ 88.89 และกลุ่มที่มีความดันสูงผิดปกติมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ความสามารถในการมองเห็น พบว่ามองเห็นชัดเจน จำนวน 17 คน ร้อยละ 37.78 และมองเห็นมัว จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.22 ตามลำดับ ขณะที่ความสามารถในการได้ยินชัดเจน มีจำนวน 38 คน ร้อยละ 84.44 และได้ยินไม่ชัดเจน 7 คน ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ส่วนมากไม่มีอุปกรณ์ จำนวน 19 คน ร้อยละ 42.22 รองลงมาคือใช้ฟันปลอม 22 คน ร้อยละ 48.89 ส่วนผู้ที่ใส่แว่นตามีจำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 และไม้เท้า 3 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งที่ 1 ไม่พบกลุ่มที่มีระดับปกติและกลุ่มเสี่ยงที่มีค่า HbA1C 5.71 ถึง 6.49 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีค่ามากกว่า 6.50 จำนวน 45 คน ร้อยละ 100 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย HbA1c อยู่ที่ 10.03 ต่ำสุด 8 และสูงสุด 14 ตามลำดับ

2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส **กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อป้องกันสมองเสื่อม** ประกอบด้วย 5 แนวทาง สำคัญดังนี้ 1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข 2)สนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ค่าสัณณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ 4) อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและจัดทำ

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 5) การประเมินให้ความรู้การป้องกันโรคสมองเสื่อมและการรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลด้วยแนวทางที่ได้มาตรฐานและทันสมัย **กระบวนการถอดบทเรียน** การดูแลผู้สูงอายุป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมทั้งหมด 8 เดือน ผลการถอดบทเรียน **เดือนที่ 1** โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าส่วนราชการ พยายามปรับการดำเนินการตามนโยบายใหม่ ข้อกฎหมาย และนโยบายที่ทางผู้วิจัยกำหนด เพื่อสะท้อนปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ในการผลักดันให้เกิดในชุมชน ผลการถอดบทเรียน **เดือนที่ 2-3** โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าส่วนราชการ พยายามปรับการดำเนินการตามนโยบายใหม่ ข้อกฎหมาย และนโยบายที่ทางผู้วิจัยกำหนด เพื่อสะท้อนปัญหาการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ในการผลักดันให้เกิดในชุมชน ผลการถอดบทเรียน **เดือนที่ 4-5** การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจคาดเคลื่อน จึงได้ปรับให้มีการอบรม เดือนละ 1 ครั้ง ในชุมชนเพื่อวางรูปแบบ ชุมชนเป็นเจ้าภาพ รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง สามารถควบคุมได้ดี เป็นบุคคลที่ทรงคุณค่ากับชุมชน เคยประสบความสำเร็จในอดีต ผู้มากประสบการณ์ โดยโรงพยาบาลต้องเป็นผู้ผลักดันกลไกต่างๆ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้มากที่สุด ผลการถอดบทเรียน **เดือนที่ 6-8** การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจคาดเคลื่อน จึงได้ปรับให้มีการอบรม เดือนละ 1

ครั้ง ในชุมชนเพื่อวางรูปแบบ ชุมชนเป็นเจ้าภาพ รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่ากับชุมชน เคยประสบความสำเร็จในอดีต ผู้มากประสบการณ์ นำทางแทน โดยโรงพยาบาลต้องเป็นผู้ผลักดันกลไกต่างๆ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล ให้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด โดยบริการและการดูแลต่างๆ ต้องออกมาจากชุมชน

3) ผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

3.1) ผลการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดน้ำตาลสะสม (HbA1C) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีผู้ที่มีค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ปกติเลย โดยมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 10.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 ค่าต่ำสุด 8.00 และค่าสูงสุด 14.00 ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่มีค่า HbA1c อยู่ในระดับเสี่ยงสูงลดลงเหลือ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 กลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 15 คน ร้อยละ 33.33 และกลุ่มที่มีค่า HbA1c อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 6 คน ร้อยละ 13.33 โดยมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 7.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.84 ค่าต่ำสุด 4.50 และค่าสูงสุด 12.30 ตามลำดับ

3.2) ผลการประเมินสุขภาพจิต (2Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ส่วนมากอยู่ในกลุ่มปกติจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.4 รองลงมาคือกลุ่มผิดปกติ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่มีผลประเมิน



สุขภาพจิต 2Q อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.60 ขณะที่กลุ่มผิดปกติลดลงเหลือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติเพิ่มขึ้น และกลุ่มผิดปกติลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นแนวโน้มสุขภาพจิตที่ดีขึ้นหลังการพัฒนา

3.3) ผลการประเมินประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (British Medical Association, BMA score) ใน กลุ่ม ผู้สูง อายุ ที่ ป่วย เป็น โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 รองลงมาคือระดับค่อนข้างต่ำ จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 ระดับดีมาก 4 คน ร้อยละ 8.89 และระดับต่ำ 1 คน ร้อยละ 2.22 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อม BMA เท่ากับ 24.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.62 ค่าต่ำสุด 15.00 และค่าสูงสุด 39.00 ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่อยู่ในระดับปานกลางยังคงมีจำนวนสูงสุดคือ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือระดับค่อนข้างต่ำ 10 คน ร้อยละ 22.22 ระดับดีมากเพิ่มขึ้นเป็น 7 คน ร้อยละ 15.56 และระดับต่ำคงที่ 1 คน ร้อยละ 2.22 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อม BMA เท่ากับ 21.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.23 ค่าต่ำสุด 13.00 และค่าสูงสุด 34.00 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้ที่อยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้น และระดับค่อนข้างต่ำลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนแนวโน้มการพัฒนาภาวะสมองในทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

3.4) ผลการประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) ใน กลุ่ม ผู้สูง อายุ ที่ ป่วย เป็น โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่ามีจำนวนผู้ที่มีผลการประเมินสภาพสมอง

เบื้องต้น MMSE-Thai อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 ขณะที่กลุ่มสงสัยภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.78 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่มีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 34 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56 ขณะที่กลุ่มสงสัยภาวะสมองเสื่อมลดลงเหลือ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.44 ตามลำดับ

3.5) ผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) ใน กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่ามีจำนวนผู้ที่มีผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ขณะที่กลุ่มผิดปกติมีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่มีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นเป็น 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.22 ขณะที่กลุ่มผิดปกติลดลงเหลือ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 37.78 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาปกติเพิ่มขึ้น และกลุ่มผิดปกติลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นแนวโน้มการพัฒนาภาวะพุทธิปัญญาในทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

3.6) ผลการประเมินความเครียดในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ใน กลุ่ม ผู้สูง อายุ ที่ ป่วย เป็น โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุส่วนมากที่อยู่ในระดับปกติ (0 - 5 คะแนน) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 รองลงมาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (6 - 10 คะแนน) มีจำนวน 7 คน ร้อยละ 15.55 และไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต้องพบแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน TGDS เท่ากับ 3.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.7 ค่าต่ำสุด 2.00 และค่าสูงสุด 8.00 ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่า ส่วนมากคือกลุ่ม

ที่อยู่ในระดับปกติ (0 - 5 คะแนน) เพิ่มขึ้นเป็น 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.55 ขณะที่กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (6 - 10 คะแนน) ลดลงเหลือ 2 คน ร้อยละ 4.44 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน TGDS ลดลงเป็น 2.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 ค่าต่ำสุด 2.00 และค่าสูงสุด 6.00 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีระดับความเศร้าในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น และกลุ่มที่มีความเศร้าลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนถึงแนวโน้มการพัฒนาสุขภาพจิตในทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

3.7) ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) โดยใช้ดัชนี Barthel ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง 45 คน พบว่ามีจำนวนผู้ที่อยู่ภาวะพึ่งพาปานกลาง (9 - 11 คะแนน) จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 และกลุ่มที่ไม่เป็นการพึ่งพา (12 - 20 คะแนน) จำนวน 40 คน ร้อยละ 88.88 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ADL เท่ากับ 18.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.08 ค่าต่ำสุด 11.00 และค่าสูงสุด 20.00 ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มที่ไม่เป็นการพึ่งพาเพิ่มขึ้นเป็น 2 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ขณะที่ภาวะพึ่งพาปานกลางลดลงเหลือ 2 คน ร้อยละ 4.44 ไม่มีกลุ่มภาวะพึ่งพารุนแรงและภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 19.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.38 ค่าต่ำสุด 11.00 และค่าสูงสุด 20.00 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่า หลังการพัฒนา มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพาลดลง และจำนวนผู้ที่ไม่เป็นการพึ่งพาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนถึงแนวโน้มการพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในทางที่ดีขึ้นตามลำดับ

3.8) การเปรียบเทียบ Hba1c ประเมินสุขภาพจิต 2Q ภาวะสมองเสื่อม BMA สภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) ภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ความสามารถ

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส การเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภายหลังการใช้ การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ย Hba1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน =  $10.03 \pm 2.05$ , หลัง =  $7.76 \pm 1.84$ ;  $t = 6.68$ ,  $p < .001$ ) คะแนนประเมินสุขภาพจิต 2Q ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ก่อน =  $0.31 \pm 0.57$ , หลัง =  $0.09 \pm 0.29$ ;  $t = 3.18$ ,  $p = .003$ ) คะแนนภาวะความจำ(BMA) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน =  $24.84 \pm 5.62$ , หลัง =  $21.76 \pm 5.23$ ;  $t = 5.37$ ,  $p < .001$ ) คะแนนสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน =  $18.07 \pm 4.23$ , หลัง =  $20.15 \pm 3.81$ ;  $t = -4.12$ ,  $p < .001$ ) คะแนนภาวะพุทธิปัญญา (MoCA) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน =  $22.05 \pm 4.98$ , หลัง =  $27.10 \pm 2.68$ ;  $t = -8.23$ ,  $p < .001$ ) คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ก่อน =  $3.31 \pm 1.70$ , หลัง =  $2.8 \pm 1.03$ ;  $t = 2.65$ ,  $p < .001$ ) คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ก่อน =  $18.77 \pm 3.08$ , หลัง =  $19.08 \pm 2.38$ ;  $t = -2$ ,  $p < .001$ ) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์และปัญหาก่อนการพัฒนา รูปแบบการศึกษานี้พบว่าระบบการดูแลแบบเดิมมีข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การดูแลไม่ต่อเนื่อง การให้บริการเน้นเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อน ขาดการดูแล

ต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ขาดการเชื่อมโยงกับชุมชน ไม่มีการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลกับบริการสุขภาพระดับชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน หรือการดูแลโดย อสม. ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน: โรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแล โดยขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน ทำให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและไม่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะด้านได้ บทบาทของภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน ขาดการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนหรือขาดความรับผิดชอบในบางพื้นที่ขาดเครื่องมือที่เหมาะสม ไม่มีคู่มือ แนวปฏิบัติ หรือเครื่องมือที่เหมาะสมในการดูแลและประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ สถานการณ์นี้มีความท้าทายในการจัดการโรคเรื้อรังว่าต้องการการดูแลแบบบูรณาการและต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงการดูแลรักษาเพียงอย่างเดียวควรมีการส่งเสริมเชิงระบบเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับ บุญเลิศ นิลละออง<sup>14</sup>

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 แนวทางสำคัญ การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข การสนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชนการกำหนดบทบาทหน้าที่คณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อม การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในหลายมิติ กระบวนการพัฒนารูปแบบและปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการถอดบทเรียนพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบการดูแลประสบความสำเร็จ ได้แก่ การให้ชุมชนเป็นเจ้าภาพ: การปรับรูปแบบให้ชุมชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน การอบรมอย่างต่อเนื่อง: การจัดอบรมเดือนละ 1 ครั้งในชุมชน ช่วยเสริมสร้างความรู้และ

ทักษะให้แก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชนการผลักดันกลไกต่างๆ โดยโรงพยาบาล: โรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ผลักดันให้ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม การเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ชุมชนเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่า มีประสบการณ์และควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กระบวนการพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชน สอดคล้องกับ ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และ อรสา กงตาล<sup>15</sup>

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) จากค่าเฉลี่ย 10.03 เป็น 7.72 สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลแบบบูรณาการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ผลการประเมินสุขภาพจิต (2Q) แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของกลุ่มที่มีสุขภาพจิตปกติจากร้อยละ 84.4 เป็น 95.6 ความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) โดยกลุ่มที่อยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.44 เป็น 95.55 ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าการดูแลแบบองค์รวมที่มีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะสมองเสื่อม สมรรถภาพทางสมอง คะแนนความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (BMA) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) การประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai) แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของกลุ่มที่มีผลประเมินปกติจากร้อยละ 62.22 เป็น 75.56 ภาวะพหุปัญญา (MoCA) พบว่ากลุ่มที่มีผลการประเมินปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33

เป็น 62.22 การพัฒนาที่เห็นได้ชัดในด้านสมรรถภาพทางสมองสะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับการดูแลแบบองค์รวมสามารถชะลอหรือป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางสมองได้ เนื่องจากพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานและการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางสมอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) โดยกลุ่มที่ไม่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.88 เป็น 93.33 สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลแบบบูรณาการช่วยเพิ่มความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ อีรพัฒน์ สุทธิประภา อรรถวิทย์ เนินชัด และ เกรียงไกร ประจัญศรี<sup>16</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ควรเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและพื้นที่ตนเอง ควรสนับสนุนความรู้การดูแลตนเอง ทักษะ และความพึงใจเป็นสำคัญ
2. ควรมีการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแล ชุมชน เป็นสำคัญ

3. ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวานที่หลากหลายเพื่อจะได้ออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากเบาหวานและภาวะสมองเสื่อมได้ครอบคลุมทุกมิติมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการสนับสนุนทีมพยาบาล NCD ร่วมกับ ทีมพยาบาลผู้สูงอายุให้มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในชุมชน

5. ควรมีการบูรณาการร่วมกันกับทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC) เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุโขทัยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และบุคลากรในโรงพยาบาลสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุโขทัย และภาคีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Development Programme Thailand. (2022). Thai Women's Unpaid Care and Domestic Work and the Impact on Decent Employment. 2022.
2. Muangpaian W. Know the truth and understand the elderly health and dementia. Bangkok: SE-Education; 2016.
3. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และ อาทิตยา สุวรรณ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2560; 9(2): 145-158.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน). 2566.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). สรุปผลที่สำคัญการทำงานของสูงอายุไทย. 2566.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2565.



- 7.มลฑา ชื่นชอบ. การสร้างทักษะการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 64 คลองสามวา. สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. 2562.
- 8.สุจรรยา แสงเขียวงาม และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(4): 62-71.
- 9.Ritchie, K., Carriere, Ritchie, C.W., Berr, Atero & Ancelin, 2010.
- 10.อภิญา จินานรักษ์. การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลหนองหอย อำเภอเมือง เชียงใหม่[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
- 11.กัตติกา ธนะขว้าง.การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557.
- 12.บรรณันท์ พิมพโพธิ์. การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนตำบลไผ่ล้อม อำเภอลำลูกกา จังหวัดอุดรดิษฐ์ [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
- 13.กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุโขทัย. รายงานผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC. โรงพยาบาลสุโขทัย 2567.
- 14.บุญเลิศ นิลละออง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.2566; 8(1): 261-292.
- 15.ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และ อรสา กงตาล. การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2563; 40(3): 48-65.
- 16.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา, อรรถวิทย์ เนินชัด และ เกรียงไกร ประจัญศรี. การประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2567; 9(4): 665-671.

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าใหม่จากการติดเชื้อข้อเข้าเทียม  
Case study: Nursing care for post-knee replacement patients  
with prosthetic knee infection.

(Received: May 5,2025 ; Revised: May 19,2025 ; Accepted: May 20,2025)

อรอุมา ชารีรักษ์<sup>1</sup>  
Oruma Chareerak<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าใหม่จากการติดเชื้อข้อเข้าเทียม ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยญาติพี่น้องและเวชระเบียน เกี่ยวกับประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน สุขภาพครอบครัว การผ่าตัด การแพ้ยา และการเจ็บป่วยในครอบครัว กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอนและการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 72 ปี เคยทำการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมข้างซ้ายไปเมื่อ 7 เดือนที่แล้ว ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยมีอาการปวด บวมแดง ที่เข้าข้างซ้าย เมื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ได้ทำการเอกซเรย์ที่เข้าข้างซ้ายและให้ยาแก้ปวดรับประทาน แพทย์นัดติดตามอาการต่อเนื่อง แต่อาการไม่ดีขึ้น พบว่าข้อเข้าข้างซ้ายมีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีไข้สูง เดินไม่ไหว ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ข้อเข้าเทียมข้างซ้ายติดเชื้อ ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดล้างแผลที่เปลี่ยนข้อเข้าเทียมข้างซ้าย ให้การพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอนและการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็มต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า, ข้อเข้าเทียม, การพยาบาล

Abstract

This study was a case study. The objective was to study the nursing care of post-knee replacement patients with prosthetic knee infection admitted to Rajavithi Hospital on November 16, 2024. The data were collected from patients, relatives, and medical records regarding personal history, past and present illnesses, family health, surgeries, drug allergies, and family illnesses. Establish nursing diagnoses based on the holistic nursing theory, Gordon's health assessment model, and Orem's self-care nursing.

The study results revealed that the patient was a 72-year-old Thai woman who had undergone left knee replacement surgery 7 months ago. One month before the examination at the hospital, the patient had pain, swelling, and redness in the left knee. When examined at the hospital, the doctor took an X-ray of her left knee and prescribed painkillers to take. The doctor made an appointment for a follow-up, but the symptoms did not improve. It was found that the left knee was painful, swollen, red, hot, had a high fever and the knee was very hot, could not walk, and the more I moved, the more pain I felt. The nursing diagnosis: left knee replacement was infected. The treatment was the surgical cleaning of the left knee replacement. Provide nursing care based on holistic nursing theory, combined with Gordon's health assessment model and Orem's self-care nursing, continuously at home.

**Keywords:** Post-knee replacement patients, prosthetic knee, nursing care.

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี

## บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้นจากกระดูกอ่อนผิวข้อสูญเสียอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ของการเกิดโรคพบได้มากขึ้นหลังอายุ 40 ปีขึ้นไป<sup>1</sup> ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคข้อเสื่อมอื่นๆ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมนี้จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวของข้อลดลง หากกระบวนการดำเนินต่อไปจะมีผลทำให้เกิดข้อผิดรูปได้ ปัญหาที่สำคัญที่สุดในโรคข้อเข่าเสื่อม คือ อาการปวดและความสามารถในการใช้ข้อทำงานได้ลดลง ดังนั้น การรักษาจึงมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการปวด ส่งเสริมให้ข้อสามารถทำงานได้ รวมทั้งป้องกันไม่ให้ข้อถูกทำลายมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมอาจเริ่มต้นจากการรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตัวเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุของโรค รวมทั้งการทำกายภาพบำบัดและเวชศาสตร์ฟื้นฟู การรักษาโดยการให้ยา แบ่งได้เป็นกลุ่มยาลดอาการปวด ลดอาการอักเสบของข้อ และยากลุ่มที่ออกฤทธิ์เพื่อรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมในระยะยาว และอาจช่วยชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมได้ หากการรักษาดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผลหรือผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น อาจต้องรักษาโดยการผ่าตัด

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 และคาดว่าปี 2583 ผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมดจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะได้รับอุบัติเหตุล้มปีละกว่า 3 ล้านรายและร้อยละ 20 ได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการบาดเจ็บบริเวณต้นขาและข้อเข่าเสื่อม<sup>1</sup> ข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีการคาดการณ์ว่าสถิติจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งในโรงพยาบาลของรัฐบาล และโรงพยาบาล

เอกชน ปีละประมาณ 17,000 ถึง 20,000 ราย<sup>2</sup> โรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีค่าใช้จ่ายประมาณ 50,000 – 100,000 บาทต่อราย โดยเฉพาะค่า ข้อเข่าเทียมอย่างเดียวไม่รวมค่ารักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 46,000 บาท<sup>3</sup>

จากสถิติของภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในปีพ.ศ. 2565 - 2567 มีจำนวน 662, 722 และ 706 ราย<sup>4</sup> ซึ่งภายหลังเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมจากพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุดภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการดมยาสลบ การติดเชื้อของผิวหนัง ข้ออักเสบติดเชื้อ การติดเชื้อของร่างกาย เช่น ปอดอักเสบ ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดเฉียบพลัน การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ<sup>5</sup> เป็นต้น การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมมากในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถฟื้นฟูได้เร็วขึ้นรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าวิธีการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การประเมินผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หากไม่ได้รับการรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายจิตใจ รวมถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด

จากปัญหาของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างซ้ายที่โรงพยาบาลราชวิถีมาแล้วครั้งหนึ่ง แต่ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดีพอ จึงทำให้ข้อเข่าข้างซ้ายอักเสบและติดเชื้ออีก แพทย์จึงทำการตรวจและให้การรักษาด้วยการผ่าตัดข้อเข่าเทียม เพื่อล้างแผลที่ติดเชื้อ ในขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนั้นผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดีอยู่ตลอดเวลา โดยพยาบาลจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ

ในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ ตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติได้มากที่สุด และจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใหม่จากการติดเชื้อข้อเข่าเทียม

### วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใหม่จากการติดเชื้อข้อเข่าเทียม จำนวน 1 ราย จากเวชระเบียนผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน สุขภาพครอบครัว การผ่าตัด การแพ้ยา การเจ็บป่วยในครอบครัว
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)<sup>6</sup> และการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)<sup>7</sup> โดยเน้นการพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
4. ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
5. สรุปผลการศึกษา เรียบเรียงเนื้อหาตามหลักวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาล
6. ตรวจสอบและแก้ไขผลการศึกษิตตามแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
7. รวบรวมจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและเผยแพร่

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วย (Assessment tool) ที่กำหนดขึ้นในการซักประวัติผู้ป่วย เช่น ประวัติส่วนตัว สภาวะร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมวัฒนธรรม ตลอดจนภูมิหลัง ความเชื่อ ความศรัทธา ศาสนา การสังเกต

พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และการตรวจร่างกายผู้ป่วย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้หลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ทั่วไป ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice)

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี มีภาวะเข่าเสื่อม ทั้ง 2 ข้าง แต่ข้อเข่าข้างซ้ายเสื่อมมากกว่าข้างขวา เมื่อ 1 ปีที่แล้วเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะของข้อเข่าข้างซ้ายเสื่อม (Left Osteoarthritis of the knee) และเมื่อ 7 เดือนที่แล้ว แพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างซ้ายให้ (Left Total Knee Arthroplasty : TKA) และให้มาตรวจตามนัดทุกครั้งหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเวลา 1 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวด บวม แดง ร้อน เป็นๆ หายๆ ที่ข้อเข่าข้างซ้าย เดินได้ปกติ ไม่มีแผล ไม่มีหนองซึม ไม่มีไข้ ไม่รู้สึกเข่าหลวม เวลาเหยียดหรือหดสุด ๆ ได้รับการตรวจจากแพทย์ โดยทำการเอ็กซเรย์ที่ข้อเข่าข้างซ้าย และรักษาโดยให้ยาแก้ปวดและยาแก้อักเสบไปทานที่บ้าน และแพทย์นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ในช่วงเวลา 3 วันก่อน มาโรงพยาบาลราชวิถี ผู้ป่วยมีอาการเข่าข้างซ้ายปวด บวม แดง มีไข้สูง Pain score=8/10 เข่าร้อนมาก เดินไม่ไหว ยิ่งขยับยิ่งปวดมาก จึงเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลอีกครั้งในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2567 แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าติดเชื้อที่ข้อเข่าเทียมข้างซ้าย จึงทำการรักษาด้วยการผ่าตัดล้างแผลติดเชื้อที่ข้อเข่าเทียมข้างซ้าย รวมวันพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 61 วัน



ตารางที่ 1 การให้การพยาบาลตามแผน

| การวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข้าข้างซ้าย</b></p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนบางส่วน ร่วมกับระบบการสนับสนุนให้ความรู้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: “ผู้ป่วยบอก ปวดเข้าข้างซ้าย”</p> <p>O: Pain scale = 8/10 คะแนน ลงน้ำหนักที่ขาข้างซ้ายไม่ได้ มีสีหน้าไม่สุขสบาย</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปวดทุเลาลง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน 1. Pain scale &lt; 3 คะแนน</p> <p>2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้</p>                                                                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง และบันทึกเป็นสัญญาณชีพ</li> <li>ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนเพื่อไม่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น</li> <li>จัด Position ขาข้างซ้าย โดยดูแลวางขาให้ราบในแนวตรง ม้วนผ้ารองใต้เข้าเพื่อลดอาการปวดและบวม</li> <li>ดูแลประคบเจลเย็นบริเวณเข้าข้าง โดยประคบเย็นทุก 2 ชั่วโมง ประคบนาน 20 นาที เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด</li> <li>จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ</li> <li>ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg iv prn q 4 hr., Paracetamol (500 mg) 1tab oral PRN q 6 hr. และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น มีผื่นขึ้น บวม ให้ยา Tramal (50 mg) 1tab oral tid pc ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน วิดกกังวล อาการสั่น กระสับกระส่าย เหงื่อท่วมตัว นอนไม่หลับ อาการประสาทหลอน ประเมิน อาการปวดซ้ำหลังได้รับยาแก้ปวด</li> <li>เบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ผู้ป่วยหากิจกรรมทำ เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุกับญาติที่มาเยี่ยม หรือพูดคุยกับผู้ป่วยเตียงใกล้เคียง</li> </ol> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยมีอาการปวดทุเลาลง Pain scale=3</li> <li>ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นสดใสมากขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้</li> </ol> |
| <p><b>การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยในครั้งนี้</b></p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบการสนับสนุนให้ความรู้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยถอนหายใจ พูดเสียงแหบและเบาออกมาว่า “ไม่คิดว่าจะต้องมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดซ้ำ”</p> <p>: ญาติสอบถามว่า “ต้องนอนโรงพยาบาลกี่วัน การผ่าตัดครั้งนี้จะนานไหม”</p> <p>: ญาติสอบถามว่า “ต้องดมยาสลบไหม”</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น</li> <li>มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร พูดคุยให้กำลังใจ ตอบข้อซักถาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความไว้วางใจในการรักษาพยาบาล</li> <li>รับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและพูดระบายความรู้สึกกังวลใจ</li> <li>ประเมินความรู้และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในการผ่าตัด ให้ข้อมูลที่จำเป็น 4. อธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาพยาบาล สภาพและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดโดยสังเขป</li> <li>เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมต่อแผนการรักษาพยาบาล ตรวจสอบความพร้อมของเอกสาร ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Chest X-ray และ EKG ในยินยอมในการผ่าตัด ในยินยอมในการรับเลือด</li> <li>ประเมินความรู้และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในการผ่าตัด ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ การจัดการความปวด</li> <li>สอนสาธิตการผ่อนคลายความเครียด โดยการอยู่ในท่าที่สบายหายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ และผ่อนคลายหายใจออกช้าๆ</li> </ol> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยรับรู้ในคำอธิบายการผ่าตัด ลงนามในใบยินยอมการผ่าตัดและการรักษา ญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา ลงนามเป็นพยานการรักษาและการผ่าตัด</p>                                                                                                                                                                   |
| <p><b>การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะ Electrolyte imbalance</b></p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนบางส่วน ร่วมกับระบบการสนับสนุนให้ความรู้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย</p> <p>O: Sodium 133 mEq/L (ค่าปกติ 136-145 mEq/L)</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการซึมลง</li> <li>ระดับ Sodium อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ 136-145 mEq/L)</li> </ol>                                                                                                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจวัดสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง</li> <li>สังเกตอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และการเป็นตะคริวของกล้ามเนื้อและหน้าท้อง</li> <li>กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ ซอสและเครื่องปรุงรสต่างๆ รวมถึงน้ำสลัด อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป และเนื้อแปรรูป แฮม เบคอน เป็นต้น</li> <li>สังเกตภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก เกร็ง กระตุก หรือกระสับกระส่าย เป็นต้น</li> <li>ดูแลให้สารอาหารตามแผนการรักษา</li> <li>บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต</li> <li>ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง เพื่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในร่างกาย</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก เกร็ง กระตุก หรือกระสับกระส่าย เป็นต้น</li> <li>2. สารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายสมดุล</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>8. ติดตามผลเลือดของห้องปฏิบัติการ ค่าโซเดียมในเลือด ตามแผนการรักษา เพื่อติดตามความก้าวหน้าของภาวะขาดสารอาหารและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์</li> </ol> <p>ประเมินผลการพยาบาล ค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายปกติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sodium 136 mEq/L (วันที่ 14 ธันวาคม 2567)</li> <li>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/69 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> Sat 99 %</li> <li>3. ไม่มีอ่อนเพลีย ไม่มีสับสน</li> <li>4. มีสารน้ำเข้า-ออก อย่างสมดุล 1,200/1,100 ml/day</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะติดเชื้อที่เข้าข้างซ้าย</p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด ร่วมกับระบบทดแทนบางส่วน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผลส่งการกรวดน้ำเจาะเข้า พบติดเชื้อ Staphylococcus aureus, Staphylococcus spp. (วันที่ 16 พฤศจิกายน 2567)</p> <p>: เข้าข้างซ้าย อักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อลดอาการอักเสบจากการติดเชื้อที่เข้าข้างซ้าย</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เข้าข้างซ้าย ไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง</li> <li>2. ผลส่งตรวจน้ำเจาะเข้าปกติ ไม่มีการเชื้อ</li> <li>3. ไม่มีไข้ BT &lt; 37.5 องศาเซลเซียส</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการและการแสดงการติดเชื้อบริเวณเข้าข้างซ้าย ได้แก่ มีลักษณะปวด บวม แดง ร้อน อักเสบมากขึ้น รายงานแพทย์ทันที</li> <li>2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการ</li> <li>3. แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังไม่ให้ลงน้ำหนักที่เข้าข้างซ้าย เพื่อป้องกันอาการอักเสบ</li> <li>4. ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm iv q 6 hr. เฝ้าระวังอาการแพ้ยาของยา Cefazolin คือ มีผื่นขึ้นแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก และยา Vancomycin ยานี้อาจก่อให้เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ผื่นหนังร้อนแดง เกิดผื่นคันทั่วบริเวณใบหน้า และบริเวณลำตัวส่วนบน อาการแพ้แบบ Steven Johnson syndrome</li> </ol> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>บริเวณเข้าข้างซ้ายไม่มีอาการอักเสบ ไม่บวมแดง ผลส่งตรวจน้ำเจาะเข้าพบปกติ ไม่มีการติดเชื้อ (วันที่ 30 พฤศจิกายน 2567) ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/56 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> Sat 96 %</p>                                                                                                    |
| <p>การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>เนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม</p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนบางส่วน ร่วมกับระบบการสนับสนุนให้ความรู้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ลูกนั่งช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง</p> <p>: Barthel Index = 25 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างครบถ้วน</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ร่างกายสะอาด มีสีหน้าที่สดชื่น มีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 25 คะแนนและไม่ลดลงจากเดิม</p>                                                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Barthel ADL Index</li> <li>2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และคอยให้กำลังใจในการทำกิจกรรม เพื่อลดความรู้สึกท้อแท้ในการดูแลตนเองซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง</li> <li>3. แนะนำผู้ป่วยและสอนญาติให้ดูแลในด้านการเคลื่อนไหว ไม่ให้ผู้ป่วยไม่ลงน้ำหนักที่ขาข้างซ้าย ทุกครั้งที่ลุกเดินต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน (Pickup walker) ทุกครั้ง</li> <li>4. จัดหาอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นไว้ใกล้เตียงสามารถหยิบได้ง่าย จัดท่าที่ถูกต้องเหมาะสมขณะที่อยู่บนเตียง</li> <li>5. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายหรือลูกนั่งทำกิจกรรม หรือการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ</li> </ol> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง รับประทานอาหารล้างหน้าแปรงฟัน เช็ดตัวบนเตียง</li> <li>2. ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ร่างกายสะอาด มีสีหน้าที่สดชื่น Barthel Index=75 คะแนน (วันที่ 28 พฤศจิกายน 2567)</li> </ol> |
| <p>การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนบางส่วน ร่วมกับระบบสนับสนุนและให้ความรู้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง แต่ไม่สามารถลุกเดินได้เองต้องมีคน</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมรอบๆ เพียง</li> <li>2. จัด Position ให้ผู้ป่วยสุขสบายและแนะนำวิธีการใช้เตียงไฟฟ้าเมื่อต้องการลูกนั่งจัดระดับเตียงให้ต่ำ ล็อคล้อเตียงไว้เสมอ</li> <li>3. จัดสิ่งแวดล้อมและวางของใช้ที่จำเป็นให้เป็นระเบียบ ย่างต่อการหยิบใช้สอย</li> <li>4. เน้นย้ำการลุกนั่งทำกิจกรรมบนเตียงที่ถูกต้อง และขอรับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่</li> <li>5. จัดหาหมอนนอนสำหรับปัสสาวะไว้ให้ผู้ป่วยในเวลากลางคืน</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ช่วยพยุงลูกนั่ง ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียช่วยเหลือตนเองได้น้อย</p> <p>: Barthel index = 25 คะแนน</p> <p>: Fall Risk score (RJ) = 8 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>6. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาเจ้าหน้าที่เสมอ หรือมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเวลา</p> <p>7. แนะนำและให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม</p> <p>8. ติดตามดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หลังจากการได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้วังง ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม สามารถดื่มน้ำได้ตามความต้องการเพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ในบางครั้ง ประเมิน Barthel index = 85 คะแนน Fall Risk score = 3 คะแนน (วันที่ 16 มกราคม 2568)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดและหลังผ่าตัด</p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนบางส่วนร่วมกับระบบการสนับสนุนให้ความรู้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยสอบถามว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร และแพทย์จะทำเหมือนครั้งที่แล้วมั้ย</p> <p>O: Set operation Debridement Arthrotomy Exchange with Poly esthetic Left Knee วันที่ 19 พฤศจิกายน 2567</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยญาติเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์และให้ความร่วมมือในการรักษาและการผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการทำการผ่าตัด</p> <p>2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล</p> | <p>1. สร้างสัมพันธภาพโดยการเข้าไปพูดคุยซักถามให้ความสนใจผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก</p> <p>2. ประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p>3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p> <p>4. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความสะอาดทั่วไปและผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด การสวนอุจจาระ การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ</p> <p>5. อธิบายให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสภาพหลังการผ่าตัด ได้แก่ การมีสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การมีสายระบายเลือดและน้ำเหลืองจากการผ่าตัด อาการเจ็บปวดหลังการผ่าตัด การเปลี่ยนท่าทาง สอนการหายใจและการบริหารปอดเพื่อป้องกันปอดอักเสบและเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ สอนการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อขา และการรอกเหยียดข้อเข่า</p> <p>6. เตรียมร่างกายโดยแนะนำการอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และเตรียมผิวหนังบริเวณหลังข้อเข่าข้างซ้าย</p> <p>7. ตรวจสอบการลงนามยินยอมให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัดเพื่อเป็นหลักฐานด้านกฎหมาย</p> <p>8. ตรวจสอบ lab CBC BUN Cr electrolyte Anti HIV ให้พร้อม</p> <p>9. แนะนำให้ญาติพูดคุยให้กำลังใจ อยู่เคียงข้างผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล 1</p> <p>. ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/74 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 96 % ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 23.00 น (วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567)</p> |
| <p>การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ไม่มีความสุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่เข้าข้างซ้าย</p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมดร่วมกับระบบทดแทนบางส่วน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลที่ทำผ่าตัดเข้าข้างซ้าย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Debridement Arthrotomy Exchange with Poly esthetic Left Knee (วันที่ 19 พฤศจิกายน 2567)</p> <p>: ปวดแผลผ่าตัดเข้าข้างซ้าย Pain score = 8/10 คะแนน</p> <p>: ผู้ป่วยมีสีหน้า หน้าวุ้นตัวขมวด ไม่ยอมพลิกตะแคงตัว กลัวปวดบาดแผล</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>                                                                                                                                                             | <p>1. ประเมินอาการปวดบาดแผลผ่าตัด โดยการสอบถาม Pain score ให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวดเป็นคะแนน</p> <p>2. ให้ยาบรรเทาอาการปวด Morphing 3 mg vein prn q 4 hrs. Tramadol 50 mg 1 cap oral bid pc. Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q 6 hrs. เมื่อมีอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการกินยา เช่น การกดระบบทางเดินหายใจและมีผลต่อระบบประสาท ทำให้ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า มีอาการซึม มึนงง และง่วงหลับ</p> <p>3. ทำแผลด้วยความนุ่มนวลเบามือ ดูแลให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผล</p> <p>4. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย ไม่ทับแผลข้างที่ทำผ่าตัด</p> <p>5. ส่งเสริมการพักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้มีเสียงรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด งดการใช้เสียงชั่วคราว แนะนำญาติไม่ชวนพูดคุยมากเกินไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน</p> <p>6. ประเมินอาการปวดซ้ำหลังจากได้ยาบรรเทาปวด</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้น อาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อเข่าซ้ายลดลง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน 1. บริเวณแผลไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง ไม่มี discharge และไม่มีซึ่ม</p> <p>2. Pain score ลดลง <math>\leq 3</math> คะแนน</p> <p>3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>1. บริเวณแผลที่เข้าข้างซ้ายไม่มีอาการอักเสบ ไม่บวมแดง ไม่มีหนอง ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/77 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 97 % Barthel Index = 75 คะแนน</p> <p>2. ประเมิน Pain score ลดลง = 3 คะแนน</p> <p>3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ 6 ชั่วโมง (วันที่ 28 พฤศจิกายน 2567)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>การวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 9 มีผื่น คันตามร่างกาย จากการแพ้ยา Vancomycin และ Rifampicin</p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมดร่วมกับระบบทดแทนบางส่วน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการคันทั่วร่างกาย</p> <p>O: มีผื่นขึ้นตามร่างกาย</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแพ้ยา</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย</p> <p>2. อาการผื่นคันตามร่างกายลดลง จนหายเป็นปกติ</p>                                                                                                                                                             | <p>1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตอัตราของการหายใจ การให้ออกซิเจนในกรณีผู้ป่วยมีอาการหอบ หายใจลำบาก วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วมืออย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. ประเมินความรุนแรงของภาวะซีก โดยประเมินจากระดับความรู้สึกตัว เช่น อาการซึมลง มีเหงื่อออก และตัวเย็น</p> <p>3. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1,000 ml vein drip 80 ml/hrs. ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5. ดูแลให้ยาแก้แพ้ antihistamine ได้แก่ CPM 1 amp vein stat then q 6 hrs. เพื่อช่วยลดปฏิกิริยาการแพ้ ผื่นคัน และทายา Topicort cream apply skin lesion bid 0.1%TA cream apply Face bid บริเวณที่มีอาการผื่น คัน เข้า- เย็น</p> <p>6. ให้บัตรประจำตัวผู้ป่วยแพ้ยา Vancomycin และ Rifampicin แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบ</p> <p>7. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/74 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 97 %</p> <p>2. ไม่มีผื่นคันตามร่างกาย (วันที่ 16 ธันวาคม 2567)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>การวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 10 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปพักที่บ้าน</p> <p>ระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ญาติสอบถามวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยบอกว่ากลัวทำตัวไม่ถูกต้อง ไม่มีพยาบาลคอยให้คำแนะนำเหมือนอยู่โรงพยาบาล</p> <p>O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าใหม่ และเกิดการติดเชื้อในข้อเข่าเทียมหลังจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักที่บ้านได้ถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักที่บ้านได้ถูกต้อง</p> | <p>ประเมินความรู้ความเข้าใจตามหลัก D-METHOD-P</p> <p>Diagnosis ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม ภาวะติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อย พยาบาลจะต้องมีความเชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหา รวมถึงสามารถทำนายแนวโน้มความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ</p> <p>M=Medication: ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้อง กรณีศึกษาผู้ป่วยรักษาจนอาการหายเป็นปกติ และไม่มีโรคประจำตัว แพทย์ไม่ได้ให้ยาไปรับประทานที่บ้านเลย</p> <p>E=Environment: ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนสองชั้น แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ พื้นแห้งเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม</p> <p>T=Treatment: แนะนำการสังเกต ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูง หรือมีข้อเข่าซ้าย ปวด บวมแดง อักเสบมากขึ้น ให้ไปโรงพยาบาลที่นัดหมายก่อนวันนัดได้</p> <p>H=Health: การส่งเสริม ฟันฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็ง แนะนำการดูแลตนเองเพื่อถนอมข้อเข่าเทียมให้มีอายุการใช้งานให้ยาวนานขึ้น การปฏิบัติตัวและดูแลตนเองเหมือนกับผู้ที่ เป็นข้อเข่าเสื่อม เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว บริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรง ออกกำลังกายตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงกิจกรรมประจำวันหรืออิริยาบถที่เพิ่มแรงกดที่ข้อเข่า เป็นต้น</p> <p>O=Outpatient referral: แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการเปลี่ยนแปลง กรณีศึกษาแพทย์นัด 2 สัปดาห์ หลังกลับบ้านเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายนี้แพทย์ได้ติดตามอาการ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568 ผลตรวจไม่มีอาการผิดปกติ</p> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>D=Diet: แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง เช่น ผัก ผลไม้ ไข่ นมและเนื้อสัตว์ อาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ ได้แก่ ซอสและเครื่องปรุงรสต่างๆ รวมถึงน้ำสลัด อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป และเนื้อแปรรูป แฮม เบคอน หมูยอ แหนม กุนเชียง เป็นต้น</p> <p>P =Psychological support การดูแลด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดการติดเชื้อที่ข้อเข่าเทียมภายหลังทำการรักษา หรือกลับมาผ่าตัดซ้ำด้วยโรคเดิม</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยพักหน้ารับทราบ ญาติสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักที่บ้านได้ถูกต้อง</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี มีภาวะข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้าง แต่ข้อเข่าข้างซ้ายเสื่อมมากกว่าข้างขวา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2567 แพทย์ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยมีการติดเชื้อที่ข้อเข่าเทียมข้างซ้าย (Prosthetic Joint Infection Left Total Knee Arthroplasty) และแพทย์ได้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดล้างแผลติดเชื้อที่ข้อเข่าเทียมข้างซ้าย (Debridement Arthrotomy Exchange with Poly esthetic Left Knee) ระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาฆ่าเชื้อ (Antibiotic) ได้แก่ ยา Vancomycin และยา Rifampicin ทำเกิดการแพ้ยา มีผื่นขึ้นและคันตามร่างกาย แผลนกดทับและแผลกดทับ (Skin) ได้ร่วมกันดูอาการของผู้ป่วย เกสเซอร์ได้ทำการออกบัตรแพ้ยาสำหรับผู้ป่วย และพิจารณาให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาต่อในโรงพยาบาล จนอาการผื่นคันจากการแพ้หายเป็นปกติ

เมื่อ 7 เดือนที่แล้ว ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างซ้าย และนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลราชวิถี หลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยใช้ชีวิตปกติที่บ้านตนเอง ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการถนอมข้อเข่าเทียมเพื่อให้ใช้งานได้ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจว่าเมื่อเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแล้วไม่ต้องดูแล ไม่ต้องปฏิบัติตัวเหมือนตอนเป็นข้อเข่าเสื่อม จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บและติดเชื้อในข้อเข่าเทียมที่ผ่าตัดไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมา

รักษาที่โรงพยาบาลซ้ำอีก ด้วยอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น แพทย์จึงได้ทำการผ่าตัดซ้ำของข้อเข่าเทียมข้างซ้ายอีกครั้งเพื่อให้การรักษา ระยะการนอนรักษาในโรงพยาบาลจึงนานขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุ อาจมีปัญหาทางสายตา การได้ยินหรือหลงลืม เป็นต้น จึงทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของการรับรู้ข้อมูล การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว<sup>8</sup> ตามคำแนะนำของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงได้เตรียมครอบครัวของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยญาติผู้ป่วยได้รับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ซึ่งสามารถประเมินได้ถึงความรู้ ความเข้าใจ ความพร้อม และปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติภายหลังจะกลับไปพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผู้ป่วยสามารถที่จะใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถมาตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย<sup>9</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้วยผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการเรียนรู้หรือการรับรู้ข้อมูล โรงพยาบาลควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถที่จะให้ข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ และไม่มีทักษะเพื่อปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะของโรค ไม่เกิดการติดเชื้อในข้อเข่าเทียมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



2. ควรพัฒนาระบบการพยาบาล การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีมาตรฐาน
3. ควรจัดให้มีการนิเทศติดตาม กำกับการดูแลรักษาพยาบาล และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะให้กับพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ภายใต้การช่วยเหลือ การชี้แนะ การสอน การสาธิต และการให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรคเดิมของผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. การจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่มีคุณภาพสอดคล้องกับทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ. [อินเทอร์เน็ต]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567] เข้าถึงได้จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>.
2. กิรติ เจริญชลวานิช (บรรณาธิการ). ศัลยศาสตร์บูรณะสภาพข้อเข่าเสื่อม. สำนักพิมพ์ศิริราช; 2559
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สิทธิบัตรทอง ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าฟรี ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ใช้ชีวิตปกติ-ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nhso.go.th/news/3864> 12
4. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี. สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยข้อเข่าเสื่อมประจำปี 2567. [อินเทอร์เน็ต]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2020/06/624c9b5eb58bd4c4c6955de296e6c028.pdf>
5. พัชราพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. ใน: วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2563;26,116-128.
6. Gordon, M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.
7. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001
8. อนัญญา โสภณนาค, พินิตนันท์ แซ่ลิ้ม. กรณีศึกษา: การเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการได้ยิน. ใน: วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2566; 22(1), 1-11.
9. ปราณี เกสรสันต์. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556; 21(1), 80-95.

ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิก  
ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี

Effects of using behavior modification program in hypertension patients receiving services  
in hypertension clinic Kumphawapi Hospital.

(Received: May 5,2025 ; Revised: May 19,2025 ; Accepted: May 21,2025)

นารี พิมพ์พรภิรมย์<sup>1</sup>  
Naree Pimpornpirom<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 37 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (KR-20 = 0.85) และแบบสอบถามการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Cronbach's alpha = 0.95) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Paired t-test

การพัฒนาโปรแกรมใช้กระบวนการวงจร PAOR ผลลัพธ์ของการพัฒนาคือคู่มือโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ "5A" ได้แก่ การประเมิน (Assess) การให้คำแนะนำ (Advise) การตกลงเป้าหมาย (Agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และการติดตามผล (Arrange) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน 4 ด้าน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแลกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาล และการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

หลังจากดำเนินโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.002$ )  
**คำสำคัญ:** โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ความดันโลหิตสูง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, การควบคุมความดันโลหิต, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ABSTRACT

This action research aimed to examine the effects of a behavioral modification program among patients with hypertension attending the Hypertension Clinic at Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province. The sample consisted of 37 patients diagnosed with hypertension. Data were collected using a hypertension knowledge test (KR-20 = 0.85) and a behavioral modification assessment form (Cronbach's alpha = 0.95). Data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics, including the Wilcoxon Signed Ranks Test and paired t-test.

The development of the program was based on the PAOR cycle, consisting of Planning, Action, Observation, and Reflection. The outcome was a behavioral modification manual called the "5A Program," which includes Assessment, Advice, Agreement, Assistance, and Arrangement. The program emphasized family involvement in four key areas: information sharing, support for daily activities, participation in nursing activities, and decision-making in patient care.

After a 12-week implementation, the results revealed a statistically significant reduction in health risk conditions ( $p < 0.05$ ), a significant increase in overall hypertension knowledge ( $z = -3.952, p < 0.001$ ), and a significant improvement in health behaviors ( $t = -3.315, p = 0.002$ ).

**Keywords:** Behavioral Modification Program, Hypertension, Family Participation, Blood Pressure Control, Action Research

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง จากสถิติประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 เพิ่มขึ้นถึง 1,560 ล้านคน โดยพบผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คนทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะที่พบได้ทั่วไปแต่อันตรายถึงชีวิตนี้ นำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงปีละ 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด<sup>1</sup> ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562-2566) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) ซึ่งมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2565-2567 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง<sup>2</sup> การศึกษาของ Meelab และคณะ<sup>3</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้นที่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 7.94 จะมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 20.26 ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ร้อยละ 22.54 ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ร้อยละ 14.21 และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร้อยละ 32.83 ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และเสียชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายประเทศโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 2,465 ล้านบาทต่อปี<sup>4</sup> ผลการวิจัยทางคลินิก พบว่า การลดความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 130 มม.ปรอท จะสามารถลด

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดการเสียชีวิตลงได้<sup>5</sup>

การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่า ก่อนการทดลอง<sup>6</sup> และการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย 1) ลดเค็ม เพิ่มผัก 2) ออกกำลังกาย 3) รับประทานยาลดความดันโลหิต และ 4) ร่วมกิจกรรมกับชุมชน ส่วนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ 2) สร้างพลังใจ เดินสู่เป้าหมาย 3) รวมพลังครอบครัว และ 4) รวมแรงสนับสนุนจากชุมชน<sup>7</sup>

โรงพยาบาลกุมภวาปี ได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โดยมีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ทีมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและทีมสหวิชาชีพเวชปฏิบัติเยี่ยมบ้านพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรม 4 ด้าน คือ 1) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัว และผู้วิจัย 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) สามารถควบคุม สภาวะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย ลดโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อน (โรคหลอดเลือดสมอง) ถือเป็น

แนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน<sup>8</sup> สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีผู้รับบริการในโรงพยาบาลกุ่มกาวปี ระหว่างปี พ.ศ.2564-2567 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 12,481 คน, 13,395 คน, 13,548 และ 14,069 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 4,362 คน (ร้อยละ 34.95), 4,340 คน (ร้อยละ 32.4), 4,763 คน (ร้อยละ 35.16) และ 4,295 คน (ร้อยละ 29.79) มีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 255 คน (ร้อยละ 2.04), 283 คน (ร้อยละ 2.11), 276 คน (ร้อยละ 2.03) และ 288 คน (ร้อยละ 2.04) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10 คน (ร้อยละ 0.08), 14 คน (ร้อยละ 0.10), 8 คน (ร้อยละ 0.05) และ 4 คน (ร้อยละ 0.03)<sup>9</sup> นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อาจพบปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นการดูแลที่หลากหลาย เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมประจำวันทางร่างกายของผู้ป่วยลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ขึ้นอยู่กับระดับการป่วยของแต่ละคน บทบาทและภาระการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่มีความสำคัญคือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านพร้อมทั้งแนะนำครอบครัวให้การดูแลควบคู่กันไปกับทีมหมอครอบครัวที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ทำให้เกิดความสัมพันธ์เชื่อมโยงและช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการให้บริการดังกล่าวกระทำไม่ได้ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมทั้งหมด เนื่องจากจำนวนการดูแลมีข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรและบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง<sup>8</sup> ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเพื่อการ

ประเมินผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานีครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุ่มกาวปี
2. เพื่อประเมินผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุ่มกาวปี

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประชากรศึกษา เกณฑ์การคัดเข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุ่มกาวปี ครั้งแรกวัดระดับความดันโลหิตได้ 140/90 mmHg ขึ้นไป และวัดซ้ำ จำนวน 2 ครั้ง จำนวน 37 คน คำนวณขนาดตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษาจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน<sup>10</sup> เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาในการรับรู้และมีความพิการ ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ได้แก่ พิกการทางเคลื่อนไหว พิกการทางสติปัญญา ตาบอดและหูหนวก หรือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ หรือเป็นกลุ่มที่ไม่ยินดียินยอมเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2567-มีนาคม 2568

#### 1. เครื่องมือดำเนินการพัฒนา

1.1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดจากการศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ<sup>11</sup> กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ใช้สมุดคู่มือบันทึกกิจกรรมการจัดการตนเอง ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลดละเลิก

บุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์ ที่มีการศึกษาพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้<sup>12-13</sup> และ DASH Diet<sup>14</sup> ขั้นตอนการปฏิบัติ แบบ 5 A ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้ การประเมินปัญหา (Assess) การให้คำปรึกษา (Advise) การตกลงใจ (Agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และการติดตามประเมินผล (Arrange)

1.2 กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย คือ 1) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย 3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

## 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาวะเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ความดันโลหิต และค่าเส้นรอบเอว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ การศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน กำหนดการแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>15</sup> ระดับต่ำ (<12 คะแนน) ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน) ระดับสูง (≥16 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามโปรแกรมปรับพฤติกรรมและการจัดการตนเอง จำนวน 55 ข้อ การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมปรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการจัดการตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์คำถามมาจาก จำเนียร สุวรรณชาติ และคณะ (2564) และ พิมพ์ลัดดา เปี่ยมสุขวิสัย (2565) การตอบแบบ rating scale 5 ระดับ<sup>16</sup> คือ 1=นานๆ ครั้ง ถึง 5=ทำทุกวัน การแปลผลรวม 275 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>17</sup> ดังนี้ ระดับต่ำ (55.0-91.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (91.34-182.66 คะแนน) ระดับสูง (182.67-275.0 คะแนน)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** การตรวจสอบคุณภาพ โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี 5 A ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดจากการศึกษาของ อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ<sup>12-13</sup> ได้นำมาตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง **ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson: KR-20) เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามการปฏิบัติการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

## ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนวิจัยด้วยตัวเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อพิจารณาการตรวจสอบ

2. ผู้วิจัยนำโครงร่างการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี หลังจากที่ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี ลงนามอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่ได้นำเสนอแล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัย

3. การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่



ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี 5 A โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมดังต่อไปนี้

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- 1.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
- 1.3 แบบสอบถามการปฏิบัติการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี 5 A ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การประเมินปัญหา (Assess) (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ก่อนเริ่มดำเนินการทำการประเมินปัญหาสุขภาพ

ครั้งที่ 2 ให้คำปรึกษา (Advise) (สัปดาห์ที่ 1) ตรวจสอบร่างกาย แนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเอง ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยมีความพร้อมและมีผู้ดูแลเข้าร่วมรับฟัง จึงได้ทำการสอนก่อนจำหน่าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และทำการประเมินสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง หากสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความพร้อมจึงเริ่มดำเนินการในขั้นต่อไป โดยแบ่งการสอนออกเป็นวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นรายบุคคล เมื่อสอนครบ 30 นาที

ครั้งที่ 3 การตกลงใจ (Agree) มีการสนับสนุนความรู้และทักษะการวางแผนและการประเมินความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง (สัปดาห์ที่ 2)

ครั้งที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) (สัปดาห์ที่ 3) การสาธิตและฝึกการปรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 5 การติดตามประเมินผล (Arrange) (สัปดาห์ที่ 4-12) การติดตามและประเมินผลทักษะ

การปฏิบัติตนในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเมื่อสิ้นสุดการวิจัยครบ 3 เดือน หรือสัปดาห์ที่ 12 ให้ทำแบบสอบถาม (post-test)

กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย คือ 1) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย 3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี 5 A หลังการทดลองใช้ไปแรมฯ 12 สัปดาห์ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมดังต่อไปนี้

3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3.2 แบบสอบถามการปฏิบัติการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

#### จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ KPEC 2/2568 วันที่ 19 ธันวาคม 2567

#### ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) ผลการพัฒนาได้คู่มือโปรแกรม

ปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบ 5 A ประกอบด้วย การประเมินปัญหา (Assess) การให้คำปรึกษา (Advise) การตกลงใจ (Agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และการติดตามประเมินผล (Arrange) และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 1) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย 3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

**2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 37 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 19 คน (ร้อยละ 51.4) และเพศชาย จำนวน 18 คน (ร้อยละ 48.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 59.73 ปี (SD = 9.01) อายุต่ำสุด 41 ปี และอายุสูงสุด 79 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน (ร้อยละ 54.1) ด้านลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อยู่กักบุตร จำนวน 26 คน (ร้อยละ 70.3) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,189.19 บาท (S.D. = 25,846.96) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท จำนวน 30 คน (ร้อยละ 81.1) ในด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 24 คน (ร้อยละ 64.9) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย จำนวน 10 คน (ร้อยละ 27.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 28 คน (ร้อยละ 75.7) ด้านโรคร่วม พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมจำนวน 23 คน (ร้อยละ 62.2) รองลงมาคือมีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 32.4) ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงที่เจ็บป่วย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 73.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาลดความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว จำนวน 21 คน (ร้อยละ 56.8) รองลงมาคือรับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาลดไขมันในเลือด จำนวน 16 คน (ร้อยละ 43.2)

**3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง**  
**ของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการใน**

**คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี** ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 45.9) และระดับปานกลางมีเพียงร้อยละ 2.7 จำนวน 1 คน หลังจากได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 27 คน (ร้อยละ 73.0) ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น 7 คน ร้อยละ 18.9 ขณะที่ระดับต่ำลดลงเหลือเพียง 3 คน ร้อยละ 8.1 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.001$ )

**4. การปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ**  
**ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิก**  
**ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี** ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติตามโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 73.0) รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 18.9) และระดับสูงมีเพียง 3 คน (ร้อยละ 8.1) ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น 31 คน (ร้อยละ 83.8) ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 4 คน (ร้อยละ 10.8) ในขณะที่ระดับต่ำลดลงเหลือเพียง 2 คน (ร้อยละ 5.4)

เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่าโดยรวมหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยจำนวน 37 คน มีการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.315$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ) พฤติกรรมที่มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การสูบบุหรี่ลดลง ( $p\text{-value} = 0.001$ ) รองลงมา คือ การบริโภคอาหาร ( $p\text{-value} = 0.002$ ) พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง ( $p$ -value = 0.003) การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ( $p$ -value = 0.003) การออกกำลังกาย ( $p$ -value = 0.004) การมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา ( $p$ -value = 0.010) พฤติกรรมทางอารมณ์ ( $\alpha$  = 0.027) และพฤติกรรมที่มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ( $p$ -value = 0.042)

**5. ภาวะเสี่ยงสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุมภวาปี** พบว่า หลังได้รับโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ได้แก่ ความดันโลหิต systolic ( $p$ -value = 0.017) และเส้นรอบเอว ( $p$ -value = 0.027) สำหรับภาวะเสี่ยงที่ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอลและความดันโลหิต diastolic

### สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ของ Kemmis & McTaggart<sup>18</sup> ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) ผลการพัฒนาได้คู่มือโปรแกรมปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดจากการศึกษาของ อติยาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ<sup>11</sup> กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ใช้สมุดคู่มือบันทึกกิจกรรมการจัดการตนเอง ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลดละเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ที่มีการศึกษาพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้<sup>11-12</sup> และ DASH Diet<sup>13</sup> แบบ 5 A ประกอบด้วย การประเมินปัญหา (Assess) การให้คำปรึกษา (Advise) การตกลงใจ (Agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และการติดตามประเมินผล (Arrange) และกิจกรรมการ

มีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 1) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย 3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย อธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมเมื่อครบ 12 สัปดาห์ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความดันโลหิต systolic และเส้นรอบเอว สำหรับภาวะเสี่ยงที่ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันโคเลสเตอรอลและความดันโลหิต diastolic ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยเหล่านี้จำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและใช้ระยะเวลามากกว่า 3 เดือนจึงจะทำให้ร่างกายผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริินทรา ด้วงใส, ทิพมาส ชินวงศ์<sup>19</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น

การศึกษาของเรียมใจ พลเวียง และ มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง<sup>20</sup> ศึกษาการพัฒนาแบบการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผลลัพธ์การพัฒนาแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ (1) มีรูปแบบการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนส่งเสริมหลักการควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางเวชศาสตร์ป้องกัน เวชศาสตร์วิถีชีวิต เวชศาสตร์ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) เกิดภาคีเครือข่าย คณะกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงระดับอำเภอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (3) ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง หลังการการพัฒนาพบว่า ค่า ความดันโลหิตและระดับความเครียดลดลง โดยมีระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และการศึกษาประสิทธิผล

ของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>21</sup>

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงจะมีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองได้ รองลงมา คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากกรรมพันธุ์ที่ไม่สามารถป้องกันได้ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรม ครบ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐินี เสือโต และคณะ<sup>22</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ แรงจูงใจ และการรับรู้พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และการศึกษาที่พบว่าการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถเพิ่มความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น

3. การปฏิบัติตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อธิบาย

ได้ว่า หลังได้รับโปรแกรม ครบ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีการรับทราบยาตามที่แพทย์จัดให้ การมาพบแพทย์ตรงตามที่แพทย์นัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านลดความถี่ของอาการหน้ามืดตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจาก หลังได้รับโปรแกรม ครบ 12 สัปดาห์ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นในด้านการสูบบุหรี่หรือลดลงรองลงมา คือ การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสูบบุหรี่ โดยควันบุหรี่มีสารนิโคตินจะกระตุ้นให้มีการจับตัวของเกร็ดเลือดและไขมันในเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดแดงตีบแข็งมากขึ้นและลดไนโตรออกไซด์ ซึ่งมีฤทธิ์ที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว<sup>23</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sakboonyarat และคณะ<sup>24</sup> พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กัลยา ถาวงค์ และ เมธิณี ศรีสวัสดิ์<sup>25</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมีระดับการบริโภคอาหารความเค็มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของอุบลรัตน์ มั่งสระคู และคณะ<sup>26</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังทดลองผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรคลินิกโรคเรื้อรังในการปฏิบัติตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มี

ประสิทธิภาพเป็นมาตรฐานเดียวกัน และควรจัดให้มี  
พยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแล  
หลัก เช่น nurse case management

2. ด้านการพยาบาล ควรนำโปรแกรม โดย  
สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้ในการ  
พยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคเรื้อรัง  
โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาเฉพาะ  
ผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยโรงพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการ  
ส่งเสริมพฤติกรรมตามโปรแกรม และสอนให้ความรู้  
แก่ครอบครัวหลังจากนั้นควรมีระบบส่งต่อข้อมูล  
ผู้ป่วยเพื่อดำเนินการโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในระดับ  
ปฐมภูมิ

3. ด้านวิชาการ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็น  
ทีมดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถนำโปรแกรม  
ปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดัน  
โลหิตสูง ไปส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพให้เกิดการปฏิบัติ  
จริงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่าง  
ต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของ  
โปรแกรมปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงขยายผลไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ โดยศึกษาผลการ  
ดำเนินงานไปจนครบ 6 เดือน จนถึง 1 ปี

#### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความ  
ช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอ  
แสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทุกท่านที่มีส่วน  
ร่วมในกระบวนการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ  
ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของ  
เครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมใน  
การวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มี  
คุณค่า ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถ  
ดำเนินไปได้จนสำเร็จ และขอบพระคุณผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากร ของโรงพยาบาล  
กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือใน  
การอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล  
ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ  
และสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้  
ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension overview risk factors [internet] 2023. [Cited 2023 November 11]. WHO. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets>
2. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
3. Meelab S, Bunupuradah I, Suttiruang J, Sakulrojanawong S, Thongkua N, Chantawiboonchai C, Sakboonyarat B. Prevalence and associated factors of uncontrolled blood pressure among hypertensive patients in the rural communities in the central areas in Thailand: A cross-sectional study. The Public Library of Science 2019;14(2): 21257-62.
4. กรมควบคุมโรค. ระบบ NCD V.1.2 ผลการแข่งขันทีมชาติไทย ครั้งที่ 6 แบบสำรวจตรวจสุขภาพปี 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://ncd.ddc.moph.go.th>
5. Park S. Ideal Target Blood Pressure in Hypertension. Korean circulation journal, 2019;49(11): 1002-9.
6. ยุภาพร นาคกลิ้ง, ปราณีย์ ทัดศรี. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. สหคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2560; 6(1): 27-35.



7. สุดศิริ ธีรยุทธชนะ, วณิษา ทับเที่ยง, มณฑา ทองคำสิง, อ้อยฤทัย สุรีย์เหลือองขจร, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564; 41(1): 115-27.
8. โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาลกุมภวาปี. รายงานผลการปฏิบัติราชการคลินิกความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2566. อุดรธานี: โรงพยาบาลกุมภวาปี; 2566
9. โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. ข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปีงบประมาณ 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: <https://kumpawapihospital.go.th>
10. ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research; 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.popticles.com/type-of-strategy>.
11. อติญาณ ศรีเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, นงนภัทร รุ่งเนย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566; 32(2): 299-311.
12. สุภาพร เหลียวสูง, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, ธรรมวัฒน์ อุบวงษาพัฒน์, กาญจนา พิบูลย์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร และระดับไขมันในเลือดของพนักงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2567; 16(1): 1-19.
13. สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร 2563; 47(2): 85-97.
14. งานโภชนาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล. สัดส่วนอาหารอาหารตามหลัก DASH Diet. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowled>
15. Bloom BS. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill; 1997.
16. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
17. Best JW. Research in Education. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
18. Kemmis S, McTaggar M, Eds. The Action Research planner. Victoria, Australia: Deakin University; 1988.
19. ศิรินทรา ตัวใส, ทิพนาศ ชินวงศ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564; 41(4): 74-85.
20. เรียมใจ พลเวียง, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(1): 26-35.
21. กิตติพล อยู่คง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
22. ญัฐินี เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, มธุรส ทิพยมงคลกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2561; 32(2): 95-115.
23. สำราญ กาศสุวรรณ, ทศนีย์ บุญอริยเทพ, รุ่งกิจ ปินใจ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร้องเข็ม อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่. Journal of the Phrae Hospital 2565;30(2): 27-42.
24. Sakboonyarat B, Rangsin R, Kantiwong A, Mungthin M. Prevalence and associated factors of uncontrolled hypertension among hypertensive patients: a nation-wide survey in Thailand. BioMed Central research notes 2019; 12(1): 380-92.

25. กัลยา ถาวงค์, เมธิณี ศรีสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนายาง ตำบลนายาง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564;8(2): 104-19.
26. อุบลรัตน์ มั่งสระคู, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนูยศรี. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาล 2562;68(3): 1-10.

## ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลหนองคาย

### The Effect of Media on Knowledge and Caring Behavior of Family Members of Cataract Extraction Surgery Patients in Nong Khai Hospital.

(Received: June 4,2025 ; Revised: June 9,2025 ; Accepted: June 11,2025)

สุรรัตน์ จันทร์หล้า<sup>1</sup> ลิกิจ โหระฤทธิ์<sup>2</sup>  
SUREERAT CHANLA<sup>1</sup> LIKIT HORALITH<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคต้อกระจกของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต้อกระจกระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต้อกระจก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และ 3) ศึกษาความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจากการผ่าตัดโรคต้อกระจกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ที่ได้รับการสอนจากสื่อ วีดิทัศน์สำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจากการผ่าตัดโรคต้อกระจก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้แบบประเมินพฤติกรรม และแบบสอบถามความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test Samples Independent กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ .05

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคต้อกระจกของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกพบว่า คะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคต้อกระจกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p \leq .001$ ), 2) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองเรื่องโรคต้อกระจกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p \leq .001$ ) และ 3) ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจากการผ่าตัดโรคต้อกระจกของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยรวม พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด

**คำสำคัญ :** สื่อวีดิทัศน์, โรคต้อกระจก, การดูแลตนเอง

#### Abstract

This research used a quasi-experimental research design, its purpose is to : 1) compare the knowledge of cataracts among the families of patients who received cataract surgery between the experimental group and the control group 2) compare the self-care behavior of individuals in families of patients who received cataract surgery by between the experimental group and the control group and 3) study satisfaction with video media in providing knowledge about promoting good practice and self-care during cataract surgery. The sample used in the research was family members of patients who had undergone cataract surgery. Divided into 2 groups: a control group of 30 people who received normal nursing care and with an experimental group of 30 people who received instruction

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจตา งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค 60 เตียง ชั้น 1 และหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสู่วัย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

from the media Video for providing knowledge about promoting good practice and self-care after cataract surgery. The tools used to collect data include knowledge tests. Behavioral assessment form and satisfaction questionnaire. Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test Samples Independent. The significance level was set at .05.

The research results found that: 1) the results of comparing the knowledge about cataracts among the families of patients who received cataract surgery. It was found that the post-experimental knowledge scores of the experimental group had a significantly higher mean score of knowledge about cataracts than the control group. Statistically significant at the .05 level ( $p \leq .001$ ), 2) results of comparing self-care behaviors of individuals in families of patients who received cataract surgery. Between the experimental group and the control group, it was found that the experimental group had a significantly higher mean score for cataract self-care behavior than the control group at the .05 level ( $p \leq .001$ ) and 3) satisfaction with the video media for providing knowledge about promoting good practice and self-care from cataract surgery in the experimental group after the experiment. Overall, it was found that cataract patients were satisfied with video media is at the highest level.

**Keywords:** video media, cataracts, self-care

## บทนำ

ต้อกระจก เป็นโรคที่มีการชุ่นของเลนส์แก้วตา ซึ่งเลนส์แก้วตามีหน้าที่รวมแสงจากวัตถุด้านหน้าให้ตกลงพอดีที่จอประสาทตา การชุ่นของเลนส์แก้วตาทำให้แสงผ่านไปจอประสาทตาไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวลงคล้ายกับมองผ่านกระจกฝ้า และจะมัวลงไปเรื่อย ๆ โดยที่ไม่มีอาการปวดตาหรือตาแดง ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันทั้งสองตา อาการของต้อกระจกจะเป็นเพิ่มขึ้นขึ้นอย่างช้า ๆ อาศัยเวลาเป็นปีตามธรรมชาติของโรคเอง เมื่อต้อกระจกสุกและทิ้งไว้ไม่รักษาจะเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคต้อหินแบบเฉียบพลัน โรคม่านตาอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตามาก ตาแดงอาจทำให้ตาบอดได้ องค์การอนามัยโลก คาดว่าทั่วโลกมีคนตาบอด 37 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเด็กถึง 1.4 ล้านคน มีผู้มีสายตาสั้น 124 ล้านคน และจำนวนคนตาบอดจะเพิ่มเป็น 115 ล้านคนภายในปีค.ศ. 2050 หรือ พ.ศ. 2593 ตามอายุของประชากรที่สูงวัยหรือโรคชราโดยมีอายุ 50 ปีขึ้นไปและร้อยละ 90 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยร้อยละ 50 ของคนตาบอดมีสาเหตุสำคัญมาจากโรค ต้อกระจก<sup>1</sup> ซึ่งพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของผู้พิการดวงตามากที่สุดอยู่ที่เอเชียใต้กับแอฟริกากลาง สำหรับประเทศไทยนั้น ผลสำรวจ

เมื่อปี 2558 คาดว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้พิการทางการมองเห็นไม่น้อยกว่า 680,000 คน ปัจจุบันมีคนตาบอดจดทะเบียนคนพิการแล้วเพียง 186,389 คน<sup>2</sup> และจากประมาณการของมูลนิธิคนตาบอดไทยและสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย คาดว่ามีคนตาบอดไม่ถึงร้อยละ 20 ที่ได้รับโอกาสทางการศึกษาในระดับใดระดับหนึ่ง ขณะที่มีคนตาบอดเพียงร้อยละ 30 ที่มีโอกาสประกอบอาชีพ มีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น ดังนั้นจึงมีคนตาบอดไทยเป็นจำนวนกว่าร้อยละ 70 หรือจำนวนกว่า 130,000 คน และคนตาบอดที่ยังไม่ได้จดทะเบียนคนพิการอีกจำนวน 490,000 คน โดยสาเหตุหลักมาจากโรคต้อกระจกสูงถึงร้อยละ 70.0

ปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายได้ การรักษาต้องใช้การผ่าตัดเพื่อนำเลนส์แก้วตาที่ชุ่นออกแล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทน<sup>3</sup> ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจกมักเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเองจึงไม่สะดวกเนื่องจากการมองเห็นและความจำลดลง จึงต้องมีบุคคลในครอบครัวช่วยดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โรคต้อกระจกมีการรักษาวิธีเดียวคือ การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งหลังผ่าตัดประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านถ้าไม่มีความรู้

ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ มีเลือดออกในช่องม่านตา ม่านตาอักเสบ จอประสาทตาบวม ถลอก ความดันในลูกตาสูง และการติดเชื้อของลูกตามักเกิดหลังผ่าตัดประมาณ 2 ถึง 5 วัน<sup>4</sup> ถ้าได้รับการรักษาไม่ทันท่วงทีอาจจะทำให้ตาบอดได้

จากสถิติการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลหนองคาย ปี 2566 มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 539 ราย มีปัญหาม่านตาเยื่อ (Iris prolapse) จากการไอ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.37 ทำให้ต้องกลับมาโรงพยาบาลซ้ำอีก ในปี 2567 มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 800 ราย มีปัญหาม่านตาเยื่อจากการไอ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.25 และจากข้อมูล que ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีขี้ตาแฉะ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ รวมทั้งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง สาเหตุหนึ่งของการเกิดผลเสียกับผู้ป่วยดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านด้วยการอธิบายและบอกเล่ากับผู้ป่วยโดยปราศจากสื่อการสอนที่กระตุ้นหรือสร้างความตระหนักใด ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจรูปแบบการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนศึกษา เพราะผู้ป่วยและญาติสามารถเรียนรู้ได้จากทั้งภาพและเสียงไปพร้อมกัน เป็นสื่อที่มีทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียง การสาธิต (demonstration) เสมือนการจำลองเหตุการณ์จริง เช่น การสาธิตการหยอดตา ป้ายตา เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถเล่นซ้ำหลายครั้งได้ตามต้องการ<sup>5</sup> สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการรับรู้ของมนุษย์ที่พบว่า การรับรู้ด้วยการมองเห็นของมนุษย์ที่ร้อยละ 75.00 การได้ยิน ร้อยละ 13.00 การสัมผัส ร้อยละ 6.00 และการรับกลิ่น ร้อยละ 3.00<sup>6</sup> อีกทั้งการใช้สื่อในลักษณะนี้เป็นกระตุ้นความสนใจความใส่ใจให้แก่ผู้ศึกษาตามแนวคิดเรื่องการเรียนรู้ของแบบดูรา<sup>7</sup> จากประโยชน์ของการใช้สื่อวิธีทัศนศึกษาเพื่อให้

การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยได้จัดทำสื่อการสอนวิธีทัศนศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโรคต้อกระจกด้วยการผ่าตัด เพื่อให้ความรู้และการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม<sup>8</sup> ที่มุ่งให้การปฏิบัติการพยาบาลตามความบกพร่องของตนเองในผู้ป่วยแต่ละราย และนำมาซึ่งข้อมูลพื้นฐานสำหรับการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในการดูแลในขั้นต่อไป โดยเฉพาะในรายที่เกิดปัญหาภายหลังผ่าตัด สื่อวิธีทัศนศึกษาดังกล่าว จะช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต้อกระจกได้

### คำถามการวิจัย

1. ภายหลังการสอนค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องต้อกระจกของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่ หลังสอนทันทีและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. ภายหลังการสอนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคต้อกระจกของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต้อกระจกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังสอนทันทีและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต้อกระจก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อสื่อวิธีทัศนศึกษาในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจากการผ่าตัดโรคต้อกระจก



## สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการสอนค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย เรื่องต่อกระจกของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต่อกระจกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังสอนทันทีและเมื่อกลับไปอยู่ ที่บ้าน
2. ภายหลังการสอนค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต่อกระจกกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลหนองคาย ได้ดำเนินการวิจัยตามหัวข้อของระเบียบวิธีการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ บุคคลในครอบครัวและเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์ แก้วตาเทียม ที่เข้ารับบริการห้องตรวจตา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคคลในครอบครัวและเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์ แก้วตาเทียม ที่เข้ารับบริการห้องตรวจตา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย เดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือน มีนาคม 2568 จำนวน 60 คน คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

#### การคำนวณกลุ่มขนาดตัวอย่าง (n)

คำนวณหาขนาดของอิทธิพล (effect size) ได้ ระดับ large effect size ระดับความเชื่อมั่น ที่ .05 อำนาจในการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คู่ และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ

23 คนแต่ผู้วิจัยเก็บกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ไม่จำกัดเพศ ฐานะ และสถานภาพสมรส 2) มีอายุระหว่าง 20-65 ปี 3) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม 4) สามารถติดต่อ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดให้สลับเลขที่ โดยคนที่ได้ลำดับเลขคู่ เป็นกลุ่มควบคุม และคนที่ได้ลำดับเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริม และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อกระจก และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. วีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาการส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อกระจกของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก เป็นสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดต่อกระจก การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต่อกระจก การลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระจก ผู้วิจัยมีขั้นตอนการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

- 1.1 ศึกษากรอบแนวคิด การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดต่อกระจก การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต่อกระจกการลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระจก จากเอกสารและตำราต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

- 1.2 กำหนดเนื้อหาในสื่อวีดิทัศน์การส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อกระจก วางเค้าโครงเนื้อหา ประกอบด้วย การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ขั้นตอน การผ่าตัดต่อ

กระจากการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต่อกระจาก การลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อกระจาก

1.3 นำสื่อวีดิทัศน์การส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อกระจากไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านจักษุ จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตาที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจากจำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธี จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) หรือหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index Objective Congruence : IOC) ในสื่อวีดิทัศน์การส่งเสริมสุขภาพพบว่า มีความเหมาะสมระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38 รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับปรุงและจะได้นำไปใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน ผู้ดูแล สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว

2.2 แบบทดสอบความรู้ต่อกระจากของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจาก ที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจาก ลักษณะ ข้อคำถามเป็นแบบถูกผิด จำนวน 10 ข้อ

ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

ตอบถูกให้ 1 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบทดสอบความรู้ต่อกระจากของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจาก นำแบบทดสอบความรู้ต่อกระจากของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจาก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านจักษุ จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตาที่มี

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจากจำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธี จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องหรือค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 การหาคุณภาพแบบวัดความรู้ โดยการหาค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อแบบอิงเกณฑ์ ถ้าได้ค่าความยากง่ายตั้งแต่ 0.20 - 0.80 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ถึง 1.00 จะคัดเลือกไว้ใช้ พบว่า ได้แบบวัดที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ จึงคัดเลือกไว้จำนวน 10 ข้อ ตามที่ต้องการ และผลการวิเคราะห์ความยากง่ายทั้งฉบับ ได้อยู่ระหว่าง 0.30 - 0.76 และได้ค่าอำนาจจำแนกได้เท่ากับ 0.48 จากนั้นผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) กับประชากรผู้ที่ไม่ถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน การวิเคราะห์ตามวิธีการของ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ 0.80

2. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจาก มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) นำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจาก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านจักษุ จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตาที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจากจำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธี จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องหรือค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมกับประชากรผู้ที่ไม่ถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้

ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.87 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ 0.80

**3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม ปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองจากการผ่าตัดต่อกระຈก<sup>9</sup>** ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามความพึงพอใจ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านจักษุ จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตาที่มีประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระຈกจำนวน 1 คน และ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิจัย จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องหรือค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) กับประชากรผู้ที่ไม่ถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ 0.80

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ ดังนี้

**1. สถิติบรรยาย** เพื่อบรรยายถึงลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) นำเสนอในรูปแบบตารางและบรรยายความเรียง

**2. สถิติอ้างอิง** เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติ Independent Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ระดับ .001 (p-value  $\leq$  .001) หรือถ้าพิสูจน์ได้ว่าตัวแปรตามไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

(Non normal curve) เลือกใช้สถิติแบบ Non-parametric คือ Mann-Whitney U Test ทั้งนี้เพื่อความเที่ยงตรงของผลการวิจัยเชิงทดลอง

**3. สถิติทดสอบสัดส่วน** ระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลองด้วยสถิติค่า Chi-square ( $\chi^2$ ) เพื่อทดสอบว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มตัวอย่างนำไปสู่การเลือกใช้สถิติ ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีความกลมกลืนกันหรือไม่ ผลการทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติ Fisher's Exact Test สำหรับทดสอบตัวแปรเพศ แบบ  $2 \times 2$  และใช้สถิติ Chi-square ( $\chi^2$ ) สำหรับค่าคาดหวังไม่ต่ำกว่า 5 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นสัดส่วนความกลมกลืนกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2560) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

#### จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษารั้ครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของ ผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรม ในการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 69/2567วันที่ 4 ธันวาคม 2567

#### ผลการวิจัย

##### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

**กลุ่มควบคุม** พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุไม่เกิน 40 ปี ร้อยละ 56.67 โดยที่ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 73.33 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 53.33 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001-5,000 บาท ร้อยละ 56.66 จบชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 66.67 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 5 คน ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 76.67 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.33

**กลุ่มทดลอง** พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุไม่เกิน 40 ปี และอายุ 41 ปี ขึ้นไป เป็น

สัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.00 โดยที่ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพที่สมรสแล้ว ร้อยละ 86.66 ทำอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.00 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001-5,000 บาท ร้อยละ 53.33 จบชั้นระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 80.00 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน มากกว่า 5 คน เกือบทั้งหมดเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 93.33 มีเพียงร้อยละ 10.00 เท่านั้น ที่มีโรคประจำตัว

เมื่อทดสอบสัดส่วนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติค่า Chi-square ( $\chi^2$ ) เพื่อทดสอบว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มตัวอย่างนำไปสู่การเลือกใช้สถิติ ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีความกลมกลืนกันหรือไม่ ผลการทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติ Fisher's Exact Test สำหรับทดสอบตัวแปรแบบ  $2 \times 2$  และใช้สถิติ Chi-square ( $\chi^2$ ) และค่าคาดหวังไม่ต่ำกว่า 5 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีเป็นสัดส่วนความกลมกลืนกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มทำการทดลองมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และสามารถสรุปการวิจัยเรียงตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคต่อกระเจกของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความรู้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคต่อกระเจกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p \leq .001$ )

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต่อกระเจก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองเรื่องโรคต่อกระเจกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ( $p \leq .001$ )

3. ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจากการผ่าตัดโรคต่อกระเจกของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง หลังการทดลอง โดยรวม พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระเจกมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต่อกระเจก โรงพยาบาลหนองคาย ผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายผลเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคต่อกระเจกของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจากการผ่าตัดโรคต่อกระเจก กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ หลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคต่อกระเจกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p \leq .001$ ) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรเชิงสัมพันธ์ เนื่องด้วยต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น เส้นสมอง ระบบประสาท ระบบการคิด ระดับสติปัญญา การรับรู้ ประสบการณ์ในอดีต ทักษะในความสามารถในการบูรณาการความรู้และประสบการณ์อันเกิดจากการรับรู้ของส่วนต่าง ๆ ที่ผ่านอายตนะ หรือประสาททั้งห้า ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และกาย กล่าวคือหากรู้จักจะอาศัยปัจจัยของผู้เรียน ร่วมกับปัจจัยภายนอก ได้แก่ ผู้สอน สถานที่เรียน เอกสารหรือสื่อการสอน บรรยากาศ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุนิษฐา เขียวนวนิน<sup>10</sup> ได้

ทำการศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์โปรแกรมระดับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งต่อกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลหนองคาย ที่พบว่า ความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์โปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อังคนา อัสวบุญญาเดช<sup>5</sup> ได้ทำการศึกษาผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกระเพาะให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเพาะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคต่อกระเพาะและได้รับการผ่าตัดต่อกระเพาะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำการผ่าตัดต่อกระเพาะหลังชมสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต่อกระเพาะ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองเรื่องโรคต่อกระเพาะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p \leq .001$ ) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ตามหลักการสอนผู้ใหญ่ที่มีความต้องการที่จะเรียนรู้ (Want to Learn) ในการศึกษาผู้ใหญ่ เรามักจะคาดคะเนว่า ผู้เรียนหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระเพาะส่วนมากเข้าเรียนด้วยความต้องการที่จะเรียน เนื่องจากว่าโดยทั่ว ๆ ไปแล้วมาด้วยความสมัครใจ (Voluntarily) อย่างไรก็ตามในบางครั้งพยาบาลที่สอนก็อาจจะต้องเผชิญกับการให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระเพาะเกิดความต้องการเรียนเพื่อที่จะได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ หรือความต้องการนี้ต้องเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะบรรลุผลสำเร็จได้ โดยการได้รับความเห็นใจและเข้าใจกับพยาบาลผู้สอนสอดคล้องกับแนวคิดของสโนทยา พลศรี<sup>11</sup> ที่กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ

เจตคติและพฤติกรรมของบุคคลอย่างถาวรตามที่ต้องการ อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ คุณภาพทางสมองและกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลไม่ใช่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น วุฒิภาวะ ความเจ็บป่วย พฤติกรรมที่เกิดจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติและฤทธิ์ของยาบางประเภท และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภริญดา สิริวิญญกุล<sup>12</sup> ได้ทำการศึกษาผลการใช้สื่อรูปแบบใหม่ต่อการเตรียมตัวผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระเพาะ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเพาะที่ได้รับสื่อรูปแบบใหม่มีคะแนนการปฏิบัติตัวสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

3. ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจากการผ่าตัดต่อกระเพาะของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง หลังการทดลองโดยรวมพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระเพาะมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าสื่อวีดิทัศน์มีอิทธิพลต่อผู้เรียน ทำให้เหมาะต่อการชักจูง การสร้างทัศนคติเสนอปัญหาและฝึกทักษะการปฏิบัติต่าง ๆ ให้แก่ผู้เรียน อันเนื่องมาจากการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูลเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพราะสามารถแสดงให้เห็นในขั้นตอนต่าง ๆ อย่างละเอียด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ใกล้เคียงกับการให้ข้อมูลจากพยาบาลได้โดยตรง<sup>12,13</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์ฯ มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคต่อกระเพาะ ไปยังโรงพยาบาลใน



ระดับอำเภอ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ  
ตำบลของจังหวัดหนองคาย

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่ม  
จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ มากกว่า 30

รายขึ้นไป เพื่อป้องกันการแจกแจงแบบไม่ปกติ และ  
เพิ่มกลุ่มควบคุมที่ใช้ในการทดลองและขจัดตัวแปร  
แทรกซ้อน

## เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health.(2006).Workshop of preventing blindness in the region Indochina and Southeast Asia  
6th.Bangkok,Thailand:Ministry of Public Health.
2. Thailand Association of the Blind.(2015).Thailand country report 2014.Bangkok, Thailand:World Blind Union-Asia  
Pacific.
3. Wongkittirak,S.,&kitsiripaiboon,S.(2007).Eye health handbook for public and health Provider.Bangkok,  
Thailand:Pimdee.
8. Orem,D.E.(1995).Nursing concepts of practice (5th ed.). St.Louis, MO:Mosby-Year Book.
4. John,KJ.(1996).Basic and clinical science course,1996-1997 section 11 lens and cataract. San Francisco,  
CA:American Academy of Ophthalmology.
5. อังคณา อัครบุญญาเดช. (2565). “ผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจกให้กับผู้ป่วยผ่าตัด  
ต้อกระจก,” บุรพาเวชสาร, 9 (1) : 13-27.
6. Dale.E.(1969).Audio-visual methods in teaching (3rd ed).New York,NY:Holt,Rinehart andWinton.
7. Bandura,A(1989).Principle of behavior modification.New York,NY:Holt,Rinehart and Winton.
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัตินิติ การวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรง  
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. สุนิษฐา เขียวนาวัน. (2564). ผลของสื่อวีดิทัศน์โปรแกรมต่อระดับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการ  
ผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 6(1), 18-28.
11. สนธยา พลศรี. (2550). เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียน สโตร์.
12. ภริญา สิริวิญญกุล (2567). “ผลการใช้สื่อรูปแบบใหม่ต่อการเตรียมตัวผ่าตัดของผู้ป่วยต้อกระจก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตาก  
สินมหาราช จังหวัดตาก,”. วารสารสาธารณสุขจังหวัดตาก, 6 (6): 1-15.
13. วรณวิมล พุ่มมี. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสาร  
สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(4), 1-7.

## ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

The effectiveness of the effectiveness of the continuing care program for elderly patients with  
dependency. Ability to perform daily activities.

(Received: June 4,2025 ; Revised: June 9,2025 ; Accepted: June 11,2025)

สุนันตา อุ่นศรี<sup>1</sup> จีรนุช จงพัธนะโชติกุล<sup>1</sup>

Sunanta Ounsri<sup>1</sup> Jeeranoot Jongpattanachotkul<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) เปรียบเทียบระดับคะแนนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างที่อาศัยความน่าจะเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือแล้ว สถิติที่ใช้ในการวิจัย สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Dependent Samples t-test และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement Analysis of Variance : Repeated ANOVA) กำหนดนัยสำคัญไว้ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 2) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มทดลองระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบอิทธิพลหลักของการทดลอง ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ LSD ค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การวัดครั้งที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าการวัดครั้งที่ 2 และมากกว่าการวัดครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวัดครั้งที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าการวัดครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.64 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้บริการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) รองลงมาคือ การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

**คำสำคัญ :** ผลของโปรแกรม, ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

### Abstract

This research aimed to study 1) compare home health care behavior of dependent elderly patients before and after participating in a continuous care program for dependent elderly patients. 2) Compare the scores of daily activities of dependent elderly patients before and after participating in the continuous care program for dependent elderly patients. and 3) to study the satisfaction level of dependent elderly people after participating in the continuous care

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหนองคาย อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

program for dependent elderly people. It is a single group experimental research design with pre- and post-test. The sample consists of elderly dependent patients who seek treatment at Nong Khai Hospital, Nong Khai Province. The number of 30 people was obtained from probability sampling. The research tool was a questionnaire that had been tested for quality. The statistics used in the research were basic statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and statistics used in testing hypotheses. including Dependent Samples t-test and Repeated Measurement Analysis of Variance (Repeated ANOVA) statistics, significance was set at .05 level.

The research results found that 1) the results of the comparative analysis of home health care behavior of the elderly with dependency before and after joining the continuous care program for the elderly with dependency after the experiment had a higher mean score than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. 2) The results of repeated measures analysis of variance on the ability level to perform daily activities of the elderly with dependency in the experimental group during the first, second and third times found the main influence of the experiment. The mean score of the ability to perform daily activities of the elderly with dependency is significantly different at the 0.05 level. The results of the pairwise comparison using the LSD method. The mean score of daily routine ability of dependent elderly people found that the third measurement had a higher mean score than the second measurement and higher than the first measurement with statistical significance at the .05 level. And the second measurement had a higher average score than the first measurement with statistical significance at the .05 level and 3) after the experiment, the average satisfaction score of the elderly Overall, the average satisfaction score was 2.64. When classified by item, it was found that the item with the highest average score was the medical treatment services provided by staff from the sub-district health promotion hospital Next is the motivation to take care of health, which has the same mean score as the method or activity to change behavior and participation in discussion and exchange of ideas.

**Keywords:** Program results, Dependent elderly patients, Daily routines

## บทนำ

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” คือมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเสื่อมถอยด้านสุขภาพจากอายุที่เพิ่มขึ้น และการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ จนทำให้เกิดพยาธิสภาพสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านร่างกาย และจิตใจนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ติดเตียง ติดบ้านเพิ่มจำนวนมากขึ้น National Statistical Office กล่าวว่าจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยเหลือกว่า 1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติ ไม่สามารถดูแลตนเอง เกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ เนื่องด้วยปัจจุบันศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง อาจส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ดังนั้นในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยยึดหลักความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน National Health Security Office (NHSO) มีการวางระบบการดูแลตามกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุ โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการวางระบบการดูแลระยะ

ยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเสมอภาคในการดูแล<sup>1</sup>

เครือข่ายอำเภอเมืองหนองคายมีประชากรผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นในแต่ละปีสอดคล้องกับฐานข้อมูลของประเทศ ตั้งแต่ปี 2563-2565 จำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 456, 422 และ 433 ราย ตามลำดับเป็นอำเภอที่อยู่ใน “สังคมผู้สูงอายุ” คิดเป็นร้อยละ 12, 10 และ 13 ดังนั้นภายในพื้นที่ได้มีการสนองนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพโดยโรงพยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพมีกระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) เยี่ยมบ้านตามบทบาทและหน้าที่ของ แต่ละหน่วยบริการ และในปี 2559 ในบางพื้นที่ได้เริ่มมี ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยบูรณาการ การดูแลร่วมกันทุกภาคส่วนในชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตำบลละ 1 คน พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตาม เกณฑ์ 1:10 คน ได้ครบตามเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ยังพบว่า การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วยบริการและชุมชนยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการทำงาน ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ จึงไม่ได้เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่ปี 2565-2567 ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 65, 74 และ 75 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 7, 6 และ 6.8 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคปอดบวมและมีการนอนพักรักษาตัวซ้ำจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จำนวน 195, 199 และ 201 รายตามลำดับ ส่งผลให้

เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.93, 12.52 และ 9.76 ตามลำดับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด<sup>2</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงมีแนวคิด ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความสามารถใน การปฏิบัติงานวัตรประจำวัน โดยการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ มาบูรณาการหลายๆ การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นได้จากการคิดวิเคราะห์จากทีมที่ให้การดูแลในพื้นที่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียงตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ส่งผลต่อความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับคะแนนกิจกรรมประจำวัน (Activity Daily Living) มีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง

## วิธีการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย และได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือนกันยายน 2567 - เดือนธันวาคม 2567

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ที่ไปได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย และได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือนกันยายน 2567 - เดือนธันวาคม 2567 จำนวน 30 ราย การสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Random Sampling) เนื่องจากงานวิจัยเรื่องนี้มีการทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล

หนองคาย และได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือนกันยายน 2567 - เดือนธันวาคม 2567 2) สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน 3) มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

### เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1)

ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดจนครบ 3 เดือน 2) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ 4) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย 5) พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำวิจัย หรือต้องเปลี่ยนวิธีการรักษา 6) ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

**กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้โปรแกรม G\* power version 3.1 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลความต่าง (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งใช้การศึกษาของ นันทมน หรืออินทร (2564) เรื่องผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น คำนวณเพื่อหาค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.89 ซึ่งต่ำ (large effect size) แต่เพื่อให้การศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ  $\alpha=0.05$  และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน โดยวิธีการจับฉลาก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2567 - ธันวาคม 2567 จำนวน 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 แนวปฏิบัติในการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับ



ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละสาขาอาชีพที่ต้องปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงานของตนเอง และสำหรับการติดต่อประสานงาน ระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน

1.2 แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย เป็นแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายสำหรับทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่มีการปรับจากรูปแบบเดิมที่ใช้ลักษณะการเขียนซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคสำหรับคนทำงานที่ไม่สามารถเขียนได้อย่างครอบคลุมทุกคน จึงมีการปรับเป็นแบบฟอร์มสำหรับประเมินในแต่ละหัวข้อว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร ประสาน ส่งต่อให้กับทีมสหวิชาชีพใดบ้าง

1.3 แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อ เป็นแบบฟอร์มที่ใช้สัญลักษณ์ที่เห็นได้ชัด เกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วยอาการเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความรวดเร็วในการดูแล

1.4 คู่มือดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลที่บ้าน ที่ต้องใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน เช่น การทำแผล การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางจมูก โดยจะมีการแนะนำอุปกรณ์ต่างๆ วิธีการใช้อุปกรณ์ การประเมินการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ สหิการรักษา

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ โดยปรับจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD จำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 ปฏิบัติ

ถูกต้องบางส่วนและ 3 ปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อการพิจารณาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.3 แบบประเมินความสามารถกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของ Department of Medical Service Ministry of Public (2014) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแบ่งบอการะที่ต้องพึ่งพา โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้น โดยมีการแปลระดับคะแนนดังนี้ คะแนน 0 - 4 คะแนนหมายถึง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) คะแนน 5 - 11 คะแนนหมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (ติดบ้าน) คะแนน 12 - 20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ (ติดสังคม)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ คือ พอใจมาก พอใจ พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ไม่พอใจน้อย ไม่พอใจมาก โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสอบถามถึงโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 67-1.00 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 30 ราย ตามโรงพยาบาลประจำอำเภอ ในจังหวัดหนองคาย และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's

Alpha Coefficient) โดยได้ค่าระหว่าง .80 และ .98 ตามลำดับ

### จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 102/2567 วันที่ 6 กันยายน 2567

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Dependent Samples t-test และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement Analysis of Variance : Repeated ANOVA) กำหนดนัยสำคัญไว้ที่ระดับ .05

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 30.00 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 81-90 ปี ร้อยละ 26.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 80.30 ปี ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 56.67 จบระดับการศึกษา ประถมศึกษา 1-6 ร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ จบชั้นมัธยมศึกษา 1-3 ร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นหม้าย ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ สถานภาพสมรส ร้อยละ 23.33 ครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 16.67 และอาชีพรับราชการ ร้อยละ 13.33 มีผู้ดูแลส่วนใหญ่คือ บุตรหลาน ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ สามเณรหรือภรรยา ร้อยละ 13.33 มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ โรคหัวใจ ร้อยละ 40.00 และเป็นโรคเมเร็ง ร้อยละ 10.00 และมีสิทธิการรักษา ส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสังคม ร้อยละ 73.33

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี รองลงมาอายุ 41 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 36.36 เป็นหญิง ร้อยละ 93.33 ที่เหลือเป็นชาย ร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือ ปวส. ร้อยละ 36.67 รองลงมาคือ จบระดับชั้นมัธยมศึกษา 4-6/ ปวช. ร้อยละ 30.00 ร้อยละ 90.00 มีสถานภาพสมรส ที่เหลือร้อยละ 6.67 มีสถานภาพโสด และมีสถานภาพหย่า ร้อยละ 3.33 ทำอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละเท่ากันกับรับราชการ/วิสาหกิจ อาชีพละ 40.00 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 76.67 รองลงมาเป็นพี่น้อง ร้อยละ 13.33 และภรรยา/สามี ร้อยละ 10.00 ตามลำดับ โดยที่ผู้ดูแลทุกคนไม่มีโรคประจำตัว ส่วนสิทธิการรักษา พบว่า บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 66.66 รองลงมาคือ เบิกจ่ายตรง ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ

## 2. ผลการวิเคราะห์การดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.70 ( $\bar{X} = 2.70$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในกรณีการเกิดเหตุฉุกเฉิน ( $\bar{X} = 2.80$ ) รองลงมาคือ การขอความช่วยเหลือและการไปตรวจตามนัด ( $\bar{X} = 2.73$ ) และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ การเฝ้าระวังและสังเกตอาการ/อาการแทรกซ้อนที่บ้าน ( $\bar{X} = 2.70$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย/โรคอย่างสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 2.60$ )

2.2 หลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 ( $\bar{X} = 2.87$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่บ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย/โรคอย่างสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 2.97$ ) รองลงมา คือ การขอความช่วยเหลือและการไปตรวจตามนัด ( $\bar{X} = 2.93$ ) และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในกรณีการเกิดเหตุฉุกเฉิน ( $\bar{X} = 2.80$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และการเฝ้าระวังและสังเกตอาการ/อาการแทรกซ้อนที่บ้าน ( $\bar{X} = 2.77$ )

### 3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

3.1 ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.64 ( $\bar{X} = 2.64$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การพูดคุยติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $\bar{X} = 2.77$ ) รองลงมาคือ สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $\bar{X} = 2.73$ ) และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมระบบการดูแลแบบใหม่ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $\bar{X} = 2.70$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด คือ การได้รับการติดตามให้มาตรวจตามนัด ( $\bar{X} = 2.43$ )

3.2 หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.64 ( $\bar{X} = 2.82$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้บริการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ( $\bar{X} =$

2.97) รองลงมาคือ การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $\bar{X} = 2.93$ ) และการมีส่วนร่วมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ( $\bar{X} = 2.87$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด คือการได้รับการติดตามให้มาตรวจตามนัด ( $\bar{X} = 2.63$ )

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70 ( $\bar{X} = 2.70$ ) และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 ( $\bar{X} = 2.86$ ) เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ Dependent Samples t-test พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 5. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบวัดซ้ำระดับความสามารถในการปฏิบัติภารกิจประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement Analysis of Variance : ANOVA) พบว่ามีการละเมิดข้อลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนภายในชุดของข้อมูลที่วัดต่างเวลากัน (sphericity) ดังนั้นเพื่อลดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ (type I error) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีทดสอบของกรีนเฮาส์-เอพซิลอน (Greenhouse-geisser Epsilon) รายละเอียดผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระดับความสามารถในการปฏิบัติภารกิจประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบอิทธิพลหลักของการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติภารกิจ

ประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการ Least Significant Different (LSD) เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน ของระดับความสามารถในการปฏิบัติการกิจประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การวัดครั้งที่ 3 ( $\bar{X} = 7.16$ ) มีคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะการพึ่งพิงมากกว่า การวัดครั้งที่ 2 ( $\bar{X} = 3.63$ ) และมากกว่า การวัดครั้งที่ 1 ( $\bar{X} = 0.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวัดครั้งที่ 2 ( $\bar{X} = 3.60$ ) มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะการพึ่งพิง มากกว่าการวัดครั้งที่ 1 ( $\bar{X} = 0.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์การวัดซ้ำความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

5.2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มทดลองระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบอิทธิพลหลักของการทดลองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ LSD ค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การวัดครั้งที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X} = 11.43$ ) มากกว่าการวัดครั้งที่ 2 ( $\bar{X} = 9.70$ ) และมากกว่าการวัดครั้งที่ 1 ( $\bar{X} = 5.90$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวัดครั้งที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X} = 9.70$ ) มากกว่าการวัดครั้งที่ 1 ( $\bar{X} = 5.90$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย ได้ทำการอภิปรายผลเรียงตามลำดับของวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมฯ ดังกล่าวสามารถเป็นเปลี่ยนผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า บทบาทครอบครัวในการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ จากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงตามวัยและความเจ็บป่วยเรื้อรัง จากการเปลี่ยนบทบาทในครอบครัวมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุผู้ป่วยสูงอายุต้องการมีการปรับตัวอย่างมากมาย สมาชิกในครอบครัวจะต้องเข้าใจ และแสดงบทบาทที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคุณค่าสำหรับครอบครัว นอกจากนี้โดยการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ การความเคารพนับถือ สนับสนุนให้ทำงานตามความสามารถ สอดคล้องกับ ธัญพร ชื่นกลิ่น<sup>3</sup> กล่าวว่า ภาวะพึ่งพิง เป็นสถานการณ์ของภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต และประกอบกิจกรรมต่างๆ ส่วนความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง ซึ่งหมายถึง การดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลูก-นัง การเดินและการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับความพึ่งพิง (ที่อาจวัดด้วยเครื่องมือดัชนีบารเทลหรือดัชนี ADL) ที่สูง ถือว่าเป็นผู้ที่มีความ

ยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน และสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กง ตาล<sup>4</sup> ได้ทำการศึกษาการพัฒนาจัดบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองลิ้ม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 77.70 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น หลังได้รับโปรแกรม

**2. ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มทดลองระหว่างครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 พบอิทธิพลหลักของการทดลองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ LSD ค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การวัดครั้งที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าการวัดครั้งที่ 2 และมากกว่าการวัดครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวัดครั้งที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าการวัดครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโปรแกรมฯ ดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงมีศักยภาพดูแลตนเองได้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการที่บุคคลสูญเสียหรือบกพร่องความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพิงสุขภาพ ได้แก่ ความเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น และภาวะความเจ็บป่วย ทูพพลภาพ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สมรรถภาพของร่างกายจะลดลงตามลำดับ ซึ่งจะเกิดภาวะการสูญเสียหรือความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ความสามารถในการทรงตัวของเสียจากไตจะน้อยลง และความสามารถในการ

จำลดลง และเมื่อความบกพร่องรุนแรงจะนำมาสู่การจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรที่สามารถทำได้ในภาวะปกติ เช่น แขน ขา อ่อนแรงทำให้ใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ หรืออาการเหนื่อยทำให้ทำกิจกรรมนอกบ้านไม่ได้ ที่เรียกว่าทุพพลภาพ (disability) ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยถอยลง จนช่วงอายุวัย 80-85 ปี สมรรถภาพที่เหลือน้อยลงจะต่ำ ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพอย่างอิสระได้ จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล ยิ่งถ้ามีการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วยสมรรถภาพก็จะยิ่งลดต่ำลงมาก ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นกลุ่มพึ่งพิงมากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่น และเป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือสูงสุดในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับ สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์<sup>5</sup> ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**3. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ เท่ากับ 2.64 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้บริการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) รองลงมาคือ การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกที่คล่องแคล่ว มีความกระฉับกระเฉง เป็นเพราะมีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เป็นประจำและสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึง



พอใจในชีวิต และได้มีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ภารกิจใดๆ โดยผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องตามวัยที่ผ่านมา สนใจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมต่างเป็นสิ่งที่ช่วยชดเชยความรู้สึกการสูญเสียที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น สอดคล้องกับ ประอรณูช เชื้อถื่อ<sup>6</sup> กล่าวว่า ความหมายของความพึงพอใจ ว่าเป็นสภาพที่มีความรู้สึกที่มีความสุข สดชื่นต่อบุคคล สิ่งของและบริการ เป็นภาวะทางอารมณ์เชิงบวกที่บุคคลแสดงออกเมื่อได้รับผลสำเร็จทั้งคุณภาพและปริมาณ ตามจุดมุ่งหมาย ตามความต้องการ ความพึงพอใจจึงเป็นผลของความต้องการที่ได้รับการตอบสนองโดยมีการตั้งใจ (Motivation) หรือสิ่งจูงใจ (Motivators) เป็นตัวเหตุ และสอดคล้องกับ Shell<sup>7</sup> ได้กล่าวถึงทฤษฎีของความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้ว จะทำให้เกิดความสุขความสนึ้นเป็นความรู้สึกที่แตกต่างจากความรู้สึกทางบวกอื่นๆ กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่เป็นระบบย้อนกลับความสุขที่สามารถทำให้เกิดความสุข หรือความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นได้อีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความสุขเป็นความรู้สึกเป็นความรู้สึกเพิ่มขึ้นได้อีก ผลการศึกษาของชาญชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์ และวชิราภรณ์ วิทยาขาว<sup>8</sup> ได้ทำการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความ

พึงพอใจที่วิเคราะห์ผลโดยหาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจพบว่า หลังให้การดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับดีมากทุกข้อคำถาม ผลการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมภายหลังการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า มีความคิดเห็นในทางบวกซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในครั้งนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ควรมีการนำโปรแกรมฯ ไปเผยแพร่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่มีอยู่ประจำตำบลของจังหวัดหนองคาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ท้องถิ่นต่างๆ ได้มีโอกาสเข้าถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง

### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสนับสนุน ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อทราบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เข้าถึงโปรแกรม ดังกล่าว เพียงใด

## เอกสารอ้างอิง

1. WHO/ UNICEF (1993). A Picture of health: A review and annotated of the health of young people in developing countries. Geneva: WHO.
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลหนองคาย. (2567). การส่งต่อในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) เยี่ยมบ้าน. โรงพยาบาลหนองคาย.
3. ธัญพร ชื่นกลิ่น.(2562).การประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทยตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมมหาราชวัง.

4. ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล. (2563). “การพัฒนาจัดบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองลิ้ม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม,” วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40 (3) : 48-65.
6. ประอรนุช เชื้อถื้อ.(2558). ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์. (2565). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7. Shelly Maynard W. (1975). Responding to social change. Pennsylvania: Dowden, Hutchison.
8. ชานูชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์ และวชิราภรณ์ วิทยาขาว. (2563). “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเวียง ตำบลกระเตียน อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี,” วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29 (5) : 803-812.

## ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The Outcomes of Nursing Practice guidelines of Pain management in post operative of  
exploratory laparotomy, Kumphawapi Hospital Udon, Thani Province.

(Received: May 12,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 8,2025)

ณัฐพร วิเศษสาคร<sup>1</sup> นียดา ไปไกล้า<sup>1</sup>  
Nataporn Wisetsakorn<sup>1</sup> Niyada Paiklai<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องและศึกษาความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดช่องท้อง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 32 คน เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลลัพธ์ระดับความปวดและการจัดการความปวด แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi – square และ independent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ในช่วง 30 นาทีแรก ค่าเฉลี่ยระดับความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) อย่างไรก็ตาม ณ นาทีที่ 45 และ 60 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มทดลองมีการใช้ยาที่ตรงแบบแผนกว่า และมีการจัดการความปวดที่รวดเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ของการจัดการความปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักรักษาตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และการเปรียบเทียบ Sedation Score พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนน Sedation Score ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการระงับปวดที่ห้องพักรักษาตัว พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผลของความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวทางปฏิบัติในการระงับปวดที่ห้องพักรักษาตัวมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.26$ , S.D. = 0.70)

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติ การพยาบาล จัดการความปวด ผ่าตัดช่องท้อง

### ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of nursing practice guidelines on pain management in patients undergoing open abdominal surgery and to evaluate satisfaction with these guidelines. The sample consisted of patients receiving anesthesia for abdominal surgery, divided into experimental and control groups of 32 patients each group. Data were collected using general information records, pain level and pain management outcome records, patient satisfaction assessment forms, and guideline user satisfaction assessment forms with reliability coefficients of 0.90 and 0.92 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Chi-square and independent t-test.

The results showed that during the first 30 minutes, the mean pain levels between the experimental and control groups were not significantly different ( $p > 0.05$ ). However, at 45 and 60 minutes, the experimental group had significantly lower mean pain levels than the control group ( $p < 0.05$ ). The experimental group received more standardized medication administration and faster pain management than the control group. Regarding pain management outcomes, the experimental group demonstrated

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

significantly better post-operative pain management results in the recovery room than the control group ( $p < 0.001$ ). Comparison of Sedation Scores showed that the experimental group had significantly better scores than the control group ( $p < 0.001$ ). Patient satisfaction with pain management in the recovery room was significantly higher in the experimental group compared to the control group ( $p < 0.001$ ). Anesthesia nurses' satisfaction with the pain management guidelines in the recovery room was at the highest level ( $\bar{x} = 4.26$ , S.D. = 0.70).

**Keywords:** Nursing Practice Guidelines, Pain Management, Abdominal Surgery Patients, Recovery Room, Satisfaction

## บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องคิดเป็น 1 ใน 3 ของการผ่าตัดทั้งหมดที่ทำในห้องผ่าตัดใหญ่เมื่อเทียบกับการผ่าตัดอื่นๆ ในห้องผ่าตัดใหญ่ ศัลยกรรม การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery) เป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมบริเวณช่องท้องเพื่อการสำรวจหาความผิดปกติ หรือทำการรักษาโดยการตัด ต่อ หรือ ซ่อมแซมอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร มดลูก เป็นต้น การผ่าตัดสามารถทำได้ทั้ง 1) การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (Conventional surgery) กล่าวคือ มีการตัดผ่านผิวหนังทางหน้าท้อง (Open abdominal surgery or exploratory laparotomy) และ 2) การผ่าตัดช่องท้องผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) โดยสอดใส่ท่อที่มีกล้องและอุปกรณ์ในการตัดเย็บ เข้าไปทดแทนการผ่าตัดแบบดั้งเดิม ซึ่งแม้ว่าการผ่าตัดหน้าท้องจะเป็นการรักษาแต่ก็อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนได้ อาทิเช่น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ภาวะตกเลือดขณะผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ความปวด เป็นต้น ซึ่งผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดได้ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดและอาจมีความรุนแรงจนถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ วิสัยทัศน์พยาบาลพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อลดการเกิดหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอาการปวดหลังผ่าตัดเปิดหน้าท้อง<sup>1</sup>

ความปวดมีผลกระทบต่อร่างกาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเคลื่อนไหวผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแผลมากขึ้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มักไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลในระดับรุนแรงมาก ใน 1-24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด<sup>2</sup> ความปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาระงับปวดที่ไม่เพียงพอ ขาดการประเมินความปวดที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ หรือเกิดจากการตัดสินใจแต่ละบุคคล ประสิทธิภาพการทำงานในห้องผ่าตัดมีน้อย ภาระงานในห้องผ่าตัดมาก ล้วนทำให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพลดลง<sup>3</sup>

การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาปวดหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความปวดที่ตามมาหลังการผ่าตัด ความปวดที่เกิดขึ้นนี้ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและได้รับการบรรเทาความปวดที่ไม่ถูกต้อง<sup>4</sup> ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้าน ร่างกาย และจิตใจก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ เช่น กระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบจนอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติภายหลังการผ่าตัด ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ

ลดลง แผลหายช้า นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่ จนอาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบ อาจเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดมากกว่าปกติ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้น และอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดรวมทั้งเพิ่ม ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการอักเสบส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยครอบครัวและระบบสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น (International Association for the Study of Pain, 2017) อีกทั้งปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5<sup>5</sup>

โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ปีมีการผ่าตัดที่หลากหลายทั้งในเวลาและนอกเวลาฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน โดยปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึกจำนวน 2,852 ราย ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึกจำนวน 2,530 ราย และปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึกจำนวน 3,361 ราย<sup>6</sup> มีโอกาสเกิดความเสี่ยงจากการระงับความรู้สึกได้ในหลากหลายมิติ หนึ่งในนั้นคือความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งถือว่าวิสัญญีพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการระงับปวดให้ได้และปลอดภัยถือเป็นภารกิจสำคัญของงานวิสัญญี ทั้งนี้ระดับความปวดผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความอดทน ความวิตกกังวล และประสบการณ์เผชิญกับความปวด ดังนั้นหากเข้ารับการผ่าตัดและฟื้นจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวผู้ป่วยจะแสดงออกถึงอาการปวดที่ไม่เท่ากัน บางรายอาจจะแสดงออกไม่ตรงกับกรเจ็บปวด หรือบางรายไม่แสดงออกแต่ไม่บอกเล่า หรือในบางรายแสดงออกอย่างตรงไปตรงมานอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรมีการให้ยาแก้ปวดหลากหลายชนิดแตกต่างกัน ปริมาณแตกต่างกันไม่เป็นในทางเดียวกัน ยังไม่มีแนว

ปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นแนวเดียวกัน<sup>6</sup>

การประเมินความปวดจัดเป็นสัญญาณชีพที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ การประเมินและการจัดการความปวด เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมผู้ดูแลในห้องผ่าตัดและในห้องพักฟื้นเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมวิสัญญี นอกจากนี้การประเมินและการจัดการความปวดยังเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาลที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติเดิมเป็นแนวทางการปฏิบัติโดยที่วิสัญญีพยาบาลประเมินและให้ยาแก้ปวดตามประสบการณ์ ให้ยาแก้ปวดตามการประเมินคะแนนระดับปวด มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนเพียงอย่างเดียว ขาดการประเมินอาการอื่นร่วม ผู้วิจัยจึงพัฒนารอบแนวคิดการบริหารความปวดหลังผ่าตัดที่มีอยู่เดิมร่วมกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดฉบับปี พ.ศ. 2562 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย<sup>1</sup> นำมาศึกษาและทำการแก้ไขปรับปรุงวิธีการจึงได้ศึกษา ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ได้พัฒนาและปรับปรุงขึ้นซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษา ผลของการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัดนี้มาก่อน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้จัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการบรรเทาความปวด วิสัญญีพยาบาลนำไปใช้ในการจัดการความปวดได้อย่างมั่นใจ ส่งผลต่อคุณภาพการบริการงานวิสัญญีลดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์และคงไว้ซึ่งคุณภาพ



ทางการพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจและ  
ประสบการณ์ที่ดีหลังการเข้ารับการรักษา  
ของผู้รับบริการ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการ  
พยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่อง  
ท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2  
กลุ่ม เปรียบเทียบ (Quasi experimental  
research) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ที่เข้ารับการ  
รักษาความรู้สึกละ 32 คน รวม 64  
คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G –  
Power<sup>7</sup> โดยมีเกณฑ์คัดเข้าโครงการ (Inclusion  
criteria) คือ 1) อายุอยู่ในช่วง 18 – 65 ปี มี  
สัมพันธภาพครอบครัว 2) มีความยินยอมเข้าร่วม  
ในงานวิจัยด้วยความสมัครใจ 3) ชนิดการผ่าตัด ใน  
การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาจากการผ่าตัด  
เปิดช่องท้อง 4) ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ใน  
เกณฑ์ปกติ 5) โรคประจำตัว มีการควบคุมโรค  
ประจำตัวนั้นควรทำได้ดีเต็มที่ (optimization)  
และอยู่ในสภาวะคงที่ (stable) และเกณฑ์การแยก  
อาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)  
คือ 1) ไม่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย 2)  
โรคประจำตัว มีการควบคุมโรคที่ไม่ดีพอ อยู่ใน  
สภาวะไม่คงที่ (Unstable) หรือมีโรคประจำตัวที่  
ต้องใช้เวลาเฝ้าระวัง และมีภาวะคุกคามชีวิต

และกลุ่มผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ คือ พยาบาล  
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี  
จำนวน 12 คน ระยะในเก็บรวบรวมข้อมูลคือ  
เมษายน-กรกฎาคม 2567

### 1. เครื่องมือดำเนินการพัฒนา

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการ  
ความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุม  
ภวาปี จังหวัดอุดรธานี พัฒนามาจากแนวปฏิบัติ

ของการระงับปวดหลังผ่าตัด ราชวิทยาลัยวิสัญญี  
แห่งประเทศไทย<sup>1</sup>

### 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ระดับความปวดและ  
การจัดการความปวด
- 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่  
ได้รับการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่อง  
ท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
- 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนว  
ปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดใน  
ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัด  
อุดรธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรง  
เชิงเนื้อหา (Content Validity) แนวปฏิบัติทางการ  
พยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่อง  
ท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี  
ตรวจสอบโดยวิสัญญีแพทย์ 3 ท่าน วิสัญญี  
พยาบาล จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ  
ครอบคลุมเนื้อหา แนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ  
จากนั้นให้ค่าคะแนนตามความเห็นของ  
ผู้ทรงคุณวุฒิงานวิจัยทั้ง 4 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.89  
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำ  
แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่  
ได้รับการปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ  
แล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ  
คล้ายคลึงกัน คือ ผู้ป่วยผ่าตัดอื่น และพยาบาล  
วิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลกุมภวาปีที่ไม่ใช่  
กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
อัลฟาคอลบาร์ค ได้เท่ากับ 0.90, 0.92

### ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนวิจัย  
ด้วยตัวเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนการดำเนิน  
กิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อพิจารณาการตรวจสอบ

2. ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี หลังจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี ลงนามอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่ได้นำเสนอ แล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัย

3. การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ทำการศึกษาโดยศึกษาจากอุบัติการณ์การจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ หลังให้การระงับความรู้สึกที่ห้องพักรักษา ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ของโรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อสำรวจปัญหา ประชุมกลุ่มวิสัญญีพยาบาลเพื่อบอกเล่าถึงปัญหาและสรุปผล

ขั้นตอนที่ 2 ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักรักษา โรงพยาบาลกุมภวาปี ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ จากกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลกุมภวาปี ร่วมวิเคราะห์ตรวจสอบแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ทำหนังสือขอจริยธรรมวิจัยเพื่อพิจารณาอนุญาตภายหลังได้รับการรับรองและทำการขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบและพัฒนาจนได้ปรับปรุงตามวงจร โดยทำการนำเครื่องมือหรือแนวทางที่ได้ไปทดลองใช้ในกลุ่ม Try out โรงพยาบาลอื่นในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี นำแนวทางปฏิบัติไปใช้ ดังนี้

**ประเมินความปวดเริ่มต้น:** เริ่มต้นด้วยการประเมินความปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (NRS)

**กรณี NRS < 4 คะแนน:**

- ถ้าไม่มีอาการปวด ให้พักผ่อนให้ครบ 1 ชั่วโมงแล้วจำหน่ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรก

**กรณี NRS ≥ 4 คะแนน:**

- หากคะแนน NRS ≥ 4 คะแนน ให้ประเมินอัตราการหายใจ (RR) หาก RR ≥ 10 ครั้ง/นาที, คะแนน Sedation scores 0-1 และไม่มีภาวะ Hypotension ให้ดำเนินการตามแนวทางการให้ยา

- ให้ยาตามแผนการรักษา โดยพิจารณาให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เช่น Morphine (MO) 2-5 mg, Fentanyl 0.5-2 mcg หรือ Pethidine 20-50 mg.

- ประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาระงับปวด 5 นาที ประเมินผลหลังให้ยาครั้งแรก:

- หากหลังให้ยาแล้ว NRS ยังคง ≥ 4 คะแนน, RR ≥ 10 ครั้ง/นาที, Sedation scores 0-1 และไม่มี Hypotension โดยให้ยาครั้งของขนาด dose แรก

- ประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาครั้งที่สอง 5 นาที ประเมินผลหลังให้ยาครั้งที่ 2:

- หากหลังให้ยาครั้งที่ 2 แล้ว NRS ยังคง ≥ 4 คะแนน, RR ≥ 10 ครั้ง/นาที, Sedation scores 0-1 และไม่มี Hypotension โดยให้ยาครั้งของขนาด dose แรก

- ประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาครั้งที่สาม 5 นาที การจัดการหลังให้ยา:

- หาก NRS < 4 คะแนน ให้จำหน่ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรก

- หาก NRS ≥ 4 คะแนน ให้รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาสั่งการรักษาเพิ่มเติม และให้ยาตามคำสั่งวิสัญญีแพทย์ โดยประเมินผู้ป่วยทุก 5 นาที

ขั้นตอนที่ 6 ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 7 สรุปผลวิจัยและเผยแพร่

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi – square และ independent t – test

### จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาศึกษาและวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี KPEC14/2567 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยในการศึกษาประกอบด้วยกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มควบคุม (n=32) โดยในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยชาย 14 ราย (43.75%) และหญิง 18 ราย (56.25%) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยชาย 10 ราย (31.25%) และหญิง 22 ราย (68.75%) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองคือ 42.03 ปี (S.D. = 14.25) และในกลุ่มควบคุมคือ 42.06 ปี (S.D. = 12.86) น้ำหนักเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองคือ 62.09 กก. (S.D. = 9.74) และในกลุ่มควบคุมคือ 60.87 กก. (S.D. = 8.71) การจำแนก ASA ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองพบว่ามี ASA I 12 ราย (37.50%), ASA II 17 ราย (53.10%) และ ASA III 3 ราย (9.40%) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมี ASA I 13 ราย (40.65%), ASA II 17 ราย (53.10%) และ ASA III 2 ราย (6.25%) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการระบุความรู้สึกทั่วร่างกาย 100% โรคร่วมที่พบในกลุ่มทดลอง ได้แก่ เบาหวาน (2 ราย, 6.25%), ความดันโลหิตสูง (4 ราย, 12.5%), โรคอ้วน (3 ราย, 9.38%), ไทรอยด์ (3 ราย, 9.38%), โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (1 ราย, 3.12%) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (1 ราย, 3.12%)

ส่วนกลุ่มควบคุมพบเบาหวาน (2 ราย, 6.25%), ความดันโลหิตสูง (2 ราย, 6.25%), มะเร็ง

(2 ราย, 6.25%), โรคอ้วน (3 ราย, 9.38%), ไทรอยด์ (6 ราย, 18.75%) และโรคกระดูกสันหลังเสื่อม (3 ราย, 9.38%) กลุ่มโรคทางศัลยกรรมที่พบในทั้งสองกลุ่มคือศัลยกรรมทั่วไป (กลุ่มทดลอง 22 ราย, 68.75%; กลุ่มควบคุม 22 ราย, 68.75%) และสูติ-นรีเวชกรรม (กลุ่มทดลอง 10 ราย, 31.25%; กลุ่มควบคุม 10 ราย, 31.25%) รายการผ่าตัดที่พบ ได้แก่ Exploratory Laparotomy with Lysis of Adhesions (กลุ่มทดลอง 10 ราย, 31.25%; กลุ่มควบคุม 8 ราย, 25.0%), TAH with Lysis of Adhesions (ทั้งสองกลุ่ม 10 ราย, 31.25%), Open Cholecystectomy (กลุ่มทดลอง 5 ราย, 15.62%; กลุ่มควบคุม 7 ราย, 21.80%), Splenectomy (กลุ่มทดลอง 2 ราย, 5.71%) และ Sigmoidectomy (กลุ่มทดลอง 5 ราย, 15.62%; กลุ่มควบคุม 7 ราย, 21.80%) ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (กลุ่มทดลอง 25 ราย, 78.12%; กลุ่มควบคุม 25 ราย, 78.12%)

2. ค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การจัดการความปวดในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในนาที่ที่ 0 กลุ่มทดลองได้รับ Fentanyl 25-50 mcg น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (15.62% เทียบกับ 34.37%) และการให้ Morphine 2 mg ในกลุ่มทดลองพบ 28.12% เทียบกับกลุ่มควบคุม 37.5% ในขณะที่การให้ Morphine 3 mg เท่ากันทั้งสองกลุ่มที่ 25% สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาาระงับปวดใกล้เคียงกัน (31.25% ในกลุ่มทดลอง และ 34.37% ในกลุ่มควบคุม)

เมื่อถึงนาที่ที่ 15 รูปแบบการใช้ยาเริ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการใช้ Fentanyl สูงกว่าเล็กน้อย (15.62% เทียบกับ 12.50%) และสัดส่วนการให้ Morphine 2 mg ในกลุ่มทดลองสูงกว่า (18.75% เทียบกับ 9.37%) แต่

การให้ Morphine 3 mg ในกลุ่มทดลองน้อยกว่า (18.75% เทียบกับ 28.12%)

อย่างไรก็ตาม ในนาที่ที่ 30 กลุ่มทดลองมีการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่าอย่างชัดเจน โดยมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาถึง 93.75% เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ 81.25% และกลุ่มควบคุมยังมีการใช้ Morphine 2 mg และ 4 mg ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีการใช้ยาในขนาดดังกล่าว สุดท้าย ในนาที่ที่ 45 และ 60 ทั้งสองกลุ่มไม่มีการให้ยาระงับปวดเพิ่มเติม

**3. ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี** ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีผลการจัดการอาการปวดที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.01$ ) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีคะแนน Sedation Score ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต, ชีพจร, อัตราการหายใจ, O2 saturation) ระหว่างสองกลุ่ม

**4. ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการระงับปวดที่ห้องพักรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี** ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการประเมินความปวดของวิสัญญีพยาบาล ( $p = 0.01$ ), ความรู้สึกปลอดภัยจากการให้ยาระงับปวด ( $p = 0.01$ ) และวิสัญญีมีความเอาใจใส่ต่อการเจ็บปวดของท่านท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการรับบริการ ( $p = 0.01$ ) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านพึงพอใจในการจัดการความปวดในห้องพักรักษา ( $p = 0.59$ ), ความพึงพอใจในการดูแลให้ยาแก้ปวด ( $p = 0.16$ ), และความพึงพอใจต่อการรับบริการจากวิสัญญีพยาบาล ภาพรวมระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.63$ )

**5. ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดใน**

**ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี** ผลการศึกษา พบว่า โดยรวมผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.27 คะแนน (S.D. = 0.72) ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ท่านปฏิบัติตามแนวทางจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ในห้องพักรักษา ( $\bar{X} = 4.48$ , S.D. = 0.61) และ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาแล้วเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ( $\bar{X} = 4.48$ , S.D. = 0.61) รองลงมา คือ การแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ในห้องพักรักษาทำให้ท่านมีความมั่นใจมากขึ้น ( $\bar{X} = 4.40$ , S.D. = 0.60) และ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ในห้องพักรักษาทำให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น ( $\bar{X} = 4.40$ , S.D. = 0.69) ท่านสามารถประเมินความปวดผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ( $\bar{X} = 4.37$ , S.D. = 0.64) และ ท่านสามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้ ( $\bar{X} = 4.37$ , S.D. = 0.84) และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ในห้องพักรักษาสามารถลดอาการปวดลงได้ ( $\bar{X} = 3.93$ , S.D. = 0.64)

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีคะแนนความปวดสูงกว่าในนาที่แรก หลังออกจากห้องพักรักษา ( $\bar{X} = 4.96$ , S.D. = 2.72) แต่หลังจากใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ค่าคะแนนความปวดลดลงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในนาที่ที่ 45 และ 60 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การใช้แนวทางปฏิบัติช่วยให้สามารถประเมินอาการปวดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การจัดการความปวดทำได้ทันทั่วถึงและลดความรุนแรงของอาการปวดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ผลลัพธ์นี้สนับสนุนโดยงานวิจัยของประไพศรี สายทอง<sup>5</sup> ซึ่งพบว่าแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาสามารถลดความปวดได้ถึง 7-10 คะแนน

การใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดส่งผลให้การใช้อยามีแบบแผนและมีความถี่ในการจัดการความปวดที่รวดเร็วกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองสามารถจัดการความปวดได้เสร็จสิ้นในนาที่ที่ 0 และ 15 หลังผ่าตัด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการจัดการที่ช้ากว่าและมีการใช้ยาที่หลากหลายรูปแบบกว่า นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในกลุ่มทดลองยังดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยมีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีการจัดการดีขึ้น 22 ราย (ร้อยละ 68.75) เทียบกับ 14 ราย (ร้อยละ 43.75) ในกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของประไพศรี สายทอง<sup>5</sup> ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีแนวปฏิบัติช่วยให้บุคลากรมีแนวทางในการให้ยาแก้ปวดที่ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว และลดโอกาสการให้ยาผิดพลาด

กลุ่มทดลองมีค่าคะแนน Sedation Score ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีอาการง่วงเล็กน้อยเพียง 4 ราย (ร้อยละ 12.5) เทียบกับ 22 ราย (ร้อยละ 68.75) ในกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์นี้บ่งชี้ว่าการใช้แนวปฏิบัติช่วยป้องกันการให้ยาในปริมาณที่มากเกินไป ความจำเป็น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการง่วงซึมในผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมในการระงับปวดที่ห้องพักรับรองอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.50$ , S.D. = 0.67) อาจเกิดจากการได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่ การให้ข้อมูลที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของดวงสุตา วัฒนธัญญการ และคณะ<sup>8</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางกระดูกและข้อ

ผู้ใช้นโยบายมีความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวทางการจัดการความปวดในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.27$ , S.D. = 0.72) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในระดับที่ว่าพวกเขาสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ และเห็นว่าแนวทางนี้เป็นประโยชน์ต่อ

หน่วยงาน ( $\bar{X} = 4.48$ ) ในขณะที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดในประเด็นที่ว่าแนวทางนี้สามารถลดอาการปวดลงได้ ( $\bar{X} = 3.93$ , S.D. = 0.64) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร อินทวงศ์<sup>9</sup> พบว่า สร้างความพึงพอใจให้กับทั้งผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้จริง

โดยสรุปแล้ว การใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องทอสามารถช่วยลดความปวดของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา ลดอาการง่วงซึม และส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ใช้นโยบายมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดมากขึ้น ผลลัพธ์เหล่านี้สนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดไปใช้ในทางคลินิกเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 ด้านการบริหารการพยาบาล การนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมาใช้ในห้องพักรับรองเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ลดความแตกต่างในการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ควรมีการอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ด้านการพยาบาล พยาบาลควรใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดเพื่อประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลและตอบสนองต่ออาการปวดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งควรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาที่กำหนดและประเมินผล



การให้ยาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าอาการปวดของผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลควรให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยในวงกว้าง

2.2 ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการความปวด

2.3 ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากร ของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผ่าตัดช่องท้องในอนาคตต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 19]. เข้าถึงได้จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th>.
2. ศศิวิมล พงศ์จรรยกุล และคณะ. ประสิทธิภาพการใช้แนวทางการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในท้อง พักฟื้นเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดตามแนวทางเดิมกับแนวทางใหม่. 2558; ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. อุษา เอี่ยมล่อ. (2559). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2559; 11(3): 183-194.
4. อินทรา ปากันทะและปรกรณ์ ประจัญบาน. รายงานการวิจัยอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการทางกายภาพ และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 19]. เข้าถึงได้จาก <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/7826/2/Fulltext.pdf>
5. ประไพศรี สายทอง. ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564;2 (3): 1 – 12.
6. สถิติกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลกุมภวาปี. สถิติการผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึก. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลกุมภวาปี; 2567.
7. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bull 1992;112(1): 155–159.
8. ดวงสุดา วัฒนธัญญการ, บัณฑิตพร สำแดงฤทธิ์ และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. การประเมินการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางกระดูกและข้อ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):100-109.
9. อุมพร อินทวงศ์. ผลการศึกษาการใช้แนวทางปฏิบัติ เพื่อบรรเทาปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น. ในเอกสารประชุมวิชาการให้ความรู้เรื่อง Pain management โรงพยาบาลพังงา; 2556.

# ผลการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกต่อความถูกต้องในการคัดแยก ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุมภวาปี

## Effects of triage guidelines on triage accuracy, satisfaction of professional nurses and symptoms deterioration for examination waiting of abdominal pain patient outpatient department Kumphawapi Hospital.

(Received: May 12,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 8,2025)

นันทนา พิมพ์ทอง<sup>1</sup>

Nantana Pimthong<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกต่อความถูกต้องในการคัดแยก ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง จำนวน 84 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง และแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองแยกผู้ป่วย และปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

**ผลการศึกษา** พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.018$ ) มีการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.045$ ) ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 23.45$ ,  $SD = 2.01$ ) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ลักษณะ (character) อาการปวดแน่นท้อง ร้อยละ 34.5 ลักษณะที่เริ่มปวด (onset) แสบท้อง ร้อยละ 25.0 ตำแหน่งที่ปวดท้อง (location) ปวดทั่วท้อง ร้อยละ 25.0 ระยะเวลาที่เป็น (duration) 5-10 นาที ร้อยละ 51.2 ความรุนแรง (severity) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.7 ช่วงเวลาที่เกิดอาการปวดท้อง (pattern) ไม่แน่นอน ร้อยละ 64.3 อาการร่วม (associated) คลื่นไส้บางครั้ง ร้อยละ 27.4 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 100.0 มีอาการทรุดลงเพียงร้อยละ 6.0 และรักษาหาย ร้อยละ 94.0

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการคัดแยก, อาการปวดท้อง

### Abstract

This quasi-experiment research aims to study effects of triage guidelines on triage accuracy, satisfaction of professional nurses and symptoms deterioration for examination waiting of abdominal pain patient out patient department Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province. The sample consisted of 84 of abdominal pain patients. Research instrument were abdominal pain triage guidelines and questionnaires as patient data, Knowledge about patient screening and screening of patients with abdominal pain symptoms. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, using Wilcoxon signed ranks test and paired t-test.

Results: It was found that After the development, personnel had significantly more knowledge about screening and separating patients with abdominal pain ( $p=0.018$ ). There was a statistically significant increase in the overall screening practice for abdominal pain ( $p = 0.045$ ) and the satisfaction with the overall screening practice for abdominal pain was at a high level ( $\bar{X} = 23.45$ ,  $SD = 2.01$ ). The results of patient care found that the character of the patient was abdominal pain in 34.5%, the onset was abdominal pain in 25.0%, location was common 25.0%, duration of symptoms was 5-10 minutes 51.2%, severity was moderate 35.7%, pattern of symptoms was irregular

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

64.3%, and associated nausea (associated) 27.4%. No postoperative complications 100.0%, deterioration of symptoms only 6.0% and cure rate 94.0%.

**Keyword:** Triage Accuracy Guideline, Abdominal Pain

## บทนำ

จากสถิติผู้รับบริการที่มาด้วยอาการปวดท้องของโรงพยาบาล National Hospital Ambulatory Medical Care รายงาน จากสำนักงานสถิติแห่งชาติของอเมริกา (The National Center for Health Statistics) พบว่า ผู้รับบริการที่มาด้วยอาการปวดท้องที่แผนกฉุกเฉินในปี ค.ศ. 1999-2008 มีจำนวนมากกว่ากลุ่มอาการ อื่นประมาณ 10.5-11.3 % และมีแนวโน้มสูงขึ้น อาจเป็นโรคไม่รุนแรงและรุนแรงต่อชีวิต โรคที่ไม่รุนแรง เช่น แผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer) กรดไหลย้อน (gastro-esophageal reflux) ส่วนโรคที่รุนแรงต่อชีวิต เช่น โรคหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้องแตก (ruptured abdominal aortic aneurysm) ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) การท้องนอกมดลูก (ectopic pregnancy) เป็นต้น<sup>1</sup> เนื่องจากบริเวณช่องท้องมีอวัยวะหลายระบบ ส่งผลให้ลักษณะของอาการปวดท้องมีความแตกต่าง และหลากหลายตามระบบของอวัยวะ ทำให้ยากแก่การวินิจฉัยโรคของโรคกลุ่มอาการ ปวดท้อง จากการ ทบทวนงานวิจัยพบว่า ผู้รับบริการที่มาด้วยอาการปวดท้อง พบการจำแนกส่งผิดแผนกได้บ่อย และส่งผลเสียต่อคนไข้ทำให้ถึงแก่ชีวิต ประกอบด้วยโรคหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้องแตก (ruptured abdominal aortic aneurysm) โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) และการท้องนอกมดลูก<sup>2</sup> ทั้งนี้การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมินและระวังผู้ป่วยเชิงรุกพบว่า ระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงสามารถช่วยพยากรณ์ผู้ป่วยที่มีอาการและเพิ่มความตระหนักของบุคลากรในการคัดกรองสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลงและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้<sup>3</sup>

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ทั้งระยะก่อนซื้อครระยะซื้อคร และระยะหลังซื้อคร เพราะแต่ละระยะสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน ภาวะหายใจล้มเหลว แผลติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพทางการพยาบาล<sup>4</sup>

โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเภทโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับ S1 ขนาด 280 เตียง บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา มีผู้รับบริการผ่าตัดใน ช่วงระยะเวลา 3 ปี (ปี 2564-2567) พบ การผ่าตัดด้านศัลยกรรมทั่วไป มีจำนวน 8,147 คน 8,735 คน 9,892 คน 11,121 คน ตามลำดับ การผ่าตัดด้านศัลยกรรม ทั้งหมดมีจำนวน 1,800 คน 2,100 คน 2,113 คน 2,074 คน ผู้รับบริการที่มาด้วยอาการปวดท้องที่เข้ารับการผ่าตัดด้านศัลยกรรมจากกลุ่มอาการปวดท้อง มีจำนวน 965 คน 1,259 คน 1,318 คน 1,439 คน ตามลำดับ<sup>5</sup> และพบว่า มีผู้ป่วยบางส่วนมีการชักประวัติคัดกรองไม่ครบถ้วน ส่งผลให้เกิด Missed Diagnosis และ Delayed treatment ทำให้มีความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้น ต้องมีการแก้ไขเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้อง มีสาเหตุมาจากการประเมิน และการชักประวัติไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา และเกิดความก้าวหน้าของโรคเพิ่มขึ้น โดยพบว่าระหว่าง ปีพ.ศ. 2564-2567 มีผู้รับบริการที่มาด้วยอาการปวดท้องเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.10), 3 คน (ร้อยละ 0.24), 3 คน (ร้อยละ 0.23), 4 คน (ร้อยละ 0.28) ตามลำดับ เป้าหมายอัตราตายเฉลี่ยในโรงพยาบาล

ของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน น้อยกว่าร้อยละ 2.5 ถึงแม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจะไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังพบว่ามีความเสี่ยงสูงขึ้นทุกปี case กรณีสื่ออย่าง การคัดกรองผิดพลาดทำให้มาตรฐานรักษาอาการปวดท้องต่ำส่วนมากมาด้วยปวดจุกแน่นท้องได้ลึกลงไป มา เข้าใจจะพบว่าส่วนมากเป็นโรคนิวในถุงน้ำดีและถุง น้ำดีอักเสบ liver mass ตับอ่อนอักเสบ ฝัที่ตับ ลำไส้ อุดตันบางส่วน ใส่ติ่ง อังเชิงกรานอักเสบ เนื้องอกใน มดลูก ประมาณตามปี 2564-2567 จำนวน 150 คน , 162 คน, 179 คน และ 188 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ โรงพยาบาลกุมภวาปียังไม่พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการ คัดกรองผิดพลาด เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะ ทางด้านศัลยกรรม สามารถตรวจวินิจฉัยได้ก่อนที่จะ มีการถึงแก่ชีวิตและมีตรวจพิเศษ เช่น ultrasound และ CT scan ช่วยในการวินิจฉัยได้ทันที่<sup>6</sup>

การศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัด กรองกลุ่มอาการปวดท้อง แผนกผู้ป่วยนอก ของ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้ ซึ่งจะ ทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่ม อาการปวดท้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ช่วยให้ ระบบส่งตรวจทางศัลยกรรมมีประสิทธิภาพที่ดีเมื่อมี การคัดกรองที่ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดอัตราการคัดกรอง ไม่ได้มาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติมีแนวทางปฏิบัติที่ ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพิ่มคุณภาพ การบริการ และเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับ บริการ จึงได้ทำการศึกษา ผลของการใช้แนวปฏิบัติ ทางคลินิกในการคัดกรองกลุ่มอาการปวดท้อง แผนก ผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติใน การคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องของพยาบาลวิชาชีพ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุมภวาปี เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ
2. เพื่อศึกษาอาการทรุดลงของโรคตรวจของ ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง ที่แผนกผู้ป่วยนอก ใน

โรงพยาบาลกุมภวาปี เปรียบเทียบระหว่างก่อนและ หลังการใช้แนวปฏิบัติ

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและอาการทรุด ลงของโรคตรวจของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุมภวาปี

### วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาในแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างได้แก่

1. กลุ่มบุคลากร ในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดมี จำนวน 11 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน
2. กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 84 คน คำนวณขนาด ตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ไม่เป็นอิสระ ต่อกัน<sup>7</sup>

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากร ได้แก่ ผู้ให้บริการที่ในแผนก ผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือนมกราคม 2568 - มีนาคม 2568
2. กลุ่มผู้ป่วย อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงมีอาการนำมด้วยอาการปวดท้องที่มา รับบริการในระหว่างเดือนมกราคม 2568 - มีนาคม 2568

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากร ได้แก่ ผู้ให้บริการที่ไม่ สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดปฏิบัติงานระหว่างเดือน มกราคม 2568 - มีนาคม 2568 และไม่ยินยอมเข้า ร่วมโครงการวิจัย
2. กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ มีอาการนำมด้วยอาการ ปวดท้องด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมง หรือมีอาการปวดท้องรุนแรงมากต้องส่งเข้าห้องฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือดำเนินการพัฒนา คือ แนว ปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ขั้นตอนและ

วิธีการตรวจคัดแยกประยุกต์ใช้ตามคู่มือนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่<sup>8</sup> ดังนี้ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ประวัติอาการสำคัญ ประเมินชักประวัติอาการปวดตามโครงสร้างกายภาพช่องท้องโดยใช้ COLDDSPA ได้แก่ ลักษณะอาการปวด (character) ลักษณะที่เริ่มปวด (onset) ตำแหน่งที่ปวด (location) ระยะเวลาที่เป็น (duration) ระดับความรุนแรง (severity) ช่วงเวลาที่เกิดอาการ (pattern) อาการร่วม (associated) และการประเมินผล

## 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากร ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง จำนวน 23 ข้อ ประยุกต์ใช้แนวทางการตรวจคัดแยกอาการปวดท้องแบ่งตามส่วนของช่องท้องตามหลัก COLDDSPA<sup>9</sup> การตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลรวม 23 คะแนน ระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>9</sup> ดังนี้ ระดับต้องปรับปรุง < 14 คะแนน ระดับพอใช้ (14-18 คะแนน) ระดับดี (19-23 คะแนน)

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง จำนวน 19 ข้อ ประยุกต์ใช้คู่มือนักศึกษาแพทย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่<sup>8</sup> การศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการทำการซักประวัติเพื่อประเมินผู้ป่วย การตอบเป็น rating scale 1-5<sup>10</sup> คือ 1= น้อยที่สุด ถึง 5= ปฏิบัติบ่อยที่สุด การแปลผลรวม 95 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>11</sup> ดังนี้ ระดับต่ำ (19.0-25.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (25.34-50.67 คะแนน) ระดับสูง (50.68-95.0 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องเพื่อส่งตรวจส่งตรวจทางศัลยกรรม การตอบเป็น rating scale 1-5<sup>10</sup> คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด แปลผลรวม 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>11</sup> คือ คะแนน 5.0-8.0 ระดับต่ำ, 8.01-16.0 ระดับปานกลาง, 16.01-25.0 ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตรวจร่างกายผู้ป่วยจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อุณหภูมิกาย ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ค่าความเข้มข้นเม็ดเลือด (Hct) O<sub>2</sub>Sat, น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 ประเมินผู้ป่วยโดยซักประวัติ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ประวัติ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ซักประวัติโดยใช้ COLDDSPA ได้แก่ ลักษณะอาการปวด (character) ลักษณะที่เริ่มปวด (onset) ตำแหน่งที่ปวด (location) ระยะเวลาที่เป็น (duration) ระดับความรุนแรง (severity) ช่วงเวลาที่เกิดอาการ (pattern) อาการร่วม (associated)

ส่วนที่ 3 ผลการคัดแยกและส่งตรวจทางศัลยกรรม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ผลการคัดแยก 5 ภาวะโรค การส่งตรวจ ได้แก่ ตรวจเลือด Ultrasound เอกซเรย์ CT scan เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า MRI และการตรวจพิเศษเฉพาะโรค/อาการ

ส่วนที่ 4 ผลการรักษา จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยแรกรับ การวินิจฉัยสุดท้าย ชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ยาที่ใช้ในการรักษา 3 ลำดับ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่ารักษา รวม และ สถานะจำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ได้นำมาตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบค่าดัชนีความตรง (content validity index) ของข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย CVI รายข้อ = 1 ทุกประเด็น จึงนำไปใช้จริง ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการตรวจร่างกายผู้ป่วย แบบประเมินผู้ป่วยโดยซักประวัติ ผลการคัดแยกและส่งตรวจทางศัลยกรรม และ ผลการรักษา ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำ



แบบสอบถามตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและมีการหาค่าความเชื่อมั่น จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลกุมภวาปี นำแบบสอบถาม มาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ให้ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (alpha) ค่าที่วัดได้ ดังนี้ การความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย KR-20 เท่ากับ 0.93 ปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง จำนวน 19 ข้อ alpha = 0.94 ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ alpha = 0.85

### ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพวงจร PAOR ได้แก่ วางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) สังเกต (Observation) และ สะท้อนผล (Reflection) ตามแนวคิดการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ของ Kemmis & Mc Taggart<sup>12</sup> ดังนี้

**ขั้นที่ 1 การวางแผน (plan)** การค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง เพื่อวางแผนการจัดทำร่างนโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง ในโรงพยาบาลกุมภวาปี ประยุกต์ใช้นโยบายปฏิบัติการทางคลินิกของไอโอวาโมเดล (The Iowa Model of Evidence -based Practice to Promote Quality of Care)<sup>13</sup> กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 7 ขั้นตอนมีดังนี้

1. กำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหาการคัดแยกอาการปวดท้องที่ไม่ได้มาตรฐาน

2. พิจารณาว่าปัญหาการคัดแยกอาการปวดท้องที่ไม่ได้มาตรฐานเป็นความต้องการแก้ปัญหาขององค์กรและความถูกต้องของการรักษาผู้ป่วย

3. รวบรวมงานวิจัย และหลักฐานอื่นๆจากการสืบค้น และทบทวนวรรณกรรม ทำการวิเคราะห์ ประเมิน และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทั้งหมดเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง

4. พิจารณางานวิจัยที่ได้จากการสืบค้น และทบทวนวรรณกรรม

5. พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องในงานผู้ป่วยนอก และประเมินความเป็นไปได้ในการใช้นโยบายปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง

6. การใช้นโยบายปฏิบัติในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง ไปให้ความรู้และทำความเข้าใจต่อบุคลากรคัดแยกผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางศัลยกรรม และให้บุคลากรคัดแยกหน่วยงานผู้ป่วยนอก นำไปใช้คัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

7. ประเมินผลลัพธ์ของนโยบายปฏิบัติ

**ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Act)** การนำแผนไปปฏิบัติครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์โดยทีมพัฒนาคุณภาพประชุมทีมผู้ปฏิบัติ ในเดือนธันวาคม 2567 (10 นาที) เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ทุกคนรับทราบเกิดความเข้าใจและร่วมมือในการปฏิบัติโดยทีมพัฒนาคุณภาพคอยให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

1. เตรียมการฝึกอบรม โดยทำการติดต่อประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน เพื่อหาเวลา สถานที่ในการอบรม โดยเนื้อหาการอบรม ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลักคือ 1) ทบทวนความรู้กายภาพของช่องท้อง สาเหตุ และโรคที่เป็นสาเหตุของอาการปวดท้อง และการซักประวัติโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมและนรีเวช 2) การซักประวัติ คัดแยกโรค โดยเฉพาะโรคที่ควรต้องเฝ้าระวัง 3) สอนการใช้แบบฟอร์มการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง โดยผู้วิจัยและลองทำ 1 ราย 4) สรุปการใช้นโยบายปฏิบัติโดยดำเนินการอบรมการใช้นโยบายปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง 5) จำลองสถานการณ์ซักประวัติผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง โดยใช้แบบฟอร์มตามแนวปฏิบัติการซักประวัติคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง พร้อมตรวจแบบทดสอบ

2. จัดอบรมพัฒนาบุคลากรงานคัดแยก จำนวน 11 คน เป็นเวลา 4 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 1) ทบทวนความรู้ทางกายภาพของช่องท้อง สาเหตุ และโรคที่เป็นสาเหตุของอาการปวดท้องและการซักประวัติ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนรีเวช และด้าน ศัลยกรรม 1 ชั่วโมง 2) การคัดแยกโรคโดยเฉพาะโรค ที่ควรต้องเฝ้าระวัง 1 ชั่วโมง 3) สอนการใช้แบบฟอร์ม การซักประวัติคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง โดยผู้วิจัย และลงทำ 1 ราย 30 นาที 4) สรุปการใช้แนวปฏิบัติ โดยดำเนินการอบรมการใช้แนวทางปฏิบัติการคัด แยกกลุ่มอาการปวดท้อง 30 นาที 5) จำลอง สถานการณ์ซักประวัติผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง โดยใช้แบบฟอร์มตามแนวปฏิบัติการซักประวัติคัด แยกกลุ่มอาการปวดท้อง พร้อมตรวจแบบทดสอบ 1 ชั่วโมง

3. บุคลากร ซักประวัติคัดแยก จำนวน 11 คน นำแนวปฏิบัติไป โดยเก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น.- 16.00 น. เก็บข้อมูลเมื่อผู้รับบริการ มาติดต่อที่แผนกซักประวัติคัดแยกผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจ ทางศัลยกรรม โดยทำการซักประวัติคัดแยก ผู้รับบริการที่มีอาการนำมาด้วยอาการปวดท้องทั้ง ผู้ชาย และผู้หญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ไม่ได้มาด้วย อุบัติเหตุภายใน 24 ชั่วโมง นำแบบฟอร์มการซัก ประวัติคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องมาใช้ระยะเวลา 3 เดือนหรือน้อยกว่า 30 ครั้งต่อคน

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่ม อาการปวดท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบกับการ ประยุกต์ใช้แนวทาง การตรวจคัดแยกอาการปวดท้อง แบ่งตามส่วนของช่องท้องตามหลัก COLDSPA<sup>๑</sup> ได้แก่

1. Character: ลักษณะ ที่ปวด
2. Onset: ลักษณะที่เริ่มปวด
3. Location: ตำแหน่งที่ปวด
4. Duration: ระยะเวลาที่เป็น
5. Severity: ระดับความรุนแรง
6. Pattern: ช่วงเวลาที่เกิดอาการปวดท้อง บ่อยๆ สิ่งที่ทำให้มีมีอาการปวดท้อง สิ่งที่ทำให้มี อาการปวดท้องมากขึ้นหรือลดลง

7. Associated: อาการร่วม ถ้ามีข้อมูลตรงกับ COLDSPA คือถูกต้องหรือครบ ถ้ามีข้อมูลไม่ตรงกับ COLDSPA คือไม่ถูกต้องหรือไม่ครบ

**ขั้นที่ 3 สังเกต (Observation)** หลังจาก ที่ทีมผู้ปฏิบัติได้ทดลองปฏิบัติการ ทีมพัฒนาคุณภาพ ทำการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทาง คลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องที่พัฒนาขึ้น โดยตรวจสอบจำนวนครั้งที่บุคลากรคัดแยกแผนกซัก ประวัติคัดแยกงานผู้ป่วยนอก ซักประวัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน ส่งเข้าตรวจพบแพทย์ตรงตามแผนก และ ตรงการวินิจฉัยของแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มการซัก ประวัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องได้กำหนด หรือออกแบบให้เป็นไปตามลำดับ (Algorithm) และ เก็บข้อมูลข้อมูลทุกวัน จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น.- 16.00 น.

**ขั้นที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)** โดยการ ยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หลังจากนำแนวไปใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีม พัฒนาคุณภาพ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค นำมาประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ สมบูรณ์ที่สุด

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา มีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ การวิเคราะห์อธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแสดง ค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สำหรับการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร และ ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความแตกต่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test

## จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ขอรับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลกุมภวาปี รหัสโครงการ KPEC 1/2568 วันที่ 19 ธันวาคม 2567

## ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้อง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า ปัญหาการดำเนินงานเดิมในการคัดแยกอาการปวดท้องยังไม่ได้ตามมาตรฐาน ยังไม่มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานอื่น ๆ เกี่ยวกับการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง ทั้งนี้เนื่องจากผลการพัฒนาได้คู่มือแนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง จึงประยุกต์ใช้แนวทางการตรวจคัดแยกอาการปวดท้องแบ่งตามส่วนของช่องท้องตามหลัก COLDSPA ได้แก่ ลักษณะอาการปวด (character) ลักษณะที่เริ่มปวด (onset) ตำแหน่งที่ปวด (location) ระยะเวลาที่เป็น (duration) ระดับความรุนแรง (severity) ช่วงเวลาที่เกิดอาการ (pattern) และ อาการร่วม (associated)

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 54.5 (mean= 38.64, SD= 13.98, min= 22, max= 59) การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในการคัดกรองผู้ป่วย ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.5

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.5 อายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.8 (mean= 45.63, SD= 15.59, min= 21, max= 71) โรคประจำตัวในอดีต คือ ไทรอยด์ ร้อยละ 15.5 ระยะเวลาที่ป่วยโรคประจำตัวในอดีต ต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 15.5 ยาที่รับประทานประจำ คือ Amlodipine ร้อยละ 11.9 สูบบุหรี่ ร้อยละ 19.0 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.5 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100.0 การเคยผ่าตัดในอดีต คือ ผ่าตัดทำหมัน ร้อยละ 13.1 และการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการปวดจุกแน่นท้องได้ชายโครงขวา ร้อยละ 11.9

3. ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม

อาการปวดท้องโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.018$ )

3. ปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง พบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง พบว่า โดยรวมหลังพัฒนาบุคลากรมีการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p= 0.045$ )

4. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง พบว่า กลุ่มบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 23.45$ ,  $SD = 2.01$ ) มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ แนวทางปฏิบัติมีความชัดเจนของแต่ละขั้นตอน ( $\bar{X} 3.87$ ,  $SD = 0.32$ ) รองลงมา คือ ความสามารถในการนำไปใช้มีความเหมาะสม ( $\bar{X} 4.81$ ,  $SD = 0.50$ ) และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายที่น้อยที่สุด คือ มีความเข้าใจง่ายของแนวทางปฏิบัติในการนำไปใช้ ( $\bar{X} 4.64$ ,  $SD = 0.50$ ) ตามลำดับ

4. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง พบว่า อาการสำคัญคือปวดจุกแน่นใต้ชายโครงขวาร้อยละ 23.8 ชักประวัติโดยใช้ COLDSPA พบว่า ลักษณะ (character) อาการปวดแน่นท้อง ร้อยละ 34.5 ลักษณะที่เริ่มปวด (onset) แสบท้อง ร้อยละ 25.0 ตำแหน่งที่ปวดท้อง (location) ปวดทั่วท้อง ร้อยละ 25.0 ระยะเวลาที่เป็น (duration) 5-10 นาที ร้อยละ 51.2 ระดับความรุนแรง (severity) ระดับปานกลาง 5-6 ร้อยละ 35.7 ช่วงเวลาที่เกิดอาการปวดท้อง (pattern) ไม่แน่นอน ร้อยละ 64.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 100.0 จำนวนวันนอนต่ำกว่า 5 วัน ร้อยละ 65.5 ค่ารักษารวม 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 53.6 ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงส่งต่อ ร้อยละ 6.0 และรักษาหาย ร้อยละ 94.0

#### สรุปและอภิปรายผล

หลังพัฒนาบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ หลักการซักประวัติอาการปวดท้อง เช่น ลักษณะอาการปวดท้อง เวลาที่เริ่มเป็น ตำแหน่งที่ปวดท้อง

ระยะเวลาที่มีอาการ ระดับความรุนแรง รองลงมา คือ ประวัติอาการเริ่มต้นแบบเฉียบพลัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มสาเหตุจาก perforation, torsion, acute biliary or ureteric stone obstruction และเป้าหมายผลลัพธ์ที่คาดหวังของการคัดแยกผู้ป่วย คือ ผู้ใช้บริการได้รับการคัดแยกตามมาตรฐานการคัดแยก ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลช่วยเหลืออาการเบื้องต้นได้ทันทั่วทั้งตามลำดับความเร่งด่วน โดยการคัดแยกผู้ป่วยภาวะในช่องท้อง การซักประวัติแบบ Alvarado score การมีเลือดออกจนเกิดปวดท้องจากอุบัติเหตุ ตามลำดับ ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ทำให้บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวนขวัญ ใจตุ่น<sup>14</sup> ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง ที่พบว่า หลังพัฒนาพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น ลดผลกระทบในเรื่องการตัดสินใจส่งต่อของพยาบาลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการที่มีแบบฟอร์มที่มีแนวทางในการซักประวัติที่ครอบคลุม และแยกเป็นหัวข้อที่ควรต้องซักประวัติทำให้ครอบคลุม

และพบว่า หลังพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องโดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ทำให้บุคลากรมีการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องโดยรวมถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการคัดแยกผู้ป่วยเข้ารับวินิจฉัยเพื่อการผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีการใช้แบบตรวจสอบความปลอดภัยเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจในระดับมาก<sup>15</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า แนวปฏิบัติช่วยให้การปฏิบัติคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องมีความสะดวก มีคุณภาพครบถ้วน ถูกต้องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีเป็นมาตรฐานที่ใช้อ้างอิงการปฏิบัติงาน ช่วย

ป้องกันความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานที่อาจเกิดขึ้น<sup>16</sup> และการศึกษาของ สุชาติดา บุญสุข<sup>17</sup> ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องในผู้ป่วยนอก พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง พบว่า อาการสำคัญคือปวดจุกแน่นใต้ชายโครงขวา ลักษณะ (character) อาการปวดแน่นท้อง ลักษณะที่เริ่มปวด (onset) แสบท้อง ตำแหน่งที่ปวดท้อง (location) ปวดทั่วท้อง ระยะเวลาที่เป็น (duration) 5-10 นาที ระดับความรุนแรง (severity) ระดับปานกลาง ช่วงเวลาที่เกิดอาการปวดท้อง (pattern) ไม่แน่นอน อาการร่วม (associated) คือ คลื่นไส้บางครั้ง ผลการคัดแยกสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด จำนวนวันนอนต่ำกว่า 5 วัน ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงส่งต่อเพียงร้อยละ 6.0 แต่รักษาหายมากถึงร้อยละ 94.0 ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายมีภาวะสุขภาพดีขึ้นอยู่ในระดับปกติ ในด้านอุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราชีพจร ความดันโลหิต สีมาโตคริตและความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O<sub>2</sub>Sat) สำหรับดัชนีมวลกายส่วนใหญ่มีค่าผิดปกติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้อง ระยะเวลารักษาดูตามพยาธิสภาพของโรคจึงไม่ได้มีผลทำให้ค่าดัชนีมวลกายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรีย์ ไกรสิงห์เดชา<sup>18</sup> การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โดยนำหลักการซักประวัติแบบ COLDSPA มาใช้ประกอบในการร่วมซักประวัติ พบว่า แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจศัลยกรรม ประกอบด้วย 1) การค้นหาโดยเร็ว 2) การติดตามต่อเนื่อง และ 3) การเฝ้าระวังดูแลตามสถานะของผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะ

## 1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริหารทางการแพทย์ ผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และพัฒนาทักษะ ความชำนาญในการประเมินคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพทางการแพทย์

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำไปปรับใช้ในแต่ละโรงพยาบาลได้เนื่องจากในแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถทำการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องก่อนส่งต่อผ่าตัดทางศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านวิชาการ การใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้อง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุ่มกาวปีนี้ ช่วยลดโอกาสเกิดความผิดพลาดของผู้รับบริการ ช่วยให้พยาบาลการปฏิบัติง่ายและสะดวกขึ้นในการคัดแยก และมีคู่มือแนวปฏิบัติการคัดแยกซึ่งเป็นความรู้เมื่อเวลาไม่แน่ใจ แต่อาจต้องปรับใช้ดูบริบทของแต่ละโรงพยาบาล อย่างเช่น แต่ละโรงพยาบาลมีเกณฑ์หรือเงื่อนไข

การส่งต่ออาการปวดท้องแยกคล้ายๆ กับโรงพยาบาลกุ่มกาวปี

## 2. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องในผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการทำวิจัย ควรเพิ่มการวัดตัวแปรตามให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก 2) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางหน้าที่ 3) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางด้านความพึงพอใจ 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการเงิน

## 10. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุ่มกาวปี และบุคลากร ของโรงพยาบาลกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

1. Bhuiya FA, Pitts SR, McCaig LF. Emergency department visits for chest pain and abdominal pain: United States, 1999–2008 [Internet]. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics (US); 2010 Sep. (NCHS data brief, no. 43) [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db43.pdf>
2. Penner RM, Fishman MB, Auerbach AD, Aronson MD, Givens J, Evaluation of the adult with abdominal pain [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 18]. Available from: <https://medilib.ir/uptodate/show/6862>
3. ปณิษฐา นาคช่วย, ละมัยพร อินประสงค์, วารินทร์ ต้นตระกูล, ปติวรรดา ทองใบ, และพิไลวรรณ จันตะนะ. MEWS: Adult Pre-Arrest Sign กับบทบาทพยาบาล. เวชบัณฑิตศิริราช 2560; 10(3): 186-90.
4. เกษร บัวคำโคก. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตันที่มีภาวะช็อค. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2563; 29(1): 1-15.
5. โรงพยาบาลกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานี. ข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2567]. เข้าถึงจาก: <https://kumpawapihospital.go.th>
6. โรงพยาบาลกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาลกุ่มกาวปี. รายงานการประเมินตนเอง SAR งานผู้ป่วยนอก ประจำปีงบประมาณ 2567. อุดรธานี: โรงพยาบาลกุ่มกาวปี; 2567
7. บริติช นุกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research; 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.popticles.com/type-of-strategy>.
8. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือนักศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ.401,402 ปีการศึกษา 2564. เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2564.



9. Bloom BS, Madaus GF, & Hastings JT. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
10. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
11. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
12. Kemmis S, McTaggar M, Eds. The Action Research planner. Victoria, Australia: Deakin University; 1988.
13. Cullen L, Hanrahan K, Farrington M, DeBerg J, Tucker S, Kleiber C. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. J Pediatr Nurs. 2019 Sep-Oct;48:121-122. doi: 10.1016/j.pedn.2019.04.023
14. ขวนขวัญ ใจตุ่น. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย. ใน: ประชุมวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2566. พิษณุโลก; 2566: 1-9. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web>
15. ศรีนวล องค์ประเสริฐ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรมการแพทย์ 2561; 43(3): 125-30.
16. Yew KS, George MK, Allred H. Acute Abdominal Pain in Adults: Evaluation and Diagnosis. Am Fam Physician. 2023;107(6):585-96.
17. สุชาดา บุญสุข. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการคัดแยกกลุ่มอาการปวดท้องในผู้ป่วยนอกสำหรับพยาบาลแผนกงานการพยาบาลคัดแยก โรงพยาบาลเกาะสมุย; 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก [www.srth.go.th/home/research](http://www.srth.go.th/home/research)
18. วชิรย์ ไกรสิงห์เดชา. การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจคัดสรรกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข 2565; 1(1): 40-52.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลคลองนครเนื่องเขต อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

The effects of self-management program on knowledge, self-management behavior and HbA1C among diabetes patient with poor glycemic control in Khlongnakhonnueangkhet Subdistrict, Mueang Chachoengsao District, Chachoengsao Province.

(Received: May 13,2025 ; Revised: June 21,2025 ; Accepted: June 22,2025)

เวคิน เจียโหวง<sup>1</sup>

Wakin Jia-hong<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และศึกษาระดับ HbA1C ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองนครเนื่องเขต หมู่ที่ 17 อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 60 คน โดยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Random Assignment) คือ การจับสลากชื่อจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คนโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 - 30 เมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีความรู้ พฤติกรรมสูงกว่า เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีระดับค่า HbA1C ในเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** ระดับ HbA1C โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวาน

#### Abstract

This quasi-experimental research was to study about the effects of self-management program on knowledge, self-management and HbA1C among diabetes patient with poor glycemic control and the study of HbA1C levels. The target group participated in the program. Two sample groups totaling 60 people were patients diagnosed by a doctor as type 2 diabetic patients at the research clinic of Khlongnakhonnueangkhet mostly in Village No. 17 Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Chachoengsao, Chachoengsao. The random assignment method was divided into an experimental group of 30 people, and a comparison group of 30 people. The experimental group received the program for 12 weeks, and the comparison group received the usual program. Data were collected using questionnaires twice, before and after the experiment. Between January 1, 2025 - April 30, 2025, the data were analyzed using descriptive statistics percentage, mean, standard deviation, median. The difference in mean scores of variables within

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองนครเนื่องเขต หมู่ที่ 17 ตำบลคลองนครเนื่องเขต อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

the experimental group and the comparison group was compared using paired t-test statistics and between groups using Independent and t-test statistics. Significance was set at 0.05.

The results of the study found that the experimental group after participating in the self-management program had significantly higher knowledge and behaviors than the comparison group at a statistical level of 0.05 and had a normal HbA1C level higher than the comparison group at a statistical level of 0.05.

**Keywords:** HbA1C levels effects of self-management program diabetes patient

## บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า สถานการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation organization; IDF)<sup>1</sup> ครั้งที่ 9 ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 151 ล้านคนในปี 2543 มาเป็น 463 ล้านคน ในปี 2561 ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า และมีการประมาณการว่า ในปี 2573 วัยผู้ใหญ่ อายุ 20-79 ปี จะเป็นโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 578 ล้านคน และเพิ่มเป็น 700 ล้านคน ในปี 2588 ปัจจุบันพบว่า วัยผู้ใหญ่มีอัตราป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ที่ 9.3 ต่อแสนประชากร โดยความชุกการเป็นเบาหวานสูงสุด คือช่วงอายุ 40-59 ปี นอกจากนี้ยังพบการป่วยเป็นโรคเบาหวานในวัยเด็กและวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวนกว่า 1.1 ล้านคน และผู้ป่วยเบาหวานอีก 20 ล้านคน เป็นเบาหวานที่เกิดขณะตั้งครรภ์ มีแนวโน้มอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2564 โดยมีอัตราป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 6,359.10, 6,995.90 และ 7,339.70 ตามลำดับ<sup>2</sup> ทั้งนี้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center หรือ HDC พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมมีค่าร้อยละของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 (HbA1c ครึ่งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7) เท่ากับ 28.44, 28.10, 29.09 และผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม (HbA1c ครึ่งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8) มีค่าร้อยละของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเท่ากับ 42.70, 43.10, 44.94 โดยใน

ภาพรวมประเทศมีค่าร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2565 เท่ากับ 23.20, 26.69, 28.26, 29.42, 29.15 และ 30.22 ตามลำดับ (ซึ่งมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนดไว้คือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับค่าปกติตามค่าเป้าหมายที่กำหนดคือ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมและน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560 ได้กำหนดค่าเป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วย โดยคำนึงถึงอายุระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานการมีโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมและความรุนแรงรวมทั้งการเกิดผลกระทบจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาไม่นานและไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น และผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคร่วมมีเป้าหมายของการควบคุมโรคแบบเข้มงวดที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 7.0% ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุมีโรคร่วมและช่วยเหลือตัวเองได้ มีเป้าหมายระหว่าง 7.0 - 7.5% และในผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ มีภาวะเปราะบางและสมองเสื่อมมีเป้าหมายไม่เกิน 8.5% การรักษาระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับคนปกติ (HbA1c <7% หรือ FBS<100mg/dL) จึงถือว่าเป็นแนวทางสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน<sup>3</sup> ผู้ป่วยเบาหวานได้รับยา

เช่น metformin ซึ่งการใช้ยาเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ การใช้ยาให้มีประสิทธิภาพในการรักษานั้นต้องใช้อย่างถูกต้อง แต่ปัญหาที่พบจากการใช้ยาของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาที่เกิดจากความไม่เข้าใจและอื่นๆ อาทิ เช่น การลืมกินยา การใช้ยาที่เสื่อมสภาพ เนื่องจากการเก็บสะสมยา การหยุดยาเองเมื่ออาการของโรคดีขึ้น การเพิ่มขนาดยาเองเพราะเชื่อว่าการเพิ่มขนาดของยาจะทำให้หายจากอาการหรือโรคที่เป็นเร็วขึ้น

จากข้อมูลที่ได้ กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า จำเป็นต้องมีการส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความตระหนักรู้ ดังนั้นผู้วิจัยจึง สนใจที่จัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ถูกต้องสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยโปรแกรมนี้นี้จะมีการพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับ HbA1C ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

### วิธีการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อนหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (two group pretest posttest design) เพื่อศึกษาระดับ HbA1C ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมและศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม

การจัดการตนเอง และระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองนครเนื่องเขต หมู่ที่ 17 อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 60 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง (samples)

กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสุ่ม จำนวน 30 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสุ่ม จำนวน 30 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

(2) ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและโรครวม

2) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของภาวนา กรติยวงศ์ (2548) โดยตัดข้อคำถามเรื่องการดูแลเท้าออกเพื่อให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัย มีทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองมาประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีทั้งหมด 36 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จมาเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) โดยได้ค่า IOC มากกว่า 0.87 ทุกข้อ โดยตรวจสอบในด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของการใช้เวลาในการตอบ เมื่อรับเครื่องมือกลับคืนมาข้อแก้ไขทั้งหมดมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ การหาความเชื่อมั่น (reliability) เพื่อให้ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัดของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค หาค่าความเที่ยงของพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีลักษณะทางประชากรเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลคลองเปรง อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ที่มีความคล้ายคลึงลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ขึ้นไป

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้ไปหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 20 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลคลองเปรง อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ที่มีความคล้ายคลึงลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder – Richardson (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

เครื่องมือที่ใช้ตรวจระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในเลือด มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีใบแสดงผ่านการตรวจมาตรฐานจากโรงงานผู้ผลิต และมาตรฐานคุณภาพของสมาคมเทคนิคการแพทย์ และตั้งค่ามาตรฐานของ

เครื่องมือก่อนตรวจทุกครั้ง โดยเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์เป็นผู้ตรวจ

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ย ของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ชนิดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

### จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา รหัสโครงการ PH\_CCO\_REC 009/2568 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568

### ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 59.87 ปี (SD =9.64) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและค้าขาย ร้อยละ 46.67 และสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาลบัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ร้อยละ 36.67 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เฉลี่ยระยะเวลา 11.90 ปี (SD = 8.24)



ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 อายุเฉลี่ย 59.13 ปี (SD = 11.56) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.00 และสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาลบัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ร้อยละ 46.67 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เฉลี่ยระยะเวลา 19.50 ปี (SD = 7.53)

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลคลองนครเนื่องเขต อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

(1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 12.00 (SD = 6.41) ซึ่งถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 27.90 (SD = 1.10) ซึ่งถือว่ามีความรู้ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(2) เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 27.90 (SD = 1.10) ซึ่งถือว่ามีความรู้ในระดับสูง) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 18.00 (SD = 2.91) ซึ่งถือว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 3.14 (SD = 0.29) ซึ่งถือว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการควบคุมอาหาร มีค่า  $x = 3.09$  (SD = 0.46) ด้านการออกกำลังกาย มีค่า  $x = 2.83$  (SD = 0.39) ด้านการจัดการความเครียด มีค่า  $x = 2.93$  (SD = 0.38) ด้านการรับประทานยาเบาหวาน มีค่า  $x = 3.66$  (SD = 0.46) และด้านการจัดการภาวะเจ็บป่วย มีค่า  $x = 3.20$  (SD = 0.37) ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 4.29 (SD = 0.28) ซึ่งถือว่ามีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการควบคุมอาหาร มีค่า  $x = 4.26$  (SD = 0.22) ด้านการออกกำลังกาย มีค่า  $x = 4.56$  (SD = 0.18) ด้านการจัดการความเครียด มีค่า  $x = 4.43$  (SD = 0.34) ด้านการรับประทานยาเบาหวาน มีค่า  $x = 4.10$  (SD = 0.26) และด้านการจัดการภาวะเจ็บป่วย มีค่า  $x = 4.12$  (SD = 0.39) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้าน

การควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับประทานยาเบาหวาน และด้านการจัดการภาวะเจ็บป่วย ทั้ง 5 ด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C เท่ากับ 7.48 (SD = 0.55) ภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C เท่ากับ 6.77 (SD = 0.94) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C อยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 6.77 (SD = 0.94) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 7.59 (SD = 0.65) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของระดับ HbA1C ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C ในอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

### สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลคลองนครเนื่องเขต อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 12.00 (SD = 6.41) ซึ่งถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 27.90 (SD = 1.10) ซึ่งถือว่ามีความรู้ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 14.14 (SD = 3.71) ซึ่งถือว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง ภายหลังการ ทดลอง เปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 18.00 (SD = 2.91) ซึ่งถือว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันกับก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณีรัตน์พิทักษ์ (2562)<sup>4</sup> ที่พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมจัดการเบาหวานด้วยตนเองที่มีการเรียนรู้และฝึกทักษะเรื่องโรคเบาหวานและการติดตามและควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง ส่งผลให้มีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันทร์ฉาย<sup>5</sup> ที่พบว่า โปรแกรมที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้เรื่องโรคเบาหวานและจัดการตนเอง ด้านอาหาร การออกกำลังกายโดยการบรรยาย แบ่งกลุ่มซักถามโต้ตอบกับผู้ป่วยเบาหวานต้นแบบ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเบาหวานในการจัดการตนเอง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน ได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 12.00 (SD = 6.41) ซึ่งถือว่ามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 14.14 (SD = 3.71) ถือว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 27.90 (SD = 1.10) ซึ่งถือว่ามีความรู้ในระดับสูง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เท่ากับ 18.00 (SD = 2.91) ซึ่งถือว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรานค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ<sup>6</sup> ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นทักษะการจัดการตนเอง มีการติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมาย และปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเอง มีการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลการปฏิบัติ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ กอง สกุล<sup>7</sup> ที่พบว่าโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองภายหลัง ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่ม

เปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C เท่ากับ 7.48 (SD = 0.55) ภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C เท่ากับ 6.77 (SD = 0.94) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C อยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 11) ในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C เท่ากับ 7.46 (SD = 0.65) ภายหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C เท่ากับ 7.59 (SD = 0.65) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลำอาง เวียงนนท์<sup>8</sup> ที่พบว่า โปรแกรมที่มีการให้ความรู้และการฝึกทักษะด้านต่างๆ การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการจัดการตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคทั้งรายด้านและโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ในกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มความรู้เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และช่วยลดระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองนครเนื่องเขต หมู่ที่ 17 ตำบลคลองนครเนื่องเขต อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการด้านความรู้ ทักษะการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งสามารถนำ

โปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

2. ควรมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหรือกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ในโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่

2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในหน่วยงานอื่นๆ ต่อไป

3. ควรมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ในโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงการศึกษาระยะเวลาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มโรคนั้นๆ ด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association [ADA.] (2020). Introduction: Standards of Medical care in diabetes. Diabetes Care, 43(Suppl 1), S1-2. (2020). Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care, 43(Suppl 1), S14-S31
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2567). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566-2570. กระทรวงสาธารณสุข.
3. Davis, R.M., Hitch, A.D.A., Salaam, M.M., Herman, W.H., Zimmer-galler, I.E. & Jane, E.(2018). TeleHealth Improves Diabetes Self-Management in an UnderservedCommunity : Diabetes TeleCare. [n.p.].
4. อรุณี รัตนพิทักษ์, กรดา ไกรนุวัตร, อภิรติศรวิจิตรกมล และจุฑาทิพย์ วิภาวัฒน์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพในผู้เป็น เบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาล, 31(1), 6-18
5. จุฑามาส จันทรฉาย, มณีรัตน์ อธิระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ. (2561). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 7(2), 69-83.
6. ปราง บัวทองคำ วณิช. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(1), 105-115
7. ศันสนีย์ กองสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็น เบาหวานชนิด 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
8. สำออง เวียงนนท์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 28(4), 5-14.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแส  
โลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี

Development of a model for caring for children with central venous catheters. To prevent  
sepsis in the bloodstream Pediatric Ward 2, Pathum Thani Hospital.

(Received: May 17,2025 ; Revised: June 1,2025 ; Accepted: June 3,2025)

พจนีย์ สุกติภูมิ<sup>1</sup>

Photjani Sukatipoum<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 3) ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวม 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผลของรูปแบบดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลังโดยใช้สถิติ pair t -test ที่ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ( $\bar{X}$  = 4.40 (SD = .76) อยู่ในระดับสูงมาก และส่วนใหญ่ต่างจากรูปแบบเดิม ซึ่งมีความแตกต่างก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ** การพัฒนารูปแบบ, การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, ป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต, หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

Abstract

This research used a action research The objectives were 1) to study the care situation of pediatric patients with central venous catheters and 2) to develop a care model for pediatric patients with central venous catheters. 3) Study the effect of the care model for children with central venous catheters. The sample group was 13 professional nurses working in inpatient wards who were specifically selected. Data were collected using a mixed method. Quantitative data were collected using semi-structured interviews and general information questionnaires, an evaluation form of the care model for children with central venous catheters, and a satisfaction assessment form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Before-after comparisons were made using paired t-test statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research results found that the overall average score of nursing practice for pediatric patients with central venous catheters to prevent bloodstream infections of the sample group of professional nurses in the Pediatric Ward 2, Pathum Thani Hospital It was found that the mean value increased to  $\bar{X}$  = 4.40 (SD = .76) at a very high level and was mostly different from the original model, which had a statistically significant difference before using the model for caring for patients with bloodstream infection.

**Keywords:** Model development, Care of pediatric patients with central venous catheters Prevention of bloodstream infection, pediatric ward 2

<sup>1</sup> หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี



## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนในปี 2015 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis มากกว่า 30 ล้านประชากรโลกในทุกๆปีและมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากถึง 6 ล้านคน โดยพบการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกแล้วประมาณ 5,760 ล้านคน (77.70/100,000 ประชากรต่อปี)<sup>1</sup> ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่องจนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด<sup>2</sup>

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ประมาณ 175,000 รายต่อปีและมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เสียชีวิต 45,000 รายต่อปี โดยพบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดที่ติดเชื้อมาจากบ้านหรือชุมชน (Community-acquired Sepsis) ร้อยละ 32.03, 34.65 และ 32.46 ในปีพ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 75-150 รายต่อ 100,000 ประชากรต่อปี หรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดคือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock) พบร้อยละ 10-40 และมีอัตราการตายสูงถึง ร้อยละ 40-80 ในสหรัฐอเมริกา 2 ทศวรรษที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์สูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.7 ต่อปี โดยพบผู้ป่วย 400,000 รายต่อปี และมีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 35 สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกาได้รณรงค์ Surviving Sepsis Campaign (SSC) และพัฒนาแนวปฏิบัติสากลในการจัดการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe Sepsis) และภาวะ

ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งประกอบด้วย การคัดกรอง การวินิจฉัย กระบวนการจัดการเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร่งด่วน การให้ยาปฏิชีวนะ การกำจัดและควบคุมเชื้อโรค การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนเลือดและการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย<sup>3</sup>

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าประเทศไทย มีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย แม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้นแต่อัตราการตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง เป้าหมายสูงสุดในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด คือ ลดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อและลดอัตราการตายของผู้ป่วย ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ในส่วนของประเทศไทย สมาคมเวชบำบัดวิกฤตได้เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะภาวะติดเชื้อกระแสเลือด โดยอิงตาม Surviving Sepsis Campaign เช่นเดียวกัน กล่าวคือการแนะนำให้ใช้กลยุทธ์สำคัญ 3 ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ขั้นตอนที่หนึ่ง คือ การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Early Recognition) 2) ขั้นตอนที่สอง ได้แก่ การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ (Early Infection Control, Early Resuscitation, and Organ Support) และ 3) ขั้นตอนที่สาม คือ การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพด้วยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน โดยมีการประสานงานระหว่างทีมและการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญ เพื่อทำให้เกิด

ส่วนปลายอักเสบ (phlebitis) หากหาตำแหน่งเส้นเลือดดำส่วนปลายไม่ได้ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือสารน้ำตามปริมาณที่ต้องการตามแผนการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า จำเป็นต้องใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจาะเลือดบ่อยครั้ง ความไม่สุขสบาย ลดภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อ และปัญหาหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ขณะเดียวกันก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวจะมีอุบัติการณ์การการดึงสายสวนได้ จากสถิติการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประเทศต่างๆ ของ International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) ระหว่าง ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2015 ซึ่งศึกษาจากการรวบรวม ข้อมูลจากหอผู้ป่วยหนัก 703 ที่ใน 50 ประเทศ พบอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line-associated bloodstream infection: CLABSI) เท่ากับ 4.1 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง<sup>8</sup> และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นระยะเวลานานจะพบการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบปฏุมุมิสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่สายสวน 2-30 เท่า<sup>9</sup> ส่วนโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศไทยมีอัตราการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่เพิ่มขึ้นในปี 2009 2013 โดยผู้ป่วยมีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 5.06 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง<sup>10</sup> ดังนั้นการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จะทำให้บุคลากรตระหนักรู้มีความเข้าใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางได้ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้สนใจที่จะศึกษา พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

ส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี โดยประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มาพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลปทุมธานี โดยยึดแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อกระแสโลหิตจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ทั้งนี้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต จากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือและเทคนิคปลอดเชื้อ 2) การทำแผลบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 3) การเตรียมสารละลายและการให้สารละลาย ทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง 4) การเปลี่ยนชุดให้สารละลายและขวดสารละลาย และ 5) การเตรียมยาฉีดและการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง จากนั้นจัดกิจกรรมให้ความรู้และมอบคู่มือเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางฯ เพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเด็ก โดยผู้วิจัยสนใจจะศึกษาการประเมินผลความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในผู้ป่วยเด็ก โดยคาดว่าพยาบาลจะมีความรู้ และมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ถูกต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพและพัฒนาผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในที่สุด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 3) ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มนี้ คือ กลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 13 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 1) สมครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมได้แก่
  - 1.1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยการจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดมาตรการกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการ ให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

1.2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบสอบถามทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด แผนกที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน การอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

2.2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2558 ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 44 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น

2.2.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต จากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 5 ขั้นตอน จำนวน 30 ข้อ

2.2.2 การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 6 ข้อ

2.2.3 การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 8 ข้อ

2.2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูล มาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต จากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 5 กิจกรรก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต จากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยใช้สถิติ pair t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปทุมธานี ที่ EC-PTH A085-68 เมื่อวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2568

### ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี



1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 39.5 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 40.0 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50.0 ประสบการณ์ในตำแหน่งมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.0 เคยได้รับการประชุมอบรม ภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 60.0 มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 100.0

## 1.2 สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี

1. สถานการณ์การดูแล/การให้บริการผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ 7 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 54.54 (6 คน) ให้คะแนน 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 27.27 (3 คน) ให้คะแนน 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 18.18 (1 คน) ผลการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี

2. สถานการณ์การดูแล/การให้บริการผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 คน (ร้อยละ 27) ที่กล่าวถึงข้อดีของรูปแบบเดิมว่า มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน พร้อมทั้งมีการประเมินซ้ำ ในผู้ป่วย sepsis ตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีทีมสหวิชาชีพในการดูแล

ผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วย sepsis ทำให้การรักษาไม่ over หรือต่ำกว่าเกณฑ์

3. สถานการณ์การดูแล/การให้บริการผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการดูแล/การให้บริการผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 รูปแบบเดิม พบว่ายังไม่ทราบแนวปฏิบัติ ยาฆ่าเชื้อมีใช้จำนวนจำกัด ระยะเวลาในการรอเพาะเชื้อ ผล H/C เมื่อส่งตรวจจะต้องส่งไปเพาะเชื้อ ต้องรอรอบของการส่ง Lab ทำให้ต้องรอผลนาน

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock พ.ศ. 2566 ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย กำหนดให้เป็นร่าง 1 ที่พัฒนาขึ้นนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามการใช้สำนวน ภาษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำมาพัฒนา เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อใน



กระแสโลหิต เมื่อแรกรับหอยผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และ 3) การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ หอยผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี

### ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอยผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอยผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 25- 35 ปี ร้อยละ 69.2 อายุเฉลี่ย 34.47 ปีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 92.3 ปฏิบัติงานที่แผนกกุมารเวชกรรม 2 ร้อยละ 100.0 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 5 ปี เท่ากันร้อยละ 46.2 เคยได้รับการอบรม

เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประชุม อบรม ภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 100.0 มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 100.0

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต หอยผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ( $\bar{X}$  = 4.40 (SD = .76) อยู่ในระดับสูงมาก และส่วนใหญ่ต่างจากรูปแบบเดิม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ( $\bar{X}$  = 4.61 (SD = .48) 2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน ( $\bar{X}$  = 4.33 (SD = .50) และ 3) การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ( $\bar{X}$  = 4.27 (SD = .56) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต กลุ่มตัวอย่าง หอยผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

| การปฏิบัติการพยาบาล<br>ผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง                                 | รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวน<br>หลอดเลือดดำส่วนกลาง |      |                  |      | t      | p- value |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|------------------|------|--------|----------|
|                                                                                                | ก่อนการใช้รูปแบบ                                         |      | หลังการใช้รูปแบบ |      |        |          |
|                                                                                                | $\bar{X}$                                                | S.D. | $\bar{X}$        | S.D. |        |          |
| 1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน                                                     | 3.94                                                     | .52  | 4.33             | .50  | -2.828 | .022     |
| 2. การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต | 3.88                                                     | .60  | 4.61             | .48  | -3.833 | .005     |
| 3. การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต                | 3.77                                                     | .83  | 4.27             | .56  | -2.828 | .028     |
| รวม                                                                                            | 3.86                                                     | .62  | 4.40             | .76  | -2.233 | .015     |

**3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี** หลังใช้รูปแบบการการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยภาพรวมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}$  = 4.60) เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่มีคะแนนมากที่สุดตามลำดับดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการประเมินการคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อกระแสเลือดเมื่อแรกรับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ( $\bar{X}$  = 4.64) 2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ( $\bar{X}$  = 4.61) 3) แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ( $\bar{X}$  = 4.55) ตามลำดับ

#### สรุปและอภิปรายผล

**ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี**

**1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม** พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 39.5 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 40.0 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 50.0 ประสบการณ์ในตำแหน่งมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.0 เคยได้รับการประชุมอบรม ภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 60.0 มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 100.0

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ภาวะติดเชื้อใน**

**กระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี** สรุปได้ว่ารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีการแบ่งเป็น 2 ตอนแต่ละขั้นตอนมีการระบุแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีรายละเอียดของการปฏิบัติ มีการระบุเกณฑ์และช่วงเวลาในการปฏิบัติ อาทิ เช่น การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยโดยใช้ NEWS score การเจาะเลือด การบริหารยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เทคนิคการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีช่องทางการสื่อสารแนวทางปฏิบัติกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพร รอดจินดา<sup>11</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ได้แก่ ระยะเวลาในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อกระแสเลือด การเผยแพร่แนวทางการดูแลแก่บุคลากรทุกระดับอย่างทั่วถึง การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพและการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือเพื่อช่วยให้คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว 2) การบริหารอัตราค่าล้างที่พยาบาลในหอผู้ป่วยแบบผสมอัตราค่าล้าง 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดแก่ทีมสหวิชาชีพ 4) การจัดทำคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและ 5) การกำหนดให้มีระบบติดตาม กำกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 3 หลังการใช้รูปแบบ 3 เดือน พบว่า จำนวน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและได้รับการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\chi^2$  = 13.017,  $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลัดดา จามพัฒน์<sup>12</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

เชื่อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลแรก รับแรงดัน ระยะต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายและมีผู้จัดการรายกรณี ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลนี้ จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure, MAP)  $\geq 65$  mmHg ในชั่วโมงที่ 1, 6 ร้อยละ 92, 98 ตามลำดับ จำนวนวันนอนลดลงจาก 7.9 วัน เป็น 5.6 วัน ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัยร้อยละ 90 แรก รับได้รับการประเมิน SOS score ทุกราย และ ซ้ำทุก 2 ชม. ร้อยละ 80 พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ระดับสูงในการคัดกรองผู้ป่วยร้อยละ 85.19 ความพึงพอใจด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลและผู้จัดการรายกรณี ปฏิบัติตามบทบาท ระดับดี ( $\bar{X}=4.27$ ,  $SD=0.25$ , ( $\bar{X}=4.36$ ,  $SD=0.46$ ) ผู้รับบริการพึงพอใจการให้บริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดฯ ที่ได้พัฒนาอาจนำไปเป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรศร นพฤทธิ์ และคณะ<sup>13</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลมุกดาหาร ผลการศึกษา ผลการพัฒนาในรอบที่ 1 จากการสนทนากลุ่มและจัดทำการวิเคราะห์เนื้อหา พบมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 เรื่อง คือ 1) การกำหนดนโยบายและมอบหมายงาน 2) การกำหนดให้มีแนวปฏิบัติ 3) การจัดการกระบวนการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง จึงนำไปสู่การพยาบาลที่ครบวงจร วงรอบที่ 2 ได้พัฒนาองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายที่เหมาะสมตามกระบวนการดูแล 2) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทโดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์และยืนยันผลโดยใช้ AGREE II 3) จัดให้มีกระบวนการติดตามประเมินผลตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย วงรอบที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ 3 ด้าน ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายและมอบหมายหน้าที่ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย คือ

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานผู้ป่วยใน การเฝ้าระวังติดตามต่อเนื่อง และการจำหน่าย งานผู้ป่วยหนัก การพยาบาลผู้ป่วยในระยะช็อก 2) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และทดลอง นำไปใช้กับผู้ป่วย 71 ราย เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาล พบว่า ระยะเวลารอคอย การค้นหาอาการในระยะเริ่มต้นลดลงจาก 170 นาที เป็น 25.5 นาที อัตราการพ้นช็อกได้ภายใน 6 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.3 เป็นร้อยละ 82 3) ด้านการจัดการกระบวนการติดตาม พบว่า การเฝ้าระวังและติดตามการประเมินสัญญาณชีพเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 62.9 เป็นร้อยละ 91.7 การบันทึกจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.4 เป็นร้อยละ 95.8

**ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี** พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 25- 35 ปี ร้อยละ 69.2 อายุเฉลี่ย 34.47 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 92.3 ปฏิบัติงานที่แผนกกุมารเวชกรรม 2 ร้อยละ 100.0 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มากกว่า 5 ปี เท่ากันร้อยละ 46.2 เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประชุมอบรม ภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 100.0 มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 100.0 โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ( $\bar{X}=4.40$  ( $SD=.76$ ) อยู่ในระดับสูงมาก และส่วนใหญ่ต่างจากรูปแบบเดิม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก และด้านที่มี

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 1) การประเมินคัดกรองผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ( $\bar{X}$  = 4.61 (SD = .48) 2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน ( $\bar{X}$  = 4.33 (SD = .50) และ 3) การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ( $\bar{X}$  = 4.27 (SD = .56) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}$  = 4.60) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนที่มีคะแนนมากที่สุดตามลำดับ ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการประเมินการคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อกระแสเลือดเมื่อแรกรับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ( $\bar{X}$  = 4.64) 2) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ( $\bar{X}$  = 4.61) 3) แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ( $\bar{X}$  = 4.55) ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา ภาวาศิ<sup>14</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย (1) การคัดกรองภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบลโดยใช้ qSOFA (2) การคัดกรองในโรงพยาบาล (Triage) เข้าสู่ Sepsis fast track (3) แผนการรักษาในระยะเร่งด่วน (4) การพยาบาลภาวะช็อก (Septic shock) (5) ติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่รุนแรง (6) บันทึกเวลาวินิจฉัยและบันทึกเวลาแพทย์ตรวจ และ (7) การวางแผนการจำหน่าย 2) ผลของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า (1) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสุขภาพ พบว่าหลังการพัฒนากระบวนการมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $\bar{X}$  = 22.45, S.D. = 3.12; ( $\bar{X}$  = 33.65, S.D. = 1.98) และความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า หลังการพัฒนา

ระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $\bar{X}$  = 21.86, SD = 3.27; ( $\bar{X}$  = 33.70, SD = 2.13) (2) ร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ของทีมสุขภาพโดยภาพรวม พบว่าหลังพัฒนากระบวนการมีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า มีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนมทุกข้อ ร้อยละ 100 สอดคล้องกับงานวิจัยของ อังคณา เกียรติมานะโรจน์<sup>15</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม ผลการวิจัยพบว่า แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนา การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและผลลัพธ์วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคติดเชื้อในกระแสเลือด 2) มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3) มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าระบบบริการช่องทางด่วน 4) กำหนดแผนการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5) กำหนดแนวทางการพยาบาลภาวะช็อก 6) มีระบบการให้คำปรึกษาแม่ข่าย-ลูกข่าย 7) กำหนดการลงข้อมูลการวินิจฉัยโรค และ 8) ทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ผู้ชำนาญการภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจากเดิมในปี 2561 102 ราย เป็น 94 รายในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 7.8 ผู้ป่วยได้รับการเจาะส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 100 ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย



ร้อยละ 100 และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 30 cc/Kg. ใน 1 ชั่วโมงแรก (กรณีไม่มีข้อห้ามในการให้ IV.) ร้อยละ 100 อัตราการส่งไป รักษาต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจากปี 2561 ร้อยละ 30.59 เป็นร้อยละ 25 ในปี 2562 และ ไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ จันทะวัง<sup>16</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน ผลการศึกษา: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ ออกแบบเป็นขั้นตอนตามแนวคิดของ CURN ร่วมกับแนวคิดเชิงระบบในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การระบุปัญหาด้านการพยาบาลผู้ป่วย 2) กระบวนการทบทวนพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 3) นำระบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ในด้านผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ทุกครั้ง มีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุดและด้านผลลัพธ์เชิงกระบวนการ พบว่า ระยะเวลาที่พยาบาลค้นพบผู้ป่วยเฉื่อยอยู่ที่ 0.20 ชั่วโมง ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเฉื่อยอยู่ที่ 0.43 ชั่วโมง ระยะเวลาส่งเพาะเชื้อเฉื่อยอยู่ที่ 0.39 ชั่วโมง และระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะเฉื่อยอยู่ที่ 0.65 ชั่วโมง สรุป: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจึงเป็นแนวทาง สำหรับพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่ให้เกิดภาวะภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราพร ประมั่งคตา<sup>17</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในโรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย : ระยะที่ 1 พบปัญหาการคัดกรองและวินิจฉัยโรคที่ช้า ปัญหาด้านการขาดอุปกรณ์และยาที่สำคัญ ปัญหาด้านอัตราค่าล้างไม่เพียงพอ ปัญหาบุคลากรขาดความรู้ ระยะที่ 2 แนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ คือ 1) การคัดกรองและวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น 2) การประเมินและเฝ้าระวังทางการพยาบาลด้วยการใช้ SOS score 3) การใช้เครื่องตรวจ Lactate clearance การใช้สารน้ำ Crystalloid และการบริหารยา Vasopressor 4) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความรู้ที่ทันสมัยและเป็นการเผยแพร่แนวทางการดำเนินงาน 5) การจัดทำแนวทางปฏิบัติของสหสาขาวิชาชีพและการพยาบาล และ 6) การติดตาม กำกับและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 3 มีการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่ครอบคลุมและเพิ่มขึ้น มีการคัดกรองและวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น และมีการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านเกณฑ์มากยิ่งขึ้น สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาในครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและลดอัตราการตาย

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในระดับเครือข่ายบริการ โดยพัฒนาองค์ความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ของพยาบาลวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือด



เลือดดำส่วนกลาง ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับ  
เครือข่ายในเขตสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษา ติดตามผลลัพธ์จากการใช้  
แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กใส่สายสวนหลอดเลือด  
ดำส่วนกลาง อย่างต่อเนื่อง

#### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความ  
ช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัย  
ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี  
ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ  
และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในที่เข้า  
ร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็น  
หัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จน  
สำเร็จ

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health organization. (2017). Global tuberculosis report 2017. Geneva, Switzerland: WHO; 2017:23. (WHO/HTM/TB/2017.23)
2. Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., et al. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Medicine, 43(3), 304-377.
3. Ministry of Public Health. (2019). Mortality rate in Community Acquired Sepsis. Health Data Center: HDC. Retrieved September 16, 2019, from [https://kkcard.moph.go.th/sepsis/template\\_sepsis2562.pdf](https://kkcard.moph.go.th/sepsis/template_sepsis2562.pdf).
4. Inspection Guideline of Public Health. (2018). Inspection Division Ministry of Public Health. 2018; 448-459. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567]
5. Indrawattana, N. & Vanaporn, M. (2015). Nosocomial infection. Journal of Medicine and Health Sciences, 22(1), 81-92.
6. NARST: National Antimicrobial Resistance Surveillance center, Thailand. (2013). สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html>
7. Napradit, A. (2016). Knowledge attitudes and practices of standard precaution among personnel. The Journal of Prapokkiao Hospital Clinical Medical Education Center, 33(1), 6-19. [in Thai]
8. McCormick, C., Rosenthal, C.R., Miller, T.D., & Maguire, E.A. (2016). Hippocampal Damage Increases Deontological Responses during Moral Decision Making. Journal of Neuroscience, 36, 12157-12167.
9. Lissauer, ME., Leekha, S., Preas, MA., Thom, KA., Johnson, SB. (2012). Risk factors for central line-associated bloodstream infections in the era of best practice. J Trauma Acute Care Surg, 72(5), 1174-80. Doi:10.1097/TA.0b013e31824d1085.
10. Asanathong, N.W., Rongrungeung, Y., Assanasen, Susan., Pumsuwan, V., Wiruchkul, N., Lapphra, K., Phongsamart, W., Wittawatmongkol, O., & Kongstan, N. (2017). Epidemiology and trends of important pediatric healthcare-associated infections at siriraj hospital, Thailand. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 48(3), 641-654.
11. สมพร รอดจินดา. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 30(1), 120-134.
12. ลัดดา จามพันธ์. (2563, พฤษภาคม-สิงหาคม). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 3(2), 56-66.
13. ภัทรศร นพฤทธิ์, แสงไทย ไตรวงศ์, และ จรินทร์ โคตรพรม. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(1), 221-230.

14. จินตนา ภาวะดี. (2566, พฤษภาคม-สิงหาคม). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(2), 649-659.
15. อังคณา เกียรติमानะโรจน์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 5(9), 27-43.
16. สมใจ จันทะวัง. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 2561; 35-46.
17. วราพร ประมิ่งคตา. (2567, มกราคม-เมษายน). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในโรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอพะนัง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยแลพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 5(1), 603-623.

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with Chronic Obstructive Pulmonary disease at home :  
case study of two cases.

(Received: June 4,2025 ; Revised: June 9,2025 ; Accepted: June 11,2025)

รุ่งสุริยา พรรณขาม<sup>1</sup>Rungsuriya Pannakham<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตั้งแต่แรกรับจนถึงวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน นำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 24 มีนาคม 2568 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียน ใช้การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและทฤษฎี METHOD Model

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยสูงอายุ 90 ปี ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 12 ปีที่แล้วมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง,ไตเรื้อรังระยะที่ 4,เก๊าต์ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ แพทย์วินิจฉัย Acute Exacerbation COPD with Pneumonia ได้รับยาขยายหลอดลม ได้รับออกซิเจนและสารน้ำทางหลอดเลือดดำรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ได้ยาปฏิชีวนะ ดูแลตามแผนการพยาบาล 5 แผนอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยสูงอายุ 80 ปีป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 5 ปีที่แล้วรักษาไม่ต่อเนื่อง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีไข้สูง ไอ หายใจหอบ มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้พ่นยาเองที่บ้าน 3 ครั้งอาการไม่ทุเลา แพทย์วินิจฉัย Acute Exacerbation COPD with Pneumonia,Sepsis,Respiratory Failure ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 6 แผนอาการและส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม GOLD guideline 2017 for COPD Management และได้รับการพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ; การพยาบาล

## Abstract

This study was case study aimed to study and compare nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease from the beginning of admission to discharge planning and referral for continuous care at home and use it as a guideline for nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease at home to develop the quality of nursing care to be more efficient. This case study is a comparison of 2 patients with chronic obstructive pulmonary disease. The study was conducted in case study 1 who came to receive services at Pho Chai Hospital on February 17, 2025 and in case study 2 on March 24, 2025. Data were collected using interviews, observations, and medical records. The assessment of patients' health status according to Gordon's 11 health models was used. Define nursing diagnosis and METHOD Model theory

Main findings: Case study patient 1, a 90-year-old Thai man, had chronic obstructive pulmonary disease 12 years ago, had hypertension, chronic kidney disease stage 4, gout. 1 hour before coming to the hospital, he had symptoms of shortness of breath, shortness of breath, coughing with sputum. The doctor diagnosed Acute Exacerbation COPD with Pneumonia. He received bronchodilators, oxygen and intravenous fluids to

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลโพธิ์ชัย

maintain water and electrolyte balance. He received antibiotics and was treated according to the 5 nursing plans. His symptoms improved and he was discharged home. Case study patient 2, an 80-year-old Thai man, had chronic obstructive pulmonary disease 5 years ago and was not treated continuously. 1 hour before coming to the hospital, he had a high fever, coughed, shortness of breath, was tired, could not lie down, and used an inhaler at home 3 times, but his symptoms did not improve. The doctor diagnosed Acute Exacerbation COPD with Pneumonia, Sepsis, Respiratory Failure, provided nursing care according to the 6 symptom treatment plans and transferred to Roi-Et Hospital. Both patients received nursing care according to the GOLD guideline 2017 for COPD Management and received continuous nursing care at home.

**Keywords :** Chronic obstructive pulmonary disease : Nursing

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease; COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพปอดในระยะยาว<sup>1</sup> จากสถิติในประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับร้อยละ 0.41, ร้อยละ 0.52 และ ร้อยละ 0.55 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2565-2567 เพิ่มขึ้นจำนวน 18,256 ราย,จำนวน 19,428 ราย และจำนวน 20,161 รายตามลำดับ จังหวัดร้อยเอ็ดพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 11.11 ,17.89 และ 31.93 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 98 ราย ,จำนวน 96 รายและจำนวน 93 รายตามลำดับ พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 18.94 , 8.62 และ 3.46 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 54 ครั้ง,จำนวน 50 ครั้ง และจำนวน 35 ครั้งตามลำดับ<sup>2</sup>

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างทำให้เนื้อเยื่อปอดถูกทำลายไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ อาการแสดงทางด้านร่างกายได้แก่ ใช้โอมีเสมหะ หอบเหนื่อยรุนแรง อ่อนเพลีย เป็นต้น อาการแสดงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า หดหู่ หวาดระแวงและโมโหง่าย การรักษาในระยะที่มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงแพทย์จะพิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจ พ่นยาขยายหลอดลมเมื่อผู้ป่วยรักษาอาการในโรงพยาบาลจนมีอาการสงบและดีขึ้นแพทย์จะพิจารณาให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะหายใจลำบาก มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง บางรายต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดำรงชีวิตที่บ้าน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกชนิด CPAP, BiPAP, ออกซิเจน, เครื่องพ่นยา เป็นต้น<sup>3</sup> ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมักเกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้มีคุณภาพชีวิต ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านเปลี่ยนแปลงไป มีภาระเพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น

ดังนั้น บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านจึงมีความสำคัญเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยใช้แนวคิดทฤษฎี METHOD Model มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทในการสอน ฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน แนะนำการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งเสริมความมั่นใจ

ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้าน ภายใน 7-10 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ ดำรงชีวิตต่อที่บ้าน ลดปัญหาการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากร ในการรักษาพยาบาล ลดปัญหาความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมความพร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวที่บ้าน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาล

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลกรณีเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลโพธิ์ชัย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 – 19 กุมภาพันธ์ 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 วันที่ 24 มีนาคม 2568 โดยมีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การ รักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหา ความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบ แผนสุขภาพของกอร์ดอน4 และ ทฤษฎี METHOD Model5

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนาม ยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการ ให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการ ศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษา เป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษา เท่านั้น

### ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรณีศึกษา 2 ราย ผลศึกษา พบว่า

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคือ เพศชายสูงอายุและการสูบบุหรี่ซึ่งพบ มากร้อยละ 90 จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อ บุ หลอดลม และ เนื้อปอดเกิดถุงลมโป่ง (emphysema) ในผู้ป่วยและเมื่ออายุมากขึ้นความ ยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง โยเยื่อเหนียวและ คอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะ หายใจออกทำให้น้ำที่น้อยลง ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย ข้อมูลการตรวจร่างกายทั้ง 2 ราย พบความผิดปกติที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีเสียง crepitation Rt lung ที่ปอดข้าง ขวา และภาพถ่ายรังสี พบ RLL infiltration และ



พบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 92 % อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ประเมิน CAT score = 26, mMRC = 3 ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ฟังปอดมีเสียง Course Crepitation and Wheezing both lungs ที่ปอดทั้งสองข้างและพบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 81 % อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ภาพถ่ายรังสีพบว่า Reticular infiltration Right lung ประเมิน CAT score = 30, mMRC = 4 ผลการตรวจ complete blood count พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลผิดปกติ Neutrophil และ WBC สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการอักเสบและติดเชื้อเฉียบพลัน โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งร่างกายตอบสนองโดยตามมา

การเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและจับกินเชื้อโรคโดยตรง และพบ Lymphocyte ต่ำกว่าปกติทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อแบคทีเรียในภาวะติดเชื้อผู้ป่วย<sup>6</sup> แสดงถึงภาวะปอดมีการติดเชื้อทำให้อาการรุนแรงมีการทำลายเยื่อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบยิ่งในผู้สูงอายุทำให้มีเสมหะในหลอดลม ความยืดหยุ่นของปอดลดลงทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง เกิดอาการหายใจลำบากต้องออกแรงในการหายใจทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ เกิดอาการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ขาดออกซิเจนซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 81-92 % อัตราการหายใจ 26-40 ครั้ง/นาที

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน<sup>4</sup>

| แบบแผน                                             | ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| แบบแผนสุขภาพที่ 1<br>การรับรู้และการดูแล<br>สุขภาพ | ผู้ป่วยรับทราบเรื่องสุขภาพของตนเองว่ามีโรคประจำตัวเช่น HT ,CKD stage 4,Gout และ COPDจากการสูบบุหรี่มาก มาพบแพทย์ตามนัดและรับยาต่อเนื่อง เคยบวชเป็นพระลาสิกขาเมื่อปี 2565 เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อยและไอมากต้องใส่ ET-tube ส่งต่อ รพ.ร้อยเอ็ด ปี 2566 เป็นผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับได้รับการดูแลโดยทีม LTC จนมีอาการดีขึ้นสามารถเดินและช่วยเหลือตัวเองได้ | ผู้ป่วยรับทราบเรื่องสุขภาพของตนเองว่ามีโรคประจำตัว COPD จากการสูบบุหรี่จัดและเคยผ่าตัดใส่เหล็กที่สันหลังเมื่อ 5 ปีที่แล้วขาดยาและรักษาไม่ต่อเนื่องมีปัญหาเรื่องไอเรื้อรัง หายใจหอบต้องได้รับการพ่นยาฉุกเฉินตลอด สามารถช่วยเหลือตนเองได้                                                                       |
| แบบแผนสุขภาพที่ 2<br>อาหารและการเผาผลาญ<br>อาหาร   | โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านบุตรสาวเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารทุกมื้อ ผลไม้ตามฤดูกาลดื่มน้ำวันละ 6-7 แก้ว น้ำหนัก 67.6 กิโลกรัมส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI 27.88 อยู่ในเกณฑ์อ้วน                                                                                                                                          | โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อไม่ตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านและของดิบภรรยาเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหาร ดื่มน้ำวันละ 7-8 แก้ว น้ำหนัก 39 กิโลกรัมส่วนสูง 147 เซนติเมตร BMI 18.04 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์                                                                                                       |
| แบบแผนสุขภาพที่ 3<br>การขับถ่าย                    | การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปนดินบางครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปนดิน ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวกไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอย                                             | การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปนดินบางครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปนดิน ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวกไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอย |

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน(ต่อ)

| แบบแผน                                                   | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                 | ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| แบบแผนสุขภาพที่ 4<br>กิจกรรมและการออกกำลังกาย            | ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองเดินเล่นรอบๆบ้านเดินได้ไม่ไกลจะมีอาการหอบเหนื่อยหลังจากเดินยามว่างชอบไปเล่นกับเพื่อนบ้านพูดคุยกันมี อาการเหนื่อยง่ายและหายใจหอบ จะนั่งและนอนเป็นส่วนใหญ่                                                 | ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกาย ทำกิจวัตรช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ มีอาการเหนื่อยหอบง่าย เวลาทำกิจกรรมและเคยผ่าตัดใส่เหล็กที่สันหลัง บุตรสาวจึงไม่ให้ทำงานหนัก                                                     |
| แบบแผนสุขภาพที่ 5<br>การพักผ่อนนอนหลับ                   | โดยปกตินอนคืนละ 5-6 ชั่วโมงและนอนกลางวันวันละ 1 ชั่วโมง มีปัญหาในการนอน บางครั้งตื่นกลางดึกใช้ยานอนหลับเป็นประจำ                                                                                                                                          | ผู้ป่วยเข้านอนเวลา 21.00-05.00 น.ไม่ได้นอนกลางวัน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ                                                                                                                                        |
| แบบแผนสุขภาพที่ 6<br>สติปัญญาและการรับรู้                | ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้ที่ดี รู้สติดี ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่นให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองได้ สามารถตัดสินใจเองได้                                                                                                                         | ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้ที่ดี รู้สติดี ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น ให้ประวัติการเจ็บป่วยด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจเองได้                                                                            |
| แบบแผนสุขภาพที่ 7<br>การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์        | ผู้ป่วยยอมรับว่ามีโรคประจำตัว ต้องมีการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค เช่นโรคไตวายเรื้อรัง ,โรค HT, COPD มีบุตรสาวคอยดูแลตลอดเป็นคนเครียดง่าย โกรธง่ายหายเร็ว,มีสีหน้าวิตกกังวลกลัวว่าจะได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะมีอาการหอบเหนื่อยมาก                              | ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีอาการหอบเหนื่อยมากกว่าทุกครั้ง พยายามยังไม่ดีขึ้น บอกให้ภรรยาโทรศัพท์เรียกบุตรสาวมาเฝ้า สีหน้าวิตกกังวลมากเพราะไม่เคยเหนื่อยหอบรุนแรงขนาดนี้                                        |
| แบบแผนสุขภาพที่ 8<br>บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว        | เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 6 คนภรรยา ตัวเองและบุตร 5 คนมีบุตรสาวสติปัญญาไม่สมประกอบ 1 คนสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นที่เคารพนับถือของชุมชน                                              | เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คนภรรยา ตัวเอง และบุตร 1 คนบุตรสาวประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัด สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีทะเลาะกันผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ |
| แบบแผนสุขภาพที่ 9<br>เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์        | ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม                                                                                                                                                            | ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม                                                                                                             |
| แบบแผนสุขภาพที่ 10<br>การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด | ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาและบุตรสาว เมื่อก่อนเวลาเข้านอนชอบสูบบุหรี่และระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตกกังวลและเครียดกลัวว่าจะเหมือนครั้งที่แล้วต้องไปใส่ท่อช่วยหายใจที่ รพ.ร้อยเอ็ด ค่ะแนน วิตกกังวล 10 คะแนน | ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาเมื่อก่อนเวลาเข้านอนชอบสูบบุหรี่/ดื่มสุราและระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตกกังวลและเครียดเกรงว่าจะอาการทรุดหนักคะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน |
| แบบแผนสุขภาพที่ 11<br>คุณค่าและความเชื่อ                 | มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส                                                                                                                                                                                        | มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาสและเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอมีอายุ                                                                                          |

|  |                                                                                                |                                            |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | และเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหลายโรค และการทำบุญจะช่วยให้หายป่วยได้ | มากแล้ว และการทำบุญจะช่วยส่งเสริมด้านจิตใจ |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

จากตารางที่ 1 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนนำปัญหาที่พบมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล พร้อมวางแผนจำหน่ายพบว่าปัญหาที่จะต้องให้การพยาบาลเช่น ผู้ป่วยรับรู้ว่าการป่วยทำให้เกิดโรค

ปอดอุดตันเรื้อรังคือ การสูบบุหรี่ ทำให้อาการกำเริบและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบกับอายุมากแล้วภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ติดเชื้อง่ายขึ้น มีสีหน้าวิตกกังวล ครุ่นคิดกลัวว่าอาการจะกำเริบมากขึ้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

## ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

| ประเด็นเปรียบเทียบ                   | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.แบบแผนสุขภาพ                       | ชายไทยอายุ 90 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 เมื่อ 12 ปีที่แล้วมีอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD ได้รับการรักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัยมีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวนเป็นเวลานานกว่า 20 ปี                                                                                                                                                                                               | ชายไทยอายุ 80 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อ 5 ปีที่แล้วไอมีเสมหะ หอบเหนื่อยแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD ได้รับการรักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัยมีประวัติเริ่มสูบบุหรี่ตอนอายุ 15 ปีสูบบุหรี่วันละ 10 มวน                                                                                                                                                                                                                                          | โรค COPD พบมากในเพศชาย ร้อยละ 90 มาจากสาเหตุและปัจจัยคือการสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน สารต่างๆในบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลมทำให้การทำงานของปอดผิดปกติ ปริมาตรลมหายใจออกลดลง (FEV1)และผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง เยื่อเหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลง ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย <sup>6</sup> |
| 2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง      | 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลสับสนน้ำบ่อยๆ มีไข้ ไอแห้งๆมีเสมหะ หายใจไม่อิ่ม หายใจหอบจึงพunyaเองที่บ้าน อาการทุเลาลง 1 ชั่วโมงอาการไม่ดีขึ้น หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นพunyaเอง 2 ครั้ง อาการไม่ทุเลา ญาติจึงพามาโรงพยาบาลแกร็บที่ ER เวลา 09.39 น. ได้รับการพunya Berodual 1 NB stat เวลา 10.00 น.จำนวน 2 ครั้งประเมินสัญญาณชีพ E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 36.8 °C ชีพจร 88 ครั้ง/นาที่ หายใจ 26 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 150/90 mmHg | 1 วันมีอาการหอบเหนื่อย ไอมาก พบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้พunya ขยายหลอดลมและยากกลับไปรับประทานที่บ้าน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอสูง ไอ หายใจหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้พunyaเองที่บ้าน 3 ครั้งอาการไม่ทุเลา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล เวลา 02.17 น. แกร็บที่ ERได้รับการพunya Berodual 1 NB stat เวลา 02.25 น. E4V5M6,pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 38.5 °C ชีพจร 137 ครั้ง/นาที่ หายใจ 40 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 144/88 mmHg O2 sat 81% DTX 104 mg% | ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพของภาวะปอดบวมร่วมด้วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียทำลายเนื้อปอดเกิดเป็นถุงลมโป่ง(Emphysema)ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเส้นเลือดในปอดทำให้ปอดบวมคั่งปอดอักเสบมีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาว Inflammatory cells เช่น Neutrophils,Lymphocytesมีการหลั่งสารทำให้มีการขยายการอักเสบรุนแรงขึ้นมีการตีบแคบของหลอดลมทำให้เกิดอาการหายใจออกเกิดภาวะ Hyperinflation ออกแรงทำให้เกิดอาการเหนื่อย     |
| 2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง(ต่อ) | O2 sat 92% DTX 93 mg% ประเมิน CAT score=26mMRC=3 แพทย์ตรวจร่างกายฟังปอดพบ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | แพทย์ตรวจร่างกายฟังปอดพบ Course Crepitation and Wheezing both lungs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ง่ายจากการที่ประสิทธิภาพในการหายใจที่ลดลงการแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติทำให้หลอดลมตีบแคบเกิด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

| ประเด็นเปรียบเทียบ                        | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | Crepitation Rt lung ผล CXR<br>RLL infiltration ผล Lab แกร็บที่<br>ผิดปกติ พบ<br>WBC11,390cell/mm <sup>3</sup> ,Neutrophil<br>75.6%, Lymphocyte13.9%,<br>eGFR15.69ml/min/1.73m <sup>2</sup><br>แพทย์วินิจฉัย COPD with AE และ<br>Pneumonia มีโรคร่วม CKD<br>stage4,HT,Gout                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ผล ประเมิน CAT score =30,<br>mMRC= 4 ผล CXR Reticular<br>infiltration ผล Lab แกร็บที่<br>ผิดปกติ คือ<br>WBC20,020cell/mm <sup>3</sup> ,Neutrophil<br>93.7%,Lymphocyte4.3%,Blood<br>Lactate 3.6 แพทย์วินิจฉัย COPD<br>with AE และ Pneumonia,<br>Sepsis,Respiratory Failure                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ภาวะ Ventilation น้อยลงหายใจ<br>อ่อนล้ามีการลั่งเมือกออกมา<br>มากกว่าปกติจากภาวะปอดแข็งตัว<br>ทำให้เกิดอาการไอมีเสมหะมักเกิด<br>ตอนเช้าเพราะช่วงที่นอนกลางคืนมี<br>การสะสมไว้อาการที่พบบ่อยคือ<br>อาการหอบเหนื่อยโดยเฉพาะเวลา<br>ทำกิจกรรมเนื่องจากปอดทำงาน<br>ลดลงมีการเสื่อมของสมรรถภาพ<br>ปอดและทำให้เกิดอาการกำเริบของ<br>โรคได้ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2<br>พบเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดเกิดภาวะ<br>โลหิตเป็นพิษและระบบหายใจ<br>ล้มเหลว                                                                                                                  |
| 3.การรักษา                                | -การรักษาพ่นยาขยายหลอดลม<br>Inhaler forte 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง<br>-ให้ออกซิเจนทางจมูกO2 canular<br>3 LPM keep O2 sat 88-92%<br>-ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml<br>IV drip 60 ml/hr<br>-Ceftriaxone 2 gm IV OD<br>-Aerotide 250+25 mcg 2 puff<br>BID<br>- Glyceryl Guaiacolate 100 mg<br>1X3 pc<br>-Colchicine 0.6 mg 1 เม็ดวันเว้น<br>วัน<br>-Allopurinol 100 mg 1 เม็ดวัน<br>เว้นวัน<br>-Folic acid 1X1 pc<br>-Sodamint 300 mg 1X1 pc<br>-Simvastatin 20 mg 1X1hs<br>-Ferrous Fumarate 200 mg<br>1X2 pc<br>-Acetyl cysteine 200mg 1ของ<br>วันละ 3 เวลา<br>-Paracetamol 500 mg 1 เม็ด<br>เวลามีไข้<br>รวมระยะเวลาการรักษาตัว 3 วัน | -การรักษาพ่นยาขยายหลอดลม<br>Berodual 1 NB stat และทุก 15<br>นาที่ X 2 ครั้ง then q 4 hr<br>-Seretide 1 puff พ่น BID<br>-ให้ออกซิเจนทางจมูก O2 canular<br>10 LPM keep O2 sat 88-92%<br>-ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml<br>IV drip 100 ml/hr<br>- Ceftriaxone 2 gm IV OD<br>- CPM 4 mg 1X3 pc<br>- Glyceryl Guaiacolate 100 mg<br>1X3 pc<br>- Acetyl cysteine 200mg1 ของ<br>วันละ 3 เวลา<br>-Theophylline 200 mg 1X1hs<br>-Paracetamol 500 mg 1 เม็ดเวลา<br>มีไข้<br>-Retained foley catheter<br>เวลา 11.23 น.ผู้ป่วยหายใจหอบ<br>มากแพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วย<br>หายใจ ETT<br>ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ดรวม<br>ระยะเวลาการรักษาตัว 1 วัน | ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษา<br>ในช่วงที่โรคกำเริบเฉียบพลันคือ มี<br>อาการหอบเหนื่อย หายใจมีเสียง<br>Wheezing ไอมีเสมหะ แน่นหน้าอก<br>โดยการรักษาที่ได้รับ<br>1.ยากลุ่มBronchodilators สูด<br>ขยายหลอดลมเพื่อให้ลมออกจาก<br>ปอดได้มากขึ้นใช้ยาสูดหลอดลมชนิด<br>ละอองฝอย (Nebulizer)แล้วจึงใช้<br>ยา<br>กลุ่ม short-acting inhaled $\beta_2$ -<br>agonists ชนิด MDI<br>2.การให้ออกซิเจนทดแทนเพื่อ<br>ควบคุมปริมาณ Controlled<br>Oxygen therapy เพื่อลดภาวะ<br>Hypoxemia<br>3.การให้ antibiotics ในผู้ป่วย<br>เนื่องจากปอดติดเชื้อมีเสมหะเพิ่ม<br>มากขึ้น |
| 4.ปัญหาและข้อ<br>วินิจฉัยทางการ<br>พยาบาล | 1)เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว<br>เนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ<br>2)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก<br>ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ<br>ลดลง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1)มีภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจาก<br>ปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและติดเชื้อ<br>ที่ปอด<br>2)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก<br>ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ<br>ลดลง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการ<br>พยาบาลที่เหมือนกัน 4 ข้อ และข้อ<br>วินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่าง<br>กัน 2 ข้อ คือผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่สุข<br>สบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อ<br>ในร่างกายการพยาบาลจึงได้เช็ดตัว                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

| ประเด็นเปรียบเทียบ | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                       | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                   | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | 3) ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลง<br>เนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก<br>4) ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย<br>5) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและการดูแลตนเองต่อเนื่อง | 3) ไม่สบายเนื่องจากมีไข้<br>4) ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลง<br>เนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก<br>5) ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย<br>6) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและการดูแลตนเองต่อเนื่อง | ลดไข้และดูแลให้ยา Paracetamol 500 mg<br>1 เม็ด และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีภาวะหายใจล้มเหลวต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและนำส่งต่อโรงพยาบาล ร้อยเอ็ดส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในข้ออื่นๆมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันเช่น มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง, ความทนต่อกิจกรรมลดลง, ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย และกลัวว่าจะกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลไม่ต่างกันให้การพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน และให้การพยาบาลระยะต่อเนื่องโดยใช้ METHOD และทิมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้าน |

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน** เป็นระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีแนวโน้มในการจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับบ้านในระยะเวลาอันสั้นหรืออีกนัยหนึ่งคือ ระยะเวลาที่นอนป่วยในโรงพยาบาลถูกใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการ กล่าวคือ หากผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไปย่อมสะท้อนถึงคุณภาพบริการของสถานบริการนั้นว่าไม่มีคุณภาพเพียงพอ การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge planning) จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะลดระยะเวลาการนอนป่วย ทั้งยังสามารถเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอีกด้วย การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างบ้านและชุมชนกับโรงพยาบาล โดยต้องอาศัยการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบของบุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ ปัจจุบันพบว่าการประยุกต์แนวคิดและกระบวนการการเตรียมจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาลไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงสถานบริการสุขภาพระดับอื่นในชุมชนอีกด้วยเนื่องจากระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) และบริการการดูแลที่บ้าน (Home health care) ที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลต่อเนื่อง การใช้กระบวนการ METHOD Model ประกอบด้วย

#### M : Medication & Adverse effects

ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านและการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งยากินและยาพ่น สอนวิธีการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องคือ

1. การพ่นยาแบบ Metered Dose Inhaler ได้แก่ Aerotide Evo, Seretide accuhaler หลักในการพ่นยา มีดังนี้ 1) เขย่งให้ยากระจายตัวดีก่อนพ่นยา 2) จับกระบอกยาให้แน่นคง 3) กดกระบอกยาจนสุดพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าทางปากช้าๆและลึก 4) กลืนหายใจไว้ประมาณ 10 นาที



5) กรณีต้องใช้ยา 2 สดวณระยะทางในการสูดครั้งที่ 2 ประมาณ 1 นาที 6) บ้วนปากหลังพ่นยาทุกครั้ง

2. การพ่นยาแบบ Dry Power Inhaler 1) ด้วยยาเป่นผงห้ามหายใจเข้าไปในกระบอกพ่นยา อาจทำให้ผงยาจับเป็นก้อนได้ 2) คลีกหลอดยา 1 ครั้ง เพื่อเตรียมยา 3) สูดยาทางปากเร็ว แรง ลึก และสูดใหนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ 4) บ้วนปากหลังพ่นทุกครั้ง

ๆในการสอนต้องคำนึงถึงว่าผู้บริหรยาเป็นใคร และมีข้อจำกัดในการบริหรยาหรือไม่เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวบริหรยาที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

#### E: Environment & Equipment

การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพของโรค แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดปราศจากฝุ่น โลง ขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่าย

#### T: Treatment

แผนการรักษาที่ดำเนินต่อที่บ้าน เช่น ปริมาณออกซิเจนที่ใด รับกี่ลิตร เครื่องผลิตออกซิเจน และยาพ่นที่ต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ พยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารักษาตามนัดและต่อเนื่อง

#### H: Health

แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การจัดการตนเองให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการกำเริบเฉียบพลัน และจะทำควมรุนแรงของพยาธิสภาพของปอดมีมากขึ้น การให้ความรู้และสอนทักษะที่จำเป็นเช่น ความรู้การใช้ออกซิเจนที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้ความรู้เรื่องการเลิกบุหรี่

#### O: Outpatient (Follow up & Referral)

แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัดเช่น ไข้ ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อยหรือกรณีฉุกเฉิน โทร 1669

#### D: Diet

แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตรเพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย ทำการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยรายที่ 1 มีค่าดัชนีมวลกาย 27.88 ต่อดารงกิโละเมตรอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 ควรปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ควรออกกำลังกาย ผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่าดัชนีมวลกาย 18.04 ต่อดารงกิโละเมตรอยู่ในเกณฑ์ผอมเกินไปควรมีการเพิ่มน้ำหนักส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียง่าย

#### สรุปและอภิปรายผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ส่งผลให้ควมเร็วของลมที่เป่าออกจากปอดลดลง และใช้เวลาในการหายใจนานขึ้น อาการแสดงด้านร่างกาย ได้แก่ ไข้ ไอมีเสมหะ หอบเหนื่อยรุนแรงมากขึ้น อ่อนเพลียง่าย เบื่ออาหาร อาการแสดงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด และหวาดระแวง นอกจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับบ้าน จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประเมินควมพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล/ครอบครัว วิเคราะห์ปัญหาควมต้องการด้านสุขภาพ ประเมินสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัว

ยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้โดยนำแนวคิด ทฤษฎี METHOD Model มาประยุกต์ใช้ในการ ติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 7-10 วันหลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ให้ ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม(กาย จิต สังคมและ สิ่งแวดล้อม)นำทฤษฎีการพยาบาลสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพเท่าที่ ผู้ป่วยจะทำได้และลดภาวะแทรกซ้อนป้องกันการ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล<sup>4,5,6</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงสาเหตุ และปัจจัยเสริมที่กระตุ้นให้เกิด อาการ ต่างๆให้กับผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจพยาธิสภาพของ โรค
2. ควรสอนและฝึกทักษะวิธีการใช้ยาพ่นที่ ถูกต้องก่อนกลับบ้านทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ

มีความมั่นใจในการพ่นยาและสามารถพ่นยาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

3. พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการ ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายแก่ ผู้ป่วยและญาติ

อย่างละเอียดและเข้าใจง่ายเพื่อใช้ในการชีวิตประจำวัน อย่างปกติและมีแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็น ระบบ

4. หน่วยงานควรมีการส่งบุคลากรอบรม ทบทวนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคระบบ ทางเดิน หายใจอย่างสม่ำเสมอ

5. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการดูแลแบบสหวิชาชีพ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ให้กับผู้ป่วย เช่น เกสเซอร์สอนการพ่นยา การ รับประทานยา กายภาพบำบัดสอนการฝึกฟื้นฟู สมรรถภาพปอด เป็นต้น

6. หน่วยงานควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่ง ต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องกับชุมชน โดยเฉพาะ ในรายประเมินพบปัญหาการบกพร่องการดูแล ตนเอง หรือมีอัตรากลับมารักษาซ้ำบ่อย

### เอกสารอ้างอิง

- 1.อดิสร วงษา.(2565).คำนำ.ในสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(บ.ก.), แนวทางการวินิจฉัยและรักษา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข.(2567).รายงาน Service plan โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.  
[https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9](https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9)
- 3.พวงรัตน์ มณีวงศ์,นันทิศา จุไรทัศน์และนิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์.(2560).การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน.วารสารพยาบาลสาธารณสุข,31(3),163-179.
4. Gordon, M. (1982). Nursing diagnosis: Process and Application. McGraw-Hill.
- 5.เพ็ญศรี ปัญญา, อรพิน มโนรส, มะลิ การปักษ์และอัญชลี แนวรงค์.(2566).ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจากที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่. file:///C:/Users/suma/Downloads/14300-Article%20Text-30346-1-10-20240220%20(9).pdf
- 6.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Pneumonia with sepsis

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with pneumonia pneumonia and septicemia

Somdej Hospital, Kalasin Province: 2 case studies.

(Received: June 4, 2025 ; Revised: June 9, 2025 ; Accepted: June 11, 2025)

ศรีประไพ มานะวงศ์<sup>1</sup>

Seeprapai Manawong

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Pneumonia with sepsis โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลสมเด็จ เดือนมิถุนายน 2567 และ เดือนสิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ได้รับการประเมินก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ทันเวลา ให้การพยาบาลโดยนำความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด แบบแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบการวางแผนการพยาบาล รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาล โรคปอดอักเสบ , การติดเชื้อในกระแสเลือด

## Abstract

This case study aimed to examine and compare the application of nursing processes in caring for patients with pneumonia complicated by sepsis. By studying and comparing nursing care for patients with pneumonia with sepsis, Somdej Hospital, Kalasin Province: a case study of 2 cases, selected through purposive sampling from patients admitted to Somdej Hospital in June 2024 and August 2024. The study instruments included medical record documentation forms, patient and family interviews, and data analysis. Nursing problems were assessed using Gordon's Functional Health Patterns. The findings revealed that both case study patients received standard nursing care and were assessed in a timely manner before entering critical conditions. Nursing care was provided by applying knowledge of the pathophysiology of pneumonia with sepsis and the patients' health care patterns to formulate nursing care plans, including discharge planning to prevent readmission. The patients remained safe from complications and were successfully discharged home.

**Keywords:** nursing care, pneumonia, sepsis

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

## บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นหนึ่งในโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยในชุมชนและเป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันลดลง นอกจากผลกระทบที่มาจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจแล้ว ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบบางรายยังอาจพัฒนาไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (bacteremia) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและสามารถนำไปสู่ภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น<sup>1</sup> อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจพบว่าปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ด้วย เช่น โรคทางเดินหายใจ (Asthma, COPD) ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure (CHF) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัว หรือสมรรถนะทางกายที่แย่ลง เป็นต้น ผู้ป่วยปอดอักเสบที่พบนอกโรงพยาบาลจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบชุมชน (community acquired pneumonia, CAP) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้น จึงถือว่าเป็นโรคปอดอักเสบมีอัตราการตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ<sup>2</sup>

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วย ถุงลมปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบโดยเชื้อโรคที่เข้าสู่ปอดและทำให้เกิดการอักเสบของถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งเชื้อที่พบจะแตกต่างกันใน แต่ละกลุ่มอายุและสภาพแวดล้อมที่เกิด

โรค เช่น ได้รับเชื้อจากที่ชุมชนทั่วไป หรือจากภายในโรงพยาบาล เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยได้แก่ streptococcus pneumoniae เชื้อ Haemophilus Influenzae type b, เชื้อ chlamydia pneumoniae, เชื้อ legionella app. และ เชื้อ Mycoplasma pneumoniae ส่วนเชื้อไวรัสได้แก่ เชื้อ Respiratory Syncytial virus (RSV), เชื้อ influenza หรือ เชื้อไข้หวัดใหญ่ และเชื้อราจากมูลนกหรือซากพืช ซากสัตว์ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรียอาการสำคัญคือ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือเหมือนเสียงขี้ฝม (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi) พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบจะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการติดเชื้อ และแสดงอาการภายใน 4-5 วัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ภาวะดังกล่าวมีความซับซ้อนในกระบวนการรักษา เนื่องจากเชื้อโรคที่เข้าสู่กระแสเลือดสามารถแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดการอักเสบอย่างแพร่หลายและเกิดความเสียหายต่ออวัยวะภายใน ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ซึ่งเรียกอาการนี้ว่าภาวะอาการหายใจล้มเหลว<sup>3, 4</sup>

ในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเสียชีวิตจากปอดอักเสบเพิ่มขึ้น 42.1, 43.8 และ 45.3 ตามลำดับ<sup>5, 6</sup> และจากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จ พบว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2565

จำนวน 1,091 คน ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 906 คน และในปี พ.ศ. 2567 (ข้อมูล ถึง 30 มิถุนายน 2567 ) จำนวน 872 คน และผู้ป่วยที่เสียชีวิต ด้วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าร้อยละการเสียชีวิต 0.18 , 1.00, 0.77 และ 0.80 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเฉลี่ยต่อราย เพิ่มขึ้นทุกปีจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 44,103 บาทต่อราย เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 66,759 บาท และค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 192,569 บาท ตามลำดับ<sup>7</sup> จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอักเสบ จึงต้องได้รับการประเมิน และรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ การพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอนของการดูแล เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการรักษาอย่างทันท่วงที การเฝ้าระวังอาการเหล่านี้อย่างละเอียดรอบคอบจึงเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้การรักษาดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>3</sup> ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Pneumonia with

sepsis โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ :  
กรณีศึกษา 2 ราย

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ราย ในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลสมเด็จ ในปีพ.ศ 2567 ช่วงศึกษาตั้งแต่วันที่ 11 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2567 ในรายที่ 1 วันที่ 11 มิถุนายน ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2567 และรายที่ 2 วันที่ 7 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2567 โดยศึกษาการให้พยาบาลในระยะแรกรับ ระยะระหว่างการดูแล และระยะเตรียมจำหน่าย

### ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลข KLS.REC 262/2567 กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จและแพทย์เจ้าของไข้ และได้รับการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจากผู้ป่วย

### วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลสมเด็จ ในช่วงเดือน มิถุนายน 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 ราย มีรายละเอียดต่อไปนี้

**กรณีศึกษา รายที่ 1** ผู้ป่วยชายไทยอายุ 47 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จ เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2567 เวลา 11.00 น. มาด้วยอาการ 1 สัปดาห์ ไอ มีเสมหะ เหนื่อย หายใจหอบ ไม่มีไข้ ร่วมกับปวดชาด้านขวา อาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล อาการแรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยตื่นดี หายใจหอบ ไม่ซึม มีอาการอ่อนเพลีย Oxygen saturation 97 % อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/65 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia with Sepsis with septic shock ได้รับเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยในชาย ให้ออกซิเจน HFNC 40 LPM, FiO2 0.4% ส่งตรวจทางรังสีที่ทรวงอก ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ ให้ยา Norepinephrine bitartrate 4 mg ต่อ 250 ml ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 3 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง ยาปฏิชีวนะ Cef-3 ขนาด 2 กรัม วันละครั้ง ทางหลอดเลือดดำ ผลเพาะเชื้อเสมหะพบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ssp. *pneumoniae* เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Meropenam 1 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ร่วมกับ Levofloxacin 750 mg ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง ยาปฏิชีวนะรับประทาน Azithromycin ขนาด 250 กรัม 1 tab รับประทานวันละครั้ง ก่อนอาหาร 5 วัน ให้ยา NAC รับประทานครั้งละ 1 ซอง ละลายน้ำ วันละ 3 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย พยาบาลได้เตรียมความ

พร้อมเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย ในวันที่ 25 มิถุนายน 2567 เวลา 15.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

**กรณีศึกษา รายที่ 2** ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จ เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2567 เวลา 10.30 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ มีไข้หนาวสั่น ไอมีเสมหะ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียง Rhonchi อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/59 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ออกซิเจน HFNC 40 LPM, FiO2 0.4% เก็บตัวอย่างเลือด เสมหะ และปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Pneumonia with Sepsis ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ทำการดูดเสมหะในลำคอและปอด พบเสมหะสีเหลืองข้น ปริมาณพอควร ให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง ดูแลทางเดินหายใจ ภายหลังให้การพยาบาล 5 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ อาการหายใจเหนื่อยลดลง ไม่หอบ ไอมีเสมหะเป็นบางครั้ง ปริมาณเสมหะในปอดลดลง แพทย์เริ่มให้อาหารทางสายยาง Blenderized diet 200 mL (1:1)x 4 feed รับประทานได้ดี ไม่มีอาการสำลัก ผลเพาะเชื้อเสมหะพบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น จาก Tazocin 4.5 gm เป็น Meropenam 1 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ร่วมกับ colistin 100 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะรับประทาน Azithromycin 250 mg 2 tab on NG feed วันละ 1 ครั้ง ภายหลังให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องอีก 7 วัน

พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังคงมีอาการหายใจเหนื่อยในบางครั้ง ไม่หอบ ไม่มีไข้ ไม่มีเสมหะในลำคอ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96% แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พยาบาลเตรียมความพร้อมสอนเรื่องการ

ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 27 สิงหาคม 2567 เวลา 12.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 20 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วย

| ข้อมูลส่วนบุคคล                  | ผู้ป่วยรายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ผู้ป่วยรายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต         | -psychosis<br>-HBV infection                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | - Hypertension<br>- Old CVA , Bed sore grade 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว     | - สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - ภรรยาไม่โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ประวัติการแพ้ยา                  | -ปฏิเสธการแพ้ยา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -ปฏิเสธการแพ้ยา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ประวัติการผ่าตัด                 | -ปฏิเสธการผ่าตัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -ปฏิเสธการผ่าตัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| แผนการรักษาของแพทย์              | - ให้ออกซิเจน HFNC 40 LPM, FIO2 0.4 %<br>-ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ<br>- ให้ ยา Norepinephrine bitartrate 4 mg ต่อ 250 ml ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 3 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง<br>- ให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง<br>- ยาปฏิชีวนะให้ Ceftriaxone 2 mg ปรับเปลี่ยนยาเป็น Meropenam 1 gm , Levofloxacin 750 mg<br>-ให้ยา Azithromycin ขนาด 250 กรัม รับประทานวันละ ครั้ง ก่อนอาหาร 5 วัน<br>-ให้ยา NAC รับประทานครั้งละ 1 ซองละลายน้ำ วันละ 3 ครั้ง | - ให้ออกซิเจน HFNC 40 LPM, FIO2 0.4 %<br>-ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ<br>- ยาปฏิชีวนะให้ Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงปรับเปลี่ยนยาเป็น Meropenam 1 gm ร่วมกับ Colistin 100 mg<br>-ให้ยาAzithromycin 250 mg 2 tab on NG feed วันละ 1 ครั้ง<br>- ให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง<br>-ให้อาหารทางสายยาง Blenderized diet 200 mL (1:1) x 4 feed |
| ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ       | - WBC 9,270 cell/mm3,<br>Neutrophill 72% (15/6/67)<br>- sputum : Klesiella pneumoniae ssp. pneumoniae (12/6/67)<br>- Hemoculture : no growth after day 3 (12/6/67)<br>Chest x- ray:1) Right patchy infiltration with blunt costophrenic angle<br>2) Cardiomegaly                                                                                                                                                                                                                                                        | - WBC 28,990 cell/mm3,Hct 12%<br>Neutrophill 92% Creatinine 2.91 mg/dL (7/8/67)<br>- PT 17.5 sec, INR 1.55 sec (7/8/67)<br>- sputum : Acinetobacter baumannii<br>- Hemoculture : no growth after day 3 (7/8/67)<br>Chest x- ray:1) Right Middle Lobe and Left Lower Lobe Patchy infiltration<br>2) Rt upper lung infiltration advice pleural                                                                                         |
| รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพื่อรักษา | 14 วัน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20 วัน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

### วิเคราะห์ความต่าง

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิด  
แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11

แบบแผนของกอร์ดอนสามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ ทางการพยาบาลโดยในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีประวัติสูบบุหรี่จะทำให้โรครุนแรง

เพิ่มขึ้นและนำไปสู่ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ในขณะที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อ ร่วมกับผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีประวัติการสูบบุหรี่ พยาบาลจึงต้องเน้นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

ตารางที่ 2 แบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติที่พบในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

| ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                     | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ</b><br>ผู้ป่วยรับทราบว่าตัวเองเป็นโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เคยมีอาการปอดอักเสบและเข้ารับการรักษาก่อน เป็นคนสูบบุหรี่แต่เลิกยังไม่ได้ แม้จะรู้ว่าปอดอักเสบเป็นสาเหตุของปอดอักเสบ แต่พยายามลดการสูบบุหรี่ให้น้อยลง | <b>แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ</b><br>ผู้ป่วยรับทราบว่าตัวเองเป็นโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีโรคประจำตัว คือ Hypertension, Old CVA มีลูกๆ ดูแลยามเจ็บป่วย เป็นคนสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว เนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วย |
| <b>แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง</b>                                                                                                                                                                                                         | <b>แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร อ่อนเพลีย กินได้น้อย ไม่มีแรง</b> ให้อาหารทางสายยาง Blenderized diet 200 mL (1:1) x 4 feed                                                                                                           |
| <b>แบบแผนที่ 3 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย</b><br>มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจหอบ ลูกเดินก็เหนื่อย มีประวัติเป็นโรคปอดอักเสบ                                                                                                                                                | <b>แบบแผนที่ 3 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย</b><br>ทำกิจกรรมได้น้อยต้องอาศัยผู้ดูแล ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่สะโพกทั้ง 2 ข้าง                                                                                                                       |
| <b>แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด</b><br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวตัวเองเริ่มมีอายุมากขึ้น พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำให้อาการของโรคกำเริบ นั่นคือการสูบบุหรี่ จึงมีความเครียดกลัวว่าจะกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้ง                                                     | <b>แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด</b><br>เนื่องจากผู้ป่วยมีแผลกดทับที่สะโพกทั้งสองข้าง และต้องให้อาหารทางสายยาง ทำให้มีภาวะเครียดกลัวเป็นภาระของลูกหลาน เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมเองได้                                       |

**วิเคราะห์ :** เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้และการดูแลสุขภาพพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นโรคปอดอักเสบ กำลังพยายามหยุดสูบบุหรี่ รักษาต่อเนื่อง และมาตามนัดทั้งสองราย สำหรับแบบแผนที่ 2 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีปัญหาแบบแผนนี้มากกว่ารายที่ 1 มีปัญหาการรับประทานอาหารได้น้อย สัมพันธ์กับการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยซูบผอม และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่ามีภาวะ Hyponatremia และใน

**ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วย 2 ราย**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
|-------------------------|-----------------|-----------------|

แบบแผนที่ 3 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเสี่ยงแบบแผนนี้ เนื่องจาก รายที่ 1 เป็นผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคที่ปอดทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ เหนื่อยง่าย มีความทนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และออกกำลังกายได้น้อย มีโอกาสเกิดภาวะร่างกายขาดออกซิเจนได้สูง ในผู้ป่วยรายที่ 2 ทำกิจกรรมได้น้อยต้องมีคนอื่นช่วยเหลือ

|                                            |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การพยาบาลผู้ป่วย<br>ระยะแรกเริ่ม        | 1. มีการติดเชื้อในร่างกาย<br>2. ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ<br>3. เสี่ยงต่อภาวะ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน<br>4. มีภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีไข้สูง                         | 1. มีการติดเชื้อในร่างกาย<br>2. ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ<br>3. เสี่ยงต่อภาวะ การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน<br>4. มีภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีไข้สูง                         |
| 2. การพยาบาลผู้ป่วย<br>ระยะระหว่างการดูแล  | 1. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก<br>ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง<br>2. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ<br>เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ<br>3. วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย | 1. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก<br>ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง<br>2. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการ<br>เปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ<br>3. วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย |
| 3. การพยาบาลผู้ป่วย<br>ระยะจำหน่ายกลับบ้าน | 1. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว<br>เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ และการ<br>ควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล                                                                                 | 1. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว<br>เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ และการ<br>ควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล                                                                                 |

### การพยาบาล

จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้างต้นนำมาสู่การ  
วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล  
(Nursing Process) ในจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า  
ตารางที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถ  
นำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเป็น 3 ระยะดังนี้

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>ระยะที่ 1 คือ การพยาบาลผู้ป่วย<br/>ระยะแรกเริ่ม</b><br>1. มีการติดเชื้อในร่างกาย<br>2. ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่มี<br>ประสิทธิภาพ<br><b>ข้อมูลสนับสนุน</b><br><b>กรณีศึกษาที่ 1</b><br>-ไอ มีเสมหะ เหนื่อย หายใจหอบ 22<br>ครั้ง/นาที<br>- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ<br>WBC9,270cell/mm <sup>3</sup> , Neutrophil<br>72% (15/6/67)<br>-Chest x-ray: 1) Right patchy<br>infiltration with blunt<br>costophrenic angle<br><b>กรณีศึกษาที่ 2</b><br>-มีไข้ T= 38.3°C ไม่มีเสมหะ มีอาการ<br>หายใจหอบเหนื่อย RR = 28 ครั้ง/นาที<br>PR = 112 ครั้ง/นาที BP = 98/59<br>mmHg ฟังปอดได้ยินเสียง Rhonchi<br>- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ | <b>กิจกรรมการพยาบาล</b><br>1. ประเมินสัญญาณชีพแรกเริ่ม<br>และ News score เพื่อประเมิน<br>ความรุนแรง<br>2. ประเมินสัญญาณชีพตาม<br>แนวทางประเมินผู้ป่วย ตามค่า<br>คะแนน News score รายงาน<br>แพทย์เมื่อค่าคะแนนเพิ่มขึ้น<br>3. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการ<br>ติดเชื้อ<br>4. ติดตามอาการ และอาการแสดง<br>ของการติดเชื้อที่รุนแรงเกี่ยวกับ<br>สับสน ระดับความรู้สึกตัว<br>เปลี่ยนแปลงหายใจเร็วขึ้น หายใจ<br>มากกว่า 20 ครั้ง/นาที ผิวหนัง<br>กลายเป็นจ้ำเขียว ขนลุกตั้ง ปลาย<br>มือ ปลายเท้าเย็น ชีต<br>Capillary refilling > 3 second,<br>Urine out put น้อยกว่า 0.5<br>mL/kg /hr.<br>Platelet count น้อยกว่า | <b>กิจกรรมการพยาบาล</b><br>1. ประเมินสัญญาณชีพแรกเริ่มและ News score เพื่อประเมินความ<br>รุนแรง<br>2. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางประเมินผู้ป่วย ตามค่าคะแนน<br>News score รายงานแพทย์เมื่อค่าคะแนนเพิ่มขึ้น<br>3. ชักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ<br>4. ติดตามอาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อที่รุนแรงเกี่ยวกับ<br>สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงหายใจเร็วขึ้น หายใจมากกว่า<br>20 ครั้ง/นาที ผิวหนังกลายเป็นจ้ำเขียว ขนลุกตั้ง ปลายมือ ปลายเท้า<br>เย็น ชีต<br>Capillary refilling > 3 second, Urine out put น้อยกว่า 0.5 mL/kg<br>/hr.<br>Platelet count น้อยกว่า 100,000/mm <sup>3</sup><br>SBP น้อยกว่า 90 mmHg หรือ MAP น้อยกว่า 65<br>5. ประเมินการหายใจ ภาวะพร่อง Oxygen ภาวะ Cyanosis จัดทำ<br>นอนศีรษะสูง Clear airway ให้ Oxygen ตามความเหมาะสม<br>6. ดูแลให้ Oxygen HFNC 40 LPM, FiO <sub>2</sub> 0.4% ติดตามสัญญาณชีพ<br>และวัดค่า Oxygen saturation Keep Spo <sub>2</sub> มากกว่าหรือเท่ากับ 95<br>%<br>7. ติดตามผลการตรวจเลือด, sputum, X-ray<br><b>การประเมินผล</b> |

ตารางที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>WBC 28,990cell/mm<sup>3</sup>, Hct 12%<br/>Neutrophil 92% (7/8/67)<br/>-Chest x- ray:1) Right Middle Lobe and Left Lower Lobe<br/>Patchy infiltration<br/><u>วัตถุประสงค์</u><br/>- เพื่อลดการติดเชื้อ<br/>- เพื่อให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่มีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>100,000/mm<sup>3</sup><br/>SBPน้อยกว่า 90 mmHg หรือ MAP น้อยกว่า 65<br/>5. ประเมินการหายใจ ภาวะพร่อง Oxygen ภาวะ Cyanosis จัดทำ นอนศีรษะสูง Clear airway ให้ Oxygen ตามความเหมาะสม<br/>6. ดูแลให้ Oxygen HFNC 40 LPM, FiO<sub>2</sub> 0.4% ติดตาม สัญญาณชีพและวัดค่า Oxygen saturation Keep Spo<sub>2</sub> มากกว่า หรือเท่ากับ 95 %<br/>7. ติดตามผลการตรวจเลือด, sputum, X-ray<br/><u>การประเมินผล</u><br/>ผู้ป่วยตื่นดี รู้ตัวรู้เรื่อง ไม่มีหอบเหนื่อย ได้รับออกซิเจน HFNC 40 LPM, FiO<sub>2</sub> 0.4 % O<sub>2</sub>sat = 100% RR = 22 ครั้งต่อนาที</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>ผู้ป่วยตื่นดี รู้ตัวรู้เรื่อง ไม่มีหอบเหนื่อย ได้รับออกซิเจน HFNC 40 LPM, FiO<sub>2</sub> 0.4% O<sub>2</sub>sat = 99% RR = 22 ครั้งต่อนาที</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><u>ระยะที่ 2 คือ การพยาบาลผู้ป่วย</u><br/><u>ระยะระหว่างการดูแล</u><br/>1. เสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน<br/><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br/><u>กรณีศึกษาที่ 1</u><br/>- ไอ มีเสมหะ เหนื่อย หายใจหอบ 24 ครั้ง/นาที<br/>-Chest x- ray:1) Right patchy infiltration with blunt costophrenic angle<br/><u>กรณีศึกษาที่ 2</u><br/>- ไอมีเสมหะ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย RR =28 ครั้ง/นาที PR = 112 ครั้ง/นาที BP= 98/59 mmHg ฟังปอดได้ยินเสียง Rhonchi<br/>-Chest x- ray:1) Right Middle Lobe and Left Lower Lobe Patchy infiltration<br/><u>วัตถุประสงค์</u><br/>- เพื่อให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่มี</p> | <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u><br/>1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที จนคงที่แล้วประเมินทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวัง<br/>1.1 ประเมินการหายใจ ลักษณะการหายใจ ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ดูแลทางเดินหายใจโล่ง<br/>1.2 ดูแลให้ Oxygen HFNC 40 LPM, FiO<sub>2</sub> 0.4% ตามแผนการรักษา จัดทำเคาะปอด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น การดูดเสมหะ<br/>1.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ<br/>1.4 ติดตามอาการและอาการแสดง ของภาวะการหายใจล้มเหลว<br/>1.5 ติดตามและประเมินผล CBC<br/>1.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ<br/>1.7 ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา เช่น ยาขยายหลอดลม Berodual 1 nebule ฟันทุก 4 ชั่วโมง<br/>1.8 ให้ยาฆ่าเชื้อ Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยนยาเป็น Meropenam 1 gm ร่วมกับ Colistin 100 mg ให้ยา Azithromycin 250 mg 2tab NG Feed วันละ 1 ครั้ง<br/><u>การประเมินผล</u><br/>ผู้ป่วยตื่นดี รู้ตัวรู้เรื่อง ไม่มีหอบเหนื่อย ได้รับออกซิเจน HFNC 40 LPM, FiO<sub>2</sub> 0.4% O<sub>2</sub>sat = 100% RR = 22 ครั้งต่อนาที สามารถทำกิจกรรมเองได้บางส่วน ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือ</p> | <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u><br/>1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที จนคงที่แล้วประเมินทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวัง<br/>1.1 ประเมินการหายใจ ลักษณะการหายใจ ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ดูแลทางเดินหายใจโล่ง<br/>1.2 ดูแลให้ Oxygen HFNC 40 LPM, FiO<sub>2</sub> 0.4%ตามแผนการรักษา จัดทำเคาะปอด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น การดูดเสมหะ<br/>1.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ<br/>1.4 ติดตามอาการและอาการแสดง ของภาวะการหายใจล้มเหลว<br/>1.5 ติดตามและประเมินผล CBC<br/>1.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ<br/>1.7 ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา เช่น ยาขยายหลอดลม Berodual 1 nebule ฟันทุก 4 ชั่วโมง<br/>1.8 ให้ยาฆ่าเชื้อ Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยนยาเป็น Meropenam 1 gm ร่วมกับ Colistin 100 mg ให้ยา Azithromycin 250 mg 2tab NG Feed วันละ 1 ครั้ง<br/><u>การประเมินผล</u><br/>ผู้ป่วยตื่นดี รู้ตัวรู้เรื่อง ไม่มีหอบเหนื่อย ได้รับออกซิเจน HFNC 40 LPM, FiO<sub>2</sub> 0.4% O<sub>2</sub>sat = 100% RR = 22 ครั้งต่อนาที สามารถทำกิจกรรมเองได้บางส่วน ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือ</p> |



ตารางที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>1.7 ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา เช่น ยาขยายหลอดลม Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>1.8 ให้ยาฆ่าเชื้อให้ Ceftriaxone 2 mg</p> <p>ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง</p> <p>ปรับเปลี่ยนยาเป็น</p> <p>Meropenam 1 gm</p> <p>,Levofloxacin 750 mg</p> <p>ให้ยาปฏิชีวนะ Azithromycin ขนาด 250 กรัม 1 tab</p> <p>รับประทานวันละครั้ง ก่อนอาหาร 5 วัน</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ผู้ป่วยตื่นดี รู้ตัวรู้เรื่อง ไม่มีหอบเหนื่อย ได้รับออกซิเจน HFNC 40 LPM, FIO<sub>2</sub> 0.4 % O<sub>2</sub> sat = 100% RR = 22 ครั้งต่อนาที สามารถทำกิจกรรมเองได้</p>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>2.มีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีไข้สูง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p><u>กรณีศึกษาที่ 1</u></p> <p>-ไอ มีเสมหะ เหนื่อย หายใจหอบ 24 ครั้ง/นาที</p> <p>-อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย</p> <p><u>กรณีศึกษาที่ 2</u></p> <p>-มีไข้ T= 38.3°C</p> <p>-มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์กลับมาเป็นปกติ</p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์</p> | <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>1. ดูแลให้สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา</p> <p>2. ประเมินติดตามผล Electrolyte ,BUN Cr</p> <p>3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย</p> <p>4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 1,500-2,000 ซีซี หากไม่มีข้อจำกัดโดยให้จิบน้ำบ่อยๆ</p> <p>5. ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ ตามแผนการรักษา</p> <p>7. ประเมิน BMI และส่งปรึกษานักโภชนาการ</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำ ไม่มีไข้ T</p> | <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <p>1. ดูแลให้สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา</p> <p>2. ประเมินติดตามผล Electrolyte, BUN Cr</p> <p>3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลักในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (NG-tube) Blenderized diet 200 mL (1:1) x 4 feed ขณะให้อาหารควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา</p> <p>4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 1,500-2,000 ซีซี หากไม่มีข้อจำกัดโดยให้จิบน้ำบ่อยๆ</p> <p>5. ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ ตามแผนการรักษา</p> <p>7. ประเมิน BMI และส่งปรึกษานักโภชนาการ</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำ ได้รับ Blenderized diet 200 mL (1:1) x 4 feed ผู้ป่วยรับได้ ไม่มีสำลัก ไม่มีไข้ T = 37.2°C</p> |

ตารางที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | = 36.7°c รับประทานอาหาร regular diet ทานได้ปกติ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>ระยะที่ 3 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะจำหน่ายกลับบ้าน</b></p> <p>1.ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p><u>กรณีศึกษาที่ 1 และ 2</u></p> <p>-ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <p>-ผู้ป่วยเคยกลับมารักษาซ้ำในโรคเดิม</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พุดคุยซักถามตลอดจนรับฟังปัญหาต่างๆ ด้วยความเต็มใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ทั้งนี้ การสนับสนุนของครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญเข้ามาดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค ปอดอักเสบและให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคและความรู้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>3. ดูแลจากสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ อากาศถ่ายเทสะดวกจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบและกำจัดของเสียที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้</p> <p>4. สำหรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำให้ผู้ป่วยสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือผ้าปิดปากและจมูก เวลาไอ จาม และอาจจะแยกผู้ป่วยและของใช้ต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>5. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มต้นที่ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมทั้งผู้ป่วยและญาติมีบทบาทร่วมวางแผนให้เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยา อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตดูแลตนเองได้อย่างปกติ</p> | <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พุดคุยซักถามตลอดจนรับฟังปัญหาต่างๆ ด้วยความเต็มใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ทั้งนี้ การสนับสนุนของครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญเข้ามาดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคและความรู้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>3. ดูแลจากสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ อากาศถ่ายเทสะดวกจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบและกำจัดของเสียที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้</p> <p>4. สำหรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำให้ผู้ป่วยสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือผ้าปิดปากและจมูก เวลาไอ จาม และอาจจะแยกผู้ป่วยและของใช้ต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>5. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มต้นที่ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมทั้งผู้ป่วยและญาติมีบทบาทร่วมวางแผนให้เหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยา อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตดูแลตนเองได้อย่างปกติ โดยสรุปคำแนะนำผู้ป่วยที่กลับบ้านที่ต้องการพบแพทย์มีดังนี้</p> <p>1. การปฏิบัติตัว สังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น อาการไอ เหนื่อยหอบมากขึ้น เสมหะมาก เปลี่ยนสี มีไข้ควรรีบมาพบแพทย์</p> <p>2. การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเอง หากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบกลับมาพบแพทย์</p> <p>3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การอยู่ในบริเวณที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสถานที่แออัด</p> <p>4. ควรมาพบแพทย์ตามนัด</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัว สามารถอธิบายการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้</p> |

ตารางที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                              | กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>5.การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มต้นที่ ผู้ป่วยรับไว้ในโรงพยาบาลโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาติมีบทบาทร่วมวางแผนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตดูแลตนเองได้อย่างปกติ โดยสรุปคำแนะนำผู้ป่วยที่กลับบ้านที่ต้องการพบแพทย์มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การปฏิบัติตัว สังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น อาการไอ เหนื่อยหอบมากขึ้น เสมหะมาก เปลี่ยนสี มีไข้ควรรีบมาพบแพทย์</li> <li>2. การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเอง หากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบกลับมาพบแพทย์</li> <li>3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การอยู่ในบริเวณที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสถานที่แออัด</li> <li>4. ควรมาพบแพทย์ตามนัด</li> </ol> <p><u>การประเมินผล</u><br/>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัว สามารถอธิบายการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>2.ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u><br/><u>กรณีศึกษาที่ 1 และ 2</u><br/>-ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นโรคปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด<br/>-มีประวัติสูบบุหรี่<br/>-มีอาการเหนื่อยง่าย<br/>-วัดอุณหภูมิต่ำ</p> | <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การปฏิบัติตัว สังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น อาการไอ เหนื่อยหอบ มากขึ้น เสมหะมาก เปลี่ยนสี มีไข้ควรรีบมาพบแพทย์</li> <li>2. การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเองหากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบกลับมาพบแพทย์</li> <li>3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การปฏิบัติตัว สังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น อาการไอ เหนื่อยหอบมากขึ้น เสมหะมาก เปลี่ยนสี มีไข้ควรรีบมาพบแพทย์</li> <li>2. การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเองหากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบกลับมาพบแพทย์</li> <li>3. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การอยู่ในบริเวณที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสถานที่แออัด</li> <li>4.ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถภาพปอดด้วยการหายใจลึกและไอเป็นระยะ ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อขับเสมหะออกจากการหายใจแบบ Diaphragmatic breathing (หายใจด้วยกระบังลม)การบริหารการ</li> </ol> |

ตารางที่ 3 การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                                                                                   | กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                           | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| -เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดให้กลับมาทำงานได้ปกติ<br>-เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ | เกิดโรค เช่น การอยู่ในบริเวณที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสถานที่แออัด<br>4.ส่งเสริมการพัฒนสมรรถภาพปอดด้วยการหายใจลึกและไอเป็นระยะ ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อขับเสมหะออก การหายใจแบบ Diaphragmatic breathing (หายใจด้วยกระบังลม) การบริหารการหายใจแบบ Pursed-lip breathing<br>5.การออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป<br>เริ่มจากการเดินระยะใกล้ๆ เพิ่มระยะทางและระยะเวลาทีละน้อย หยุดพักเมื่อเหนื่อยหรือหายใจลำบาก<br>6. ควรมาพบแพทย์ตามนัด<br><u>การประเมินผล</u><br>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัว สามารถอธิบายการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ | หายใจแบบ Pursed-lip breathing<br>5.การจัดท่านอนและการเคลื่อนไหว นอนในท่า Semi-Fowler's (ยกหัวเตียง 30-45 องศา) เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ลูกเดิน-เคลื่อนไหวตามสมรรถภาพ เพื่อป้องกันแผลกดทับ<br>4. ควรมาพบแพทย์ตามนัด<br><u>การประเมินผล</u><br>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัว สามารถอธิบายการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ |

**สรุปและอภิปรายผล**

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญคือไข้ หายใจหอบ วินิจฉัยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ทั้ง 2 ราย แต่เมื่อตรวจเพาะเชื้อค้นหา source infection พบว่า รายที่ 1 พบการติดเชื้อในกระแสเลือด ในขณะที่รายที่ 2 พบการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เมื่อประเมิน qSOFA score มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย sepsis กรณีศึกษารายที่ 1 พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบ คือระบบหายใจ Respiratory failure ระบบหัวใจและหลอดเลือดค่าความดันโลหิตต่ำ 88/65 mmHg ระบบ

เลือด Platelet 87000/ul รักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว ความดันโลหิตยังต่ำ จำเป็นต้องให้ Vasopressor (On Levophed (4:250) vein drip) Serum lactate level  $\geq 2$  mmol/L (8.50 mmol/L) ถือได้ว่าเข้าเกณฑ์มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบ คือระบบหายใจ Respiratory failure ระบบหัวใจและหลอดเลือดความดันโลหิตต่ำ 98/69 mmHg ระบบไต Creatinine 2.91 mg/dL รักษาโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยจึงเป็นไปตามอวัยวะที่ล้มเหลว (Organ Dysfunction) ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับความทุกข์ทรมานกว่าเกิดจากการฟื้นคืนสภาพ

ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีอายุ 73 ปี รวมการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 20 วัน ในขณะที่รายที่ 1 พบเชื้อทางเดินหายใจ *klebsiella pneumoniae* ssp. *Pneumoniae* และรายที่ 2 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ *Acinetobacter baumannii* จากการศึกษาทั้ง 2 ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อทุกรายไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อและตามมาด้วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งการติดเชื้อในร่างกายมีผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกายในระยะแรก ร่างกายมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจะคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมอวัยวะต่างๆจะทำงานล้มเหลว และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Sepsis และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการ

จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุพยาธิสรีรวิทยา ภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อกเป็นเวลานาน และลดระยะเวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ<sup>8,9,10,11</sup>

### ข้อเสนอแนะ

พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอย่างเป็นองค์รวม เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมทั้งควรได้เข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินความต้องการครอบคลุมทุกด้าน เพื่อนำมาวางแผนจำหน่ายให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่งต่อข้อมูลเพื่อการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่กลับมารักษาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
2. กรมการแพทย์.(2562). โรคปอดอักเสบ (Pneumonia). [ออนไลน์]. เข้าถึงจาก <https://dhes.moph.go.th/>
3. Kalil, A. C., Metersky, M. L., Klompas, M., et al. (2016). Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clinical Infectious Diseases*, 63(5), e61–e111. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw353>
4. Rello, J., Valenzuela-Sánchez, F., Ruiz-Rodríguez, M., et al. (2019). Epidemiology and outcomes of ventilator-associated pneumonia in intensive care units in Latin America: A multinational study. *Critical Care*, 23(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2455-5>
5. ทิภูฏี ศรีวิสัย และวิมุล อ่อนแสง.(2560)ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ:ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์.



6. สำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2560). KPI3 อัตราตายผู้ป่วยปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี
7. เวชสถิติ รพ.สมเด็จ .(2567). ข้อมูลผู้ป่วยปอดอักเสบ .โรงพยาบาลสมเด็จ
8. จริยา พันธุ์วิทยากุลจิราพร มณีพราย.(2561) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต.ว. กองการพยาบาล.
9. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์.(2550). โรคปอดอักเสบ ใน วิทยา ศรีมาตา (บรรณาธิการ). ตำราอายุรศาสตร์ 1 (หน้า 341-344;พิมพ์ครั้งที่ 5 ปรับปรุงแก้ไข). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย.(2558).แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอักเสบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558). กรุงเทพฯ: กราฟฟิคดีไซน์.  
wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-pneumonia-edit-8-10-61.pdf .วันที่สืบค้น 2 สิงหาคม2563.
11. อัมพรพรรณ อีรานนตร. (2542). โรคปอดอักเสบ: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ.ขอนแก่น: ศิริภรณ์อ็อฟเซ็ท

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา  
จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)  
Development of a tele-nursing model for elderly people with type 2 diabetes, Khian Sa  
Hospital Surat Thani Province on health care behavior and blood sugar levels (HbA1c).

(Received: May 25,2025 ; Revised: June 1,2025 ; Accepted: June 3,2025)

จิตา แสงมณี<sup>1</sup>  
TIDA SANGMANEE<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประชากร ประกอบด้วย เชิงคุณภาพ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 16 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เชิงปริมาณได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาด้วย t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.90 SD = .43) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง (Mean = 7.75 SD = .91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ** การพัฒนารูปแบบ, การพยาบาลทางไกล, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

**Abstract**

This study is Participatory Action Research (PAR) aimed to develop a telenursing model for the elderly with type 2 diabetes at Kiansa Hospital, Surat Thani Province. The population consisted of qualitative factors, including the multidisciplinary team and community network partners, totaling 16 people, and quantitative factors, including the elderly who were diagnosed with type 2 diabetes, totaling 20 people. Data were collected using a combination of quantitative and qualitative methods. The research instruments consisted of 1) group discussion questions and quantitative ones were general data collection forms and health care behavior questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, comparing before and after development with t - test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research results found that 1) after using the telenursing model, the elderly with type 2 diabetes had health care behaviors at a high level (mean = 3.90, SD = .43), which was significantly higher than before using the telenursing model for the elderly with type 2 diabetes at a statistical significance level of 0.05, and 2) after using the telenursing model, elderly people with type 2 diabetes had a significant decrease in blood sugar (HbA1C) (mean = 7.75, SD = .91) at a statistical significance level of 0.05.

**Keywords:** Model development, Telenursing, Elderly, Type 2 Diabetes

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ ปัจจุบัน

<sup>1</sup> โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากการเพิ่มจำนวนประชากรของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมากขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลจาก สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่ง ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และ ภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานประเภท 2 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 68 เป็น 152 ล้านคน<sup>1</sup>

ประเทศไทยหากพิจารณา ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามกลุ่มอายุระหว่างปีพ.ศ. 2552 ถึงปีพ.ศ. 2557 พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.20<sup>2</sup> โรคเบาหวานเป็นโรค ที่เกิดจากการเผาผลาญมีลักษณะที่สำคัญคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น<sup>3</sup> และเมื่อเป็นโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และ เส้นประสาท เป็นสาเหตุหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด ตาบอด ไตวาย และการตัดแขนขา ส่วนล่าง เพิ่มความเสี่ยงโดยรวมที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผล กระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม<sup>4</sup>จากผลสำรวจผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยองค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ. 2563 พบว่าโรคเบาหวานเป็น โรคหนึ่งที่โรคโควิด-19 ส่งผลกระทบโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย<sup>5,6</sup> จากภาวะอันตรายของโรคเบาหวาน ดังกล่าว ทางสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย<sup>7</sup> จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ มีทั้งวิธีการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน<sup>7,8</sup> สอดคล้องกับ การศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน ของเอสโพลีโต<sup>9</sup> พบว่า การควบคุมอาหารอย่างเดียวทำให้สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ร้อยละ 0.1 - 0.6 และจากการศึกษาการออกกำลังกาย

กายแบบผสมผสานสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิด ที่ 2 ของโอลิเวียลาและคณะ<sup>10</sup> พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างเดียว สามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ร้อยละ 0.6 และจากการทบทวน อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ ร้อยละ 1.02 จึงอาจกล่าว ได้ว่าการควบคุมโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในเรื่องสำคัญ คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการจัดการความเครียด โดยการรับประทาน อาหารอย่างเหมาะสมทั้งชนิดและอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อตามสัดส่วนและพลังงานที่ควรได้รับอย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีผลทำให้การทำงานของอินซูลินดีขึ้นและส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงระดับน้ำตาลสะสม<sup>11</sup>

โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชน จัดบริการตาม Service plan ที่มีการกึ่งในการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการประชาชนที่มาใช้บริการที่ครอบคลุมใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีระบบบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การบริการงานเชิงรุกเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยปฐมภูมิส่วนงานบริการเชิงรับจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของงานบริการผู้ป่วยในเป็นการรับบริการผู้ป่วยเพื่อนอนในโรงพยาบาลและอีกส่วนคืองานบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีนโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย และเทคโนโลยีที่ทันสมัย สถานการณ์ความชุกของ

โรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มาใช้บริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา ย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. ปี พ.ศ.2564-2566 เท่ากับ 2,467, 2,558 และ 2,514 ตามลำดับ โดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เท่ากับ 1,214 , 1,324 และ 1,462 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี HbA1c น้อยกว่า ร้อยละ 7 เท่ากับ ร้อยละ 42.49 และ 56.17<sup>12</sup> จากการทบทวนพบว่า ปัญหาที่พบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารและสวัสดิการที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ และไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริง<sup>13</sup> จากแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2564-2570<sup>14</sup> พัฒนามาจาก Digital Health นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ปรับเปลี่ยนในการบริการทางการแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น ลดระยะเวลาในการรอคอย เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพให้มากขึ้นในพื้นที่ห่างไกล<sup>15</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคิดจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์<sup>16</sup> มาเป็นแนวทางการพยาบาลทางไกล<sup>17</sup> มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมจัดรูปแบบบริการสุขภาพแนวใหม่ผ่านการพยาบาลทางไกลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) โดย การประเมินผู้รับบริการทางไกลจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด โดยการบันทึกพฤติกรรมของตนเองในรูปแบบ Google Form ใน Line Official Account 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) โดยการวิเคราะห์

พฤติกรรมสุขภาพ และวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการที่ติดตามตนเองจากการวิเคราะห์แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและร่วมวางแผนการพยาบาลผ่านทาง Line Video Call ในการให้คำปรึกษาและสุศึกษาเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านสื่อนำเสนอ กำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้านนำไปสู่การตัดสินใจลงมือปฏิบัติในการจัดการตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement ) โดยผ่านการประเมินการพยาบาลทางไกลในการจัดการตนเองไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ Line Official Account ที่จะช่วยลดปัญหาการเสียเวลาเดินทาง ค่าใช้จ่าย ในการมาร่วมกิจกรรม โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังนั้นการนำระบบบริการสุขภาพทางไกล มาประยุกต์ใช้กับบทบาทของพยาบาลเป็น การพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพ ใช้ความรู้ทั้งทางการพยาบาลและเทคโนโลยีสารสนเทศ<sup>18</sup> และที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล

2. ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล

### วิธีการศึกษา

การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลทางไกล สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ

การแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

**ประชากร** ได้แก่ เชิงคุณภาพ คือ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 16 คน เชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ เชิงคุณภาพ คือ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานฝ่ายปฐมภูมิและองค์กรร่วม จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในจำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. จำนวน 4 คน รวม 16 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1) **แนวคำถามการสนทนากลุ่ม** การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการจัดกระบวนการกลุ่มการรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดมาตรการ กำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการ ให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและชุมชน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษาามา (ปี) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 40 ข้อเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูล มาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ



เชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดใน ระยะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

### จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกรการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### ผลการวิจัย

#### ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล

##### เคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.70 อายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.20 อายุเฉลี่ย 44.06 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 87.50 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 25.00 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 56.00 ประสบการณ์ในตำแหน่ง อยู่ช่วงระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 37.50 ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องการพยาบาลทางไกล ร้อยละ 62.50 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาและพยาบาล

ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 87.50

2) สภาพการณ์การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.1. สภาพการณ์/สถานการณ์การดูแลรักษาและพยาบาลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการให้คะแนนสภาพการณ์การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี คะแนนเต็ม 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ 7 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 43.75 (7 คน) ให้คะแนน 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 31.25 (5 คน) ให้คะแนน 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 25.00 (4 คน)

2.2. สภาพการณ์/สถานการณ์ปัจจุบันได้มีการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบใช้โทรศัพท์ติดตามผลการรักษา จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับข้อดีของสภาพการณ์ปัจจุบันได้มีการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบใช้โทรศัพท์ติดตามผลการรักษารูปแบบเดิม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 5 คน (ร้อยละ 31.25) ที่กล่าวถึงข้อดีของรูปแบบเดิมว่า มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบใช้โทรศัพท์ติดตามผลการรักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน

2.3. สภาพการณ์/สถานการณ์การดูแลสภาพการณ์ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบใช้โทรศัพท์ติดตามผลการรักษา จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบใช้โทรศัพท์ติดตามผลการรักษาในโรงพยาบาลของเรามีปัญหาและอุปสรรค

2.4. กรณีที่เราจะเพิ่มช่องทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อติดตามผลการรักษามากขึ้น คือ รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบใช้โทรศัพท์ติดตามผลการรักษาในโรงพยาบาล

ของเราและอะไรที่สนับสนุนรูปแบบการพยาบาล  
ทางไกลให้ประสบผลสำเร็จ

## ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการพยาบาล ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุ  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา

1. ใช้ระบบ health coach junior ในการ  
ดูแลร่วมกับ telemedicine
2. ระบบสื่อสารที่ทั้งผู้รับบริการและผู้  
ให้บริการ สามารถสื่อสารกันได้ทั้งภาพและเสียงและ  
สามารถติดต่อได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการขอรับ  
คำปรึกษา
3. การบูรณาการกับ รพ.สต. อสม. และม  
ีความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพและให้ความรู้แก่  
ผู้ป่วย
4. มีโปรแกรมบริการครบทุกมิติ ถ้าม เนะ  
แก้ไขปัญหาเบื้องต้น มีภาพเสียง แบบ2way และมี  
section การบริการที่ชัดเจน เยี่ยม ตาม นัด ประเมิน
5. ทำอย่างเป็นระบบและทำประจำต่อเนื่อง  
ทุกวัน
6. มีการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง
7. รูปแบบที่เป็นการกระตุ้นแรงจูงใจในการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
8. ติดตามผู้ป่วยระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
9. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร  
สาธารณสุขเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
10. ให้เจ้าหน้าที่ อสม. มีส่วนร่วมในการดูแล  
เบื้องต้นควบคู่กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และ  
ควรจะได้รับคำปรึกษาในส่วนที่มีปัญหากับผู้ป่วย  
โดยตรง เพื่อที่จะปรับแก้ได้ตรงจุด / ดี / เพิ่มการ  
เข้าถึง ลดแออัด ประหยัด
11. นัดหมายออนไลน์หรือผ่านไลน์กลุ่ม  
สำหรับแต่ละพื้นที่
12. สนับสนุนอุปกรณ์ตรวจเบาหวานที่บ้าน  
พร้อมกับการรายงานผลผ่านแอปหรือไลน์ และทีม  
พยาบาลคอยติดตามประเมินผลเป็นระยะ / บริการ  
เสมือนยกรพ.ไว้ที่บ้าน

ปัญหาและอุปสรรคในการนำรูปแบบการ  
พยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่  
2

1. อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่มีสัญญาณ  
internet ครอบคลุมทุกพื้นที่ ยังไม่ค่อยเสถียร
2. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการปฏิบัติ
3. เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับงานที่ต้อง  
รับผิดชอบ
4. เจ้าหน้าที่สับเปลี่ยนงานบ่อยทำให้งานไม่  
ต่อเนื่อง
5. ความเข้าใจในระบบที่จะใช้งาน ของทั้ง  
ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
6. การเข้าถึงและขั้นตอนแพลตฟอร์ม
7. ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังขาดผู้ดูแล ความไม่  
พร้อมด้านเทคโนโลยีในผู้สูงอายุ เช่น ไม่มีสมาร์ต  
โฟน, ไม่เข้าใจวิธีใช้งาน รวมถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต  
ในบางพื้นที่ยังไม่เสถียร

ปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมความสำเร็จของการ  
นำรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปใช้

1. สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น  
เครื่องตรวจน้ำตาล
2. การอบรมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้  
สามารถใช้เทคโนโลยีได้
3. ทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด
4. งบประมาณสนับสนุนต่อเนื่อง
5. การประชาสัมพันธ์
6. ทดลองระบบพื้นที่นำร่อง
7. นำผลมาวิเคราะห์ ปรับปรุง พัฒนา ก่อนมี  
การใช้ระบบจริง
8. นำข้อมูลมาวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องและ  
พัฒนาส่วนขาดให้สมบูรณ์
9. รูปแบบสะดวก บริการครบ จบได้ที่ระบบ  
บริการทางไกล

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการ  
พยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน  
ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์  
ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับ  
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

**3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2** พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุ 63 ปี ร้อยละ 30.00 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและรับการรักษา อยู่ช่วงระหว่าง 6- 10 ปี ร้อยละ 30.00 เฉลี่ย 11.00 ปี สถานภาพ สมรส ร้อยละ 90.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 45.00 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 60.00 รายได้ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.00

**3.2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2**

3.2.1 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

| พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ  | รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุ<br>โรคเบาหวานชนิดที่ 2 |      |                  |      | t      | p- value |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------|------|------------------|------|--------|----------|
|                            | ก่อนการใช้รูปแบบ                                             |      | หลังการใช้รูปแบบ |      |        |          |
|                            | Mean                                                         | S.D. | Mean             | S.D. |        |          |
| 1. ด้านการรับประทานอาหาร   | 3.07                                                         | .81  | 4.27             | .37  | -5.270 | .000     |
| 2. ด้านการรับประทานยา      | 3.20                                                         | .47  | 4.02             | .37  | -6.492 | .000     |
| 3. ด้านการออกกำลังกาย      | 3.05                                                         | .79  | 3.62             | .39  | -2.708 | .014     |
| 4. ด้านการจัดการความเครียด | 2.62                                                         | .68  | 3.52             | .65  | -3.847 | .001     |
| เฉลี่ยรวม                  | 2.85                                                         | .59  | 3.90             | .43  | -5.555 | .000     |

\*p- value < .05

3.2.2 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.85 SD = .59) แต่หลังใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.90 SD = .43) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร (Mean= 4.27 SD = .37) และ 2) ด้านการรับประทานยา (Mean= 4.02 SD = .37) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

(HbA1c) (Mean = 9.53 SD = 1.84) แต่หลังใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง (Mean = 7.75 SD = .91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=26)

| ระยะ         | ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด |      | t     | p- value |
|--------------|------------------------|------|-------|----------|
|              | Mean                   | S.D. |       |          |
| ก่อนการทดลอง | 9.53                   | 1.84 | 6.489 | .000     |
| หลังการทดลอง | 7.75                   | .91  |       |          |

\*p- value < .05

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้ จากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) พบว่า หลังใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.90 SD = .43) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง (Mean = 7.75 SD = .91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้นำแนวคิดจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเพอร์ และกาลิกบายส์<sup>16</sup> มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้ประเมิน ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และความจำเป็นของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมกับสภาวะโรค เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับ แนวทางการให้การพยาบาลทางไกล (tele-nursing) ซึ่งใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารทางไกลในการพยาบาล ช่วยขจัดอุปสรรคด้านเวลา และพื้นที่ รวมทั้งเทคนิคการดูแลสุขภาพทางไกลช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการด้าน สุขภาพ และลดต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ทางการแพทย์โดยไม่ต้องเดินทางมา

พบแพทย์บ่อยครั้งช่วยลดภาระ ค่าใช้จ่าย และเพิ่มโอกาสในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว นอกจากนี้ระบบบริการพยาบาลทางไกล ช่วยให้พยาบาลติดตามประเมินความต่อเนื่องในการได้รับการรักษา ประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำปรึกษาทางการพยาบาล วิธีนี้ช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้อย่างต่อเนื่องในการควบคุมระดับน้ำตาล และจัดการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น<sup>19</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ ดังเช่น การศึกษาของ ศิวพร อึ้งวัฒนา<sup>20</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ( $\bar{X}$ =134.04, SD=10.70) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $\bar{X}$ =103.88, SD=8.25) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X}$ =104.96, SD=8.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของทรงกรรณ ศฤงคาร<sup>21</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ( $p < .05$ ) และมากกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมฯ ( $p < .05$ ) รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ( $p < .05$ ) และน้อยกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมฯ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับ

งานวิจัยของนิยม ประโกสันตัง<sup>22</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการการวิจัย : ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1C ของกลุ่มทดลอง  $6.95(SD \pm 0.79)$  mg% พบว่าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม  $7.30(SD \pm 1.51)$  mg% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วริศรา สูงสุมาลย์<sup>23</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีวิไล อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ภาพรวมหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย  $46.95 (S.D. = 3.27)$  หลังการพัฒนา ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9 และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังการพัฒนาผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P\text{-value} < 0.001$

สรุป การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ครั้งนี้นำ แนวคิดการจัดการตนเอง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี ติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) มาเป็นแนวทาง การพัฒนาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จนเกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับ บริบทพื้นที่สามารถทำให้เกิดรูปแบบการดูแล รักษาที่มีประสิทธิภาพ บรรลุนิเวศประสงค์ และเกิด ประสิทธิภาพตามที่ได้มีการกำหนดไว้ส่งผลให้ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษา ทีมสหวิชาชีพ มีความพึงพอใจในการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษานำเสนอเพื่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือแผนงานในการพัฒนาระบบการให้บริการการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

2) รูปแบบการพยาบาลทางไกล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่อยู่ในชุมชน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ซึ่งควรมีการติดตามผลในระยะยาว รวมถึงควรมีการประเมินผลในมิติอื่นๆ เช่น การวัดความพึงพอใจ ต้นทุนบริการและสมรรถนะของพยาบาลในการให้บริการทางไกล เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

### 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลทางไกลระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมิน ติดตาม พฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น 6 เดือน หรือ 1-3 ปี

2) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ



## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2562 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2562.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดีไซน์; 2563.
3. อรพินท์ สีขาว. การจัดการโรคเบาหวาน : มิติของโรคและบทบาทพยาบาล. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2558.
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th Edition, Brussels; 2019. from <https://www.diabetesatlas.org>
5. World Health Organization (WHO). Impact of Covid-19 Pandemic on Small and Medium-Sized Enterprises (SMEs) in Azerbaijan;2021. From <https://covid19.who.int/region/euro/country/az>
6. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2564. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.
8. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. Diabetes Care. 2018; 41, S13-S27. from <https://doi.org/10.2337/dc18-S002>.
9. Esposito, K., Maiorino, M. I., Ceriello, A., & Giugliano, D. Prevention and control of type 2 diabetes by Mediterranean diet: A systematic review. Diabetes Research and Clinical Practice. 2010; 89(2), 97-102.
10. Oliveira, C., Simões, M., Carvalho, J., & Ribeiro, J. (2012). Combined exercise for people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. Diabetes Research and Clinical Practice. 2012; 98(2), 187-198.
11. จิตนันท์ เหล่าศิริไพศาล. การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ธรรมชาติเวชสาร. 2555; 12(2), 382-390.
12. ฐานข้อมูล HDC. (2566). อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน พ.ศ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/search.php>
13. Tupanich, W., Chaiyalap, S., & Chaiyalap, K. Problems and needs of older adults living in urban area Bangkok metropolitan. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine; 2019. 63 Suppl, S83-S92. [In Thai].
14. กองการต่างประเทศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2564-2570. กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
15. จินตนา อาจสันเทียะ, สุนันท์ ลีอัสสรพงษ์, และ พัทณี ธรรมวัฒนากุล. การศึกษาพยาบาล แห่งอนาคตในยุคพลิกโฉมจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโคโรนาไวรัส 2019. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2565; 4(2). 1-11.
16. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), Helping people change: A text book of methods. (4th ed.). New York: Pergamonpress; 1991.
17. สภาการพยาบาล. แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing). ราชกิจจานุเบกษา. 2564; 138(33), 49-51.
18. ดวน จินเหมย, สมใจ ศิริภมและฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์. ความพึงพอใจในงานพฤติกรรมกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้นำและความผูกพันในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ คุณหมิงสาธารณสุขรัฐประชาชนจีน. พยาบาลสาร. 2563; 47(1): 414-427.
19. AkbariRad M, Dehghani M, Sadeghi M, Torshizian A, Saeedi N, Sarabi M, et al. (2023). The Effect of Telenursing on Disease Outcomes in People with Type 2 Diabetes Mellitus: A Narrative Review. Journal of Diabetes Research [Internet] 2023 [cited 2025 Feb 13]; 7:1-13. Available from: <https://doi.org/10.1155/2023/4729430>
20. ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566.
21. ทรงกรฎ ศฤงคาร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565; 38(1), 86-96.
22. นิยม ประโกสันตัง. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567; 5(2), 100-111.
23. วริศรา สูงสุมาลย์. การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีวิไล อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2567.

ผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ  
ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Effects of promoting self-efficacy together with social support on health care behavior of  
teenage pregnant women. Khian Sa Hospital Surat Thani Province.

(Received: May 25,2025 ; Revised: June 2,2025 ; Accepted: June 3,2025)

อาธัญญา แดงหนา<sup>1</sup>  
Arthanya Daengnum<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วัดผลการทดลองในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 12 คน รวม 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 2) แบบสอบถาม จำนวน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบ nonparametric (Wilcoxon Signed Ranks Test) และ nonparametric (Mann-Whitney Test)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ** กิจกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม, หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

**Abstract**

This quasi-experimental research aimed to study the effects of self-efficacy promotion combined with social support on health care behaviors of pregnant adolescents at Kiansa Hospital, Surat Thani Province. A two-group research design was used: the experimental group received a program to promote self-efficacy awareness with social support for health care behavior among pregnant adolescent women. The comparison group received care according to the standards of care for pregnant women of the National Health Security Office. The results of the experiment were measured in the pre-experimental and post-experimental periods. The sample group was obtained by calculation and using a simple random sampling method, 12 people per group, totaling 24 people. The instruments used in this study consisted of 1) self-care activities with social support and 2) a questionnaire with 2 parts: Part 1: General Information Part 2: Health care behavior of pregnant teenage women, 8 weeks duration Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including nonparametric test statistics (Wilcoxon Signed Ranks Test) and nonparametric test statistics (Mann-Whitney Test).

The research results found that after participating in self-efficacy awareness promotion activities with social support in pregnant adolescent women who came for prenatal care at Kiansa Hospital, Surat Thani Province, the experimental group had better self-care behaviors than before participating in the activity and better than the control group with statistical significance.

**Keywords:** Self-care activities with social support, pregnant adolescents, health care behavior

<sup>1</sup> โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีความอยากรู้อยากลอง มีพัฒนาการทางเพศ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ทำให้เกิดแรงขับทางเพศ (Sex Drive) จึงก่อให้เกิดความต้องการทางเพศและนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยี การสื่อสารที่รวดเร็วเข้าถึงง่าย ทำให้วัยรุ่น มีพฤติกรรมเสี่ยง

ทางเพศเพิ่มมากขึ้นในขณะเดียวกันก็ละเลยการป้องกันปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์นำมาสู่ปัญหาการทำแท้ง การตั้งครรภ์ โดยไม่พร้อม และปัญหาอื่นๆ ตามมา<sup>1</sup>

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร<sup>2</sup>

โดยปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นเกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น การคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม การศึกษาต่ำ การที่มีเพศสัมพันธ์เร็ว การเข้าถึงทางการแพทย์ไม่ดี ความเชื่อทางศาสนา หรือการที่มีประวัติครอบครัวตั้งครรภ์เมื่อวัยรุ่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารกในครรภ์ โดยธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีแรงขับทางเพศในตนเอง จึงทำให้วัยรุ่นเริ่มมีความต้องการทางเพศ สนใจเพศตรงข้ามและมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ<sup>3</sup> ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้มารดาวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยสาเหตุเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดสูงกว่ามารดาผู้ใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น ครรภ์เป็นพิษ และติดเชื้อระหว่างคลอดหรือตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดบุตรเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของวัยรุ่นอายุ 15 ถึง 19 ปีทั่วโลก ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง<sup>4</sup> ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาในด้านสาธารณสุขและสังคม อาทิ ทารกมีน้ำหนักน้อยต่ำกว่า 2,500 กรัม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การเสียชีวิตของมารดาของเด็กทารก หรือเด็กเกิดการกำพร้าพ่อแม่ การทอดทิ้งบุตรหรือทารกแรกเกิด ปัญหาการหย่าร้าง ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น<sup>5</sup> จากสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลกในปี พ.ศ.2558-2564 พบว่า มีสตรีวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี คลอดบุตรอยู่ประมาณร้อยละ 15 ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 90 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นปัจจุบัน ข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2563 พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธ์นั้นลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ.2550 และอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มประชากรวัยรุ่นนั้นลดลงเช่นเดียวกัน ซึ่งมีอัตราการตั้งครรภ์อยู่ที่ 15.4 ต่อกลุ่มวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี 1,000 ราย ซึ่งลดลงร้อยละ 8 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า และลดลงร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2534 ที่พบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์สูงที่สุดคือร้อยละ 61.8 โดยพบว่าการตั้งครรภ์ช้าอย่างน้อยเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่สองในกลุ่มวัยรุ่นนี้ ร้อยละ 15<sup>6</sup> แนวโน้มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยพบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ในปีพ.ศ. 2564 เท่ากับ 24.4 ต่อพัน ในปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2564 พบอัตราคลอดมีชีพสูงที่สุดอยู่ที่ 51.1 และได้ลดลงเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง<sup>7</sup>

ในปี 2564-2566 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด 53 คน, 42 คน, 44 คน มีอัตราการตายที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 15.22 ร้อยละ 13.91 และ ร้อยละ 14.87 ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนแผนกฝากครรภ์ และเวชระเบียน โรงพยาบาลเคียนซา ยังพบว่าร้อยละมีอัตราการตายที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตร ร้อยละ 23.81 ร้อยละ 31.25 และ ร้อยละ

29.41 พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.94 ร้อยละ 7.26 และร้อยละ 7.67 ตามลำดับ<sup>8</sup> ปัจจัยที่มีผลต่อทารก คือ ด้านสุขภาพ ก่อนการตั้งครรภ์สุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ด้านพฤติกรรม สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และ ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย มาจากสุขภาพแม่ขณะตั้งครรภ์เช่นการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ มีภาวะโลหิตจาง ภาวะโภชนาการไม่ดี มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่จัด หรือ ดื่มเหล้ามาก หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง จากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะช่วยลดปัญหา ดังกล่าวลงได้อย่างแน่นอน ทั้งนี้การไปฝากครรภ์และได้รับการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอพร้อมทั้งปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งที่จำเป็นและควรต้องปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งคลอดและได้ทารกที่มีสุขภาพดี<sup>9</sup>

ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ มีความเข้าใจจึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของมารดาได้อย่างสมบูรณ์แบบ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา<sup>10</sup> ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้สามารถดำรงบทบาทมารดาได้สำเร็จ การที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถดำรงบทบาทมารดาสำเร็จได้นั้น สิ่งที่น่าสนใจ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ได้จาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์<sup>11</sup> โดยผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรม คือ การให้ความรู้ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และการฝากครรภ์คุณภาพ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้<sup>12,13,14</sup> ซึ่งแนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา<sup>10</sup> กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับ

ความสามารถของตนเองในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจที่ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค และกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จมากขึ้น นั่น คือ ถ้าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ว่ามีความสามารถและรับรู้ว่าการกระทำนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และทารกในครรภ์ ทำให้มีความอดทน ไม่ท้อถอย อดทน ทำให้ความกลัว ความวิตกกังวลลดน้อยลง มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระยะตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง<sup>15</sup> อีกทั้งในขณะตั้งครรภ์ ผู้หญิงต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นจากความต้องการอื่นที่มีอยู่ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น นอกจากนั้นความเข้าใจและการได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดเป็นสิ่งที่ยิ่งใหญ่ที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ต้องการเช่นเดียวกัน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะ การสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดและสำคัญกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากที่สุดได้แก่สามีหรือมารดา เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์แรก จะขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และ

การคลอด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในขณะที่ยังไม่พร้อมในทุกๆด้าน ทำให้มีความต้องการความเข้าใจ กำลังใจและความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลรอบข้างมากกว่าเดิม โดยเฉพาะจากสามีและมารดา ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของและ

บริการตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House, J.S (1981)<sup>16</sup> ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีจิตใจ อารมณ์ที่มั่นคง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่พบมากที่สุด คือ จากมารดาและจากสามีมารดาวัยรุ่น

จากการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการดำเนินงาน ควรมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีขึ้น แต่การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการให้คำแนะนำร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป การสนับสนุนให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ารับฟังคำแนะนำยังมีน้อย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการปรึกษาปัญหา และความเป็นส่วนตัวที่เฉพาะมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะละเลยต่อการปฏิบัติตัวหรือการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง จึงทำให้ยากต่อการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ดำเนินโรคอาจถึงขั้นรุนแรง เพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นหลายเท่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษา ผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำแนวคิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม<sup>17</sup> และแนวคิดสนับสนุนทางสังคมของ House, J.S (1981)<sup>16</sup> มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งจะส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงวิถีความเป็นอยู่และการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และที่สำคัญที่สุด คือ เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งของมารดาและทารกต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research design) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Control Group Design) โดยที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการประยุกต์สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา<sup>11</sup> และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, J.S, 1981)<sup>16</sup> ส่วนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ ที่มาฝากครรภ์ของ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีตามปกติใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 75 คน ร้อยละ 14.47<sup>8</sup>



ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาค้างนี้ ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของผลงานวิจัยกึ่งทดลอง (Effect Size) มากำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป (Power Table) ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณได้จากสูตรของโคเฮน<sup>18</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คนต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 24 คน กลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่จับฉลากได้เลขคู่ กลุ่มควบคุม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่จับฉลากได้เลขคี่

## เครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) สมุดบันทึกสุขภาพมารดาทารก ใช้ศึกษาประวัติ การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุครรภ์

เมื่อมาฝากครรภ์ การมาตรวจตามนัด การเพิ่มของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ กิจกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

2.1. แผนการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ขณะตั้งครรภ์

2.2. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.3. ภาพพลิกประกอบเนื้อหาการดูแลสุขภาพ สำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.4. บัตรคำอาหารที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์

2.5. วีดิทัศน์, power point ประกอบเนื้อหาการดูแลสุขภาพ สำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.6. ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขณะตั้งครรภ์

## 2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม

1) แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) บุคคลในครอบครัวที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย จำนวนบุตรที่คลอดและมีชีวิต การตั้งครรภ์ครั้งที่ ความพร้อมในการมีบุตรในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผู้แนะนำให้ท่านมารับการฝากครรภ์ คุณภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลของกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยดัดแปลงจาก ผู้วิจัยบูรณาการจากแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม<sup>19</sup> พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยแบบสอบถามวัดการประเมิน 3 ระดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยการดูแลสุขภาพ 8 ด้าน

มีข้อคำถามรวม 43 ข้อ โดยมีข้อความที่มีความหมายทั้งในด้านบวกและลบ ซึ่งข้อความด้านลบมี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 5, 14, 15, 16, 31, 38 และ 43 ที่เหลือเป็นข้อความด้านบวก ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายของคำตอบดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง มีการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ ไม่สม่ำเสมอหรือนานๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยมีการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ

ถ้าเลือกตอบ

ข้อความด้านบวก ถ้าเลือกตอบ

|                           |         |
|---------------------------|---------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ ได้      | 3 คะแนน |
| ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้   | 2 คะแนน |
| ไม่เคยปฏิบัติ ได้         | 1 คะแนน |
| ข้อความด้านลบ ถ้าเลือกตอบ |         |
| ปฏิบัติเป็นประจำ ได้      | 1 คะแนน |
| ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้   | 2 คะแนน |
| ไม่เคยปฏิบัติ ได้         | 3 คะแนน |

จากค่าคะแนนของการดูแลตนเองในแต่ละข้อสามารถแปลผลพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ตามเกณฑ์ ดังนี้

การดูแลตนเองดี หมายถึง มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นประจำ มีค่าคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 3

การดูแลตนเองค่อนข้างไม่ดี หมายถึง มีการปฏิบัติที่ถูกต้องนานๆครั้ง มีค่าคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 2

การดูแลตนเองไม่ดี หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติถูกต้อง ค่าคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 1

การแปลผลใช้เกณฑ์การหาค่าพิสัยของช่วงคะแนน Best<sup>20</sup> คือ การแปลผลคะแนน โดยใช้ค่าทางสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิต กำหนดช่วงของการวัด ดังนี้

2.34–3.00 หมายถึง คะแนนอยู่ในระดับดี

1.67–2.33 หมายถึง คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

1.00–1.66 หมายถึง คะแนนอยู่ในระดับไม่ดี

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ในการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยบุรี จำนวน 10 คน แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติดังนี้ 1) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบ nonparametric (Wilcoxon Signed Ranks Test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการใช้สถิติการทดสอบแบบ nonparametric (Mann-Whitney Test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโครงร่างการวิจัยที่ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPH02025-47 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2568

### ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล** พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มี อายุ 17 ปี ร้อยละ 33.30 อายุเฉลี่ย 17.16 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 66.70 ประกอบอาชีพนักเรียน ร้อยละ 41.70 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย อยู่ช่วงระหว่าง 7,000 -10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ

49.70 รายได้เฉลี่ยครอบครัว 12916.66 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบิดา/มารดาของตนเอง ร้อยละ 50.00 ไม่มีการวางแผนการมีบุตร ร้อยละ 100.00 ยังไม่เคยมีบุตรที่คลอดและมีชีวิต ร้อยละ 100.00 ไม่มีความพร้อมในการมีบุตร ร้อยละ 100.00 และผู้แนะนำให้มารับการฝากครรภ์ คุณภาพ คือ บิดา/มารดา ร้อยละ 50.00

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 33.30 อายุเฉลี่ย 17.58 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 75.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.00 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย อยู่ช่วงระหว่าง 7,000 -10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.00 รายได้เฉลี่ยครอบครัว 10250.00 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ตามลำพังสามีภรรยา ร้อยละ 58.30 ไม่มีการวางแผนการมีบุตร ร้อยละ 100.00 ยังไม่เคยมีบุตรที่คลอดและมีชีวิต ร้อยละ 100.00 ไม่มีความพร้อมในการมีบุตร ร้อยละ 100.0 และผู้แนะนำให้มารับการฝากครรภ์ คุณภาพ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 50.00

**2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม** พบว่า ก่อนการทดลอง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.29 S.D = .31) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ก่อนการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Mean = 2.41 S.D = .55) รองลงมา ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Mean = 2.16 S.D = .44) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้าน การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ (Mean = 1.75 S.D = .39)

หลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean = 2.58 S.D = .30) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Mean = 2.62 S.D = .37) รองลงมา ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ (Mean = 2.54 S.D = .45) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านการนอนหลับ (Mean = 2.16 S.D = .57)

พบว่า ก่อนการทดลอง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.20 S.D = .38) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ก่อนการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Mean = 2.45 S.D = .39) รองลงมา ด้านการนอนหลับ (Mean = 2.29 S.D = .33) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Mean = 1.75 S.D = .33)

หลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.27 S.D = .31) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน หลังการทดลอง พบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Mean = 2.54 S.D = .45) รองลงมา ด้านการนอนหลับ (Mean = 2.29 S.D = .33) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย คือด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Mean = 1.75 S.D = .33)

**3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง**

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (n = 12)

| กลุ่มตัวอย่าง | N | Mean Rank | Sum of Ranks | Z      | p-value |
|---------------|---|-----------|--------------|--------|---------|
| กลุ่มทดลอง    | 1 | 6.50      | 6.50         | -2.170 | .030*   |
|               | 9 | 5.39      | 48.50        |        |         |
|               | 2 |           |              |        |         |
| กลุ่มควบคุม   | 1 | 2.50      | 2.00         | -1.134 | .257    |
|               | 3 | .00       | 2.67         |        |         |
|               | 8 |           |              |        |         |

\* p-value < .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าภายในกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ไม่แตกต่างกัน

**4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง**

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (n = 12)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ | N  | Mean Rank | Sum of Ranks | Z      | p-value |
|-----------------------|----|-----------|--------------|--------|---------|
| ก่อนการทดลอง          | 12 | 13.33     | 160.00       | -.590  | .555    |
|                       | 12 | 11.67     | 140.00       |        |         |
| หลังการทดลอง          | 12 | 15.63     | 187.50       | -2.228 | .026*   |
|                       | 12 | 9.38      | 112.50       |        |         |

\* p-value < .05

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

#### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า จากแนวคิดของ Bandura<sup>10</sup> กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุตามที่ต้องการ เนื่องจากมีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นสถานการณ์ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนด้านบทบาทอย่างมาก โดยเฉพาะบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่คุ้นเคย จึงต้องมีกระบวนการดูแลเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมและถูกต้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยใช้แหล่งการสร้างและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั้ง 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย การทดลองเรียนรู้ผ่านการเลือกรับประทานอาหารโดยใช้ภาพพลิก 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ความสำเร็จจากผู้อื่นจากการสังเกตผ่านบุคคลตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายตนเอง 3) การได้รับคำแนะนำและการชักจูงด้วยคำพูด โดยการให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 4) การกระตุ้นพัฒนาความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการพูดคุยและตอบข้อซักถาม ตลอดจนโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้กำลังใจเมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกท้อถอยที่จะแสดงพฤติกรรมที่ดีหรือชมเชยในสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จากกิจกรรม

ดังกล่าวช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ มีความมั่นใจในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ เพ็ญพงค์ ตาระกา, กิณี ชัยสวรรค์ และ ธนพร แยมสุดา<sup>21</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับ สุมาลี ทองสวนส้ม และ ณัฐพัชร์ บัวบุญ<sup>22</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก

ผลการวิจัย : มารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม



ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ซึ่งสนับสนุน สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้ การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มย่อยประมาณ 2-5 คน ทำให้เกิดการเรียนรู้และการสื่อสารกันอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมความกล้าที่จะพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันในกลุ่ม ทำให้บรรยากาศในการเรียนรู้เป็นไปด้วยดี ซึ่งเป็นการกระตุ้นสภาวะทางอารมณ์ที่ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความรู้ความสามารถ เกิดการรับรู้และให้ความสำคัญกับการควบคุมด้านสุขภาพมากขึ้น และจากการโน้มน้าวเพื่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำจึงส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี สอดคล้องกับ นิภาพร คนเขียว<sup>23</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วม ของสมาชิกต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ในระยะ 12 สัปดาห์ หลังคลอดของกลุ่มทดลอง  $x = 32.85$  ( $SD = 1.56$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม  $x = 25.77$  ( $SD = 1.68$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -15.07$ ,  $p < .05$ ) สอดคล้องกับ พิรพล ไชยชาติ และ เกศินี สราญฤทธิชัย<sup>24</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.67; 95%CI: 1.56 ถึง 5.78;  $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับ เพ็ญพงค์ ตาระกา, กิณี ชัยสวรรค์ และ ธนพร แยมสุตา<sup>21</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามานำเสนอเพื่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธ์กับหญิงตั้งครรภ์ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุยซักถามอย่างเป็นกันเอง มีการสอนในเนื้อหาที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงร่วมกับการดูแลแบบ และมีคู่มือการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์สามารถนำไปทบทวนการดูแลตนเองได้ และจัดให้มีโอกาสฝึกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อสร้างความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง และจะต้องมีการกระตุ้นให้มีความรู้สึกละอายแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ

1.2. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผลการวิจัยที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง จึงควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้ในกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามและศึกษาเปรียบเทียบความยั่งยืนของโปรแกรมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาใช้บริการฝากครรภ์เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

1.3. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์รายอื่นๆ เพื่อให้มีความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

## 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ เช่น จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะยาว

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. บุญฤทธิ์ สุจริตน์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., et al. Pregnancy and Childbirth Outcomes among Adolescent Mothers: A World Health Organisation Multicountry Study. BJOG 2014; 121, 40-48. from <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630>
3. ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. วัยรุ่นไทยกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 2: 173-82.
4. World Health Organization. Coronavirus. Geneva: World Health Organization, 2020.
5. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. รายงานประจำปี 2556 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว / สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว; 2556.
6. Osterman, M. J. K. Births: Final Data for 2020. National Vital Statistics Reports 2020, February, Vol. 70(17)7, 1-22.
7. สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/>

8. คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สถิติหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการฝากครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี; 2567.
9. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/>
10. Bandura A. Social Learning Theory. New York: General Learning Press; 1997.
11. Bandura, A. The explanatory and predictive scope of self – efficacy theory. Journal of Social and Clinical Psychology 1986; 4: 359–373.
12. Brouse, A.J. Easing the transition to the maternal role. Journal of Advanced Nursing 1988; 13: 167-172.
13. Sander, L. W., & Buckner, E. B. The newborn behavioral observations system as a nursing intervention to enhance engagement in first time mothers: feasibility and desirability. Pediatric Nursing 2006; 32(5), 455-459.
14. Tedder, J. LGive then the HUG: An innovative approach to helping parents understand the language their newborn. The Journal of Perinatal Education 2008; 35(2), 68-71.
15. พิกุล อุทัยยา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
16. House, J.S. The nature of social support in M.A. Reading (Ed.), Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
17. Orem, D. E. Nursing: concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book; 1991.
18. Cohen, J. Statistical power analysis. Current Directions in Psychological Science 1992; 1(3), 98–101.
19. Orem, D. E. Nursing concepts practice (6th ed.). St. Louis: Mosby-year book; 2001.
20. Best, J. W. Research in Education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
21. เพ็ญพงค์ ตาระกา, กิณีร ชัยสวรรค์ และ ธนพร แยมสุตา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วารสารแพทยนาวิ. 2562; 46(2), 319-335.
22. สุมาลี ทองสวนส้ม และ ณัฐพัชร บัวบุญ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 15(3), 1-13.
23. นิภาพร คนเขียว. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
24. พิรพล ไชยชาติ และ เกศินี สราญฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(4), 42-51.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลปากแจ่ม อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

Effectiveness of the participatory learning program of village health volunteers to promote the health of patients with high blood pressure in the Pak Chaem Subdistrict, Huai Yot District, Trang Province.

(Received: May 28,2025 ; Revised: June 1,2025 ; Accepted: June 3,2025)

อุษา ทองมุกดากุล<sup>1</sup>  
Usa Tongmukdakul<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตตำบลปากแจ่ม จำนวน 85 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาในการวิจัย 5 สัปดาห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุข, โรคความดันโลหิตสูง, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Abstract

This research aims to study the results of the self-efficacy development program in conjunction with participatory learning of health volunteers in health promotion of hypertensive patients. The population was 85 village health volunteers in Pak Cham Subdistrict. The sample consisted of 60, divided into an experimental group of 30 and a comparison group of 30, selected through purposive selection. The research time was five weeks. The research instrument was a questionnaire. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results reveal that after the experiment the experimental group had a higher average score of knowledge about hypertension, self-efficacy, and skills of health promotion of hypertensive patients than that of the control group with statistical significance at the 0.001 level. In addition, when comparing within the experimental group, the average score of knowledge about hypertension, self-efficacy, and skills of health promotion of hypertensive patients after the experiment was higher than that of before with statistical significance at the 0.001 level.

**Key words:** Village Health Volunteers, Hypertensive Patients, Self-Efficacy

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ส่งผลให้เกิดอัตราการเจ็บป่วย

และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากโรคนี้นักไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยจำนวนมากจึงไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของ

<sup>1</sup> ตำบลปากแจ่ม อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

องค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> พบว่าผู้ป่วยทั่วโลกมีจำนวนกว่า 1,000 ล้านคน และมีเพียงร้อยละ 20 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จังหวัดตรังเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง<sup>2</sup> ในพื้นที่จังหวัดตรัง โดยเฉพาะในอำเภอห้วยยอดและตำบลปากแจ่ม เป็นอำเภอที่มีประชากร จำนวน 68,800 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15,814 คน ร้อยละ 22.99 และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12,353 ราย อัตราป่วย 17,954.94 ต่อแสนประชากร ซึ่งแตกต่างเพียงเล็กน้อยกับข้อมูลระดับจังหวัด เช่นเดียวกับข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของตำบลปากแจ่ม อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ที่มีประชากรทั้งหมด 3,638 คน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 692 ราย ร้อยละ 19.02 ของประชากรทั้งหมด

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นอีกบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีอัตราป่วย อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีหน้าที่เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ รมรงค์ให้ความรู้ ให้บริการ เฝ้าระวัง และเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และ เป็นผู้ร่วมดำเนินการ ส่งเสริม ควบคุม กำกับ ให้คำชี้แนะในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้อสม. มีบทบาทเชิงรุกในการเรียนรู้และปฏิบัติจริง โดยการเรียนรู้ในกิจกรรมต่างๆ เช่น การอบรมเชิง

ปฏิบัติการ การร่วมวางแผนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย แนวคิดนี้เน้นให้ อสม. เป็นผู้เรียนรู้ที่สร้างความรู้จากประสบการณ์ตรง และนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนของตนอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของ อสม. ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้สามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมยังช่วยเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการสื่อสาร ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น<sup>3</sup>

สถานการณ์ดังกล่าว การศึกษาค้นคว้าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ และทักษะของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน<sup>4</sup>ควบคู่กับกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นประสบการณ์ ขั้นสะท้อนความคิด ขั้นส่งเสริมความเข้าใจ และขั้นการประยุกต์แนวคิด เพื่อให้ อสม. สามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลปากแจ่ม อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะของ



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะเบื้องต้นก่อนการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อาชีพ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากแจ่ม อำเภอยะยง จันทบุรี รูปแบบการวิจัยแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อน หลังการทดลอง (Before-After Two Groups Pretest-Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลปากแจ่ม อำเภอยะยง จันทบุรี จำนวน 85 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลของการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยโปรแกรม G\*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) คือ = 0.80 ได้ขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างเท่ากับ 26 รายต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คนต่อกลุ่ม รวมจำนวน 60 คน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยการจัดเรียงลำดับคะแนนจากสูงไปต่ำ แล้วทำการจับคู่คนที่มีความระดับคะแนนใกล้เคียงกัน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

การเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา (Sampling method) โดยวิธี การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/ อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลปากแจ่ม อำเภอยะยง จันทบุรี
2. อายุตั้งแต่ 25-59 ปี
3. อ่านและเขียนหนังสือได้ มีความสามารถในการสื่อสาร
4. มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 1 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่
5. เต็มใจเข้าร่วมกระบวนการศึกษา ภายหลังจากได้รับการบอกกล่าว

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/ อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่อาศัยไม่สามารถติดตามข้อมูลได้

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/ อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย (Withdrawal or Terminal criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ขอลถอนตัวจากการวิจัย

#### เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เป็นการให้ความรู้ และเพิ่มทักษะในเรื่อง ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สาเหตุ อาการแสดง โรคแทรกซ้อนและการปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในเรื่องการออกกำลังกายการผ่อนคลายความเครียด พร้อมฝึกทักษะการออกกำลังกาย และวิธีการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 2 เป็นการให้ความรู้และเพิ่มทักษะในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พร้อมทั้งฝึกทักษะการควบคุมอาหาร การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

สัปดาห์ที่ 3 เป็นการทบทวนความรู้และการเพิ่มทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งฝึกทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์จำลองด้วยการแสดงบทบาทสมมติ หรือ ซ้อมบท

สัปดาห์ที่ 4 เป็นการทบทวนความรู้ และเพิ่มทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดจากสถานการณ์จริง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ฝึกประสบการณ์ที่สำเร็จได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 5 เป็นการทบทวนความรู้ และเพิ่มทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด จากสถานการณ์จริง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านของชุมชน พื้นที่ 4 ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง และการทบทวนงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด โดยใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย**  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ผลค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย ได้แบ่งขั้นตอนออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะประเมินผลการวิจัย

ระยะเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ดังนี้

1) ระยะก่อนการทดลอง คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ให้ลงชื่อในใบเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

2) ระยะดำเนินการทดลอง การดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที

3) ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลลงข้อมูลตามรหัสในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะประเมินผลการวิจัย เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลลงข้อมูลตามรหัสในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t-test

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยยื่นขอจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ CPH-EC-047/2568 เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2568

### ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนำเสนอ ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอสม. ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = .11$ ) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 13.33 (S.D. = 1.18) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 12.91 (S.D. = 1.24) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

1.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ( $p$ -value = .20) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 41.23 (S.D.=2.47) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001)

1.3 ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ( $p$ -value = .07) หลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุข ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

| ตัวแปรที่ศึกษา                                    | $\bar{X}$ | S.D. | t-test | p-value |
|---------------------------------------------------|-----------|------|--------|---------|
| ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง                   |           |      |        |         |
| ก่อนการทดลอง                                      | 12.96     | 1.29 |        |         |
| หลังการทดลอง                                      | 13.33     | 1.18 | 1.37   | < .001* |
| การรับรู้สมรรถนะแห่งตน                            |           |      |        |         |
| ก่อนการทดลอง                                      | 44.17     | 3.47 |        |         |
| หลังการทดลอง                                      | 45.10     | 5.43 | 5.67   | < .001* |
| ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง |           |      |        |         |
| ก่อนการทดลอง                                      | 37.77     | 5.77 |        |         |
| หลังการทดลอง                                      | 39.93     | 4.89 | 5.43   | < .001* |

\* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 12.96 (S.D.=1.29) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 13.33 (S.D.=1.18) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001)

2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 44.17 (S.D.= 3.47) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นเป็น 45.10 (S.D.= 5.43) ซึ่ง

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001)

2.3 ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 37.77 (S.D.= 5.77) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 39.93 (S.D.= 4.89) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001)

### สรุปและอภิปรายผล

ผลที่ได้จากการศึกษา พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) เช่นเดียวกับบงนุช หอมเนียม และคณะ<sup>4</sup> ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการ วิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต ตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของณญา ธนกิจธรรมกุล และคณะ<sup>6</sup> ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผลการเปลี่ยนแปลงของความรู้ดังกล่าว เกิดขึ้นจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในการวิจัยได้นำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาบุคคลตาม 4 องค์ประกอบ คือ 1. ประสบการณ์เดิมในการ

ทำงาน 2. การสะท้อนคิดและอภิปราย 3. ความคิดรวบยอด และ 4. องค์ประกอบที่ผ่านมา แล้วมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา การแสดงบทบาทสมมติกิจกรรมสัญญาใจ ซึ่งเป็นการนำแนวทางเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเป็นแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม

2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลมาจากการโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่จัดขึ้น ผลการศึกษาได้สนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและนำไปสู่การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถของตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอยู่ 4 แหล่ง คือ 1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) คือ การเรียนรู้จากความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใดๆ จากอดีต เชื่อมโยงเข้าสู่การตัดสินใจที่จะกระทำการกิจกรรมในปัจจุบัน ถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากที่สุด เพราะความสำเร็จส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 2. การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำการพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบกับความสำเร็จ จะทำให้ผู้ที่สังเกตรู้สึกว่าคุณเองน่าจะประสบความสำเร็จได้ 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการพูดให้คำแนะนำ อธิบาย ชักชวน หรือใช้คำพูดชื่นชมผู้อื่น เพื่อให้เห็นความสามารถของตนเองที่มีอยู่ และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Rousal) ควรมีความพร้อมทั้งสภาพร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ก่อให้เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ 4 กระบวนการ คือ 1. การตั้งใจ ด้วยการสังเกต สนใจ ตั้งใจดู และซักถามจากตัวแบบ 2. การเก็บจำข้อมูลจากตัวแบบ สามารถอธิบาย



พฤติกรรม หรือการกระทำของตัวแบบได้ด้วยคำพูด  
3. การกระทำ เรียนรู้จากตัวแบบและนำสิ่งที่ได้  
เรียนรู้มาปฏิบัติ และ 4. เกิดแรงจูงใจ ทำให้บุคคล  
เกิดความคิดคล้ายตามว่าตัวเองสามารถทำได้ ถ้ามี  
ความพยายาม และตั้งใจ

3) ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรค  
ความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาสนับสนุนทฤษฎีการ  
รับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura) ที่  
กล่าวไว้ว่า สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการแสดง  
พฤติกรรม ซึ่งการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ  
นั้น ประกอบด้วยระดับความสามารถที่แตกต่างกันไป  
ขึ้นอยู่กับ 3 มิติ คือ 1. มิติระดับความยากง่าย  
(Level) ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำ  
กิจกรรม ซึ่งแปรผกผันตามระดับความยากง่ายของ  
กิจกรรมที่จะกระทำ พฤติกรรมที่สามารถทำได้ง่าย  
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสูง แต่ถ้าเป็นพฤติกรรม  
ที่สามารถทำได้ยาก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะ  
ลดลงตามไปด้วย 2. มิติความเป็นสากล (Generality)  
การที่บุคคลประสบความสำเร็จในสถานการณ์หนึ่ง  
สามารถนำไปใช้กับสถานการณ์อื่นที่มีความ  
คล้ายคลึงกันได้ และ 3. มิติความเข้มแข็ง (Strength)  
ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของ  
ตนเอง

### ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการ  
ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า  
อาสาสมัครสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง  
โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ  
มีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดัน  
โลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญ โปรแกรมนี้จึงมี  
ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร  
สาธารณสุข ให้มีความรู้ สมรรถนะแห่งตน และทักษะ  
ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขอื่น น่าจะนำไปใช้ใน  
พื้นที่ของตน เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร  
สาธารณสุข ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดัน  
โลหิตสูงในชุมชนต่อไป.

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยการใช้รูปแบบการ  
วิจัย Participatory Action Research เพื่อให้  
ผู้เข้าร่วมกิจกรรม และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการ  
แก้ไขปัญหาของชุมชนในทุกขั้นตอน ซึ่งจะช่วยให้  
ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจในบริบท  
วัฒนธรรมของชุมชน สามารถที่จะจัดกิจกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพได้ตรงตามความต้องการของผู้ที่เป็น  
โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถที่  
จะควบคุมระดับความดันได้ดีขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Thailand. [อินเทอร์เน็ต]. ครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกนำเสนอรายงานของผลกระทบอันร้ายแรง  
จากโรคความดันโลหิตสูงและวิธีหยุดยั้งโรคนี้. เมืองนิเดลี ประเทศอินเดีย: Technical document; 2020. [เข้าถึงเมื่อ 23  
ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก World Health Organization Thailand:  
<https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. [อินเทอร์เน็ต]. ตรัง: สำนักงาน; [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก  
<https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php>
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดย อสม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักสนับสนุน  
สุขภาพภาคประชาชน; 2562.
4. ชูชาติ พันเต็ม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล ของจังหวัดอุดรธานี. [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. อุดรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี; 2565.

5. นงนุช หอมเนียม. การพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. [อินเทอร์เน็ต]. ม.ค.-มิ.ย.. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2568]: 122-135. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-aijo.org/index.php/Nubuu/article/view/260927>
6. ญญา ธนกิจธรรมกุล, พิมพกา ปัญญาใหญ่, ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. [อินเทอร์เน็ต]. พ.ค.-ส.ค.. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2567]: 1-20. เข้าถึงได้จาก: <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/%20ajnh/article/view/3552/2636>

การพัฒนากระบวนการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์  
แนวทางการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of an Access System for Diphtheria-Tetanus Vaccination in Individuals  
Aged 20 and Over: Application of Motivational Interviewing and Community Health  
Volunteer Participation in Selaphum Subdistrict Municipality, Selaphum District,  
Roi Et Province.

(Received: May 30,2025 ; Revised: June 8,2025 ; Accepted: June 11,2025)

ชุตินา มาตผล<sup>1</sup>

Chutima Matphol<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์แนวทางการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจ (Motivational Interviewing: MI) และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) จำนวน 2 วนรอบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อสม. จำนวน 29 คน และประชาชนกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป 100 คน ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก แบบประเมินทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจ และแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินการ

ผลการดำเนินงานในวนรอบแรก พบว่า หลังการอบรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัคซีนเพิ่มขึ้นจาก 10.72 เป็น 16.62 คะแนน และคะแนนทักษะการสนทนา MI เพิ่มขึ้นจาก 2.05 เป็น 2.63 คะแนน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ในวนรอบที่สอง ประชาชนที่ได้รับการสนทนาสร้างแรงใจ(MI)โดย อสม. มีความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้น และอัตราการเข้ารับวัคซีนคิดเป็นร้อยละ 72 นอกจากนี้ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 2.01 เป็น 2.54 ( $p<0.001$ )

**คำสำคัญ:** การเข้าถึงวัคซีน, คอตีบ-บาดทะยัก, การสนทนาเพื่อเสริมแรงใจ, อาสาสมัครสาธารณสุข, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop a system for increasing access to diphtheria-tetanus (DT) vaccination among adults aged 20 years and older by applying Motivational Interviewing (MI) and strengthening the participation of Village Health Volunteers (VHVs). The research utilized a Participatory Action Research (PAR) design with two cycles. The sample included 29 VHVs and 100 community members in Selaphum Municipality, Roi Et Province, Thailand. The research instruments comprised a knowledge test on DT vaccines, an MI skills assessment form, and a participation scale for VHVs. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (paired t-test) to compare pre- and post-intervention scores.

In the first cycle, post-training results showed a significant increase in VHVs' knowledge scores (from a mean of 10.72 to 16.62) and MI skills scores (from 2.05 to 2.63) ( $p<0.001$ ). In the second cycle, community members who received MI-based counseling demonstrated significantly improved knowledge and attitudes

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

toward vaccination. The vaccination uptake rate reached 72%. Moreover, the mean participation score of VHVs increased from 2.01 to 2.54 ( $p < 0.001$ ).

**Keywords:** Vaccine accessibility, Diphtheria-tetanus, Motivational Interviewing, Village health volunteers, Participatory Action Research

## บทนำ

โรคคอตีบและโรคบาดทะยักจัดเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่มีความรุนแรงและสามารถก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โรคคอตีบเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Corynebacterium diphtheriae* ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก กรณีที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การหายใจลำบาก ภาวะหัวใจล้มเหลว และอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้<sup>1</sup> ในขณะที่โรคบาดทะยักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Clostridium tetani* ซึ่งมักแพร่กระจายสู่ร่างกายผ่านบาดแผลที่ปนเปื้อนเชื้อ เชื้อชนิดนี้พบได้ทั่วไปในสิ่งแวดล้อม เช่น ดินและฝุ่น สารพิษที่ผลิตจากแบคทีเรียนี้มีผลกระทบต่อระบบประสาท ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม<sup>2</sup>

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคคอตีบโดยเฉลี่ยต่อปีทั่วโลกในช่วง 5 ปีที่มีการรายงานล่าสุด (พ.ศ. 2556-2560) อยู่ที่ 6,582 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 37 เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 5 ปีก่อนหน้า ซึ่งมีผู้ป่วย 4,809 รายระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 โดยส่วนใหญ่พบในภูมิภาคเอเชียใต้และแอฟริกา การระบาดของโรคคอตีบมักเกิดขึ้นในประชากรกลุ่มที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างเพียงพอ<sup>3</sup> สำหรับโรคบาดทะยักแม้ว่าจะพบผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา แต่ในปี พ.ศ. 2561 ยังคงมีทารกแรกเกิดประมาณ 25,000 รายที่เสียชีวิตจากโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด แม้จะลดลงร้อยละ 97 จากปี พ.ศ. 2531 ที่มีทารกแรกเกิดประมาณ 787,000 รายเสียชีวิตด้วยโรคนี้ภายในเดือนแรกของชีวิต อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคบาดทะยักในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่

เนื่องจากการลดลงของระดับภูมิคุ้มกัน โดยโรคบาดทะยักยังคงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 50,000 รายทั่วโลกต่อปี และส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อภูมิภาคที่มีสุขอนามัยไม่เพียงพอและมีอัตราการฉีดวัคซีนในระดับต่ำ นอกจากนี้ ยังพบการเกิดโรคนี้โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหรือได้รับการฉีดวัคซีนไม่ครบถ้วน<sup>4</sup>

หากพิจารณาถึงสถานการณ์โรคคอตีบและบาดทะยักในประเทศไทย พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2565 มีรายงานผู้ป่วยสงสัยคอตีบประมาณ 4-28 รายต่อปี โดยข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 พบว่ามีการรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.01 ต่อประชากรแสนคน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคืออายุ 55-64 ปี 5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายแห่งที่พบว่า ในประชากรอายุ 20 ถึง 50 ปี มีระดับภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคคอตีบ 6 ในส่วนของสถานการณ์โรคบาดทะยักระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 พบว่า มีอัตราป่วย 0.16 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราป่วยกลับสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2556 หลังจากนั้นจึงลดลงอย่างต่อเนื่องจนต่ำสุดในปี พ.ศ. 2564 ที่มีอัตราป่วย 0.04 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกัน ในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานผู้ป่วยโรคบาดทะยักจำนวน 28 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.04 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดคือ อายุ 55-64 ปี รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 45-54 ปี และ 65-69 ปี ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนไทยไม่ได้มีการฉีดวัคซีนกระตุ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากขึ้น แม้ว่า

จะยังคงมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำอีกได้บ่อยครั้ง<sup>5-6</sup>

ในปัจจุบัน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยักถือเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดอัตราการเกิดโรคและป้องกันการแพร่ระบาด อย่างไรก็ตาม ยังคงมีหลายประเทศที่ประสบปัญหาการระบาดของโรคดังกล่าว อันเนื่องมาจากอัตราการฉีดวัคซีนที่ไม่เพียงพอและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีข้อจำกัด ทำให้โรคทั้งสองชนิดนี้ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง<sup>7</sup> แม้ว่าจะมีความสำเร็จในการควบคุมโรคในหลายประเทศ แต่ยังคงมีความท้าทายในการรักษาระดับการฉีดวัคซีนให้อยู่ในเกณฑ์สูงอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการลังเลในการฉีดวัคซีนและความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงวัคซีนในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรค การให้ความรู้และส่งเสริมการฉีดวัคซีน รวมถึงการสนับสนุนการเข้าถึงวัคซีนในทุกพื้นที่ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการกลับมาของโรคคอตีบและบาดทะยัก และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางสุขภาพของประชาชนในระยะยาว<sup>8</sup>

หนึ่งในปัญหาหลักเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก คือการลังเลและการปฏิเสธการฉีดวัคซีน ปัจจัยนี้เกิดจากความเข้าใจผิดและการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิภาพของวัคซีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางพื้นที่ที่ประชาชนได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ การลังเลในการฉีดวัคซีนส่งผลให้ระดับการฉีดวัคซีนลดลง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคเหล่านี้อีกครั้ง<sup>9</sup> การให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีนจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ ปัญหาการขาดแคลนข้อมูลและระบบติดตามการฉีดวัคซีนที่มีประสิทธิภาพก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโครงการฉีดวัคซีน

การบันทึกข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่มีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ยากต่อการประเมินความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนและการจัดการวัคซีนในกรณีที่มีการระบาด<sup>10</sup> ดังนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลที่มีความแม่นยำและทันสมัย รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดการข้อมูล จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการเสริมสร้างประสิทธิภาพของโครงการฉีดวัคซีนในระยะยาว

จากการทบทวนการดำเนินการเพื่อเร่งรัดการฉีดวัคซีนที่ผ่านมา พบว่า ในปีงบประมาณ 2565-2567 มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่เพียงร้อยละ 0.50, 0.08 และ 0.10 ตามลำดับ และยังพบว่า โรงพยาบาลเสกภูมิยังไม่มีกระบวนการทำงานที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน การดำเนินงานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การเดินเคาะประตูบ้านกลุ่มเป้าหมายโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การส่งจดหมายไปถึงบ้าน การประกาศผ่านหอกระจายข่าว การจัดหน่วยบริการเชิงรุกในชุมชนตามบ้าน ควบคู่กับการจัดบริการตามจุดบริการต่าง ๆ ในชุมชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามรูปแบบต่าง ๆ ดังกล่าวยังไม่สามารถบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ได้ กลุ่มเป้าหมายในชุมชนยังคงมีอัตราการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักเข็มกระตุ้น<sup>11</sup>

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานี้ โดยการนำหลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจของกรมสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่ลังเลใจในการเข้ารับวัคซีนมาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงวัคซีนดังกล่าว อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวนี้ยังไม่มีนำไปใช้อย่างจริงจัง บุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดทักษะในการดำเนินงาน ขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการนำแนวทางดังกล่าวนี้ไปประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่ แนวคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาที่



มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยอาศัยการสร้างแรงจูงใจภายในของบุคคล และช่วยให้บุคคลได้สำรวจและแก้ไขความลังเลใจของตนเอง<sup>12</sup> เทคนิคนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Miller และ Rollnick ในช่วงต้นทศวรรษ 1980 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน การสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจเป็นวิธีการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่ามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในหลากหลายบริบทสุขภาพ<sup>13</sup> รวมถึงการเพิ่มอัตราการยอมรับวัคซีนในกลุ่มผู้ที่ลังเลใจ หลักการสำคัญของการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจประกอบด้วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การพัฒนาความขัดแย้งในใจ การทำงานร่วมกับแรงต้านทาน และการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง โดยผู้ให้บริการจะต้องมีทักษะในการใช้คำถามปลายเปิด การรับฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก และการสรุปความ<sup>14</sup>

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานมาอย่างยาวนาน โดยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ จึงเป็นแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในกลุ่มประชาชนผู้ใหญ่<sup>15</sup>

จากสภาพปัญหาและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยการพัฒนากระบวนการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์แนวความคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจสำหรับผู้ที่ยังลังเลใจในการเข้ารับวัคซีน ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีความชัดเจน สามารถนำไป

ปฏิบัติได้จริง และสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนกลุ่มผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็นได้มากขึ้น เป็นการลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และลดความรุนแรงหรือโอกาสในการเสียชีวิตจากโรคคอตีบและโรคบาดทะยัก ตลอดจนนำไปสู่การได้รูปแบบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคคอตีบและบาดทะยักที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

การพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์แนวความคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

### วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้ทฤษฎีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ของ Rollnick และ Miller<sup>16</sup> ร่วมกับแนวความคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff<sup>17</sup> ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

### กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 29 คน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป 100 คน  
คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบ  
บันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยประเด็น  
เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ  
แนวทางการพัฒนาระบบ

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องวัคซีนป้องกัน  
โรคคอตีบ-บาดทะยัก จำนวน 20 ข้อ (คะแนนเต็ม  
20 คะแนน) แบ่งระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ  
Bloom<sup>18</sup>

2. แบบประเมินทักษะการสนทนาเพื่อเสริม  
แรงใจ 15 ข้อ แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ  
อาสาสมัครสาธารณสุข 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน

4. แบบบันทึกการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรค  
คอตีบ-บาดทะยักของประชาชน

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** การ  
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)  
เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบ  
ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3  
ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล  
ชุมชน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริม  
ภูมิคุ้มกันโรค 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย  
1 ท่าน จากนั้นนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมา  
คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อ  
คำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-  
Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์  
การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ไม่ต่ำกว่า 0.50<sup>19</sup>  
และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ  
ผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ การทดสอบ  
ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่  
ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับ  
อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนในเขต  
เทศบาลตำบลเสลภูมิที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน  
30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความ  
เที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการ  
วิเคราะห์พบว่าแบบทดสอบความรู้เรื่องวัคซีน  
ป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก มีค่าความเที่ยง  
เท่ากับ 0.82 แบบประเมินทักษะการสนทนาเพื่อ  
เสริมแรงใจ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 และ  
แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร  
สาธารณสุข มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

**ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย** การวิจัยครั้งนี้  
ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้

### ระยะที่ 1: การเตรียมการดำเนินการ พัฒนาระบบ

1. ผู้วิจัยสำรวจสถานการณ์ปัญหาและ  
อุปสรรคในการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-  
บาดทะยักของประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปในเขต  
เทศบาลตำบลเสลภูมิ

2. จัดประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผล  
ต่อการเข้ารับวัคซีน โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน  
10 คน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนเทศบาล

3. สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### ระยะที่ 2: การพัฒนาระบบการเข้าถึง วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก

การพัฒนาระบบใช้กระบวนการวิจัยเชิง  
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action  
Research) ประกอบด้วย 2 วงรอบ ดังนี้

### วงรอบที่ 1: การพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข

1. การวางแผน (Plan): วางแผนการ  
ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้  
เกี่ยวกับวัคซีนและทักษะการสนทนาเพื่อเสริม  
แรงใจ โดยกำหนดเนื้อหา รูปแบบ และวิธีการ  
ฝึกอบรม

2. การปฏิบัติ (Act): ดำเนินการฝึกอบรม  
อาสาสมัครสาธารณสุข โดยแบ่งการฝึกอบรมเป็น  
2 ระยะ คือ สัปดาห์ที่ 1 อบรมเรื่องความรู้เกี่ยวกับ  
วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก และสัปดาห์ที่  
4 อบรมเรื่องทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจ

3. การสังเกตผล (Observe): ประเมินความรู้เกี่ยวกับวัคซีนและทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังจากได้รับการอบรม 2 สัปดาห์

4. การสะท้อนผล (Reflect): จัดประชุมกลุ่มเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน และรับฟังข้อเสนอแนะจากอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน

### วงรอบที่ 2: การนำระบบไปใช้ในชุมชน

1. การวางแผน (Plan): วางแผนการนำการสนทนาเพื่อสร้างแรงใจไปใช้ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ให้ข้อมูลและสนับสนุนการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก

2. การปฏิบัติ (Act): อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินกิจกรรมเชิงรุกโดยใช้การสนทนาเพื่อสร้างแรงใจในการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ

3. การสังเกตผล (Observe): เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีน และประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

4. การสะท้อนผล (Reflect): วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการเข้ารับวัคซีน สรุปผลการดำเนินงาน และรับฟังข้อเสนอแนะจากประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับ

วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก และทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจและการมีส่วนร่วมของของอสม. ก่อนและหลังการพัฒนา

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา และสรุปประเด็นสำคัญ

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รหัสโครงการ COE1832565 วันที่ 26 ธันวาคม 2565 และ COE2012566 วันที่ 26 ธันวาคม 2566 (ต่ออายุโครงการวิจัย)

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 93.1) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.00 ปี (S.D.=6.80) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 51.7) ทั้งหมดจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 29 คน ข้อมูลด้านรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 41.4) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 11.79 ปี (S.D.=3.54) ส่วนใหญ่อยู่ในมีประสบการณ์มากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน (ร้อยละ 69.0)

ข้อมูลทั่วไปของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 56.0) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.48 ปี (S.D.=13.23) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 - 60 ปี จำนวน 29 คน (ร้อยละ 29.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 29 คน (ร้อยละ 29.0) ในด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่น ๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ/

นักศึกษา /แม่บ้าน) จำนวน 29 คน (ร้อยละ 29.0) รองลงมาคือ เกษตรกรรม จำนวน 18 คน (ร้อยละ 18.0) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 5,001 – 10,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 22 คน (ร้อยละ 20.0)

**2. กระบวนการพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์แนวความคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด**

**ระยะที่ 1: การเตรียมการดำเนินการพัฒนาระบบ**

จากการสำรวจปัญหาและอุปสรรค และการทบทวนวรรณกรรมที่ข้อง พบว่า ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปมีอัตราการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักค่อนข้างต่ำ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ประชาชนบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความจำเป็นและประโยชน์ของวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน ขาดการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคคอตีบและบาดทะยักในกลุ่มผู้ใหญ่ ทำให้ประชาชนละเลยความสำคัญของการรับวัคซีนกระตุ้น แรงจูงใจในการเข้ารับวัคซีนอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีการรณรงค์หรือการแจ้งเตือนอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชนในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร บางครั้งประชาชนอาจไม่สะดวกในการเดินทางไปยังสถานพยาบาลเพื่อรับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก

**ระยะที่ 2: การพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีน**

วงรอบที่ 1: มุ่งเน้นการเสริมศักยภาพของ อสม.

การวางแผน (Plan): จากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค จึงได้มีการวางแผนการฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกัน

โรคคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ ความสำคัญของการรับวัคซีนกระตุ้น และทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) โดยจัด

การปฏิบัติ (Act): จัดโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ดำเนินการเป็น 2 ระยะ โดยสัปดาห์แรกเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคคอตีบ-บาดทะยัก กลไกการทำงานของวัคซีน และความปลอดภัยของวัคซีน สัปดาห์ที่ 4 เน้นการฝึกปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การถามคำถามเปิด การสะท้อนความรู้สึก และการสรุปประเด็น โดยมีการทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ และประเมินทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ก่อนการฝึกอบรม และวัดผลซ้ำหลังการอบรม 2 สัปดาห์

การสังเกตผล (Observe): พบว่า ก่อนการอบรม อสม. มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักเฉลี่ยเท่ากับ 10.72 คะแนน (S.D.=2.18) และคะแนนทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ เฉลี่ยเท่ากับ 2.05 คะแนน (S.D.=0.13) มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักเฉลี่ยเท่ากับ 10.72 คะแนน (S.D.=2.18) และหลังการอบรม 2 สัปดาห์ อสม. มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักเฉลี่ยเท่ากับ 16.62 คะแนน (S.D.=1.61) คะแนนทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ เฉลี่ยเท่ากับ 2.63 คะแนน (S.D.=0.13) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก ( $p<0.001$ ) และทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ ( $p<0.001$ ) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การสะท้อนผล (Reflect): หลังจากการฝึกอบรมและประเมินผลการอบรมเสร็จสิ้น ได้จัดให้มีการประชุมกลุ่มเพื่อสรุปผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 โดย อสม. ส่วนใหญ่รู้สึว่าการอบรมมีประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับประชาชนได้ อย่างไรก็ตาม มี

ข้อเสนอแนะว่าควรมีการฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานจริง และมีข้อสรุปจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันว่า การพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์แนวความคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงจิตใจและการมีส่วนร่วมของ อสม. มีแนวโน้มที่จะเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มอัตราการเข้ารับวัคซีนและความรู้ความเข้าใจของประชาชน การเสริมศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและแรงใจให้ประชาชนเข้ารับวัคซีนโรคคอตีบ-บาดทะยักมากขึ้นได้

## วกรอบที่ 2: การนำการสนทนาสร้างแรงใจไปใช้ในชุมชน

การวางแผน (Plan): วางแผนให้ อสม. ลงพื้นที่ในชุมชน เพื่อพูดคุยกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจที่ได้รับการฝึกฝนมา เพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการรับวัคซีน และสนับสนุนให้ประชาชนเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก

การปฏิบัติ (Act): อสม. ดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในการเข้าถึงประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ โดยการเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน และการให้ข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ อสม. เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การรับฟังข้อกังวล และการให้ข้อมูลที่ปรับให้เข้ากับ ความเชื่อและทัศนคติของแต่ละบุคคล โดยใช้แนวทางการนำแนวทางการสนทนาสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโรคคอตีบ-บาดทะยัก

การสังเกตผล (Observe): จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าประชาชนที่ได้รับการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจจาก อสม. มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักเพิ่มขึ้น ( $p < 0.001$ ) และมีทัศนคติที่ดีต่อการรับวัคซีนมาก

ขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า อสม. มีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น

การสะท้อนผล (Reflect): การดำเนินงานเชิงรุกเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโรคคอตีบ-บาดทะยักในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยการนิเทศการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างต่อเนื่องโดยผู้รับผิดชอบงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งจะช่วยให้สามารถให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่าง การดำเนินงานได้ นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. จะเป็นกลไกสำคัญในการแบ่งปันประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดี อันนำไปสู่การพัฒนาทักษะร่วมกัน การประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวความคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจ (Motivational Interviewing: MI) ไปใช้ ควรครอบคลุมทั้งการสังเกตพฤติกรรม การสื่อสารของ อสม. เพื่อประเมินความสอดคล้องกับการฝึกอบรม และการประเมินผลกระทบต่อความรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยต้องตระหนักถึงข้อควรระวังที่สำคัญ ได้แก่ การเน้นย้ำถึงความจำเป็นของการฝึกฝนทักษะ MI อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความชำนาญ การส่งเสริมความอดทนในการทำงานกับประชาชน เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลา และการสนับสนุนให้ อสม. สามารถปรับวิธีการสนทนาให้เหมาะสมกับบริบทและลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### 3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์แนวความคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด



ผลการศึกษา พบว่า การเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในกลุ่มเป้าหมายประชาชนที่ได้รับการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจจาก อสม. คิดเป็นร้อยละ 72 ข้อเสนอแนะจากประชาชนและ อสม. คือ ควรมีการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมผ่านช่องทางที่หลากหลาย และมีการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้การบริการวัคซีนมีความสะดวกและเข้าถึงง่ายยิ่งขึ้น

และพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสเลภูมิ ก่อนการพัฒนา อสม. มีคะแนนการมีส่วนร่วมเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 คะแนน(S.D.=0.17) และหลังการพัฒนา อสม. มีคะแนนการมีส่วนร่วมเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 คะแนน(S.D.=0.12) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า อสม. มีคะแนนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $p<0.001$ )

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การวิจัยดำเนินการเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเป็นการสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงวัคซีน และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะที่สองเป็นการพัฒนาระบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAOR) จำนวน 2 วงรอบ ผลการวิจัยเบื้องต้นแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของแนวทางการดำเนินงานนี้ในการเพิ่ม

อัตราการเข้ารับวัคซีนและความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับวัคซีน มีประเด็นที่นำมาอภิปรายดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไป โดยประยุกต์แนวคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอสเลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAOR) ดังนี้

1.1การวางแผน (Plan) วงจรที่ 1 มีการวางแผนการฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ ความสำคัญของการรับวัคซีนกระตุ้น และทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และวงจรที่ 2 วางแผนให้ อสม. ลงพื้นที่ในชุมชนเพื่อพูดคุยกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจที่ได้รับการฝึกฝนมา เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีน สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการรับวัคซีน และสนับสนุนให้ประชาชนเข้ารับวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาของพุฒิธร มาลาทอง และคณะ<sup>20</sup> พบว่า มีการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอนาคู จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการดำเนินพัฒนามาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพ จากการปรับปรุงและกระบวนการพัฒนา จากนั้นได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน

1.2 การปฏิบัติ (Act) วงจรที่ 1 มีการจัดโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น 2 ระยะ โดยสัปดาห์แรกเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคคอตีบ-บาดทะยัก กลไกการทำงานของวัคซีน และ

ความปลอดภัยของวัคซีน สัปดาห์ที่ 4 เน้นการฝึกปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจ มีการทดสอบความรู้และทักษะ MI ก่อนและหลังการอบรม วงจรที่ 2 อสม. ดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในการเข้าถึงประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ โดยการเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน และการให้ข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ โดยใช้แนวทางการสนทนาสร้างแรงใจ ซึ่งประกอบด้วย การเตรียมตัวของ อสม., การเริ่มต้นการสนทนา, การสำรวจความลังเลและความต้องการ, การให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม, การเสริมสร้างแรงใจ, การวางแผนและการตัดสินใจ, และการติดตามและสนับสนุน ซึ่งให้เห็นว่าการลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในด้านการเสริมศักยภาพของบุคลากรและการให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารที่เน้นความเข้าใจและความร่วมมือสอดคล้องกับการศึกษาของสวส์ดี อภิวัจน์วงศ์ และคณะ<sup>21</sup> พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานที่มีจิตอาสา การทำงานที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหาและความเข้าใจของประชาชน และการสนับสนุนจากผู้บริหารและเครือข่าย

1.3 การสังเกตผล (Observe) วงจรที่ 1 พบว่า ก่อนการอบรม อสม. มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักเฉลี่ย 10.72 คะแนน และคะแนนทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจเฉลี่ย 2.05 คะแนน หลังการอบรม 2 สัปดาห์ อสม. มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 16.62 คะแนน และคะแนนทักษะ MI เฉลี่ย 2.63 คะแนน พบว่า อสม. มีคะแนนความรู้และทักษะ MI เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วงจรที่ 2 พบว่า ประชาชนที่ได้รับการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจจาก อสม. มีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักเพิ่มขึ้น และมีทัศนคติที่ดีต่อการรับวัคซีนมากขึ้น นอกจากนี้ อสม. มีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอภิสร่า อารงวรางกูร<sup>22</sup> พบว่า โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้าง

แรงใจแบบสั้นและการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 การสะท้อนผล (Reflect) วงจรที่ 1 อสม.ส่วนใหญ่รู้สึกว่าการอบรมมีประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับประชาชนได้ มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองเพิ่มเติม และสรุปว่าการพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนโดยใช้ MI และการมีส่วนร่วมของ อสม. มีแนวโน้มที่จะเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ วงจรที่ 2 การดำเนินงานเชิงรุกจำเป็นต้องมีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ การนิเทศ อสม. และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. เป็นสิ่งสำคัญ การประเมินผลควรครอบคลุมทั้งพฤติกรรมสื่อสารของ อสม. และผลกระทบต่อความรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจของประชาชน ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกฝนทักษะ MI อย่างสม่ำเสมอ ความอดทนในการทำงานกับประชาชน และการปรับวิธีการสนทนาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล สอดคล้องกับพุฒิธร มาลาทอง และคณะ<sup>20</sup> พบว่า กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลให้ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยม

ผลการศึกษา พบว่า การเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในกลุ่มเป้าหมายประชาชนที่ได้รับการสนทนาเพื่อเสริมแรงใจจาก อสม. คิดเป็นร้อยละ 72 ข้อเสนอแนะจากประชาชนและ อสม. คือ ควรมีการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมผ่านช่องทางที่หลากหลาย และมีการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้การบริการวัคซีนมีความสะดวกและเข้าถึงง่ายยิ่งขึ้น สอดคล้องกับกิริณา อรุณแสงสด<sup>23</sup>

พบว่า โปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ส่งผลดีต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรอกรงของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เช่นเดียวกับพิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม<sup>24</sup> พบว่ารูปแบบการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ สามารถเพิ่มความเชื่อด้านสุขภาพในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และพบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ ก่อนการพัฒนา อสม. มีคะแนนการมีส่วนร่วมเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 คะแนน(S.D.=0.17) และหลังการพัฒนา อสม. มีคะแนนการมีส่วนร่วมเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 คะแนน(S.D.=0.12) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า อสม. มีคะแนนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชาชน 20 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $p<0.001$ ) พุฒิธร มาลาทอง และคณะ<sup>20</sup> ศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลให้ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะทางการพยาบาล:

1. ควรนำทักษะการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ไปใช้ใน

การให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นการรับฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก และการสนับสนุนการตัดสินใจของประชาชน

2. ควรมีการพัฒนาสื่อการสอนที่หลากหลาย: พัฒนาและใช้สื่อการสอนที่หลากหลายรูปแบบ เช่น แผ่นพับ วิดีโอ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายแก่ประชาชน และตอบสนองความต้องการในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน

3. ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ อสม. และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อร่วมกันดำเนินงานส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

##### ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมการเข้ารับวัคซีนในระยะยาว เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น กลุ่มเปราะบาง หรือกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ และบุคลากร ของโรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของประชาชนในอนาคตต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diphtheria vaccines: WHO position paper. Weekly Epidemiological Record. 2017; 92(31): 417-435.
2. World Health Organization. Tetanus vaccines: WHO position paper. Weekly Epidemiological Record. 2017; 92(6): 53-76.
3. Kristie E.N., Hardy I., Strebel P., Wharton M., Orenstein W.A. Vaccines. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
4. World Health Organization. Tetanus [Internet]. 2024 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/tetanus>
5. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคคอตีบและบาดทะยักในประเทศไทย ปี 2566. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา; 2566.
6. รุ่งเรือง กิจผาติ และคณะ. การศึกษาระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคคอตีบในประชากรไทย. วารสารควบคุมโรค. 2562; 45(3): 254-265.
7. World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020. Geneva: WHO; 2013.
8. World Health Organization. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Geneva: WHO; 2020.
9. MacDonald N.E., SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. 2015; 33(34): 4161-4164.
10. Pan American Health Organization. Tools for monitoring the coverage of integrated public health interventions. Washington D.C.: PAHO; 2017.
11. โรงพยาบาลเสลภูมิ. (2567). รายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ ปีงบประมาณ 2565-2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเสลภูมิ.
12. เสกสรรค์ จวงจันทร์, พนิดา สารทอง และสายชล นิลเนตร. ผลของโปรแกรมการรณรงค์สร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2562;37(2):45-57.
13. เทอดศักดิ์ เดชคง, จิตารัตน์ ทิพโชติ, พาสณา คุณวัฒน์, ศรีณยพิชญ์ อักษร. การสัมมนาวิชาการนานาชาติสร้างความเชื่อมั่น ลดความลังเลใจ พร้อมใจฉีดวัคซีน “vaccine hesitancy; management and intervention”. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2565.
14. เทอดศักดิ์ เดชคง. หลักสูตรการรณรงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ลังเลใจในการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2564.
15. อมรรันต์ จันทร์เล็ก และ ชันชวา. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(1):303-12.
16. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change: a guide for practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
17. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development. 1986;8(3):213-235.
18. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay Company; 1956.
19. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
20. พุฒิธร มาลาทอง, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี. กระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(3):1-11.

21. สวัสดิ์ อภิวัจนินวงศ์ สุวิข ธรรมปาโล, สมคิด เพชรชาติ และอาชิษฐ์ มุขอ.. (2562). ปัจจัยความสำเร็จต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เป็นเลิศของสถานบริการสาธารณสุขพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(2), 263-272
22. อภิสร่า อารงวรังกูร. ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นและการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2566;13(1):256-69.
23. กิรณา อรุณแสงสด, ประณีต ส่งวัฒนา. ผลของโปรแกรมการสนทนาและให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการครองชีพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(1):52-66.
24. พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, จรัสศรี เพ็ชรคง, รุจา แก้วเมืองฝาง, พีรเทพ รุ่งคุณากร. การพัฒนารูปแบบการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564;6(12):544-562.





ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขว อำเภอนาวนวิวาส จังหวัดสกลนคร

Effect of Self Health Care Program by Application of Health Belief Model and Social Support for Diabetes Patients Type2 in Health Promoting Hospital Huay-Hin, Nong Wang Sub-district, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 24,2025 ; Revised: June 27,2025 ; Accepted: June 29,2025)

วชิญญา เห่งละคร<sup>1</sup> ปัญจมาพร รัตนหน<sup>2</sup>

Wachinya Ngowlakorn<sup>1</sup> Panchamapohn Rattanahon<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ห้วยหิน ตำบลหนองแขว อำเภอนาวนวิวาส จังหวัดสกลนคร เป็นการวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขว อำเภอนาวนวิวาส จังหวัดสกลนคร ทั้งหมดจาก 6 หมู่บ้าน จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 โดยผู้ทดลองได้รับกิจกรรมการบรรยาย ประกอบสื่อ power point มีการสาธิต การให้แรงสนับสนุนทางด้านสังคมโดยมีการแจกเอกสารประกอบเป็นแผ่นพับ มีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมอบของที่ระลึก มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ pair sample t- test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง มากกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ , การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### Abstract

This quasi experiment research aimed to explore Effect of Self Health Care Program by Application of Health Belief Model and Social Support for Diabetes Patients Type2 in Health Promoting Hospital Huay-Hin, Nong Wang Sub-district, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province before and after study. The sample were 30 diabetes patients from 8 village in Health Promoting Hospital Huay-Hin, Nong Wang Sub-district, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. The quantitative data were pre and post, collected using using knowledge and Health Belief Model and Social Support Questionnaire and group receive intervention include power point presentation, demonstration, receive handbook guideline and brochure, home visits by our volunteer of health. Content validity was checked by 3 experts and validity was

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขว อำเภอนาวนวิวาส จังหวัดสกลนคร

<sup>2</sup> สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

determined using Cronbach alpha coefficient 0.81. The data were analyzed by descriptive statistics and pair sample t-test. The level of statistical significant was set at 0.05.

The study finding revealed that knowledge, perceived susceptibility, perceive severity, perceive benefits, perceive barrier and cue to action and self efficiency from diabetes behavior of study was significantly higher than before study that 0.05 level

**Keyword :** Health Belief Model, Self Health Care Program for diabetes type 2

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงทั่วโลกซึ่งเป็นภัยเงียบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี โรคเบาหวานยังมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย และปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีอายุยืนขึ้น ทำให้พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงก็จะทำให้มีโอกาasเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากแผลที่เท้า การติดเชื้อทำให้เนื้อตายและเน่า และทำผิดรูป จนไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดขา และกลายเป็นผู้พิการ นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยๆ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคตา โรคปลายประสาทอักเสบ ที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติมีโอกาasเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นวิธีที่ดีกว่าการที่รอให้เกิดแล้วมารักษา โดยพบว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังถึง 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตของผู้คนทั่วโลก ทั้งที่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ ซึ่งโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 ของกลุ่มโรคร้ายที่ผู้คนทั่วโลกเสียชีวิตมากที่สุด และความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเรื้อรัง<sup>1</sup>

จากรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อ

ประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจัยเสี่ยง คือ ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก หรือมี BMI มากกว่า 23 (สำหรับคนไทย) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวหรือมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีความดันโลหิตสูง รับประทานอาหารหวาน มัน เค็มมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งบางปัจจัยสามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการ จึงให้ความสำคัญในการส่งเสริมและดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้<sup>2</sup>

โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการเข้าร่วม โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ในการรับรู้ให้กลุ่มทดลอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างถูกวิธี การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างถูกต้องเพื่อเป็นการส่งเสริม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อเป็นการส่งเสริมและป้องกันการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขว อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล โดนนําผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ประยุกต์ให้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขว อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

2 เพื่อศึกษาผลการเปรียบเทียบของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคม ก่อนและหลังการทดลอง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขว อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังการ

ดำเนินกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยคัดเลือกจากหมู่บ้านในเขตที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขว อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล จำนวน 30 คน

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยจะทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดให้

1. การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคในปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 1 โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยให้ความรู้ โดยสื่อวีดิทัศน์ การบรรยายโดย Power point โดยใช้รูปภาพประกอบ และอาการของโรคเบาหวาน ชนิดของโรคเบาหวาน โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเพื่อเป็นการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแจกคู่มือการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลตนเองในกิจกรรมครั้งนี้คือการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การดูแลเท้า การนวดเท้าพร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ประกอบด้วยกิจกรรม และให้จับกลุ่มออกมาสาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่มทบทวนความรู้ที่ให้โดยผู้วิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้บัตรนัดพร้อมกระตุ้นเตือนการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป อีก 1 สัปดาห์

จัดกิจกรรมครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโภชนาการ ทบทวนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้คือ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมี Model อาหารที่ควรรับประทาน สาธิตเมนูเพื่อสุขภาพแบ่งกลุ่มและฝึกปฏิบัติ ทบทวนความรู้ที่ให้โดยผู้วิจัยและเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้บัตรนัดพร้อมกระตุ้นเตือนการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป อีก 1 สัปดาห์ รับประทานอาหารร่วมกัน

จัดกิจกรรมครั้งที่ 3 จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้คือ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการออกกำลังกาย จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายสาธิตและฝึกปฏิบัติ ทบทวนความรู้ที่ให้โดยผู้วิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้บัตรนัดพร้อมกระตุ้นเตือนการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป อีก 1 สัปดาห์

จัดกิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนความรู้โดยผู้วิจัย ร่วมกันจัดมุมเบาหวานทั้ง 6 มุมโดยจัดเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ร่วมกันจัดมุมต่างๆ มุมความรู้เรื่องโรคเบาหวานมุมการดูแลเท้า มุมออกกำลังกาย มุมผ่อนคลายความเครียด มุมโภชนาการการใช้ยาแลกเปลี่ยนความรู้แต่ละมุม และออกมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ได้จากการจัดมุมความรู้ต่างๆกระตุ้นเตือนการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์

จัดกิจกรรมครั้งที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยได้เห็นจากการลงสีและตัวเลขไว้บนฝาผนัง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นการเปรียบเทียบ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ทบทวนความรู้ที่ได้รับในด้านต่างๆ ทำแบบสอบถามหลังการจัดโปรแกรม กระตุ้นเตือนการรับบริการตามนัดการรับประทานยาสม่ำเสมอ พร้อมทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และให้อาหาร. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ กล่าวขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ความร่วมมือและเน้นย้ำการ

ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมอบของที่ระลึก

ระหว่างการจัดกิจกรรม มีการกรรรมกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ และติดตามเยี่ยมบ้านโดย ผู้วิจัยและอสม. ติดตามแบบบันทึกกิจกรรมที่ได้ให้ไป

### ประชากรในการศึกษานี้คือ

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยคัดเลือกจากหมู่บ้านในเขตที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขวง อำเภอดอนจาน จังหวัดสกลนคร จำนวน 328 คน

### การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรขนาดเล็ก

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{d^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

เมื่อ  $Z_{\alpha/2}$  = ความเชื่อมั่นที่กำหนด

$\sigma^2$  = ความแปรปรวน

$d$  = Precision

$N$  = จำนวนประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ของจันจิรา วิทยาบำรุง<sup>3</sup> พบว่าค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 13.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.34 ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาคำนวณหาค่าความแปรปรวน และ ขนาดตัวอย่าง โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{328(0.5)^2(3.34)^2}{0.3^2(328-1)+(0.5)^2(3.34)^2}$$

$$n = 28.02 = 28 \text{ คน}$$



ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดตัวอย่าง ออกมาได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน เพื่อการ ป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการถอนตัวของกลุ่ม ตัวอย่าง และให้เข้ากับบริบทและความน่าเชื่อถือ ในการอ้างอิงกลุ่มประชากรในการศึกษา ผู้วิจัยจึง ปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการวินิจฉัยโดย แพทย์ ผู้ป่วยมีผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 mg% ติดต่อกัน 3 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ผลการตรวจเลือดดูจากสมุดประจำตัวผู้ป่วย และมี อายุ 40-70 ปี 2) ไม่มีปัญหาทางสายตา ทาง การฟัง อ่านออกและเขียนหนังสือได้ 3) ผู้ป่วย สามารถทำกิจกรรมได้ เช่นการออกกำลังกาย 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ โดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 2) ผลการตรวจ โดยเครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เจาะจาก ปลายนิ้วมือแล้วมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด  $\leq 126$  มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลการตรวจเลือดดูจากสมุด ประจำตัวผู้ป่วย มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนดังนี้ โรคหัวใจ โรคไตเสื่อม 4) ผู้ป่วยมีบาดแผลอยู่ บริเวณใดบริเวณหนึ่ง เช่น มีแผลที่เท้า 5) ไม่ สามารถร่วมทำกิจกรรมได้ในระยะเวลาที่มีการจัด กิจกรรม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ ผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพหลัก ระดับการศึกษา รายได้ของ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้ลักษณะ คำถามเป็น 4 ตัวเลือก ซึ่งประกอบด้วย การดูแล เท้า การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ นวดเท้า การผ่อนคลายความเครียด จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะเป็นคำถามถูกผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้สูง ระดับความรู้ปานกลาง และระดับ ความรู้ต่ำ

**ส่วนที่ 3** แบบทดสอบถามการรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้ ผู้เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก จาก 3 ตัวเลือก วัด เป็น เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และมีเกณฑ์การ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ระดับ ปานกลาง และระดับต่ำ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ใช้แบบมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้ผู้เลือกตอบได้ เพียง 1 ตัวเลือก จาก 3 ตัวเลือก วัดเป็นรับรู้มาก รับรู้ปานกลาง รับรู้น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งคะแนน นอกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ระดับปานกลาง ระดับต่ำ

**ส่วนที่ 5** การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรค ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ให้ผู้เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก จาก 3 ตัวเลือก วัดเป็น เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็น ด้วย มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรค ในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ท ให้ผู้เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก จาก 3 ตัวเลือก วัดเป็น เห็นด้วย ไม่ แนใจ ไม่เห็นด้วย มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

**ส่วนที่ 7** แบบสอบถามพฤติกรรมการ ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิด น้ำตาลในเลือดสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะ การวัดปริมาณความถี่ เช่น การปฏิบัติตัวในการ ควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การผ่อนคลาย

คลายความเครียด การใช้ยา การมารับบริการตามนัด การดูแลเท้า การตอบคำถามจะมีตัวเลือก 3 ข้อ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบ ตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 25 - 75 โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** การทดสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพในชุมชน จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษา (Wording) จากนั้นจึงนำข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ ประกอบด้วยดังนี้ 1) ให้คะแนน +1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 2) ให้คะแนน 0 เมื่อผู้เชี่ยวชาญ ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 3) ให้คะแนน -1 เมื่อผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้จากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านประเมินนั้น พบว่าทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.81

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลัง

ทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้าน ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคในปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

#### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดสกลนคร รหัส SKN REC 2025-028 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568

#### ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 83.33 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.33, มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90.00 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 และมีรายได้ของครัวเรือนมากกว่า 2,500 บาทต่อเดือน หรือมากกว่า 30,000 บาทต่อปี ร้อยละ 70.00

**เปรียบเทียบระดับผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่

ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแวง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการดูแล

สุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

**เปรียบเทียบความแตกต่างของผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่าง ของการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแวง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร (n=30)

| ตัวแปร                                 | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{d}$ | t     | 95%CI         | P-value |
|----------------------------------------|-----------|------|-----------|-------|---------------|---------|
| <b>ความรู้</b>                         |           |      |           |       |               |         |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม                    | 2.33      | 1.37 | 6.87      | 22.17 | 6.23 – 7.50   | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม                    | 9.20      | 0.85 |           |       |               |         |
| <b>การรับรู้โอกาสเสี่ยง</b>            |           |      |           |       |               |         |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม                    | 8.20      | 0.88 | 12.13     | 30.52 | 11.32 – 12.95 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม                    | 20.33     | 1.68 |           |       |               |         |
| <b>การรับรู้ความรุนแรง</b>             |           |      |           |       |               |         |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม                    | 7.90      | 1.35 | 12.23     | 41.56 | 11.63 – 12.84 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม                    | 20.13     | 0.82 |           |       |               |         |
| <b>การรับรู้ประโยชน์</b>               |           |      |           |       |               |         |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม                    | 9.10      | 1.60 | 14.07     | 38.88 | 13.33-14.81   | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม                    | 23.17     | 0.83 |           |       |               |         |
| <b>การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว</b> |           |      |           |       |               |         |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม                    | 7.60      | 0.97 | 12.83     | 40.31 | 12.18 – 13.48 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม                    | 20.43     | 0.90 |           |       |               |         |
| <b>การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง</b>     |           |      |           |       |               |         |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม                    | 31.30     | 4.14 | 40.97     | 43.80 | 39.05 – 42.88 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม                    | 72.27     | 1.51 |           |       |               |         |

\*ระดับนัยสำคัญระดับ 0.05, ใช้สถิติ paired t - test

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแวง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

มีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.33, มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90.00 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 และมีรายได้ของคนในครัวเรือนมากกว่า 2,500 บาทต่อเดือน หรือมากกว่า 30,000 บาทต่อปี ร้อยละ 70.00

ด้านความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมก่อนการทดลองมีความรู้ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 23.33 (S.D.=8.89) และภายหลังจากทดลอง ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 92.00 (S.D.=8.47) อยู่ในระดับสูง และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า หลังการมีทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value <0.001) ได้มีการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากการให้ความรู้ในกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ รวมถึงการมีการเสริมแรงจากกลุ่มเพื่อนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทดลองช่วยการดูแลสุขภาพ ให้ความรู้แก่กัน ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแวง อำเภอวนรรนิवास จึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังการทดลองเพิ่มขึ้นซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ยุพดี ไทชมภู<sup>4</sup> พบว่า หลังการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ <0.001) โดยการศึกษาครั้งนี้ยังได้สอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา รักดี<sup>5</sup> พบว่า ความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ <0.001)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมก่อนการทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.20

(S.D.=1.69) และหลังการทดลองพบว่าเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.33 (S.D.=0.88) และเมื่อทดสอบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงพบว่า หลังการมีทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value <0.001) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมบรรยายให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจในการเกิดโอกาสเสี่ยงแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยภายในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันและจากการแนะนำให้แกผู้ที่อาศัยด้วย พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวานที่อาจเป็นเป็นหามาขึ้นหากไม่มีการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา ชันศิริ<sup>6</sup> พบว่าหลังการทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ<sup>7</sup> พบว่าภายหลังจากทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ =0.003)

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานก่อนการทดลอง มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.90 (S.D.=7.90) และภายหลังจากทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.13 (S.D.=0.82) และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พบว่า หลังการมีทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value <0.001) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้มีกิจกรรมบรรยายถึง

ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ถึงโรคของตนเอง และทำให้ทราบถึงความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมาได้ หากไม่มีการควบคุมหรือดูแลสุขภาพให้ดี ซึ่ง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจรัญ ชันศิริ<sup>6</sup> พบว่าหลังการทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ<sup>7</sup> พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรคเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคจากการศึกษา ก่อนการทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.10 (S.D.=1.60) และภายหลังการทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.17 (S.D.=0.83) และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค พบว่า หลังมีการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เนื่องจากได้มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคเพื่อให้มีการปฏิบัติตัวให้สามารถควบคุมน้ำตาลในกระแสเลือดได้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันถึงประสบการณ์ในการรักษา ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนที่มีความหลากหลายและทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการตระหนักถึงประโยชน์ของการควบคุมน้ำตาลในเลือดและการรักษาโรคเบาหวานที่ถูกต้องและเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของจรัญ ชันศิริ<sup>6</sup> พบว่าหลังการทดลองมีการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และจุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ<sup>7</sup>

พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.004$ )

การรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.10 (S.D.=0.97) และภายหลังการทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.43 (S.D.=0.90) และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า หลังมีการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เนื่องจากภายในกลุ่มผู้ป่วยเองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ รวมถึงการให้กำลังใจต่อการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากเพิ่มขึ้น ซึ่ง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับจรัญ ชันศิริ<sup>6</sup> พบว่าหลังการทดลองมีอุปสรรคของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับจุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ<sup>7</sup> พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.029$ )

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง พบว่า ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.30 (S.D.=4.14) และภายหลังการทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ย เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.27 (S.D.=1.51) และเมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่า หลังมีการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วย



เบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value  $< 0.001$ ) จากการแนะนำให้ความรู้และการฝึกออกกำลังกายอย่างถูกต้องพร้อมมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ รวมถึงแนะนำการฝึกผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำจากวิทยากรบรรยาย รวมถึงมีการฝึกปฏิบัตินั่งสมาธิและแนะนำการทำกิจกรรมผ่อนคลายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม จึงทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิดและทักษะในการปฏิบัติและดูแลตนเองที่ดีและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของยุพดี ไทรชมภู<sup>4</sup> พบว่า หลังการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และรัตติยา รักดี<sup>5</sup> พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. เพื่อเป็นการต่อยอดงานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจาก

ครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน ตำบลหนองแขวง อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสกลนคร ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนงานและเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไปได้

2. ในการศึกษาครั้งนี้ทำให้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุนี้อาจมีโรคประจำตัวที่นอกเหนือจากโรคเบาหวาน ซึ่งการดำเนินการครั้งนี้สามารถนำไปต่อยอดงานวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการขับเคลื่อนการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ เช่นการพัฒนาโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ หรือการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากตัวแทนที่เข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่มวัย เช่นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงมีการศึกษาเรื่องการสนับสนุนจากองค์กรในการดูแลสุขภาพของประชาชน การศึกษาขนบธรรมเนียมประเพณีที่อาจส่งผลต่อการบริโภคต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on diabetes 2023. Geneva.: WHO; 2023.
2. จิรสุตา ธาณิรัตน์ (2565), ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของบุคลากรโรงพยาบาลปทุมธานี, วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 (2022), 56-70.
3. จันจิรา วิทยาบำรุง (2563), ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, ปีที่ 43 ฉบับที่ 4 (2563), 36-47.
4. ยุพดี ไทรชมภู (2567). ผลของโปรแกรมของการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระสีมูม. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2568]; เข้าถึงจาก <https://npho.moph.go.th/web/web/index.php?r=sited%2Fdefault%2Fdownloada>
5. รัตติยา รักดี (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2567, 205 – 214.

6. จรรย์ ชันศิริ (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลัง อำเภอบรรพิตสัย จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท, ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2567, 89-116.
7. จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองฮี อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4.2567;14(3). 49-62.

## ผลของการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลห้วยติ๊กชู อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

### EFFECTS OF COMMUNITY PARTICIPATION AND EMPOWERMENT ON BEHAVIORAL MODIFICATION FOR LEPTOSPIROSIS PREVENTION AMONG AT-RISK POPULATIONS IN HUAI TIK CHU SUBDISTRICT, PHUSING DISTRICT, SISAKEP PROVINCE.

(Received: June 18,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 26,2025)

สุภาพ แพงมา<sup>1</sup>  
SUPAP PANGMA<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลห้วยติ๊กชู อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 24 คน รวม 48 คน คือ กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลห้วยติ๊กชู อำเภอภูสิงห์ จังหวัด ศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่สร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 10 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ทักษะการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วม การเสริมพลัง โรคเลปโตสไปโรซิส ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

#### Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of participation and empowerment on behavioral modification for leptospirosis prevention among at-risk populations in Huai Tikchu Subdistrict, Phu Sing District, Sisaket Province. The sample consisted of 48 participants, divided equally into two groups: the experimental group (n= 24), composed of at-risk individuals from Huai Tikchu Subdistrict, and the comparison group (n= 24), consisting of at-risk individuals from Takhian Ram Subdistrict, both located in Phu Sing District, Sisaket Province. The experimental group participated in a specifically designed intervention program over a 12-week period, while the comparison group received standard public health services. Data were collected using a structured questionnaire at two time points: before and after the intervention, from January 10 to April 10, 2025. Descriptive statistics were used to analyze demographic data and baseline characteristics, including percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles. Paired t-tests were employed to compare pre- and post-intervention scores within groups, and independent t-tests were used to compare between-group differences. The significance level was set at 0.05.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores ( $p < 0.05$ ) in the following variables: knowledge about leptospirosis, attitudes toward leptospirosis

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนงูยทอง อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

prevention, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, social support, and preventive behaviors, compared to both their pre-intervention scores and those of the comparison group.

**Keywords:** Participation, Empowerment, Leptospirosis, At-risk population

## บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อจากแบคทีเรียที่สามารถแพร่กระจายผ่านน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อ โดยพบได้บ่อยในพื้นที่ชนบทและในกลุ่มประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สำหรับตำบลห้วยดึกขุ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกี่ยวกับการเกษตรและทำงานกลางแจ้ง ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสเชื้อโรค จึงจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันชุมชนยังมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับการแพร่เชื้อและแนวทางป้องกันโรค ส่งผลให้ยังคงพบการระบาดเป็นระยะ<sup>1</sup> แนวทางการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้ แต่ควรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเสริมพลังอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยง มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม<sup>2</sup> ขณะเดียวกัน การเสริมพลังในระดับชุมชนยังช่วยพัฒนาศักยภาพในการตัดสินใจและดำเนินการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะเมื่อประชาชนมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติจริง เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการและการฝึกอบรมด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่ามีส่วนต่อการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน<sup>3</sup> แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างศักยภาพของชุมชนเพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายของโรคได้ในระยะยาว โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีลักษณะเสี่ยงเหมือนตำบลห้วยดึกขุ การพัฒนาโครงการที่ผสมผสานทั้งการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังจะช่วยลดอัตราการแพร่เชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง<sup>4</sup>

การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังของชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยง การมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงแนวทางการป้องกันที่เหมาะสม ส่งผลให้ชุมชนตระหนักถึงความเสี่ยงและสามารถมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งช่วยให้มาตรการป้องกันโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>5</sup> ขณะเดียวกัน การเสริมพลังในระดับชุมชนมีส่วนช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจและการจัดการปัญหาสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการให้ความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าชุมชนสามารถควบคุมและลดความเสี่ยงของการติดเชื้อได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ การเสริมพลังยังส่งผลต่อการสร้างความร่วมมือที่แน่นแฟ้นระหว่างชุมชนและหน่วยงานภายนอก โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เกิดการวางแผนร่วมกัน และนำไปสู่การจัดการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาในท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม ผลกระทบเชิงบวกเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อในระยะสั้น แต่ยังส่งเสริมความยั่งยืนของระบบป้องกันโรคในระยะยาว ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทั้งชุมชนและระบบสาธารณสุขในระดับประเทศ<sup>6</sup> โรคเลปโตสไปโรซิสยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะในช่วงปี 2562–2566 ซึ่งพบแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายปีเท่ากับ 1,035, 468, 232, 1,164 และ 1,608 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 9.48, 4.31, 2.14, 10.80 และ 14.92 ตามลำดับ พร้อมกันนี้พบผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวในช่วงเวลาเดียวกัน

จำนวน 14, 5, 0, 18 และ 14 รายตามลำดับ<sup>7</sup> จังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานผู้ป่วยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562–2566) อยู่ที่ 257, 108, 48, 320 และ 592 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 17.44, 7.34, 3.29, 21.98 และ 40.76 ซึ่งถือว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากข้อมูลเฝ้าระวังในปี 2566 จังหวัดศรีสะเกษมีผู้ป่วยจำนวน 592 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 40.76 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 1 ราย<sup>8</sup> เมื่อพิจารณาข้อมูลรายบุคคลพบว่าเพศชายมีอัตราการป่วยสูงกว่าเพศหญิง โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพศชาย 498 ราย และเพศหญิง 95 ราย คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 5.24:1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ 55–64 ปี (157 ราย, 26.5%) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 45–54 ปี (139 ราย, 23.47%) อาชีพที่พบมากที่สุดคือเกษตรกร (513 ราย, 86.65%) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป (55 ราย, 9.29%) พื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอกุสิงห์ (160.6 ต่อแสน), ไพรบึง (123.9), ปรังค์ภู (109.2), ห้วยทับทัน (108) และขุขันธ์ (82.7) โดยเฉพาะอำเภอกุสิงห์ ในปี 2566 พบผู้ป่วย 88 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 160.6 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราตาย 1.82 ต่อแสน และอัตราป่วยตาย 1.13 ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของสถานการณ์ในพื้นที่<sup>9</sup> ปี 2567 ข้อมูลวันที่ 3 เมษายน สถานการณ์โรคฉี่หนู (leptospirosis) จังหวัด ศรีสะเกษ มีผู้ป่วยทั้งหมด 56 ราย เป็นชาย 43 ราย หญิง 13 ราย ประกอบอาชีพเกษตรกร 48 ราย ค้าขาย 2 ราย นักเรียน 2 ราย นักการเมืองท้องถิ่น 2 ราย และทหาร 2 ราย เป็นผู้ป่วยใน อำเภอกุสิงห์ 16 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยตำบลห้วยตึกขุ 7 ราย ผู้ป่วยตำบลตะเคียนราม 3 ราย ผู้ป่วยตำบลละลม 3 ราย ผู้ป่วยตำบลโคกตาล 2 ราย ผู้ป่วยตำบลไพรพัฒนา 1 ราย โดยเฉพาะในตำบลห้วยตึกขุ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสมากที่สุดในอำเภอกุสิงห์ สะท้อนถึงปัญหาและผลกระทบที่รุนแรงจากการ

ระบาดที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการขาดแนวทางและนวัตกรรมที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรค ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงในตำบลห้วยตึกขุ อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลห้วยตึกขุ อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ทักษะการป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ทักษะการป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง



## วิธีการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest-Posttest Design

### ขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน<sup>10</sup> ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมที่มุ่งเน้นแนวทางการดำเนินกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนควบคู่กับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาองค์ประกอบสำคัญ 8 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน กิจกรรมหลักที่ดำเนินการภายใต้โปรแกรม ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการป้องกันโรค กิจกรรมจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกการตัดสินใจ การจัดเวทีสาธารณะเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกิจกรรมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยโปรแกรมมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักรู้พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่น ตลอดจนเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประชาชนกับองค์กรในชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมและลด

ความเสี่ยงจากโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลละลม อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส โดยใช้ KR-20 ทักษะการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้

เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.828 ทศนคติ การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.864 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.807 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.789 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.764 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.889 และแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.866 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่  $\alpha=0.05$

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ทศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ทศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทาง

สังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

### จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ SPPH-004 ลงวันที่ 8 มกราคม 2568

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ย 46.35 ปี (S.D. = 6.56 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 79.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 83.3 มีมียาของรายได้ 5,000 บาท ( $P_{25} = 2,000$  บาท :  $P_{75} = 15,000$  บาท) และมีมียาของระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง 21 ปี ( $P_{25} = 8$  ปี :  $P_{75} = 37$  ปี) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 70.8 มีอายุเฉลี่ย 44.37 ปี (S.D. = 5.62 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 70.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.8 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 87.5 มีมียาของรายได้ 4,500 บาท ( $P_{25} = 1,500$  บาท :  $P_{75} = 15,000$  บาท) และมีมียาของระยะเวลาการอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง 19 ปี ( $P_{25} = 9$  ปี :  $P_{75} = 35$  ปี) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ทศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง



กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.0000) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ 2.87 คะแนน (95% CI = 1.81– 3.93)

### สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรม การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลห้วยตึกขุ อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ย ของคะแนนความรู้เรื่องโรค เลปโตสไปโรซิส ทักษะการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิส การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของโรค เลปโตสไปโรซิส การรับรู้ ความรุนแรงของโรค เลปโตสไปโรซิส การรับรู้ ประโยชน์ ของการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิส การรับรู้ อุปสรรคของการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิส แรง สนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบล ห้วยตึกขุ อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ออกแบบโดยอิง จากแนวคิดของการมีส่วนร่วมของประชาชนและ การเสริมพลัง (Empowerment) ซึ่งมุ่งเน้นให้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีบทบาทในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมวางแผน กิจกรรมในการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสด้วย ตนเอง รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนจาก ครอบครัว ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนเกิดความ ตระหนักถึงความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ ของการป้องกันโรค ตลอดจนสามารถลดอุปสรรค

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และพัฒนา พฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากขึ้น นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมใน โปรแกรมยังสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ใช้ ภาษาที่เข้าใจง่าย และมีรูปแบบกิจกรรมที่เน้นการ มีส่วนร่วม เช่น การเรียนรู้แบบกลุ่ม กิจกรรม สนุกสนานที่กระตุ้นการจดจำ และการสะท้อน ตนเองผ่านการอภิปราย ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของทองคำ อินตะนัย<sup>11</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและ การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสของประชาชนตำบล โคกตาล อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ และพฤติกรรม การป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสสูงกว่าก่อนการ ทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อนุรักษ แก้วคนอก<sup>12</sup> ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิส ของประชากรกลุ่มเสี่ยงในบ้านสำโรงใหม่ไทยเจริญ หมู่ 21 ตำบลบักดอง อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค เลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63.7) มีเจต คติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 92.5) และมีพฤติกรรม การป้องกันโรคในระดับดี (ร้อยละ 82.5) ปฐมพร พริกขู และนัจมี หลีสหัต<sup>13</sup> ศึกษาการพัฒนาแนว ทางการป้องกันและควบคุมโรค เลปโตสไปโรซิสใน พื้นที่ตลาดชุมชนเมือง ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง การดำเนินงานใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ วิเคราะห์และกำหนดปัญหา วางแผน นำแผนไปปฏิบัติ และประเมินผล พบว่า หลังการดำเนินแผน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีคะแนน เฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรค เลปโตสไปโรซิสและ พฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มยุรี สิมมะโรง<sup>14</sup> ศึกษาการ พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค เลปโตส

ไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำ อำเภอลำปาง จังหวัดศรีสะเกษ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า SDK2SN Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy 2) Data Center 3) Knowledge-based 4) Service system 5) Self-care และ 6) Networking ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พิทยา แต่งเกลี้ยง และสุมลรัตน์ ขนอม<sup>15</sup> ศึกษาการพัฒนาแบบแผนทางการควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แนวคิด 4E2C ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาเร็ว วินิจฉัยเร็ว รักษาเร็ว และควบคุมเร็ว รวมกับการประสานงานและการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการวิจัยเชิงพัฒนา 3 ขั้นตอน พบว่า รูปแบบที่ได้คือ L-CARE Model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ C-Community awareness, A-Active surveillance, R-Rapid diagnosis & report, และ E-Effective coordination เมื่อนำไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอยะหริ่งและบางขัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ชัยมณฑ์ ดอกพอง และคณะ<sup>16</sup> ศึกษาสถานการณ์และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า จากผู้ป่วยต้องสงสัยทั้งหมด 98 ราย มีการยืนยันว่าติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส 51 ราย (ร้อยละ 52.04) โดยในจำนวนนี้มีอาการรุนแรง 31 ราย (ร้อยละ 60.78) และไม่รุนแรง 20 ราย (ร้อยละ 39.22) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ไตวายเฉียบพลัน และค่า SGOT สูงกว่ากลุ่มไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วและแม่นยำ เพื่อให้การรักษาทันทั่วถึง ลดภาวะแทรกซ้อนและ

อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสปราโมทย์ เกิดผล<sup>17</sup> ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนตำบลนาหมื่นศรี อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ชุตินา เกษมศานต์<sup>18</sup> ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนชนบท จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและหน่วยงานท้องถิ่นมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค เช่น การสวมรองเท้าป้องกันเมื่อทำงานในพื้นที่น้ำขัง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน สุชาติดา แสงทอง<sup>19</sup> ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดทำกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน และการเข้าร่วมการประชุมชุมชน ช่วยเพิ่มการรับรู้และความตระหนักในการป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ อรัญญา ศรีสุวรรณ<sup>20</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้ต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการจัดอบรมและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่น ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้และปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ธนพร วัฒนสุวรรณ<sup>21</sup> ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมในการลดการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดพัทลุง พบว่า การจัดทำโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดตั้งทีมเฝ้าระวังในพื้นที่เสี่ยง ช่วยลด



อัตราการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ สมบัติ อุดมศักดิ์<sup>22</sup> ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนเกษตรกรรม พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและองค์กรชุมชนช่วยให้ประชาชนมีความรู้และปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การสวมรองเท้าบูท และการล้างมือหลังทำงานในแหล่งน้ำ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ญัฐพล รัตนบุญ<sup>23</sup> ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ชนบท พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดกิจกรรมป้องกันโรค เช่น การทำความสะอาดชุมชนและการสร้างจุดคัดกรองโรค ช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส และเพิ่มการตระหนักรู้ในกลุ่มชุมชนประสิทธิ์ มณีวรรณ<sup>24</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนผ่านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าประชาชนที่ได้รับการอบรมและการสนับสนุนจากกลุ่มต่าง ๆ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันและการรักษาความสะอาดในที่พักอาศัยได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนร่วมกับการเสริมพลังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรขยายผลการดำเนินโปรแกรมดังกล่าวไปยังชุมชนหรือพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงอื่น ๆ

ๆ เพื่อสร้างความตระหนักและลดอุบัติการณ์ของโรค

1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่าความรู้และทัศนคติของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ควรนำสาระความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสเข้าไปบูรณาการในการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพในชุมชน เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างยั่งยืนตั้งแต่วัยเรียน

1.3 การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ดังนั้นควรจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครหรือผู้นำชุมชนที่มีความรู้เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุน และติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคในระยะยาว เพื่อให้เกิดการดูแลกันเองในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลหลังการดำเนินโปรแกรมเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรคในระยะยาว และตรวจสอบว่าองค์ประกอบของโปรแกรมยังคงส่งผลในระยะหลังสิ้นสุดกิจกรรมหรือไม่

2.2 ควรใช้เครื่องมือวัดที่หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น นอกจากแบบสอบถาม ควรมีการสังเกตพฤติกรรมจริงในชุมชนหรือสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างรอบด้าน

2.3 ขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และสังคม เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน และเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการทั่วไปของผลการวิจัยไปยังกลุ่มประชากรอื่นในระดับประเทศ

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อ. (2566). รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
2. บริญญา ขำนาญกิจ. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดต่อ: แนวทางการประยุกต์ใช้ในประเทศไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ, 12(2), 45-56.
3. สมชาย ภูมินิยม. (2563). การเสริมพลังชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงของโรคติดต่อในพื้นที่ชนบท. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 24(3), 89-101.

4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2564). แนวทางการสร้างชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2563). การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังของชุมชนในการป้องกันโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
6. กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
7. สำนักระบาดวิทยา. (2566). รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2566. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนงนุชทอง. (2567). รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในอำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนงนุชทอง.
10. Lemeshow S, Hosmer D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons Inc; 1990.
11. ทองคำ อินตะนัย. (2567). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ตำบลโคกตาล อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 725-732.
12. อนุลักษณ์ แก้วคุณอก. (2567). การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(2), 80-89.
13. ปฐมพร พริกขู และ นันมี หลีสหัต. (2563). การพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ตลาดชุมชนเมือง ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 19(1), 49-61.
14. มยุรี สมิมะโรง. (2565). รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรangkู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 1(1), 29-40.
15. สุมลรัตน์ ขนอม. (2568). การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่เสี่ยงจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(2), 112-120.
16. ชโยมนต์ ดอกพอง, ปิยะดา สอนพุด, เจนจิรา ดินฐะเนน, ศศิภา เตชะบุรณ์, และณัฐชัย ศรีสวัสดิ์. (2567). สถานการณ์และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2566. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(1), 91-100.
17. ปราโมทย์ เกิดผล. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(6), 60-67.
18. ชุตินา เกษมคันต์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและส่งเสริมสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 6(3), 88-96.
19. สุชาดา แสงทอง. (2563). การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 15(4), 77-85.
20. อรัญญา ศรีสุวรรณ. (2564). ผลของการใช้สื่อศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของแรงงานนอกระบบในเขตพื้นที่เสี่ยง. วารสารส่งเสริมสุขภาพไทย, 19(2), 130-138.
21. ธนพร วัฒนสุวรรณ. (2565). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส: กรณีศึกษาอำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 5(1), 51-60.
22. สมบัติ อุดมศักดิ์. (2561). การประเมินผลโครงการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ลุ่มน้ำชีตอนล่าง. วารสารวิจัยด้านสาธารณสุข, 10(2), 42-50.
23. ณัฐพล รัตนบุญ. (2562). ผลของการอบรมเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสต่อความรู้และพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 13(1), 102-110.
24. ประสิทธิ์ มณีวรรณ. (2563). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เสี่ยงอำเภอกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน, 21(3), 155-164.

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสโลหิต : กรณีศึกษา

### Nursing care of a patient acute cholangitis with common bile duct stones with septic shock : A care study.

(Received: June 24,2025 ; Revised: June 27,2025 ; Accepted: June 29,2025)

วิภาพร บุตรเอก<sup>1</sup>  
WIPAPORN BOOT-EK<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ผลการศึกษา พบว่า การใช้แบบประเมินการติดเชื้อในกระแสโลหิตในระยะแรกได้รวดเร็ว qSOFA score, SOFA score, MEWS score ช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำส่งผลต่อการรักษาและการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพภายใน 6 ชั่วโมง การให้ยาปฏิชีวนะ การให้สารน้ำทดแทน ร่วมกับการระบายท่อน้ำดีให้เร็วที่สุดด้วยวิธี Endoscopic retrograde cholangiopancreatography ภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต และช่วยให้จำหน่ายได้เร็ว รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

**คำสำคัญ:** การพยาบาล ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต นิ่วในท่อน้ำดีรวม

#### Abstract

This study was case study aimed to study was to study nursing care for patients with acute cholangitis with common bile duct stones and septic shock. The study was conducted in patients with acute cholangitis with common bile duct stones and septic shock.

Result: choosing an appropriate assessment tools in the process of early detection of septic shock: quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA), Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), and Modified early warning signs (MEWs).

There are recommended as a part of screening for suspicion of sepsis. In 6 hours, early diagnosis, treatment and high quality nursing care of sepsis. The mainstay of treatment includes antibiotic therapy, adequate intravascular volume resuscitation, and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for biliary drainage within 48 hours. It can be effective in helping patients to survive from very serious life-threatening illness and help to early discharge. Durations of stay in the hospital within 6 days.

**Keywords:** Nursing care, Acute cholangitis, Septic shock, Common bile duct stones

#### บทนำ

โรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน เป็นภาวะการติดเชื้อของท่อน้ำดีและการอุดตันทางเดินน้ำดีโดยส่วนใหญ่สาเหตุของการอุดตันของท่อน้ำดีนั้นเกิดจากนิ่วในท่อน้ำดีหรือจากเนื้องอก การวินิจฉัยโรค

โดยอาศัยอาการทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจทางภาพ อาการทางคลินิกตามหลัก Charcot's triad ได้แก่ ไข้ ตัวเหลือง และปวดท้อง ในกรณีที่รุนแรงจะมี Reynold's pentad ร่วมด้วย ได้แก่ อาการสับสน

<sup>1</sup> กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

และความดันโลหิตต่ำ แนวทางการรักษาท่อน้ำดี  
อักเสบเฉียบพลัน คือ การให้ยาปฏิชีวนะ การให้  
สารน้ำทดแทน ร่วมกับการระบายท่อน้ำดี<sup>1</sup>  
โดยแนะนำให้ทำการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดี  
และตับอ่อน (Endoscopic Retrograde cholangiopancreatography)<sup>2</sup> โรค  
ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 10<sup>1</sup> โดยประเทศไทย ปี พ.ศ. 2665 – 2567 มี  
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน  
13,300, 16,049 และ 17,552 รายตามลำดับ  
เสียชีวิตทั้งหมด 662, 741 และ 729 รายตามลำดับ  
ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเป็นร้อยละ 4.77, 4.52 และ  
4.00 ตามลำดับ<sup>7</sup>

สำหรับโรงพยาบาลบ้านหมี่ในปี พ.ศ. 2565  
– 2567 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคท่อน้ำดี  
อักเสบเฉียบพลัน 30, 25 และ 20 รายตามลำดับ เสียชีวิต  
ทั้งหมด 2, 2 และ 2 รายตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการ  
เสียชีวิตเป็นร้อยละ 6.45, 7.41 และ 9.52  
ตามลำดับ<sup>8</sup> ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันมัก  
เกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ สามารถหายขาดได้หากได้รับการ  
การรักษาอย่างทันท่วงทีและถ้าไม่ได้รับการรักษา  
จะมีอัตราการเสียชีวิตสูง<sup>1</sup> โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่  
ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ ภาวะอวัยวะหลายส่วนล้มเหลว  
ร่วมกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ<sup>3</sup> ดังนั้นการ  
วินิจฉัยและการดูแลรักษาที่รวดเร็วจะช่วยป้องกันการ  
เกิดความเสี่ยงและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับ  
ผู้ป่วยได้ ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญเหล่านี้  
จึงได้สนใจกรณีศึกษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบ  
เฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อก  
จากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเพื่อนำไปใช้เป็น  
แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษากระบวนการพยาบาล  
ผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อ

น้ำดีรวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแส  
โลหิต

### วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบ  
เฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแส  
โลหิต ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง  
โรงพยาบาลบ้านหมี่ ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหา  
มาเป็นกรณีศึกษา

3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย  
ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากการติด  
เชื้อในกระแสโลหิต จากเอกสารตำราวิชาการ  
งานวิจัยต่าง ๆ

4. วิเคราะห์ปัญหาและประเมินความรุนแรง  
ของผู้ป่วย ทบทวนทฤษฎีทางการพยาบาลและ  
แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้เพื่อวาง  
แผนการพยาบาลให้ครอบคลุม ครบถ้วน ทุกปัญหา

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของ  
กระบวนการพยาบาล โดยประเมินภาวะสุขภาพ  
ของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน  
การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ  
ประเมินผลการพยาบาล โดยให้การพยาบาลที่  
เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย  
ตามอาการ การเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล

6. สรุปผลการศึกษา เขียนรายงานศึกษา  
จัดทำเป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง  
ตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจง  
วัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนาม  
ยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล  
สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วม  
การศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ  
ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

ครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### ผลศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มาด้วยอาการสำคัญคือ ใช้สูง ซึมลง ไม่พูด 50 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน :** 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ใช้ ปวดท้องเจ็บบริเวณใต้ชายโครง ด้านขวาและปวดจุกใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง รับประทานยา Paracetamol และลดกรดอาการไม่ทุเลาลง

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : 14 ปีก่อน

เป็นโรคพาร์กินสัน รับประทานยาสม่ำเสมอ 7 ปี อาการดีขึ้น แพทย์ให้หยุดยามาแล้ว 7 ปี, 7 ปีก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง รับประทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, Atenolol 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, Enalapril 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Simvastatin 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า มาตรวจตามนัดทุกครั้ง รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา, 6 ปี เป็นโรคกระเพาะอาหารทะลุได้รับการผ่าตัด

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

#### ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                               | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด<br>1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเนื่องจากท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน | ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 5 - 15 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสัญญาณเตือน ได้แก่ แบบประเมินอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรวดเร็ว qSOFA Score ประเมินการล้มเหลวของอวัยวะ SOFA และแบบประเมินแจ้งเตือนอันตราย MEWS ดูแลเจาะเลือดโดยส่งตรวจ Serum lactate และ Hemoculture 2 ชุด ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมง คือ Sulperazone 1.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำเพื่อให้มีปริมาตรสารน้ำในหลอดเลือดเพียงพอ คือ Normal saline solution 1500 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำอัตราที่เร็วใน 1 ชั่วโมง เพื่อให้ค่า Mean arterial pressure มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท หลังจากนั้นหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจได้รับจากการให้สารน้ำในปริมาณที่มากและเร็ว ได้แก่ ไอ มีเสมหะเป็นน้ำมีฟอง ฟังปอดพบเสียง Crepitation คาสายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนค่า Mean arterial pressure มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท และบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง ดูแลให้ออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ ร่วมกับ Mechanical ventilator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจพร้อมบันทึก Parameter waveform ของเครื่องช่วยหายใจ คือ Pressure control ventilation (PCV) mode setting ดังนี้ Fraction Of Inspired O <sub>2</sub> (FiO <sub>2</sub> ) 0.4, Peak inspiratory pressure (PIP) 16, Positive end expiratory pressure (PEEP) 5, Respiratory rate (RR) 16 ติดตามระดับน้ำตาลโดยเจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 - 200 mg/dL ลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique, ป้องกัน Cross infection ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ ที่เพียงพอ ได้แก่ โรคที่ผู้ป่วยเป็น สาเหตุของโรค แผนการรักษาของแพทย์และการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Blood for complete blood count, Renal function test, Blood for liver function test, Electrolytes blood test, Blood lactate ถ้าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที |
|                                                                                                    | การประเมินผล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                                                                    | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                         | <p>รู้สึกตัว Glasgow coma scale 15 คะแนน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36 – 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจเร็ว 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 – 79 มิลลิเมตรปรอท, Mean arterial pressure 73 - 101 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่า 95 – 100%, Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ปัสสาวะออก 0.9 - 3 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2. มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลงเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลุดเลือดขยายตัว | <p>ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ซีม สับสน หายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราชีพจรและการหายใจเพิ่มขึ้น มีการตึงรั้งของช่องซี่โครง ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง และ keep Oxygen saturation มากกว่า 95% ดูแลให้ออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจร่วมกับ Mechanical ventilator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจพร้อมบันทึก Parameter waveform ของเครื่องช่วยใจ คือ Pressure control ventilation (PCV) mode setting ดังนี้ Fraction Of Inspired O<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub>) 0.4, Peak inspiratory pressure (PIP) 16, Positive end expiratory pressure (PEEP) 5, Respiratory rate (RR) 16 ฟังเสียงหายใจทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงผิดปกติ เช่น Creptitation, Rhonchi ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่ามีเสมหะมากขึ้น จัดท่านอนศีรษะสูง 30 – 45 องศาเซลเซียส ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ บันทึกประเมินปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>รู้สึกตัว Glasgow coma scale 15 คะแนน ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน ฟังเสียงปอดปกติ ไม่มีเสียง Creptitation, Rhonchi สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของชีพจร 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 – 79 มิลลิเมตรปรอท, Mean arterial pressure 73 - 101 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่า 95 – 100%, Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ปัสสาวะออก 0.9 - 3 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากคลื่นไส้อาเจียน                                                                                      | <p>ประเมินอาการทางคลินิกของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน ชัก ประเมินอาการทางคลินิกของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ ตะคริว มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ ST depression, T wave มีลักษณะราบลง, ระยะ PR ยาวขึ้น ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือถ้านั้นเมื่อมีอาการไม่คงที่ ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 2 ชั่วโมง ประเมินและติดตามความสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้ากับปริมาณปัสสาวะที่ออก ประเมินทุก 8 ชั่วโมง ประเมิน Motor power แขน ขา ก่อนให้ทำกิจกรรม จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ดูแลความปลอดภัยยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งเพื่อป้องกันการพลัดตกกลิ้ง ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลงและอาการท้องอืด ดูแลให้ได้รับยา Potassium chloride elixir 30 มิลลิลิตร รับประทานทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ตามแผนการรักษา และสังเกตผลข้างเคียง เช่น มีภาวะระคายเคืองในช่องทางเดินอาหาร ดูแลให้ได้น้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ Normal saline solution 1000 มิลลิลิตร + Potassium chloride (KCl) 20 mEq หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา โดยบริหารการให้สารน้ำผ่าน Infusion pump และการบริหารยา Potassium chloride ประเมินและติดตามภาวะโพแทสเซียมสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อย ขาปลายมือปลายเท้า ติดตามภาวะร่วซึมของยาโพแทสเซียมออกนอกหลอดเลือดดำ คือ ผิวหนังซีดสีขาวซีดหรือมีสีเทา และผิวหนังเย็น หรือพบอาการปวด เจ็บ บวม แดง หรือพองบริเวณใกล้เคียง ถ้าพบให้หยุดให้ยาทันที ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ Electrolytes blood test ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 Glasgow coma scale 15 คะแนน, Motor power grade V all extremities สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เด่นชัดจังหวะ เช่น PVC, Short run หรือ ST segment เปลี่ยนแปลง</p> |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                     | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                          | ไม่พบอาการและอาการแสดงของโซเดียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ Sodium 132 mmol/L, Potassium 3.4 mmol/L ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ 1.015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากมีกระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต | สังเกตลักษณะ จำนวนและตำแหน่งของเลือดออกนอกร่างกาย เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในร่างกาย เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ เป็นต้น ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ประเมินทุก 4 ชั่วโมง ป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การตกเตียง การหกล้ม ดูแลให้ได้รับ Fresh frozen plasma (FFP) 1 Unit หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน 20 นาที จำนวน 2 Unit ตามแผนการรักษา ติดตามผลข้างเคียงปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Prothrombin Time, International Normalized Ratio, Partial thromboplastin time, Platelet count<br><b>การประเมินผล</b><br>ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออก เช่น อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ เลือดกำเดาไหล สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของชีพจร 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจเร็ว 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 – 79 มิลลิเมตรปรอท, Mean arterial pressure 73 - 101 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Platelet count อยู่ในเกณฑ์ปกติ 130,400 cell/mm3                                                           |
| 5. ไม่สุขสบายจากการมีไข้เนื่องจากท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน                                                 | สังเกตและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้ 15 - 20 นาที เพื่อเป็นการระบายความร้อนออกจากร่างกาย หากหนาวสั่นให้หุ้ดเช็ดตัวทันทีเนื่องจากอาการหนาวสั่นจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญในร่างกายส่งผลอุณหภูมิสูงขึ้น ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาคือ Paracetamol 1 เม็ด รับประทานทุก 4 - 6 ชั่วโมง, Paracetamol 1 Ampule ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็นทุก 4 - 6 ชั่วโมง และติดตามผลข้างเคียงของยา คือ ใบหน้า ดวงตา และปากเกิดอาการบวม มีจุดแดงเล็ก ๆ ขึ้นตามผิวหนัง ติดตามวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาทีหรือหลังให้ยาลดไข้ 1 ชั่วโมง สวมเสื้อบาง ๆ ดูแลให้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ลดแสงสว่าง ลดเสียงรบกวนต่าง ๆ ในห้องไม่ให้อุณหภูมิสูง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ คือ Sulperazone 1.5 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและติดตามผลข้างเคียงของยา คือ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ดูแลให้ได้น้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ Normal saline solution 1000 มิลลิลิตร + Potassium chloride (KCl) 20 mEq หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา<br><b>การประเมินผล</b><br>นอนหลับพักผ่อนได้ อุณหภูมิร่างกาย 36 – 37.1 องศาเซลเซียส |
| 6. ไม่สุขสบายจากการปวดท้องเนื่องจากท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน                                               | ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือวัดความเจ็บปวด Numerical Pain Rating Scale ดูแลให้ความรู้ ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค อาการ แผนการรักษา เพื่อการลดความวิตกกังวล ดูแลจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การหายใจเข้า - ออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การสัมผัส การนวด จัดท่าผู้ป่วยเพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป เบี่ยงเบนความสนใจอาการเจ็บปวด เช่น ดูทีวี ฟังเพลง เป็นต้น ดูแลให้ได้รับยาลดอาการปวด Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและประเมิน Sedation score ก่อนให้ยามีคะแนน 0 – 1 คะแนนเท่านั้น และติดตามผลข้างเคียงของยา Morphine คือ กดการหายใจ หายใจลำบาก ม่านตาเล็กลง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หลังได้รับยาประเมิน Sedation score ถ้าได้มากกว่า 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที ประเมินความเจ็บป่วยและวัดสัญญาณชีพหลังทำการหัตถการหรือเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด รวมทั้งก่อนและหลังการเจ็บปวด ดูแลให้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ลดแสงสว่าง ลดเสียงรบกวนต่าง ๆ<br><b>การประเมินผล</b><br>ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ อาการปวดเป็นพัก ๆ น้อยลง Pain score 3 คะแนน                                                                                                        |
| 7. พร่องความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับ                                   | ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนและการปฏิบัติตัวที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามโรคและความจำเป็นสำหรับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนที่ถูกต้อง ดูแลให้ข้อมูล ความรู้การส่องกล้องตรวจ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                        | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| อ่อนเนื่องจากไม่รับข้อมูลข่าวสาร                                                            | รักษาช่องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินผลความรู้ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจรักษาช่องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสอบถามเพื่อให้เกิดความกระจ่างกับข้อมูลที่ได้รับ<br><b>การประเมินผล</b><br>ผู้ป่วยและครอบครัวตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจรักษาช่องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนถูกต้อง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะคุกคามจากโรคและกลัวตาย                                       | ประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งภาวะทางอารมณ์และทางจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกกลัวและความวิตกกังวลและให้คำแนะนำ ปรับยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยม จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้เวลาผู้ป่วยได้พักผ่อน ทุกครั้งที่ทำกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษาอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ สอบถามสาเหตุของความวิตกกังวลเพื่อเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือก ให้กำลังใจในการปรับตัวเพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายบ่อย ๆ ประเมินอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต<br><b>การประเมินผล</b><br>ผู้ป่วยและครอบครัวบอกรู้สึกความวิตกกังวลลดลง สิ้นหายใจแน่นแสบแน่น นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการรบกวน ปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ได้ดี สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด<br>9. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากของเหลวสะสมในเนื้อเยื่อปอด | ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่องและ keep Oxygen saturation มากกว่า 95% ดูแลให้ได้รับออกซิเจนด้วย Mechanical ventilator และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจพร้อมบันทึก Parameter waveform ของเครื่องช่วยใจ คือ Pressure control ventilation (PCV) mode setting ดังนี้ Fraction Of Inspired O <sub>2</sub> (FiO <sub>2</sub> ) 0.4, Peak inspiratory pressure (PIP) 8, Positive end expiratory pressure (PEEP) 5, Respiratory rate (RR) ตามลำดับตามแผนการรักษา ฟังเสียงหายใจทุก 2 ชั่วโมง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่ามีเสมหะมากขึ้น ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูงโดยจัดท่า Fowler's position ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง กระตุ้นและสอนวิธีไออย่างถูกวิธีฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลให้ได้รับพินายายาลดปวด คือ Berodual 1 nebulizer เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น ทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ อาการกล้ามเนื้อสั่น กระสับกระส่าย ติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก<br><b>การประเมินผล</b><br>รู้สึกตัว Glasgow coma scale 15 คะแนน ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของชีพจร 90 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 – 79 มิลลิเมตรปรอท, Mean arterial pressure 73 - 101 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่า 95 – 100%, Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที เสี่ยงลมหายใจผ่านปอดปกติทั้ง 2 ข้าง |
| 10. มีภาวะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลง                                                | ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก เป็นลม ปวดศีรษะ สับสน ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม สับสน หายใจตื้นช้า ชักเกร็ง เป็นต้น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง แนะนำให้รีบบอกทันทีหากพบว่ามีอาการผิดปกติ ดูแลให้ได้รับประทานอาหารในปริมาณที่เพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารละลายกลูโคส 50% 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว และดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง คือ 5% Dextrose in 1/2 sodium chloride หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่ 15 นาที หลังได้สารละลายกลูโคสและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นติดตามทุก 6 ชั่วโมง รักษาระดับน้ำตาลในเลือดที่มากกว่า 80 – 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล                                                                                       | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                            | <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ DTX 85 - 124 mg% ไม่มีอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11. ท้องอืดและปวดท้องจากการใส่ลมในท้องระหว่างการส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน                | <p>ประเมินความปวดแน่นท้องโดยใช้แบบวัดความเจ็บปวด Numerical pain rating scale ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืด ฟังเสียง Bowel sound อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงสาเหตุของอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเกิดจากลมที่ใส่เข้าไปขณะส่องกล้องระหว่างการตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน และอาการจะหายไปเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม กระตุ้นให้มี Early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ลูกนั่ง งดน้ำและอาหาร ดูแลให้เริ่มจิบน้ำ ถ้าไม่มีอาการปวดท้องจะเริ่มให้ทานอาหารอ่อนย่อยง่ายต่อไปตามลำดับ ดูแลให้ได้รับยาลดอาการปวด Buscopan 20 mg เข้าทางหลอดเลือดดำ และติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น ตาพร่า มองเห็นไม่ชัด ใจสั่น ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง คือ 5% Dextrose in 1/2 sodium chloride หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>นอนหลับพักผ่อนได้ ท้องอืดลดลง อาการปวดลดลง Pain score 3 คะแนน สามารถเรอหรือผายลมได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ Normoactive bowel sound 8 ครั้งต่อวันที่</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 12. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน                                 | <p>ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 48 ชั่วโมง ดูแลให้บ้วนน้ำลายหรือดูดเสมหะในปาก เพื่อป้องกันการสูดสำลัก เมื่อรู้สึกตัวจัดทำให้นอนศีรษะสูง (Fowler's position) ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างต่อเนื่องและ keep Oxygen saturation มากกว่า 95% งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปากเพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ สังเกตลักษณะสี และปริมาณของเลือดที่ปนออกมา กับน้ำลาย การถ่ายอุจจาระสีดำหรือมีเลือดออก สังเกตอาการผิดปกติของการติดเชื้อมีท่อทางเดินน้ำดีหรือตับอ่อน เช่น มีไข้ ปวดแน่นท้องมาก ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ คือ ความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินการเสียเลือด ดูแลให้ได้รับยา คือ Omeprazole 40 mg เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>สัญญาณชีพปกติ ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36 - 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 90 - 100 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90 - 137/60 - 79 มิลลิเมตรปรอท อาการกลืนได้ปกติ ความรู้สึกชาหายไปไม่มีเลือดออก Hematocrit 37% ไม่พบการถ่ายอุจจาระสีดำหรือมีเลือดออก ไม่มีอาการของการติดเชื้อมีท่อทางเดินน้ำดีหรือตับอ่อน อาการปวดลดลง</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| การพยาบาลระยะจำหน่าย<br>13. พร่องความรู้และการปฏิบัติตัวในการปฏิบัติตัวที่บ้านเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ | <p>ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวและใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย กำหนดแผนการให้ข้อมูล ความรู้และการสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จัดระบบและแนวทาง/โปรแกรมให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างเสริมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตามหลัง D - METHOD ดังต่อไปนี้ D : Disease อธิบายเกี่ยวกับโรคท่อน้ำดีอักเสบ คือมักเกิดจากการติดเชื้อมีสิ่งแปลกปลอมมาอุดตัน เช่น นิ่วในถุงน้ำดี เกิดการติดเชื้อในท่อน้ำดี แพร่กระจายไปสู่ปกระแสเลือด ให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ไข้ ตัวเหลือง ตาเหลือง หากไม่ได้รับการผ่าตัดอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ M : Medication ยาที่กลับไปรับประทานที่บ้าน 2 ตัว คือ Cefixime 100 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ด หลังอาหารเช้า - เย็น คือยาปฏิชีวนะ อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด ทุก 4 - 6 ชั่วโมง อาการข้างเคียง คือ ใจหน้า ดวงตา และปากเกิดอาการบวม E : Environment แนะนำให้จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลและการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ T : Treatment สอนแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวหลังการส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ได้แก่ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอุ่นหรืออาหารร้อน 2 - 3 วันแรก หลังตรวจ การออกกำลังกายไม่มีข้อจำกัด สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ตัวและตาเหลือง ปวดท้อง มีไข้ H: Health education แนะนำให้สังเกตอาการ เช่น กลับมามีไข้ ตัวเหลือง ตาเหลืองเพิ่มขึ้น ควร</p> |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | <p>มาตรวจรับการรักษาที่โรงพยาบาล การป้องกันสาเหตุที่สำคัญคือการป้องกันการเกิดนิ่วถุงน้ำดี ตรวจสุขภาพประจำปี การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การมาตรวจตามนัด D : Diet อธิบายเกี่ยวกับแนวทางการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคโดยให้ความหลากหลายครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ประเมินผลการให้ข้อมูล ความรู้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความกระจ่างกับข้อมูลที่ได้รับ</p> <p><b>การประเมินผล</b></p> <p>สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อนเมื่อกลับบ้านได้ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวป้องกันการกลับมาซ้ำของโรคท่อน้ำดีอักเสบได้ถูกต้อง</p> |

**สรุปกรณีศึกษา**

กรณีศึกษาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนได้รับการประเมินและการค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือด SOS score ร่วมกับการประเมินภาวะการอักเสบของร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome, SIRS) ช่วยให้วินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพภายใน 6 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วและเพียงพอ ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมรวดเร็วหลังจากส่งเพาะเชื้อในเลือดและสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ แล้ว ร่วมกับแก้ไขภาวะระบบการหายใจล้มเหลวโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยหายใจโดยการปั๊ม Ambu bag และส่งต่อมารักษาต่ออย่างรวดเร็ว เมื่อมาถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านหมี่ ใช้ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสัญญาณเตือน ได้แก่ qSOFA Score, SOFA, MEWS ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็วภายในเวลา 30 นาที การให้สารน้ำทดแทนที่รวดเร็วและเพียงพอเพื่อให้มี Mean arterial pressure มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท การแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลวคาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการเสียหายที่ของอวัยวะในหลายระบบ ร่วมกับการระบายท่อทางเดินน้ำดีให้เร็วที่สุดด้วยวิธี Endoscopic retrograde

cholangiopancreatography ภายใน 48 ชั่วโมง ทำจำหน่ายได้เร็ว ระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

**สรุปและอภิปรายผล**

จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากรณีศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันร่วมกับนิ่วในท่อน้ำดีรวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตสามารถให้จำหน่ายกลับบ้านได้เร็ว รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน ทั้งนี้เนื่องจาก 1) การใช้แบบประเมินและการค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือด SOS score, qSOFA Score, SOFA score, MEWS score ช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ส่งผลต่อการรักษาและการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับศึกษาเรื่องการประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของนนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ และชยธิดา ไชยวงศ์<sup>9</sup> ที่พบว่าภาวะ Septic shock เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วน การใช้แบบประเมินการทำงานของอวัยวะล้มเหลวที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ถูกต้องแม่นยำจะช่วยให้การวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที การให้ยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมงแรกหลังการวินิจฉัยและควบคุมแหล่ง



ที่ติดเชื้อ การให้สารน้ำที่รวดเร็วและเพียงพอ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจกรณีมีภาวะหายใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและลดอัตราการตายได้ 2) การระบายท่อน้ำดีผ่านทางเดินน้ำดีด้วยวิธี Endoscopic retrograde cholangiopancreatography ภายใน 48 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการศึกษารูปแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินน้ำดีเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนภายในและภายหลัง 48 ชั่วโมง ของสุธาสินี เกาศรี, ธนชวัล เจริญานนท์ และวรดา ทาปณี<sup>11</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินน้ำดีเฉียบพลันระดับความรุนแรง III ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนภายใน 48 ชั่วโมง มีอัตราการตายน้อยกว่า 0.75 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาภายหลัง 48 ชั่วโมง

### ข้อเสนอแนะ

การเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไม่แนะนำตัวไหนเป็นพิเศษเพราะ

แต่ละตัวล้วนมีข้อดี ข้อเสียและอาจมีข้อจำกัด ผู้ป่วยบางคนอาจไม่เข้าได้กับ qSOFA score แต่มีคะแนนมากกว่า 4 ใน MEWS score แทนก็ได้ หรือการใช้ SOFA score ต้องรอผลทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้าได้ จึงควรใช้หลาย ๆ คะแนนประเมินร่วมกันเพื่อให้ Sensitivity สูงขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ควรยึดมั่นว่าผู้ป่วยที่เครื่องมือคัดกรองเป็นบวกมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกราย ไม่อย่างนั้นผู้ป่วยอาการหนักเกือบทุกรายจะได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดไปด้วยหมด ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคือผู้ป่วยที่มี infection หรือสงสัย infection

การรู้จักโรคท่อน้ำดีอักเสบอย่างทันที่ และการเข้าใจปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้เป็นสิ่งสำคัญตามแนวทางปฏิบัติ Tokyo guideline 2018 สำหรับโรคท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและแนวทางปฏิบัติ Surviving sepsis campaign guideline 2021 ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้นสมาชิกในทีมสหวิชาชีพทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีอักเสบจึงจำเป็นต้องทราบคำแนะนำเหล่านี้

### เอกสารอ้างอิง

1. An, Z., Braseth, A. L., & Sahar, N. Acute Cholangitis: Causes, Diagnosis, and Management. Gastroenterology clinics of North America [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 21]; 50(2): 403– 414. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2021.02.005>
2. Park, C. S., Jeong, H. S., Kim, K. B., Han, J.-H., Chae, H. B., Youn, S. J., & Park, S. M. (2016). Urgent ERCP for acute cholangitis reduces mortality and hospital stay in elderly and very elderly patients. Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International, 15(6), 619–625. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1499-3872\(16\)60130-3](https://doi.org/10.1016/S1499-3872(16)60130-3)
3. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, Yoshida M, Mayumi T, Wada K, Miura F, Yasuda H, Yamashita Y, Nagino M, Hirota M, Tanaka A, Tsuyuguchi T, Strasberg SM, Gadacz TR. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):15-26. [PMC free article] [PubMed]
4. Takada T. Tokyo Guidelines 2018: updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis/acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 Jan;25(1):1-2. [PubMed] [Reference list]

6. Mohammad Alizadeh AH. Cholangitis: Diagnosis, Treatment and Prognosis. J Clin Transl Hepatol. 28 ธันวาคม 2017; 5 (4):404-413 [บทความฟรี PMC] [ PubMed ] [Reference list]
7. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ระบบรายงาน Service Plan สาขาศัลยกรรม Acute Cholangitis [https://cmi.moph.go.th/isp/sp\\_surg/index?menu\\_id=3](https://cmi.moph.go.th/isp/sp_surg/index?menu_id=3)
8. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านหมี่. (2567). รายงานประจำปี 2567. โรงพยาบาลบ้านหมี่.
9. นนทรรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ และชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7:319-29
10. โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/sirirajknowledge/sepsis/3545>
11. สุธาสินี เกาศรี, ธนชวัล เจตียนนท์ และวรดา ทาปณี. การศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินน้ำดีเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีและตับอ่อนภายในและภายหลัง 48 ชั่วโมง. Health science clinical research 2567;37:37-47
12. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต : แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2560. หน้า 37 - 64

## การพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

### อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

Development of participation in the District Quality of Life Development Committee (CPC), Waeng Yai District, Khon Kaen Province. in preventing road accidents.

(Received: June 24,2025 ; Revised: June 27,2025 ; Accepted: June 29,2025)

ธงชัย ศรีthon<sup>1</sup> ภัทรจิตา จินตร<sup>2</sup>

THONGCHAI SRITHON<sup>1</sup> PHATTHITA CHINDON<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาบริบทและสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน การพัฒนาการมีส่วนร่วม และเพื่อประเมินผล การพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ในการ ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) อำเภอเวียงใหญ่ จำนวน 32 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย ปี 2565 – 2567 จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 298, 280 และ 167 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มผันผวน เป็น 3, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมของผู้ขับขี่ เป็นปัจจัย สำคัญ และเป็นปัจจัยนำสู่อุบัติเหตุร้ายแรง การสร้างความปลอดภัยทางถนนต้องอาศัย การสร้างความตระหนักรู้ การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบังคับใช้กฎหมาย การติดตามประเมินผล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.88 อายุเฉลี่ย 42.50 ปี(S.D.=8.54 ปี) อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.25 การ ดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 (S.D.= 0.66) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การดำเนินงานอยู่ในระดับมาก 4 ด้าน คือ การบังคับใช้กฎหมาย ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.= 0.65) การให้ความรู้และ ประชาสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.= 0.82) การแพทย์ฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ย 3.60 (S.D.= 0.90) การประเมินผลและสารสนเทศ ค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D.= 0.75)

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วม, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

#### ABSTRACT

The objective is to study the context and situation of road of the District Quality of Life Development Committee (P.C.O.) of Waeng Yai District, Khon Kaen Province, in preventing road accidents in preventing road accidents. It is a participatory action research. Target group: District Quality of Life Development Committee (P.C.O.), Waeng Yai District, 32 people. Standard deviation, median, minimum, maximum, qualitative statistics, content analysis

Research results for 2022-2024: The number of road accident injuries decreased by 298, 280 and 167 cases, respectively. The death tolls have been fluctuating, with 3, 1 and 2 deaths respectively. The analysis found that driver behavior is the main risk factor and a factor leading to serious accidents. Improving road safety requires awareness raising, behavioral change, and law enforcement. The follow-up evaluation found that the majority were male, 71.88 percent. Average age 42.50 years (S.D.=8.54 years), lowest age 29 years, highest age 59 years. Completed a bachelor's degree or equivalent, 56.25 percent. Implementation of the road accident prevention and reduction policy Overall, it was at a high level, with an average of 3.60 (S.D.= 0.66). When considering each aspect, it was found that the operations were at a high level in 4 aspects: law

<sup>1</sup> นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

enforcement, mean score 3.70 (S.D. = 0.65). Providing knowledge and public relations, mean score 3.70 (S.D.= 0.82). Emergency medicine mean 3.60 (S.D.= 0.90). Evaluation and information, mean 3.55 (S.D.= 0.75)  
**Key word:** Participation District Quality of Life Development Committee and Road accident prevention

## บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก ปี พ.ศ. 2561 มีผู้เสียชีวิตกว่า 1.35 ล้านคนและบาดเจ็บหลายล้านคนที่ต้องเผชิญกับความพิการ<sup>1</sup> และจากฐานข้อมูลสามแหล่งหลัก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2561 พบว่า อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตสูงถึงปีละ 23,000 - 24,000 คน มีผู้พิการอีกกว่า 7,000 คนต่อปี สูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจมากกว่า 200,000 ล้านบาทต่อปี<sup>2</sup> สาเหตุของอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ สาเหตุจากตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม และจากการบังคับใช้กฎหมาย<sup>3</sup> ในปี 2563 มีอุบัติเหตุทางถนนเกิดขึ้นถึง 20,169 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 2,031 คน และผู้บาดเจ็บ 20,742 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์<sup>4</sup>

อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น แบ่งพื้นที่การปกครองเป็น 5 ตำบล 52 หมู่บ้าน ประชากร 30,329 คน เป็นพื้นที่เชื่อมต่อกับหลายอำเภอ<sup>5</sup> ปี 2565-2567 พบ มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 298 , 280 ราย และเสียชีวิต 3 , 1 คน คิดเป็น อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน 9.89 และ 3.30 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.51 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 13 – 30 ปี ร้อยละ 45.17 พาหนะที่เกิดอุบัติเหตุจราจรมากที่สุดคือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 89.65 รองลงมา รถปิกอัพ ร้อยละ 4.13 เวลาที่เกิดอุบัติเหตุอยู่ในช่วง เวลา 16.00-20.00 น.<sup>6</sup>

กระทรวงสาธารณสุข ได้นำกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง<sup>7</sup> จากการศึกษาของ วันเพ็ญ ใจชื่อ (2565)<sup>8</sup> พบว่า การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจาก

อุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของเครือข่ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.29$ ,  $SD = 0.70$ ) ผลลัพธ์การดำเนินงานหลังพัฒนาจำนวนอุบัติเหตุ และเสียชีวิตลดลงผ่าน ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ปี 2565 - ปี 2566 อำเภอเวียงใหญ่ ได้นำประเด็นปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เป็นประเด็นหลักเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน แต่ผลการดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้นการพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเวียงใหญ่ (พชอ.) ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จึงเป็นแนวทางเพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน สร้างความปลอดภัยและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเวียงใหญ่ (พชอ.) จังหวัดขอนแก่น ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเวียงใหญ่ (พชอ.) จังหวัดขอนแก่น ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากรกลุ่มตัวอย่าง** คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 32 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป 2. แบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์ หลัก 5 ด้าน (5 Es) 3. แบบการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>9</sup> และ 4. แบบสนทนากลุ่มเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ เครื่องมือวิเคราะห์จุดเสี่ยง

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**  
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) เพื่อหาค่าความเที่ยง โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพล จำนวน 10 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ทำหนังสือขออนุญาตนายอำเภอแวงใหญ่ เพื่อแจกแบบสอบถามและเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และรายละเอียดแบบสอบถาม และรายละเอียดการสนทนากลุ่ม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าร้อยละ แปลผลคะแนนระดับดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เป็น 5 ระดับ โดย ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

#### จริยธรรมการวิจัย

โดยการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 051/2567 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2567

#### ผลการวิจัย

การพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ขั้นตอนแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นการติดตามและประเมินผล และขั้นสะท้อนผล ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 32 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยวิธีของครอนบาช (Cronbach's Method) หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) เพื่อหาค่าความเที่ยงโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 และ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอแวงใหญ่ จำนวน 32 คน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2567 โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ปี 2565 - 2567 พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บ มีแนวโน้มลดลง จาก 298, 280 และ 167 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มผันผวน เป็น 3, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ



เมื่อพิจารณา อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร พบว่า ปี 2565-2566 มีแนวโน้มลดลงจาก 9.89 ลดลงเหลือ 3.30 ต่อแสนประชากร แต่เพิ่มขึ้นเป็น 6.60 ต่อแสนประชากรในปี 2567 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการเชิงป้องกันที่เน้นการลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ เพศชายเป็นกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด สัดส่วนของผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 มีผู้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน 223 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.08 เพิ่มขึ้นเป็น 246 รายในปี 2566 (87.54%) และ 151 ราย ในปี 2567 (89.34%)

กระบวนการการพัฒนาการมีส่วนร่วม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอแวงใหญ่ (พขอ.) จังหวัดขอนแก่น ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและแนวทางป้องกัน ใช้เครื่องมือ 5 ขั้นตอน ได้แก่ สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดปัญหา พบว่า พฤติกรรมของผู้ขับขี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก รองลงมาคือ สภาพของยานพาหนะและถนน แผนภูมิต้นไม้ แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการขับขี่เร็วเกินกำหนด การไม่สวมหมวกกันน็อก และการขับขี่ขณะมีเมามา เป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่อุบัติเหตุร้ายแรง บันไดผลลัพธ์ชี้ให้เห็นว่าการสร้างความปลอดภัยทางถนน จำเป็นต้องอาศัย การสร้างความตระหนักรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบังคับใช้กฎหมาย การวิเคราะห์แรงเสริมและแรงต้าน พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น ขณะที่ปัจจัยต้าน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่และข้อจำกัดด้านงบประมาณ การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ มีการใช้ ข้อมูลอุบัติเหตุในการวางแผนและติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ จัดการข้อมูล เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และพัฒนาทีมสอบสวนอุบัติเหตุ ทำให้สามารถใช้ข้อมูลในการวางแผนป้องกันอุบัติเหตุได้อย่างแม่นยำ การค้นหาจุดเสี่ยง จัดทำแผนที่อุบัติเหตุ วิเคราะห์สาเหตุ และแก้ไขจุดเสี่ยง

อันตราย อย่างเป็นระบบ การสร้างการรับรู้และรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ผ่านโครงการ Kick off และการติดตั้งป้ายรณรงค์ในทุกตำบล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning) วิเคราะห์ สถานการณ์ และปัญหาการดำเนินงาน การวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดปัญหา พบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเกิดจาก พฤติกรรมของผู้ขับขี่เป็นหลัก รองลงมาคือสภาพของถนนและการบำรุงรักษายานพาหนะ โดยเฉพาะการขับขี่ด้วยความเร็วสูง ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่คือรถจักรยานยนต์ จักรกลักรที่อันตราย ทางแยกที่ไม่มีไฟสัญญาณ และถนนที่มีพื้นผิวชำรุด การวิเคราะห์แผนภูมิต้นไม้ พบว่า พฤติกรรมการขับขี่เร็วเกินกำหนด การไม่สวมหมวกกันน็อก การขับขี่ขณะมีเมามา เป็นปัจจัยนำไปสู่อุบัติเหตุร้ายแรง การวิเคราะห์บันไดผลลัพธ์ จำเป็นต้องใช้แนวทาง การสร้างความตระหนักรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบังคับใช้กฎหมาย การวิเคราะห์แรงเสริมและแรงต้าน พบว่า ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ และท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชน การรณรงค์ให้ความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน และการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดมากขึ้น ส่วนการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ โดยมีการจัดประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอแวงใหญ่ (พขอ.) ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน เดือนละ 1 ครั้ง

ขั้นปฏิบัติการ (Action) พบว่า ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านอุบัติเหตุมีบทบาทสำคัญในการลดจำนวนอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาทำให้สามารถระบุจุดเสี่ยงและแนวโน้มอุบัติเหตุได้อย่างแม่นยำ ขณะที่การสร้างเครือข่ายข้อมูลช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนอุบัติเหตุยังช่วยให้

สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง และกำหนดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขจุดเสี่ยงอุบัติเหตุเป็นแนวทางที่ช่วยให้สามารถ ลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างเป็นรูปธรรม การสร้างการรับรู้และการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอเวียงใหญ่ เป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ โดยเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักในชุมชนและการณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการด้านความปลอดภัย การดำเนินโครงการ "Kick off" และการติดป้ายประชาสัมพันธ์ช่วยสร้างกระแสและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยในพื้นที่

ขั้นการติดตามและประเมินผล (Observation)

โดยใช้แบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์ หลัก 5 ด้าน (5 Es)

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดเวทีในการสนทนากลุ่ม การดำเนินงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอเวียงใหญ่มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ซึ่งทำให้สามารถดำเนินมาตรการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มาตรการที่ดำเนินการแล้ว ได้แก่ การตั้งด่านตรวจจราจร เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ เช่น การไม่สวมหมวกกันน็อก การขับขี่ขณะมึนเมา และการขับรถเร็วเกินกำหนดการตั้งด่านตรวจจราจร การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนนในชุมชนและโรงเรียน การสำรวจและแก้ไขจุดเสี่ยงอุบัติเหตุ การจัดตั้งอาสาสมัครจราจรชุมชน เพื่อช่วยดูแลความปลอดภัยบนถนนในพื้นที่หมู่บ้าน ส่วนปัญหาและอุปสรรค พบว่า การขาดงบประมาณและทรัพยากรส่งผลให้บางมาตรการไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ เช่น การติดตั้งอุปกรณ์ลดความเร็วในจุดเสี่ยง การขาดความร่วมมือจากประชาชนบางส่วน ข้อยกจำกัดด้านกำลังเจ้าหน้าที่ ทำให้การบังคับใช้กฎหมายยังไม่ทั่วถึง

3.การประเมินผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเวียงใหญ่ (พชอ.) จังหวัดขอนแก่น ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ใช้แบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์ หลัก 5 ด้าน (5 Es) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.88 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 43.75 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.50 ปี (S.D.=8.54 ปี) อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 81.25 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.25 การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 (S.D.=0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก 4 ด้าน คือ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.65) ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.82) ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ย 3.60 (S.D.=0.90) ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ ค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D.=0.75) มีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านวิศวกรรมจราจร ค่าเฉลี่ย 3.40 (S.D.=0.85)

### สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการมีส่วนร่วมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเวียงใหญ่ มีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนและอาศัยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kruse<sup>10</sup> ที่ระบุว่าการพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์ ออกแบบ พัฒนา ดำเนินการ และประเมินผล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Kemmis & McTaggart<sup>11</sup> ที่เน้นกระบวนการวางแผน

การปฏิบัติ และการสะท้อนผลลัพธ์เพื่อนำไปปรับปรุงการดำเนินงาน

การดำเนินตามนโยบายมาตรการของ พชอ. สามารถลดจำนวนอุบัติเหตุและเพิ่มอัตราการใช้มาตรการป้องกันของประชาชน เช่น การสวมหมวกกันน็อกและการคาดเข็มขัดนิรภัย อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงของอุบัติเหตุยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แม้จำนวนอุบัติเหตุจะลดลง แต่ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของอุบัติเหตุยังคงต้องได้รับการแก้ไขเพิ่มเติม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ละมัย หลักทอง<sup>12</sup> ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการป้องกันอุบัติเหตุโดยใช้กลไก พชอ. พบว่า หลังจากมีการดำเนินมาตรการแล้ว อุบัติเหตุลดลง 2.75% และจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง 13.33% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้กลไก พชอ. สามารถช่วยลดจำนวนอุบัติเหตุได้จริง แต่ยังคงต้องมีการเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงของอุบัติเหตุ ผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่า มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายและการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานของถนนมีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติเหตุ ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ พิษิต แสนเสนา และคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่า การติดตั้งกล้องจับความเร็ว การเพิ่มไฟส่องสว่าง และการสร้างจุดกลับรถที่ปลอดภัย ช่วยลดอุบัติเหตุในระดับพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ

การส่งเสริมความรู้และการรับรู้ของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า การณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยนุช ภิญโย และคณะ<sup>14</sup> ที่พบว่า การสร้างเครือข่ายเยาวชนเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน และการรณรงค์ผ่านโซเชียลมีเดีย สามารถช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ได้ และการมีส่วนร่วมของประชาชนและความสำเร็จของมาตรการผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การเข้าร่วมประชุม วางแผน และเฝ้าระวังจุดเสี่ยง มีส่วนช่วยให้มาตรการป้องกันอุบัติเหตุ

มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งตรงกับข้อค้นพบของ อานาจ ราชบัณฑิต<sup>15</sup> ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้มาตรการป้องกันอุบัติเหตุมีความยั่งยืนและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้ถนน

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรมีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ควรพัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลสารสนเทศอุบัติเหตุ ที่สามารถรวบรวมข้อมูลจากหลายหน่วยงาน เพื่อให้สามารถติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มอุบัติเหตุได้แบบเรียลไทม์

3) ควรมีการตั้งจุดตรวจจราจรและใช้เทคโนโลยี เช่น กล้องจับความเร็ว และระบบตรวจจับพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรวมถึงส่งเสริมให้มีการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการสวมหมวกกันน็อก การจำกัดความเร็ว และการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่ อย่างเคร่งครัด

4) การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านความปลอดภัยทางถนนควรปรับปรุงถนน จุดกลับรถ และจุดเสี่ยงต่าง ๆ เช่น บริเวณหน้าโรงเรียน ตลาด โรงพยาบาล และทางแยก ให้มีป้ายจราจรที่ชัดเจน ไฟส่องสว่างเพียงพอ และเครื่องหมายจราจรที่เหมาะสม และควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการซ่อมแซมและบำรุงรักษาถนนให้มีสภาพที่ปลอดภัย ลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น ถนนชำรุด หลุมบ่อ และจุดอับสายตา

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงพฤติกรรมและทางสังคมที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

2) ควรมีการศึกษาการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายอำเภอแวงใหญ่ นาย  
ธรรมบุญ บุญจันทร์ สาธารณสุขอำเภอแวงใหญ่  
นายแพทย์สารสิน กิตติโพนานท์ ผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลแวงใหญ่ คณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) อำเภอแวงใหญ่ ที่  
ให้การสนับสนุนการศึกษา จนสำเร็จลุล่วงไปได้  
ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Globalstatusreportonroadsafety. [Internet]. 2018 [Cited 2024 June 15]; Available from: <http://www.searo.who.int/thailand/areas/gsr-thai.pdf?ua=1>
2. World Health Organization. "WHO Report 2015: Data tables" (PDF) (official report). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015
3. หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ทางถนน. สถานการณ์อุบัติเหตุในภาพรวมของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A>
4. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ThaiRSC. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairsc.com/>
5. ศูนย์ข้อมูลอำเภอแวงใหญ่. ข้อมูลพื้นฐานอำเภอแวงใหญ่ ปี 2567. ขอนแก่น: ที่ว่าการอำเภอแวงใหญ่; 2567.
6. ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนอำเภอแวงใหญ่. รายงานสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ปี 2567. ใน: การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) อำเภอแวงใหญ่; 23 ส.ค. 2567; ณ ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอแวงใหญ่. ขอนแก่น; 2567.
7. กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2557
8. วันเพ็ญ ใจซื่อ. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565; 127-136.
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานและการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ; 2562
10. Kruse, Kevin. Introduction to Instructional Design and the ADDIE Model. [Internet]. 2014 [Cited 2024 June 15]; Available from: [http://www.transformativedesigns.com/id\\_systems.html](http://www.transformativedesigns.com/id_systems.html).
11. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. Australia: Deakin University Press; 1988
12. ละมัย หลักทอง. การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยผู้ก่อเกิดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่ออำเภอสองดาว (พขอ.) จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567; 5(1):105-116.
13. พิชิต แสนเสนา, รัชชัย คำป้อม, วิลาวัลย์ บุญมี. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2566; 2(1): 47-62.
14. ปิยนุช ภิญโญและคณะ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1): 160-174.
15. อำนาจ ราชบัณฑิต. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2565; 29(3): 98-110.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคดื้อยาหลายขนาน : 2 กรณีศึกษา  
Nursing Care for Patients with HIV/AIDS Co-infected with Multidrug-Resistant Tuberculosis :  
Two Case Studies.

(Received: June 24,2025 ; Revised: June 27,2025 ; Accepted: June 29,2025)

ศศิภา ทับทิมพรรณ<sup>1</sup>  
Sasipa Thubtimphun<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ**

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคดื้อยาหลายขนาน : 2 กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคดื้อยาหลายขนาน เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) โดยคัดเลือกกรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคดื้อยาหลายขนาน ที่มารักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเดินหายใจ ของสถาบันบำราศนราดูร ในปีงบประมาณ พ.ศ 2566 และ 2568 จำนวน 2 ราย และมีปัญหาทางการพยาบาลที่ยากซับซ้อน

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี มีโรคประจำตัว HIV, เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) และได้รับการรักษาด้วยสูตรยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานแบบกินระยะสั้น 9 เดือน พร้อมยาต้านไวรัสเอชไอวีหลายสูตร ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาวัณโรคในช่วงหนึ่งของการรักษา แต่ให้ความร่วมมือดี รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ผลการรักษาสรุปว่าไม่พบเชื้อวัณโรคหลังการรักษาและยังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องอย่างดี กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดและติดเชื้อ HIV แต่มีประวัติขาดยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นเวลาประมาณ 1 ปี เนื่องจากปัญหาทางการเงิน ต่อมาเข้ารับการรักษาใหม่ด้วยอาการไข้ ไอเรื้อรัง และปวดท้อง ผลตรวจพบวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) โดยได้รับการรักษาด้วยสูตรยา BPaLM เป็นเวลา 6 เดือน และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด

**คำสำคัญ:** เอชไอวี/เอดส์, วัณโรคดื้อยาหลายขนาน, การพยาบาล

**Abstract**

Nursing care for HIV/AIDS patients with multidrug-resistant tuberculosis: 2 case studies The objectives were to study and compare nursing care using the nursing process for caring for patients with HIV/AIDS and multidrug-resistant tuberculosis. This was a case study. Two cases were selected for the study. Only patients with HIV/AIDS and multidrug-resistant tuberculosis who came to the respiratory tract infectious disease clinic of Bamrasnaradura Institute in fiscal years 2023 and 2025 and had complicated nursing problems.

Results of the study: Case study 1 A 63-year-old Thai male patient with underlying HIV, diabetes, and hypertension was diagnosed with multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) and was treated with a 9-month short-term multidrug-resistant tuberculosis regimen along with multiple antiretroviral drugs for HIV. The patient had nausea and vomiting from tuberculosis drugs during one period of treatment, but was very cooperative, took his medication regularly, and continuously came for check-ups. The treatment results concluded that tuberculosis was not found after treatment and continued to take antiretroviral drugs well. Case study 2: A 56-year-old Thai male patient who had been treated for pulmonary tuberculosis and HIV infection but had a history of not taking antiretroviral drugs for approximately 1 year due to financial problems was later re-admitted with symptoms of fever, chronic cough, and abdominal pain. The results showed that he had multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). He was treated with the BPaLM regimen for 6 months and was closely monitored in the hospital.

**Keywords:** HIV/AIDS, Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB), Nursing care

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ทำงาน สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค อีเมลล์ yadasasipa@gmail.com



## บทนำ

HIV (Human Immunodeficiency Virus) คือ เชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่ทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เมื่อเชื้อเอชไอวี (HIV) เข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง และเมื่อมีการดำเนินโรคไประยะเวลาหนึ่ง เชื้อ HIV จึงพัฒนาสู่โรคเอดส์เต็มขั้น โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง ไม่เพียงพอในการป้องกันตนเองจากเชื้อโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา วัณโรคดื้อยาหลายขนาน หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ และวัณโรคเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ ให้อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว<sup>1</sup> ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงเป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อรับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงมากกว่าคนปกติ โดยคนปกติจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 6-10 ตลอดช่วงชีวิตขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงถึงร้อยละ 5 - 10 ต่อปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคสูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 26-31 เท่า<sup>2</sup> ด้วยเหตุนี้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงส่งผลกระทบต่อระดับความรุนแรงของวัณโรค โดยทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย<sup>3</sup> ทั้งนี้เชื้อวัณโรคจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อสู้กับเชื้อวัณโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และส่งผลทำให้วัณโรคเกิดการลุกลามและรุนแรง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดวัณโรคดื้อยา เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เอชไอวี/เอดส์และยารักษาวัณโรคไปพร้อมๆ กันผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายอย่างอาจ

ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบมีโอกาสเกิดวัณโรคดื้อยาได้ จากสถานการณ์เอชไอวีอัตราการระบาดทั่วโลกในกลุ่มผู้ใหญ่ (เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปีที่ติดเชื้อ) ได้คงที่ตั้งแต่ปี 2544 และอยู่ที่ 0.8% ในปี 2566 ถึงแม้ว่าอัตราการระบาดจะสูงขึ้นในกลุ่มคนบางกลุ่ม เช่น ผู้หญิงและเด็กผู้หญิง และประชากรหลัก (เช่น ผู้ชายที่หลบนอนกับผู้ชาย ผู้ขายบริการทางเพศ คนที่ฉีดยา คนข้ามเพศ และคนในเรือนจำ) ในปี 2566 มี ผู้ติดเชื้อ HIV 40 ล้านคนเพิ่มขึ้นจาก 32 ล้านคนในปี 2010 เป็นผลจากการติดเชื้อใหม่อย่างต่อเนื่องและผู้ติดเชื้อ HIV มีอายุยืนยาวขึ้น ในจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ในปี 2566 นั้น 38.6 ล้านคนเป็นผู้ใหญ่ และ 1.4 ล้านคนเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี<sup>4</sup>

สถานการณ์เอชไอวีประเทศไทย ในปี 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ 561,578 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 457,113 คน เสียชีวิต จากเป็นผู้ป่วยเอดส์ 10,972 คน พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,230 คน<sup>5</sup> ปี พ.ศ. 2566 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 580,000 คนติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านอยู่ 474,675 คน ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 12,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,100 คน และจากรายงานคาดประมาณปี พ.ศ. 2567 จะมี อุบัติการณ์ของวัณโรค 111,000 คน (155 ต่อประชากรแสนคน) และเสียชีวิตประมาณ 13,700 คน โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรคมี เชื้อเอชไอวีร่วมด้วย 2,100 คน (Latent TB infection: LTBI)<sup>6</sup> จากข้อมูลงานเวชสถิติประจำปี 2564 ถึง 2566 ของสถาบันบำราศนราดูร พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม จำนวน 7,276 ราย, 7,448 ราย และ 7,550 ราย และพบข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการคลินิกโรคติดต่อทางเดินหายใจสถาบันบำราศนราดูรประจำปี 2564 ถึง 2566 วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) จำนวน 127 ราย (76.51%), 67 ราย (72.04%) และ 96 ราย (74.99%)<sup>7</sup>

ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในสถาบันบำราศนราดูร นำมาเปรียบเทียบ 2 ราย

ภายใต้แนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในมิติกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรคไวรัสโรคติดต่อหลายขนาน ที่ต้องมียุทธวิธีในการสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยในทุกๆมิติสุขภาพ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสามารถส่งผลกระทบ ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในกรณีศึกษาที่ ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินเบื้องต้นแล้วพบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางจิตใจในด้านการปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ มีความกังวลต่ออาการลักษณะและทัศนคติจากคนรอบข้าง ครอบครัว คนรักและเพื่อนร่วมงานต่ออาการแสดงของโรค และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยต้องเผชิญความเครียดตั้งแต่เริ่มต้นการติดเชื้อ มีความวิตกกังวล กลัวว่าจะแพร่เชื้อไปสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ นอกเหนือไปจากอาการวิตกกังวล หรือจากอาการเหนื่อยหอบ ความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง ในการดูแลสุขภาพติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรคไวรัสโรคติดต่อหลายขนาน จำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน และมีความต่อเนื่อง นำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ได้นำการวางแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้เป็นกรอบในการประเมิน วินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายได้ครอบคลุมทุกมิติ จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษากาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรคไวรัสโรคติดต่อหลายขนาน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากรและการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ โดยนำแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผน นำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาในวันที่ให้การพยาบาล กรณีศึกษาพบว่า การให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมไวรัสโรคติดต่อหลายขนาน โดยใช้

กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอน ช่วยลดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษาครั้งนี้ ควรติดตามประเมินผลปรับปรุงให้เหมาะสมเป็นวงจรถัดไป เพื่อที่สุขภาพของผู้ป่วยได้ดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมทุกมิติเป็นแบบองค์รวม การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรคไวรัสโรคติดต่อหลายขนาน

### วิธีการศึกษา

1. เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) โดยคัดเลือกกรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรคไวรัสโรคติดต่อหลายขนาน ที่มารักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเดินหายใจ ของสถาบันบำราศนราดูร ในปีงบประมาณ พ.ศ 2566 และ 2568 จำนวน 2 ราย และมีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อน
2. ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ งานวิจัยการพยาบาลที่เกี่ยวข้องและจากเว็บไซต์
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของกรณีศึกษา
4. ผู้ศึกษาตรวจสอบประวัติการรักษาจากแฟ้มทะเบียนประวัติผู้ป่วยแต่ละครั้งที่มารักษา
5. ดำเนินการตรวจสอบประวัติจากเวชระเบียน เพื่อค้นหาสภาพปัญหา นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อให้การพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มีการประเมินผลการพยาบาลและแก้ไขปรับปรุงกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามข้อมูลในเวชระเบียน
6. ส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ผู้นัดและให้การรักษา พร้อมทั้งเก็บรวบรวม

ผลการรักษาในแต่ละครั้ง ตามช่วงเวลาและวันที่แพทย์นัดเพื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกคลินิกโรคติดต่อทางเดินหายใจ ของสถาบันบำราศนราดูร

7. สรุปข้อมูลการรักษาจากเวชระเบียนพร้อมให้ความรู้ และคำแนะนำตามสภาพปัญหาและแผนการรักษา

8. ติดตามประเมินผลการรักษาและเก็บบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

9. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

10. สรุปผลการศึกษาและจัดทำเป็นกรณีศึกษา

11. จัดทำเป็นเอกสาร (รูปเล่ม) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงานตรวจทานแก้ไข เผยแพร่ผลงาน

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

## ผลการศึกษา

### 1. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคคือยาหลายขนาน<sup>8</sup>

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

| ข้อมูลพื้นฐาน            | กรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | กรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เพศ                      | ชาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ชาย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| อายุ                     | 63                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 56                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล | surveillance) เพื่อมาติดตามอาการและการรักษา หลังรับประทานยารักษาวัณโรคดื้อน้ำเหลืองครบ ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (relapse)<br>นัดมา surveillance เอกซเรย์ปอด พบ abnormal Sputum AFB=positive 1+(10-99 cells/100 OIF)Lab No.66009937<br>sputum AFB=positive 1 cell/slide(lab No.66009938<br>Sputum AFB=positive 1+(10-99 cells/100 OIF)Lab No.66009940<br>sputum AFB=positive<br>Mycobacteria : Line Probe Assay=Mycobacterium tuberculosis complex MDR-TB by line probe assay resistance Isoniazid (H),Rifampicin(R) | ต้องการกลับมารักษาต่อเนื่อง คัดกรองวัณโรคปอด มีอาการไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ ไอแห้งๆ มีน้ำมูก เหนื่อยง่าย เป็นมา 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับอาการ ปวดท้องกลางขวา ไม่ร้าว ลักษณะปวดท้องไม่ย้ายตำแหน่ง เริ่มมีไข้สูงเวลาเดียวกัน เบื่ออาหาร คลื่นไส้<br>ผล CXR พบ abnormal = Diffuse reticulonodular opacities at both lung,prominent at BUL zone,TB is possible,DDX other interstitial/nodular infiltration<br>Sputum AFB=positive 1 cell/slide(lab No.68027247<br>Sputum GeneXpert=M.tuberculosis complex Detected Rifampicin Resistance Detected |
| อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sputum Xpert MTB/XDR = M.tuberculosis complex Detected Isoniazid (INH) Resistance Detected Ethionamide (ETH) Resistance Detected                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

| ข้อมูลพื้นฐาน            | กรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | กรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Line Probe Assay(16/03/2568) : Mycobacterium tuberculosis complex MDR-TB</p> <p>Isoniacid ( R ), Rifampicin ( R )</p> <p>Mycobacterial antimicrobial susceptibility test for 1<sup>st</sup> line anti-TB(27/03/2568)= Mycobacterium tuberculosis complex</p> <p>Mycobacterium culture(culture only)(2/04/2568)= Mycobacterium tuberculosis complex</p> <p>ผลตรวจปัสสาวะผิดปกติ U/A=WBC&gt;100 cell/HPF,RBC 3-5 cell/HPF,Blood 1+</p> <p>แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล Ward 3/2</p> |
| ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต | <p>: เดิมผู้ป่วยเข้ามารักษาที่สถาบันบำราศนราดูร เนื่องจากทางโรงพยาบาลนครศรีธรรมราชส่งมา</p> <p>ปรึกษาเรื่องปรับสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี ทราบผลว่าติดเชื้อเอชไอวี เมื่อประมาณปี 2544 ผล CD4 ก่อนได้ยาต้านไวรัสเอชไอวี CD4=20 ไม่มีประวัติแพ้ยาและแพ้อาหาร ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดใดๆ สูตรยาด้านไวรัสเอชไอวี สูตรแรก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.D4T+3TC+EFV</li> <li>2.D4T+3TC+ABC(มีเวียนศีรษะจาก ABC)</li> <li>3.D4T+3TC+NVP(มีผื่นคันจาก NVP)</li> <li>4.D4T+3TC+EFV</li> <li>5.PI เมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2549 IDV/RTV/SQV</li> <li>6.เปลี่ยนสูตรยา มีปัญหา Financial 19 กุมภาพันธ์ 2550 เป็น IDV/LPV/RTV</li> <li>7.เปลี่ยนสูตรยาโครงการวิจัย เป็น TDF/3TC/ETR/LPV/RTV (27 กันยายน 2552)</li> <li>8.ล่าสุด TDF/3TC/ETR/Kaletra</li> <li>9.Kivexa+DTG</li> <li>10.ABC(300)/3TC(150)/DTG(50)(สูตรยาด้านไวรัสเอชไอวี ปัจจุบัน)</li> </ol> <p>27 กันยายน 2547 วินิจฉัยว่าเป็น HIV with Pulmonary tuberculosis ไม่ได้รักษา</p> <p>ต่อมาเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง(TBLN) รักษา on anti TB drug 1 ปี หยุดยาโดยแพทย์ อาการปกติ ไม่มีวัณโรคกลับเป็นซ้ำ เปลี่ยนเวลาทานยาด้านไวรัสเอชไอวี เดิมรับประทาน 06.00น.และ 18.00น.</p> <p>เนื่องจากทำงานไม่เป็นเวลา สัมรับประทานยาบ่อย (เป็นช่างซ่อมเครื่องยนต์ รถโฟล์ค) จึงขอเปลี่ยนเวลารับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี เป็นเวลา 07.00น. และ 19.00น.ผล CD4=460,VL=7,160 แพทย์ส่งตรวจ Drug resistance ผล R ต่อยากกลุ่ม</p> | <p>: ทราบผล HIV ปี 2548 รับยาและรักษาต่อเนื่องสถาบันบำราศนราดูร ร่วมกับเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด เมื่อปี 2548 รับประทานยาครบ 6 เดือน และรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีมาตลอดด้วยสูตรยา ZDV+3TC+NVP เริ่มขาดยาด้านไวรัสประมาณ 1 ปี</p> <p>เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย</p>                                                                                                                                                                                                                            |

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

| ข้อมูลพื้นฐาน         | กรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | กรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | <p>NRTI, NNRTI รายได้ไม่เพียงพอที่จะจ่ายสูตร PI จึงขอปรึกษาสถาบันบำราศนราดูร และเปลี่ยนสิทธิการรักษาเป็นประกันสังคมสถาบันบำราศนราดูร (1 กันยายน 2548) เปลี่ยนสูตรยาเป็น</p> <p>IDV(400)+RTV(100)+SQV(200) 2 มีนาคม 2549 มาตรวจก่อนวันนัด เนื่องจาก รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ชุดใหม่แล้วมีอาการคลื่นไส้เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลงเด็มน้ำหนัก 58.5-→56 kg อ่อนเพลีย คอตันขาวบวม โต มีก้อนโตขนาด 1 เซนติเมตร จำนวน 4 ก้อน เรียงกันเป็นแถว กดเจ็บ พิจารณาแผนการรักษาตามอาการ (23 เมษายน 2543) แพทย์ ส่ง ทำ LN biopsy ส่งย้อม AFB นัดมาฟังผลตรวจติดตามอาการ (29 เมษายน 2549) ผล LN Bx. AFB=positive 3+ แพทย์วินิจฉัย TBLN เริ่มยา I300,R600,Z1,000,E800+VitB6 =2mo (18 พฤษภาคม 2549)รับประทานยารักษาวัณโรคต่อมน้ำเหลือง ไม่มีแพ้ยา ไม่มีตัวตา เหลือง น้ำหนักเพิ่มขึ้น 56→60 kg ผล C/S for TB=no growth ให้ยารักษาวัณโรคต่อมน้ำเหลืองเป็น I300,R600+VitB6= 2 เดือน (13 กรกฎาคม 2549)มี Drug intervention กับ SQV ทำให้ ประสิทธิภาพของ SQV ลดลง 60% แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยารักษาวัณโรคต่อมน้ำเหลือง เป็น IZE แทน (I300,Z1000,E800)X4 กันยายน 2549ให้ยารักษาวัณโรคต่อมน้ำเหลืองและยาต้านไวรัสเอชไอวี 2 เดือน (30 ตุลาคม 2561) รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี คลาดเคลื่อนไป 15 นาที สรุปลสูตรยาที่รักษาวัณโรคต่อมน้ำเหลือง( 2IRZE/2IR/4IZE) no new LN enlargement แพทย์พิจารณา off anti TB drug</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ประวัติการเจ็บป่วย    | มารดาป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ประวัติการแพ้ยา/อาหาร | ปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| อาการแรกเริ่ม         | รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่องไม่มีอาการใดๆมาตามนัด นัดมาเฝ้าระวัง (surveillance) เพื่อมาติดตามอาการและการรักษา หลังรับประทานยารักษาวัณโรคต่อมน้ำเหลืองครบ ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (relapse) นัดมา surveillance เอกซเรย์ปอด พบ abnormal Sputum AFB=positive 1+(10-99 cells/100 OIF)Lab                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ต้องการกลับมารักษาต่อเนื่อง คัดกรองวัณโรคปอด มีอาการไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ ไอแห้งๆ มีน้ำมูก เหนื่อยง่าย เป็นมา 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับอาการ ปวดท้องล่างขวา ไม่ร้าว ลักษณะปวดท้องไม่ย้ายตำแหน่ง เริ่มมีไข้สูงเวลาเดียวกัน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผล CXR พบ abnormal = |



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

| ข้อมูลพื้นฐาน                | กรณีศึกษารายที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | กรณีศึกษารายที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| อาการแรกเริ่ม                | No.66009937<br>sputum AFB=positive 1 cell/slide(lab<br>No.66009938<br>Sputum AFB=positive 1+(10-99 cells/100<br>OIF)Lab No.66009940<br>sputum AFB=positive Mycobacteria : Line<br>Probe Assay=Mycobacterium tuberculosis<br>complex MDR-TB<br>by line probe assay resistance Isoniacid<br>(H),Rifampicin(R)                                                                                                             | Diffuse reticulonodular opacities at both<br>lung,prominent at BUL zone,TB is possible,DDX<br>other interstitial/nodular infiltration<br>Sputum AFB=positive 1 cell/slide(lab<br>No.68027247<br>Sputum<br>GeneXpert=M.tuberculosis complex Detected<br>Rifampicin Resistance Detected<br>Sputum Xpert MTB/XDR = M.tuberculosis<br>complex Detected<br>Rifampicin Resistance Detected<br>Sputum Xpert MTB/XDR = M.tuberculosis<br>complex Detected Isoniazid (INH)<br>Resistance<br>Detected Ethionamide (ETH)<br>Resistance Detected<br>Line Probe Assay(16/03/2568) : Mycobacterium<br>tuberculosis complex MDR-TB Isoniacid(R)<br>,Rifampicin ( R ) |
| ผลการตรวจทางห้อง<br>เอกซเรย์ | Recent multiple nodular in both upper lung<br>are seen.suspected pulmonary                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CXR พบ abnormal = Diffuse reticulonodular<br>opacities at<br>both lung,prominent at BUL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ผลการตรวจทางห้อง<br>เอกซเรย์ | metastasis.DDx is granulomae of TB<br>.Unchange or slightly increase degree of<br>reticular opacities at the rest of both<br>lung.suspected due to interstitial<br>infiltration,bronchitis                                                                                                                                                                                                                              | CXR พบ abnormal = Diffuse reticulonodular<br>opacities at<br>both lung,prominent at BUL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| การวินิจฉัยโรค               | การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม(ครั้งที่ 1) : MDR-TB lung<br>การวินิจฉัยโรคสุดท้าย(ครั้งที่ 1) : MDR-TB with<br>urinary tract infection with HIV disease with<br>Diabetes mellitus with Hypertension<br>การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม(ครั้งที่ 2) : MDR-TB with<br>Vomiting<br>การวินิจฉัยโรคสุดท้าย(ครั้งที่ 2) : MDR-TB with<br>Vomiting with HIV disease with Diabetes<br>mellitus with Hypertension                                 | MDR-TB lung with urinary tract infection with HIV<br>disease                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| การรักษา/สูตรยาที่<br>ได้รับ | เริ่มรักษา วันที่ 19 กุมภาพันธ์- 15 พฤศจิกายน<br>2566 สูตรยารักษาวัณโรคด้วยยาหลายขนานสูตรยา<br>9 เดือน ที่ประกอบด้วย ethionamide (9-month<br>all-oral regimen with ethionamide )หรือชื่อเดิม<br>คือ สูตรยาระยะสั้นชนิดกินที่มี Bdq (shorter all-<br>oral bedaquiline-containing regimen)<br>4-6 Bdq (6 เดือน)-Lfx(Mfx)-Cfz-Z-E-H high-dose-<br>Eto(Pto)/5Lfx(Mfx)- high-dose- high-dose-<br>Eto(Pto)/5Lfx(Mfx)- Cfz-Z-E | เริ่มรักษา วันที่ 21 มีนาคม 2568- ปัจจุบัน สูตรยารักษา<br>วัณโรคด้วยยาหลายขนานสูตรยา 6 เดือน BPaLM<br>ประกอบด้วยจำนวน 4 ชนิด<br>Bedaquiline(Bdq)+Pretomanid(Pa)<br>Linezolid(Lzd)+Moxifloxacin(Mfx)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อฉวยโอกาสทั้ง 2 ราย พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยติดเชื้อฉวยโอกาสด้วยวิธีโรคติดเชื้อหลายขนาน การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำร่างกายอ่อนแอทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคติดต่อทางเดินหายใจ พบปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1 พบ 7 ปัญหา กรณีศึกษาที่ 2 พบ 10 ปัญหา มีความเหมือนกัน 4 ข้อและมีความแตกต่างกัน 6 ข้อ จากปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนและแตกต่างกัน การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

#### การเปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล

##### 11 แบบแผนของ Gordon กับกรณีศึกษา

การเปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล 11 แบบแผนของ Gordon กับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าวินิจฉัยการพยาบาล ตามปัจจัยส่วนบุคคลของ

ผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยอาการที่คล้ายคลึงกัน กรณีศึกษารายแรก ไม่มีอาการแต่มาตามนัดเพื่อเฝ้าระวังและติดตามหลังรักษาโรคต่อมน้ำเหลืองครบ 6 เดือน เก็บเสมหะและเอกซเรย์ ผลผิดปกติ ส่วนรายที่ 2 ต้องการมารักษาต่อเนื่อง เนื่องจากขาดยาต้านไวรัสเอชไอวีประมาณ 1 ปี ซึ่งก่อนได้รับการรักษาต้องมีการคัดกรองโรคทุกราย อาการของไอ ไข้ คิดว่าเป็นหวัดธรรมดา ผลคัดกรองโรคพบผลตรวจเสมหะและผลเอกซเรย์ผิดปกติ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรคติดเชื้อหลายขนาน และเป็นการรับรู้ของตนเองกำลังจะเข้าสู่การรักษาโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งปัญหาหลักๆของผู้ป่วยพบว่ามีความเครียดต่อผลกระทบจากโรค ทั้งปัญหาพาลักษณ์ สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง ความกังวลในโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน ความรุนแรงของโรค และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย,ความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากต้องพึ่งพิงบุคคลในครอบครัว

#### การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

| การปฏิบัติการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ระยะก่อนการตรวจรักษา</b></p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) ปิดปากจมูกตลอดเวลาทุกครั้งที่มีการนำด้วยเรื่องระบบทางเดินหายใจ และจัดการให้เร็วที่สุด(Fast track)หากผู้ป่วยอาการสงสัยวัณโรคปอดจะส่งตรวจคลินิกระบบทางเดินหายใจ</li> <li>2. บุคลากรผู้ซักประวัติสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 ระหว่างให้การพยาบาลและซักประวัติ</li> <li>3. ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจากอาการและอาการแสดง ถ้ามีอาการวิกฤตและถึงวิกฤตให้ส่งเข้าห้องแยกโรคระบบทางเดินหายใจ(AIR)ที่แผนกฉุกเฉินพร้อมโทรแจ้งรายละเอียดการซักประวัติเข้าเกณฑ์</li> <li>4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการใส่ Surgical Mask และสอนวิธีการใส่ที่ถูกต้อง</li> <li>5. จุดคัดกรองคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ ควรเป็นห้องที่มีการระบายอากาศตามธรรมชาติได้ดี ซึ่งทิศทางลมต้องพัดผ่านจากบุคลากรสู่ผู้ป่วย ควรจัดบริเวณคัดกรองให้แยกห่างจากบริเวณที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยอื่น หรือใช้พัดลมระบายอากาศระบายสู่บริเวณที่ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน หรือใช้ห้องแบบ(AIR)</li> </ol> | <p><b>การพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษา</b></p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษาอย่างครอบคลุมเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยปลอดภัยพยาบาลมีความสำคัญในการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐานตามประเด็นการพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษา</p> |

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

| การปฏิบัติการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>6.เตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้พร้อมใช้ เช่น Surgical Mask สำหรับผู้ป่วย และ Mask N95 สำหรับเจ้าหน้าที่ และน้ำยาล้างมือ (Alcohol hand rub)</p> <p>7.ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจากอาการและอาการแสดง การซักประวัติ วัตถุประสงค์สัญญาณชีพ และความอิ่มตัวของระดับออกซิเจนในกระแสเลือด(O2 saturation)</p> <p>8.ผู้ป่วยทุกรายที่มีประวัติ และอาการเข้าเกณฑ์ของวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ส่งเอกซเรย์ปอดและตรวจเสมหะ การเก็บเสมหะควรมีสถานที่เก็บโดยเฉพาะ หรือในที่โล่งแจ้ง ไม่แนะนำให้เก็บในห้องน้ำ</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>ระยะก่อนการตรวจรักษา</b><br/><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>9.สถานที่ห้องตรวจโรค ควรเป็นระบบจัดการอากาศแบบจุดคัดกรองและเป็นห้องที่สะดวกในการรับส่ง</p> <p>ผู้ป่วย เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่เข้าถึงได้ มีอ่างล้างมือ อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (PPE) พื้นที่สำหรับใส่และถอดอุปกรณ์ และพื้นที่สำหรับทำหัตถการ</p> <p>10.ในกรณีใช้ห้อง AIR ให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้บริเวณจุดปล่อยอากาศออกภายนอก (Exhaust</p>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>ระยะขณะตรวจรักษา</b><br/><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1.ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารให้ตรงกับผู้ป่วยเช่นเวชระเบียน ผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น</p> <p>2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์และจัดให้ตรวจในสถานที่กำหนดและเข้าตรวจตามลำดับ</p> <p>3. เฝ้าระวังอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในขณะตรวจรักษา</p> <p>4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษา และเรื่องที่เกี่ยวข้อง</p>                                                                | <p><b>ประเด็นการพยาบาลระยะขณะตรวจรักษา</b></p> <p>ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลขณะตรวจรักษา เป้าหมาย คือผู้ป่วยปลอดภัยขณะตรวจรักษา และแพทย์ให้การรักษาทันที พยาบาลมีความสำคัญในการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐาน มีการเฝ้าระวังและประเมินอาการของผู้ป่วยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในขณะตรวจรักษา</p> |
| <p><b>หลังการตรวจรักษา</b><br/><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ประเมินการรับประทายาวัณโรคดื้อยาหลายขนานให้ครบตามแผนการรักษา และตรวจสอบยาเหลือทุกครั้ง</p> <p>2. แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเองควบคุมและลดการแพร่กระจายเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยล้างมือบ่อยๆ</p> <p>3. แนะนำให้อนศิริษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในกาแลกเปลี่ยนก๊าซ</p>                                                                                                                                                | <p>ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการรับประทายา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้ง 2 ราย</p>                                                                                                                                                                                |
| <p><b>หลังการตรวจรักษา</b><br/><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>4. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ ลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอด ทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น</p> <p>5. สอน/สาธิตให้หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ ส่งเสริมให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และแนะนำให้หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม</p>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>ระยะติดตามเยี่ยม</b><br/><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>กรณีศึกษาที่ 1</b> ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มาตรวจตามนัดทุกครั้ง รับประทายาครบทุกวันไม่ขาดยา โดยรับประทายาต่อเนื่อง ตรงเวลา สม่าเสมอ</p>                                                                                                                                                             |

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

| การปฏิบัติการพยาบาล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | การวิเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับวัณโรคเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกต้องคือ วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วางแผนการรักษาพยาบาล และให้ความช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>3. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตรงเวลา และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์</p> <p>4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรคการติดต่อ การป้องกัน และวิธีการรักษาของแพทย์ เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถนำไปปฏิบัติโดยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตาม อัตรภาพ เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้</p> <p>5. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ระยะเวลาในการรับประทานยารักษาวัณโรคและยาต้านไวรัสเอชไอวี การรับประทานยาที่ถูกต้องต่อเนื่องตรงเวลา และแนะนำ สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์</p> <p>6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตอบ ซักถามด้วยวาจาที่นุ่มนวล สุภาพ เพื่อคลายความวิตกกังวล</p> <p>7. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่หายใจหอบเหนื่อยไม่ใช้กลัมนื้อคอและกลัมนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น</p> | <p>เข้าใจคำแนะนำ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การแก้ไขปัญหาลุขภาพ บอกรักษาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง</p> <p><b>สรุป</b> ผู้ป่วยรายนี้รักษาครบ 9 เดือน สรุปผลการรักษา คือ ไม่พบเชื้อวัณโรค และมาติดตามการรักษา รับประทานไวรัสต่อเนื่องตามวันนัด ไม่เคยขาดนัดและไม่ขาดยาต้านไวรัสเอชไอวี</p> <p><b>กรณีศึกษาที่ 2</b> ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาครบทุกวันไม่ขาดยาและต่อเนื่อง เข้าใจคำแนะนำ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การแก้ไขปัญหาลุขภาพ</p> <p><b>หมายเหตุ :</b> กรณีศึกษารายที่ 2 ยังไม่สามารถประเมินเรื่อง การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาเมื่ออยู่ที่บ้านได้ เพราะขณะนี้ยังนอนรักษาตัวอยู่ที่สถาบันราชบพิธ แต่ทุกกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ของสถาบันให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น แพทย์ตรวจรักษา พยาบาลให้การพยาบาล เภสัชประเมินเรื่องยา นักจิตวิทยา ประเมินสุขภาพจิต ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีมาก และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง</p> |

## สรุปและอภิปรายผล

## สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี มีโรคประจำตัว HIV, เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) และได้รับการรักษาด้วยสูตรยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานแบบกินระยะสั้น 9 เดือน พร้อมยาต้านไวรัสเอชไอวีหลายสูตร ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาวัณโรคในช่วงหนึ่งของการรักษา แต่ให้ความร่วมมือดี รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ผลการรักษาสรุปว่าไม่พบเชื้อวัณโรคหลังการรักษาและยังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องอย่างดี

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี เคยได้รับการรักษาวัณโรคปอดและติดเชื้อ HIV แต่มีประวัติขาดยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นเวลาประมาณ 1 ปี เนื่องจากปัญหาทางการเงิน ต่อมาเข้ารับการรักษาใหม่ด้วยอาการไอ ไอเรื้อรัง และปวดท้อง ผลตรวจพบ

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) โดยได้รับการรักษาด้วยสูตรยา BPALM เป็นเวลา 6 เดือน และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในกลุ่มนี้ ทั้งสองรายได้รับการรักษาและติดตามผลอย่างต่อเนื่องโดยใช้สูตรยาวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เหมาะสมกับแต่ละราย ปัญหาทางการพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนที่พบมีทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน การดูแลตนเองและความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผลการรักษาเป็นไปได้ดีและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาพบว่า วัณโรคดื้อยาอาจพบได้บ่อยในผู้ป่วยวัณโรคที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เคยรักษาจนหายแล้วและกลับมาเป็นซ้ำ รวมถึงเป็นผู้ที่มา

จากพื้นที่ที่มีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคคือยา หรือเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคคือการป้องกันไม่ให้เกิดวัณโรคคือยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปที่กำลังรักษา และยังไม่มีความเสี่ยงเป็นเป้าหมายหลักที่จะต้องดำเนินการ เน้นให้เห็นความสำคัญของการร่วมมือของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลืนยาครบทุกมื้อ ครบทุกเม็ด ครบทุกขนาน ให้กำลังใจ สอบถามอาการข้างเคียง หรืออาการแพ้ยา แนะนำการปฏิบัติตน ตลอดจนให้กำลังใจผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา จากการหาแนวทางร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้บริการ และผู้ป่วยวัณโรคโดยอาศัยหลักการตามกระบวนการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคพยายามเน้นเรื่องการให้สุขศึกษาอย่างเข้มข้น ทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล DOT ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของยุทธศาสตร์ DOTS เป็นวิธีการกำกับให้ผู้ป่วยกินยาวัณโรคถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งเป็นเพียงวิธีเดียวที่จะสามารถมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้กินยาวัณโรคอย่างครบถ้วน นอกจากนี้ DOT ยังมีความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน เพราะจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานแต่ละมื้อ แต่ละวันมีจำนวนมากและอีกทั้งยังต้องรับประทานเป็นระยะเวลานานหลายเดือนติดต่อกัน โอกาสที่ผู้ป่วยจะท้อแท้ และหมดกำลังใจที่จะรับประทานยา ก็จะเพิ่มขึ้น การทำ DOT ที่มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาจนครบ และหายจากโรคได้ และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ หากได้รับการดูแลรักษา และได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุม ทุกปัญหาได้ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ยอมรับการรักษาและรับประทานยาต้านไวรัสตลอดชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเจ็บป่วยและปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม<sup>10</sup> จึงจำเป็นต้องวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมทุกมิติ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย กรณีศึกษานี้ได้นำแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผน นำไปสู่การ

ตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน และให้การพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานวัณโรค รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานต่างๆได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการค้นหา วินิจฉัย รักษาและกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และสามารถนำผู้ป่วยวัณโรคคือยาเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ซึ่งจะนำไปสู่การยุติปัญหาวัณโรคของประเทศไทย ให้บรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(The End TB Strategy) ขององค์การอนามัยโลก และแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2561-2570<sup>11</sup> กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าการให้การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคคือยาหลายขนาน โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยลดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ และควรมีการติดตามประเมินผลปรับปรุงให้เหมาะสมเป็นวงจรต่อเนื่อง ทีมสุขภาพควรดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ โดยมีการเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมทุกมิติเป็นแบบองค์รวม การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยา ควรมีลักษณะ team approach ในบริบทของประเทศไทย การดูแลแบบ community based น่าจะดีกว่า clinic based เพราะประหยัดกว่า ลดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และผู้ป่วยสะดวกมากกว่า เป็นการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการจัดให้มีการอบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆรวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ที่สำคัญคือ คัดกรอง ค้นหาผู้มีอาการสงสัยให้รวดเร็ว โดยแยกออกจากผู้ป่วยอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย วินิจฉัยโรคและเริ่มรักษาโดยเร็ว และจัดเวลาในการให้บริการอย่างรวดเร็วและใช้เวลาสั้นที่สุดในสถานพยาบาลสาธารณสุข ระบบส่งต่อและประสานงานเป็นกุญแจของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยา



## เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการรักษาวัณโรคด้วยยาหลายขนานด้วยสูตรยา ระยะสั้น 9 เดือน. กรุงเทพมหานคร:อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2561.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการบริหารจัดการและปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการด้านวัณโรค. กรุงเทพมหานคร:อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2562.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือแนวทางการติดตามและบริหารจัดการเชิงรุกด้าน ความปลอดภัยในการใช้ ยารักษาวัณโรคด้วยยาในประเทศไทย.กรุงเทพมหานคร:อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์;2563.
4. World Health Organization.Tuberculosis preventive treatment:rapid communication. Geneva: World Health Organization;2024.
5. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการใช้โปรแกรมNTIP(National Tuberculosis Information Program.).กรุงเทพมหานคร:อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2566.
6. World Health Organization.WHO operational handbook on tuberculosis,module4: Treatment drug-resistant tuberculosis treatment 2022 update:web Annexes. Geneva: World Health Organization;2022.
7. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคอุบัติ ใหม่/โรคอุบัติซ้ำ เล่มที่ 5.นนทบุรี:อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2561.
- 8.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคด้วยยา พ.ศ.2567.กรุงเทพมหานคร.อักษร กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2567.
9. HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents.A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council(OARAC). Guidelines for the use of Antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV.(Updated 2023 Dec 6).In: Clinicalinfo.HIV.gov(Internet).Rockville(MD):US Department of Health and Human Services;2002.
10. Lynch T.Pretomanid TB alliance(internet).(Cited 2021 dec 17).Available from:<http://www.Tballionce.org/portfolio/compound/pretomanid>.
11. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค. กรุงเทพมหานคร:อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2568.

## การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟัง โรงพยาบาลปากช่องนานา Development of care guidelines for hearing impaired patients using hearing aids at Pakchong Nana Hospital.

(Received: June 24,2025 ; Revised: June 27,2025 ; Accepted: June 29,2025)

ปรีชาติ แจ่มพัฒนกิจ<sup>1</sup>  
parichat chaempattanakit<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในการใช้เครื่องช่วยฟัง และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โรงพยาบาลปากช่องนานา การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน 2568 ประกอบด้วย 2 วัฏรอบ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา CVI $\geq$ 0.80 และค่าความเที่ยง  $\alpha$ =0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ Paired t-test และ McNemar test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.67 ได้แนวทางการดูแลที่ครอบคลุมการประเมิน การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การจัดทำคู่มือ และการติดตามต่อเนื่อง หลังการใช้แนวทาง ผู้พิการทางการได้ยินมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้และดูแลรักษาเครื่องช่วยฟังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p<0.001$ ) โดยการเปิดปิดเครื่อง การสวมใส่ และการปรับระดับเสียงเพิ่มเป็นร้อยละ 100 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก  $3.53\pm0.03$  เป็น  $4.49\pm0.02$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือความชัดเจนของการได้ยิน ( $5.00\pm0.00$ ) และการสนทนากับผู้อื่น ( $4.93\pm0.25$ )

**คำสำคัญ** ผู้พิการทางการได้ยิน เครื่องช่วยฟัง แนวทางการดูแล การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### Abstract

This study was action research aimed to develop a care guideline for hearing-impaired individuals using hearing aids and to evaluate user satisfaction at Pak Chong Nana Hospital. This action research was conducted from February 1 to April 30, 2025, comprising two cycles following Kemmis and McTaggart's framework. Thirty participants were selected through purposive sampling. Research instruments were validated for content validity (CVI $\geq$ 0.80) and reliability ( $\alpha$ =0.87). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the Paired t-test and the McNemar test.

Results revealed that most participants were elderly, aged 60 years and above (76.67%). The developed care guideline encompassed assessment, education, skill training, manual development, and continuous follow-up. Following guideline implementation, hearing-impaired individuals demonstrated statistically significant improvements in all aspects of hearing aid usage and maintenance ( $p<0.001$ ), with proper device operation, wearing position, and volume adjustment reaching 100% compliance. Mean satisfaction scores increased significantly from  $3.53\pm0.03$  to  $4.49\pm0.02$  ( $p<0.001$ ), with highest satisfaction in hearing clarity ( $5.00\pm0.00$ ) and conversation comprehension ( $4.93\pm0.25$ ).

**Keywords:** Hearing impairment, Hearing aids, Care guidelines, Action research

### บทนำ

การสูญเสียการได้ยินเป็นความพิการที่พบได้บ่อยที่สุดทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามี

ประชากรมากกว่า 1.5 พันล้านคน คิดเป็น)20% ของประชากรโลกที่มีภาวะสูญเสียการได้ยิน ใน (จำนวนนี้ประมาณ430 ล้านคน )5.5% ของประชากร

<sup>1</sup> กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา

โลกมีภาวะสูญเสียการได้ยินในระดับปานกลางถึง (รุนแรง) ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคนภายในปี ค.ศ.2050<sup>1</sup> การสูญเสียการได้ยินที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทั่วโลกประมาณ 980 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี การใช้เครื่องช่วยฟังเป็นวิธีการหลักในการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน แต่พบว่าทั่วโลกมีเพียง 17% ของผู้ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยฟังที่ได้รับและใช้อย่างเหมาะสม พบว่าอุปสรรคสำคัญของการใช้เครื่องช่วยฟัง ประกอบด้วยการเข้าถึงบริการที่จำกัด ค่าใช้จ่ายสูง การขาดความรู้และทักษะในการใช้งาน และการขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างเหมาะสมจำเป็นต้องใช้แนวทางแบบองค์รวมที่มีผู้พิการทางการได้ยินเป็นศูนย์กลาง จากการปริทัศน์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Barker และคณะ<sup>2</sup> พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ใช้เครื่องช่วยฟังในการออกแบบและพัฒนาบริการช่วยเพิ่มอัตราการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอได้มากถึง 40% เมื่อเทียบกับการให้บริการแบบทั่วไป โดย Edwards และคณะ<sup>3</sup> ได้เสนอกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้พิการทางการได้ยินในการพัฒนาบริการเครื่องช่วยฟังที่เน้นการตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยฟัง แต่ยังมีช่องว่างในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน

ในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่ามีผู้พิการทางการได้ยินประมาณ 369,562 คน<sup>4</sup> กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าผู้พิการทางการได้ยินที่ได้รับการตรวจคัดกรองและขึ้นทะเบียนเพื่อรับสิทธิเครื่องช่วยฟังจำนวน 186,435 คน แต่มีเพียง 75,214 คน ที่ได้รับเครื่องช่วยฟังและในจำนวนนี้มีเพียง 30,085 คน ที่ใช้เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอ แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ปี 2566-

2570 ได้กำหนดเป้าหมายให้ผู้พิการทางการได้ยินสามารถเข้าถึงบริการเครื่องช่วยฟังที่มีคุณภาพและใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเป็น 70% ภายในปี 2570<sup>5</sup> ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการ (.สปสช) จัดหาเครื่องช่วยฟังและการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินอย่างครบวงจรแต่ยังพบปัญหาในการบริหารจัดการและการติดตามผลการใช้งาน<sup>6</sup> การศึกษาของสมสมร ชิตตระกูล และคณะ<sup>7</sup> เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในชุมชนเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ครอบครัว และชุมชนในการวางแผนและพัฒนาระบบบริการช่วยเพิ่มอัตราการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างต่อเนื่องได้ร้อยละ 35 และช่วยลดปัญหาการใช้งานผิดวิธีลงร้อยละ 28 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในบริบทของประเทศไทย

โรงพยาบาลปากช่องนานาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้พิการทางการได้ยินที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก เฉลี่ย 250 รายต่อปี ในจำนวนนี้มีผู้ใช้เครื่องช่วยฟัง 180 ราย จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี (2565-2567) พบว่าผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังมีปัญหาในการใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 65 โดยปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การใส่เครื่องช่วยฟังไม่ต่อเนื่องหรือเก็บไว้ไม่ได้ใช้งาน การใส่เครื่องช่วยฟังไม่ถูกต้อง การเปลี่ยนแบตเตอรี่ไม่เป็น การทำความสะอาดไม่ถูกต้อง และการแก้ไขปัญหาลำบากจนต้องส่งผลให้เครื่องช่วยฟังชำรุดเสียหายก่อนเวลาอันควร และผู้พิการไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้พิการและผู้ดูแลพบว่า สาเหตุของปัญหาเกิดจากการขาดความรู้และทักษะในการใช้เครื่องช่วยฟัง การไม่ได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมถึงการไม่มีระบบการติดตามและให้คำปรึกษาที่เป็นระบบ นอกจากนี้การสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพพบว่า โรงพยาบาลยังขาดแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ

ร่วมกันของทีม ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในการใช้เครื่องช่วยฟังโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย<sup>8</sup> ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้พิการทางการได้ยิน ให้สามารถใช้เครื่องช่วยฟังได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการชำรุดเสียหายของเครื่องช่วยฟังก่อนเวลาอันควร ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในการใช้เครื่องช่วยฟังของโรงพยาบาลปากช่องนานา เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้พิการทางการได้ยินให้ดียิ่งขึ้น แผนกผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก โรงพยาบาลปากช่องนานามีจุดมุ่งหมายในการให้บริการทางด้านการตรวจวินิจฉัยและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินให้กับผู้พิการทางการได้ยิน เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถใช้การได้ยินที่เหลืออยู่ (residual hearing) ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จากสถิติ 3 ปีย้อนหลังของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกแผนกหู คอ จมูก พบว่ามีผู้พิการทางการได้ยินเพิ่มมากขึ้นโดย ปี 2565 จำนวน 243 คน ปี 2566 จำนวน 311 คน และปี 2567 จำนวน 352 คน จากจำนวนผู้รับบริการที่เป็นผู้พิการทางการได้ยิน พบว่ามีผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยาหรือการผ่าตัด ร่วมกับมีปัญหาด้านการสื่อสารจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินด้วยการใส่เครื่องช่วยฟัง เพื่อให้สามารถกลับมาสื่อสารได้และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการสังเกตกระบวนการปฏิบัติงานและปัญหาของผู้รับบริการใส่เครื่องช่วยฟังที่ได้รับเครื่องช่วยฟังไปแล้วแต่ไม่ได้ใส่ต่อเนื่อง ทำให้สูญเสียงบประมาณและไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการที่แท้จริงดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงประโยชน์เรื่องการใช้เครื่องช่วยฟังในผู้พิการทางการได้ยิน จึงต้องการพัฒนาแนวทางการ

ดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังในโรงพยาบาลปากช่องนานา เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถใช้งานเครื่องช่วยฟังได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ได้รับประโยชน์สูงสุดคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปกับการซื้อเครื่องช่วยฟังซึ่งเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาค่อนข้างสูง การศึกษานี้จะช่วยพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในการใช้เครื่องช่วยฟังที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของโรงพยาบาลปากช่องนานา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ พนักงานวิทยาศาสตร์ตรวจและแก้ไขการได้ยิน ผู้พิการทางการได้ยินและญาติ และช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุทธศาสตร์ที่ 4 ของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2565-2570 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดแบบครบวงจร ผลการศึกษาจะเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในการใช้เครื่องช่วยฟัง โรงพยาบาลปากช่องนานา
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในการใช้เครื่องช่วยฟัง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart<sup>10</sup> ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะเป็นวงจรแบบเกลียวสว่าน (Spiral Cycle) มี 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การ

ปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 วงรอบ โดยในแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart<sup>10</sup> ดังนี้

#### วงรอบที่ 1 ก่อนการทดลอง (ระยะเวลา 1 เดือน)

##### 1) ขั้นการวางแผน (Planning)

- ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาของการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟัง

- สำรวจปัญหาและความต้องการของผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์

- ทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟัง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้พิการทางการได้ยิน และผู้ดูแล พัฒนาเครื่องมือในการประเมินผลการใช้แนวทางการดูแล จัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์สำหรับการให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้เครื่องช่วยฟัง

##### 2) ขั้นการปฏิบัติ (Action)

- ให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น

- ดำเนินการตามแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย: การประเมินความต้องการและปัญหาของผู้พิการทางการได้ยินรายบุคคล การให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างถูกวิธี

การสอนการบำรุงรักษาและทำความสะอาดเครื่องช่วยฟัง การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

การนัดติดตามและประเมินผลเป็นระยะ

##### 3) ขั้นการสังเกต (Observation)

- เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการดำเนินการตามแนวทางการดูแล โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น

- สังเกตและบันทึกพฤติกรรมการใช้เครื่องช่วยฟังของผู้พิการทางการได้ยิน

- ติดตามความต่อเนื่องในการใช้เครื่องช่วยฟัง

- ประเมินความพึงพอใจของผู้พิการทางการได้ยินและผู้ดูแล

- บันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการดำเนินการ

##### 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

- จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

- นำเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้พิการทางการได้ยินและผู้ดูแลรับทราบ

- รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

- วิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

- สรุปบทเรียนและวางแผนปรับปรุงแนวทางการดูแลสำหรับวงรอบต่อไป

#### วงรอบที่ 2 หลังการทดลอง (ระยะเวลา 2 เดือน)

1) ขั้นการวางแผน (Planning) ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังตามผลการสะท้อนคิดจากวงรอบที่ 1 พัฒนาสื่อและอุปกรณ์เพิ่มเติมตามความต้องการที่พบออกแบบกิจกรรมเสริมเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในวงรอบที่ 1

2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแนวทางการดูแลที่ปรับปรุงใหม่ จัดกิจกรรมเสริมเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบ เช่น การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) การเยี่ยมบ้าน หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

3) ขั้นการสังเกต (Observation) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการดำเนินการตามแนวทางการดูแลที่ปรับปรุงใหม่ ประเมินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด เปรียบเทียบผลลัพธ์กับผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1

4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟัง



ฉบับสมบูรณ์ เผยแพร่แนวทางการดูแลให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ วางแผนการติดตามผลในระยะยาว

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้พิการทางการได้ยิน และผู้ดูแล ประกอบด้วย แบบประเมินติดตามการให้บริการด้านสุขภาพรายบุคคล คู่มือการใช้และบำรุงรักษาเครื่องช่วยฟัง แนวทางการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเบื้องต้น แผนการติดตามและประเมินผล สื่อและอุปกรณ์การสอน ได้แก่ แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยฟัง เครื่องช่วยฟังชนิดต่างๆ สำหรับฝึกปฏิบัติ อุปกรณ์ทำความสะอาดเครื่องช่วยฟัง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล

- แบบประเมินความถูกต้องเกี่ยวกับการใช้และบำรุงรักษาเครื่องช่วยฟัง เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบถูกหรือไม่ถูก จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 9 คะแนน

- แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้เครื่องช่วยฟัง เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินความถูกต้องในการใช้เครื่องช่วยฟังและแบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีการทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และ 0.68

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้เครื่องช่วยฟัง ความพึงพอใจ

2) การเก็บข้อมูลระหว่างการดำเนินการ บันทึกกิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินงานตามแนวทางการดูแล บันทึกความต่อเนื่องในการใช้เครื่องช่วยฟังโดยผู้พิการทางการได้ยินหรือผู้ดูแลเป็นประจำทุกวัน เก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์ติดตาม บันทึกปัญหาอุปสรรค และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ

3) การเก็บข้อมูลหลังการดำเนินการในแต่ละวงรอบ ประเมินความถูกต้องและทักษะการใช้และบำรุงรักษาเครื่องช่วยฟัง ประเมินความต่อเนื่องในการใช้เครื่องช่วยฟัง ประเมินความพึงพอใจในการใช้เครื่องช่วยฟัง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความถูกต้องของการใช้และบำรุงรักษาเครื่องช่วยฟัง เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลเครื่องช่วยฟัง ด้วยสถิติ McNemar Chi Square test และวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ใช้เครื่องช่วยฟัง เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้เครื่อง ด้วยสถิติ Paired t-test

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดย อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อให้เข้าใจภาพรวม แยกข้อมูลออกเป็นหน่วยความหมาย (Meaning Unit) หาประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) สรุปและตีความหมายข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกต ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลปากช่องนานา เลขที่ ECPC-P 2568-003

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้พิการทางการได้ยินที่ใช้เครื่องช่วยฟังที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก แผนกหูคอ จมูก โรงพยาบาลปากช่องนานา จำนวน 30 คน พบว่ามีสัดส่วนเพศชายและหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.67 เป็นกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 46.67 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 และมีมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.67 สำหรับอาชีพ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 33.33
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า ความพึงพอใจของ

ผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ในเกือบทุกด้านหลังดำเนินการ ด้านความชัดเจนของการได้ยินเสียงหลังใส่เครื่องช่วยฟัง มีคะแนนหลังดำเนินการสูงสุด 5.00 คะแนน ด้านการฟังโทรทัศน์/วิทยุ ที่ระดับเสียงปกติเพิ่มขึ้น 1.86 คะแนน การติดต่อสื่อสารเวลาเครื่องมีปัญหา เพิ่มขึ้น 1.80 คะแนน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพิ่มขึ้น 1.73 คะแนน ด้านการบริการทางการแพทย์ ความพึงพอใจสูงขึ้นในเรื่องกระบวนการสอนวิธีการใช้ ดูแลเครื่องช่วยฟัง เพิ่มขึ้น 1.43 คะแนน และการอธิบายวิธีการใช้งานเครื่องช่วยฟังจากนักแก้ไขการได้ยิน เพิ่มขึ้น 1.33 คะแนน และบริการช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่องหลังใส่เครื่องช่วยฟัง เพิ่มขึ้น 1.33 คะแนน พบด้านที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ กระบวนการให้บริการมีความรวดเร็ว ( $p\text{-value} = 0.088$ ) และความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ( $p\text{-value} = 0.160$ )

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการโดยรวม

| ความพึงพอใจ | ก่อนดำเนินการ |      | หลังดำเนินการ |      | Mean diff | 95% CI for Mean diff | p-value |
|-------------|---------------|------|---------------|------|-----------|----------------------|---------|
|             | Mean          | SD   | Mean          | SD   |           |                      |         |
| โดยภาพรวม   | 3.53          | 0.03 | 4.49          | 0.02 | -0.96     | -1.04 to -0.88       | <0.001  |

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการโดยรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการดำเนินการ (Mean = 4.49, SD = 0.02) สูงกว่าก่อนการดำเนินการ (Mean = 3.53, SD = 0.03) อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) เท่ากับ -0.96 และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -1.04 ถึง -0.88 คะแนน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติถูกต้องก่อนและหลังการดำเนินการ (n=30)

| รายการ                                | การปฏิบัติ | การดำเนินการ |      | p-value |
|---------------------------------------|------------|--------------|------|---------|
|                                       |            | ก่อน         | หลัง |         |
| 1.สามารถเปิดปิดเครื่องได้อย่างถูกต้อง | ถูกต้อง    | 9            | 30   | <0.001  |
|                                       | ไม่ถูกต้อง | 21           | 0    |         |
|                                       | รวม        | 30           | 30   |         |
| 2.ใส่และถอดเปลี่ยนแบตเตอรี่ได้ถูกต้อง | ถูกต้อง    | 10           | 28   | <0.001  |
|                                       | ไม่ถูกต้อง | 20           | 2    |         |

|                                                                             |            |    |    |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|----|----|--------|
|                                                                             | รวม        | 30 | 30 |        |
| 3. ถอดแบตเตอรี่ออกทุกครั้งเมื่อ ไม่ใช้งาน                                   | ถูกต้อง    | 4  | 22 | <0.001 |
|                                                                             | ไม่ถูกต้อง | 26 | 8  |        |
|                                                                             | รวม        | 30 | 30 |        |
| 4. สวมใส่เครื่องช่วยฟังในตำแหน่งที่ถูกต้อง                                  | ถูกต้อง    | 11 | 30 | <0.001 |
|                                                                             | ไม่ถูกต้อง | 19 | 0  |        |
|                                                                             | รวม        | 30 | 30 |        |
| 5. ปรับลด-เพิ่ม ระดับเสียงเครื่องช่วยฟังได้ด้วยตัวเอง                       | ถูกต้อง    | 14 | 30 | <0.001 |
|                                                                             | ไม่ถูกต้อง | 16 | 0  |        |
|                                                                             | รวม        | 30 | 30 |        |
| 6. ใส่เครื่องช่วยฟังอย่างน้อย 4 ชม. ต่อวัน                                  | ถูกต้อง    | 8  | 26 | <0.001 |
|                                                                             | ไม่ถูกต้อง | 22 | 4  |        |
|                                                                             | รวม        | 30 | 30 |        |
| 7. สามารถอธิบายประโยชน์ของการใช้เครื่องช่วยฟังได้                           | ถูกต้อง    | 24 | 30 | <0.001 |
|                                                                             | ไม่ถูกต้อง | 6  | 0  |        |
|                                                                             | รวม        | 30 | 30 |        |
| 8. สามารถเก็บเครื่องช่วยฟังในที่ที่เหมาะสม ไม่วางไว้ในที่ร้อนหรือเย็นเกินไป | ถูกต้อง    | 10 | 27 | <0.001 |
|                                                                             | ไม่ถูกต้อง | 20 | 3  |        |
|                                                                             | รวม        | 30 | 30 |        |
| 9. ทราบแหล่งให้บริการ ซ่อมแซมเครื่องช่วยฟัง                                 | ถูกต้อง    | 10 | 30 | <0.001 |
|                                                                             | ไม่ถูกต้อง | 20 | 0  |        |
|                                                                             | รวม        | 30 | 30 |        |

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการทดลองมีการปฏิบัติถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ในทุกด้าน โดยก่อนดำเนินการมีผู้ที่สามารถเปิดปิดเครื่องได้อย่างถูกต้องเพียง 9 คน เพิ่มขึ้น 30 คน (100%) หลังดำเนินการ ด้านการใส่และถอดเปลี่ยนแบตเตอรี่ผู้ทำได้ถูกต้องเพิ่มจาก 10 คน เป็น 28 คน การถอดแบตเตอรี่เมื่อไม่ใช้งานเพิ่มจาก 4 คน เป็น 22 คน ด้านการสวมใส่เครื่องช่วยฟังในตำแหน่งที่ถูกต้องเพิ่มจาก 11 คน เป็น 30 คน (100%) และการปรับระดับเสียงเพิ่มจาก 14 คน เป็น 30 คน (100%) ส่วนการใส่เครื่องช่วยฟังอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวันเพิ่มจาก 8 คน เป็น 26 คน และความสามารถในการอธิบายประโยชน์ของเครื่องช่วยฟังเพิ่มจาก 24 คน เป็น 30 คน (100%) ผู้ที่สามารถเก็บเครื่องช่วยฟังในที่ที่เหมาะสมเพิ่มจาก 10 คน เป็น

27 คน และผู้ที่ทราบแหล่งให้บริการซ่อมแซมเพิ่มจาก 10 คน เป็น 30 คน (100%)

### สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในการใช้เครื่องช่วยฟัง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในการใช้เครื่องช่วยฟังโดยการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ช่วยให้ได้แนวทางที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Barker และคณะ<sup>9</sup> ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ใช้เครื่องช่วยฟังในการออกแบบและพัฒนาบริการช่วยเพิ่มอัตราการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างสม่ำเสมอได้มากถึง 40% เมื่อเทียบกับการให้บริการแบบทั่วไป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผู้

พิการทางการได้ยินมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการใช้ และดูแลรักษาเครื่องช่วยฟังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมสมร ชิตตระกูล และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้พิการ ครอบครัว และชุมชนในการวางแผนและพัฒนาระบบบริการช่วยเพิ่มอัตราการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างต่อเนื่องได้ร้อยละ 35 และช่วยลดปัญหาการใช้งานผิดวิธีลงร้อยละ 28 การที่ผู้พิการทางการได้ยินสามารถใช้และดูแลรักษาเครื่องช่วยฟังได้อย่างถูกต้องมากขึ้นนั้น อาจเป็นผลมาจากการที่แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำคู่มือที่เข้าใจง่ายและการสร้างช่องทางการติดต่อสื่อสารเมื่อมีปัญหา ซึ่ง Edwards และคณะ<sup>3</sup> ได้เสนอว่ากรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้พิการทางการได้ยินในการพัฒนาบริการเครื่องช่วยฟังควรเน้นการตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้พิการบางส่วนที่ยังคงมีปัญหาในการใส่และถอดเปลี่ยนแบตเตอรี่ ร้อยละ 6.67 การถอดแบตเตอรี่เมื่อไม่ใช้งาน ร้อยละ 26.67 และการเก็บเครื่องช่วยฟังในที่ที่เหมาะสม ร้อยละ 10 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านอายุและระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Valente, M., & Valente, M.<sup>11</sup> ที่พบว่าปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษามีผลต่อความสามารถในการใช้และดูแลรักษาเครื่องช่วยฟัง

2. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในการใช้เครื่องช่วยฟัง ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกด้านหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะในด้านความชัดเจนของการได้ยินเสียงหลังใส่เครื่องช่วยฟัง การสนทนากับผู้อื่น และการฟังโทรทัศน์/วิทยุที่ระดับเสียงปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้พิการทางการได้ยินสามารถใช้เครื่องช่วยฟังได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> ที่ระบุว่าการใช้เครื่องช่วยฟังอย่างเหมาะสมช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดผลกระทบทางจิตสังคมของการสูญเสียการได้ยิน นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในด้านความสะดวกในการติดต่อสื่อสารเมื่อเครื่องมีปัญหา และการบริการช่วยเหลือติดตามอย่างต่อเนื่องหลังใส่เครื่องช่วยฟัง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบการติดตามและให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson และคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่าการขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญของการใช้เครื่องช่วยฟัง อย่างไรก็ตาม ยังมีบางด้านที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้แนวทางการดูแล ได้แก่ กระบวนการให้บริการรวดเร็ว และความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดเชิงระบบที่ยังคงมีอยู่

ประเด็นนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลปากช่องนานา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องให้บริการประชาชนจำนวนมากภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด เช่นเดียวกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในระบบสาธารณสุขไทย ถึงแม้จะมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดหาเครื่องช่วยฟังและการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินตามที่ระบุไว้ในบทที่ 1 แต่ยังคงมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการกระบวนการจัดซื้อและความพร้อมของอุปกรณ์สำหรับการใส่และซ่อมบำรุงเครื่องช่วยฟัง ตลอดจนระบบการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการสร้างกระบวนการที่มีการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะผู้พิการและครอบครัว สามารถช่วยลดช่องว่างเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงต้องการการพัฒนาเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว

**ข้อเสนอแนะ**

## 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่าการใส่และถอดเปลี่ยนแบตเตอรี่ และการถอดแบตเตอรี่เมื่อไม่ใช้งานยังเป็นปัญหาสำหรับผู้รับบริการบางส่วน ควรพัฒนาอุปกรณ์ช่วยในการเปลี่ยนแบตเตอรี่ (battery insertion aid) ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวของมือและนิ้ว พร้อมทั้งจัดทำตารางบันทึกการเปลี่ยนแบตเตอรี่อย่างง่ายให้กับผู้รับบริการ

1.2 จากผลการประเมินความพึงพอใจที่พบว่าความสะดวกในการติดต่อสื่อสารเมื่อเครื่องมีปัญหา มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด เพิ่มขึ้น 1.80 คะแนน แต่ยังไม่ถึงระดับสูงสุด โรงพยาบาลควรจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาเรื่องเครื่องช่วยฟังโดยเฉพาะอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน และจัดทำระบบการให้คำปรึกษาทางไกลผ่านแอปพลิเคชันไลน์หรือวิดีโอคอล โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมเรื่องการใช้อุปกรณ์และแก้ไขปัญหาเครื่องช่วยฟังเบื้องต้นคอยให้คำแนะนำ

1.3 จากผลการวิจัยที่พบว่ากระบวนการให้บริการมีความรวดเร็วและความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ยังไม่มีเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรศึกษาทีมคร่อมสายงานเรื่องพัฒนาระบบการกระบวนการจัดซื้อเครื่องช่วยฟังให้เร็วขึ้น เพื่อลดระยะเวลารอคอยและช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นได้ล่วงหน้า

1.4 จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้พิการทางการได้ยินมีความพึงพอใจด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เพิ่มขึ้น 1.73 คะแนน ควรจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (support group) สำหรับผู้พิการทางการได้ยิน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยฟัง เทคนิคการสื่อสาร และการปรับตัวในสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ โดยจัด

กิจกรรมพบปะกันทุก 3 เดือนและสร้างช่องทางการสื่อสารผ่านกลุ่มออนไลน์

1.5 จากผลการประเมินที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ควรพัฒนาสื่อการสอนและคู่มือการใช้เครื่องช่วยฟังที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นภาพประกอบที่ชัดเจน ตัวอักษรขนาดใหญ่ และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย รวมถึงพัฒนาวิดีโอสาธิตที่มีคำบรรยายได้ภาพและภาษามือประกอบ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถทบทวนได้ที่บ้าน

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้พิการทางการได้ยินในระยะยาว โดยติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังและคุณภาพชีวิตของผู้พิการเป็นระยะเวลา 1-ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน 2 ของผลลัพธ์และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้อุปกรณ์ช่วยฟังอย่างต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาผลของการมีญาติผู้ดูแลที่ได้รับ 2 การฝึกอบรมอย่างเป็นระบบต่อพฤติกรรมการใช้เครื่องช่วยฟังของผู้พิการทางการได้ยิน โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่ญาติผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรม

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนาระบบการ 3 ) ติดตามการใช้เครื่องช่วยฟังทางไกล (tele audiology) ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล โดยศึกษาความเป็นไปได้ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของการให้บริการ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ 4 ประสบการณ์และความท้าทายในการใช้เครื่องช่วยฟังของผู้พิการทางการได้ยินที่อาศัยในพื้นที่ชนบท เพื่อให้เข้าใจอุปสรรคเฉพาะและพัฒนาแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). World report on hearing. Geneva: WHO.
2. Barker, F., Mackenzie, E., & Wilson, C. (2021). Psychological interventions for adults with hearing loss: A systematic review. International Journal of Audiology, 60(2), 85-96.



3. Edwards, Et.al. (2022). Communication accommodation theory: Past accomplishments, current trends, and future prospects. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0388000123000360>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ . (2565). 2023[https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2023/20230725162812\\_14118.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230725162812_14118.pdf)
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการ ปี 2562-2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
7. สมสมร ชิตตระการ และคณะ. (2022). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายในจังหวัดสระบุรี. *Journal of Modern Learning Development*, 6(6), 104-117.
8. Dillon, H., & Carpentier, L. (2018). Comparing prescription procedures and sound quality rating of different hearing aids. *International Journal of Audiology*, 51(3), 247-252.
9. Barker, F., Mackenzie, E., & Wilson, C. (2021). Psychological interventions for adults with hearing loss: A systematic review. *International Journal of Audiology*, 60(2), 85-96.
10. Valente, M., & Valente, M. (2021). Using outcome measures in daily audiological practice: A position statement. *American Journal of Audiology*, 20(1), 3-12.
11. Wilson, B. S., Tucci, D. L., O'Donoghue, G. M., & Merson, M. H. (2023). A call for equitable access to hearing care. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(7), 523-523A.

# การนำใช้เทคนิคทางอณูชีววิทยาวิธี TB-LAMP สำหรับตรวจวินิจฉัยและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

## The use of TB-LAMP test for detecting Mycobacterium tuberculosis in TB suspected patients and TB risk groups in Namphong Hospital Khonkaen Province.

(Received: June 16,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 26,2025)

สันต์ เกตดี<sup>1</sup> ณัฐนันทร ดาเหล็ก<sup>1</sup> ศุภชญา ปานสวัสดิ์<sup>1</sup> เมธาวิ มะธิปะโน<sup>1</sup> ประภาพรรณ ศรีมันตะ<sup>1</sup> นิภาพร ภักดี  
เจริญกุล<sup>2</sup> สมพงษ์ บุษราคัม<sup>3</sup>

San Katedee<sup>1</sup> Natnantaporn Dalek<sup>1</sup> Supatchaya Pansawat<sup>1</sup> Matawee Matipano<sup>1</sup> Prapaphan  
Srimunta<sup>1</sup> Nipaporn Pakdeejarernkun<sup>2</sup> Sompong Busarakum<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by Cross-sectional study) เพื่อศึกษาผลของการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี TB-LAMP test เปรียบเทียบกับการย้อมสี AFB Stain รวมถึงศึกษาความชุกของวัณโรคที่ตรวจด้วยเทคนิค TB-LAMP test และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรค กลุ่มตัวอย่างคือเสมหะของผู้รับบริการที่แพทย์สงสัยว่าเป็นวัณโรคปอดและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 ถึง 31 สิงหาคม 2567 จำนวน 352 ตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 352 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.5) และมีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 54.0) ผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธี AFB stain พบผลพบเชื้อ 72 ราย (ร้อยละ 20.45) ในขณะที่วิธี TB-LAMP พบผลบวก 100 ราย (ร้อยละ 28.41) แสดงให้เห็นว่าวิธี TB-LAMP มีประสิทธิภาพในการตรวจพบเชื้อสูงกว่า AFB stain อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผลการศึกษาความชุกของวัณโรคในกลุ่มตัวอย่างพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 28.41, 95%CI: 23.95-33.33) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.0) และมีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.0) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยง 13.6 เท่า (95% CI = 6.412–28.899), ภาวะทุพโภชนาการ เพิ่มความเสี่ยง 10.5 เท่า (95% CI = 1.154–94.755) และประวัติการเป็นวัณโรค เพิ่มความเสี่ยง 4.9 เท่า (95% CI = 1.595–14.964) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบปัจจัยบางอย่าง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้สัมผัสใกล้ชิด/ร่วมบ้าน กลับมีความเสี่ยงลดลง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา

**คำสำคัญ:** วัณโรค TB-LAMP test ย้อมสีทึบกรด ความชุก ปัจจัยเสี่ยง โรงพยาบาลชุมชน

### Abstract

This survey research by Cross-sectional study aimed to evaluate the effectiveness of the TB-LAMP test compared to AFB stain for TB detection, determine the prevalence of TB identified by the TB-LAMP test, and identify factors associated with TB in the Nam Phong District, Khon Kaen Province. The study included 352 sputum samples from patients suspected of having pulmonary TB in Nam Phong Hospital, collected between September 1, 2023, and August 31, 2024.

The results showed that the majority of the study participants were male (60.5%) and over 65 years old (54.0%). AFB stain detected TB in 72 cases (20.45%), while the TB-LAMP test identified 100 cases (28.41%), demonstrating that the TB-LAMP test had significantly higher detection efficacy than AFB stain ( $p < 0.001$ ). The prevalence of TB detected by the TB-LAMP test in the study population was 28.41% (95%

<sup>1</sup> นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

<sup>2</sup> นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

<sup>3</sup> เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญาน โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

CI: 23.95-33.33). Among the 100 new TB cases, most were male (77.0%) and over 65 years old (42.0%). Significant risk factors for TB infection included a history of smoking (13.6-fold increased risk; 95% CI: 6.412–28.899), malnutrition (10.5-fold increased risk; 95% CI: 1.154–94.755), and a history of tuberculosis (4.9-fold increased risk; 95% CI: 1.595–14.964). Interestingly, some factors, such as chronic obstructive pulmonary disease and close contacts/household members, showed a decreased risk, which was inconsistent with previous research.

**Keywords:** Tuberculosis TB-LAMP test AFB stain Prevalence Risk factors Community hospital

## บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis :TB) เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศ และเป็นสาเหตุหลักของการป่วย 10 อันดับโรคแรกที่ทำให้เสียชีวิตทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั่วโลก 10.6 ล้านคน และเสียชีวิต 1.4 ล้านคน<sup>1</sup> ประเทศไทยเป็น 1 ใน 30 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงที่สุดในโลก องค์การอนามัยโลกคาดประมาณทางระบาดวิทยาว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,00 ราย เสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย จากรายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ สูงสุดอันดับที่ 2 ในประเทศไทย<sup>2</sup>

เพื่อยุติปัญหานี้ ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 พ.ศ. 2566-2570 โดยกำหนดยุทธศาสตร์เร่งรัดการค้นหาและตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพื่อนำผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขและแรงงานข้ามชาติ โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเทคโนโลยี

อณูชีววิทยา หรือตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยาในผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยแต่ไม่สามารถเข้าถึงการเอกซเรย์ปอดเช่น ผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการหรือผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ<sup>3</sup>

การตรวจหาเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคปอด เริ่มจากตรวจเสมหะด้วยการย้อมสีทึบกรด (AFB stain) และเพาะเชื้อวัณโรค ต่อมามีการพัฒนาเทคนิคการตรวจด้วยเทคโนโลยีอณูชีววิทยาและในปี พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลกได้รับรองวิธีการตรวจด้วยเทคโนโลยีอณูชีววิทยาและการทดสอบเชื้อดื้อยาเป็นวิธีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรค และได้ปรับแนวทางการตรวจวินิจฉัยวัณโรคใหม่ในปี พ.ศ. 2564<sup>4</sup> แต่เทคนิคการย้อมสีถึงแม้ว่าเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและเร็ว แต่มีข้อเสียคือมีความไวต่ำ อาจเกิดผลบวกได้จากการติดเชื้ออื่นเช่น *Rhodococcus*, *Nocardia* และ *Corynebacterium* และไม่เหมาะสมในการตรวจในกรณีตัวอย่างจำนวนมาก<sup>5</sup> การตรวจด้วยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา (Molecular testing) เช่นเทคนิค Xpert MTB/RIF เป็นวิธีที่สามารถตรวจวินิจฉัยวัณโรคได้<sup>6</sup> อีกทั้งวิธีนี้สามารถทดสอบความไวยา Rifampicin ได้<sup>7</sup> แต่มีข้อจำกัดในการตรวจที่ต้องใช้เครื่องมือราคาแพง รวมถึงองค์ประกอบด้านสถานที่ที่ต้องเป็นสัดส่วนเน้นความปลอดภัยและน้ำยาตรวจวิเคราะห์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงอาจไม่เหมาะสมกับหลายๆประเทศที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือประเทศกำลังพัฒนา

วิธี TB-LAMP (Loop-mediated isothermal amplification) เป็นวิธีการตรวจวัณโรคโดยใช้เทคนิค ซึ่งใช้เครื่องมือที่ไม่ซับซ้อน ใช้สถานที่มาตรฐานเดียวกับการตรวจแบบย้อมสี

และน้ำยาราคาไม่แพง อีกทั้งมีความไวที่สูงกว่าวิธีย้อมสีแต่ใกล้เคียงกับวิธี Xpert MTB/RIF ความจำเพาะใกล้เคียงกับทั้งวิธีย้อมสีและวิธี Xpert MTB/RIF จากการทบทวนวรรณกรรม TB-LAMP test พบว่ามี pooled sensitivity 77.7, 95% CI 71.2–83.0) และ pooled specificity 98.1, 95% CI 95.7–99.2<sup>8</sup> วิธี TB-LAMP จึงเป็นวิธีการตรวจที่ได้มาตรฐานและน่าจะมีศักยภาพที่จะนำมาใช้ตรวจวินิจฉัยวัณโรคในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งองค์การอนามัยโลกรวมถึงกองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทยยอมรับและเสนอแนะให้ใช้เทคนิค LAMP ในการตรวจวินิจฉัยวัณโรคได้<sup>9</sup> และแนะนำให้แทนวิธีการย้อมสีหรือตรวจเพิ่มเติมในกรณีผลการย้อมสีไม่พบเชื้อ อีกทั้งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนการจัดตั้งห้องปฏิบัติการอนุชีวิวิทยา เพื่อให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรค ปัจจุบันยังมีการศึกษาวิธี TB-LAMP ในการตรวจและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจนำใช้เทคนิค TB-LAMP test มาร่วมตรวจวินิจฉัยวัณโรคทางห้องปฏิบัติการและร่วมค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ในโรงพยาบาลน้ำพอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ที่มีทรัพยากรค่อนข้างจำกัดและมีเพียงวัสดุอุปกรณ์วิทยาศาสตร์พื้นฐาน เพื่อแสดงให้เห็นว่าวิธี TB-LAMP มีความเหมาะสมในการตรวจวัณโรคในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรควิธี TB-LAMP test เปรียบเทียบกับการตรวจวิธีย้อมสี AFB Stain
2. เพื่อศึกษาความชุกของวัณโรคที่ตรวจด้วยเทคนิค TB-LAMP test
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับวัณโรคในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

### วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ตัวอย่างเสมอของ ผู้รับบริการที่แพทย์สงสัยว่าเป็นวัณโรคปอด ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่หอบ ผู้ป่วยจากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคได้แก่ ผู้ป่วยคลินิกยาต้านไวรัส คลินิกเบาหวาน ความดัน จากการค้นหาเชิงรุกในชุมชน และจากการสอบสวนโรค ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลน้ำพอง ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2566 จนถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567

**เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษาดังนี้ (Inclusion criteria)** (1) ตัวอย่างเสมอของ ผู้รับบริการรายใหม่ที่แพทย์สงสัยว่าเป็นวัณโรคปอดและตัวอย่างเสมอของ กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคและส่งตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคโดยวิธีย้อมสี AFB และวิธี TB-LAMP test พร้อมกัน (2) ตัวอย่างมีปริมาณอย่างน้อย 1 มิลลิลิตร

**เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษามีดังนี้ (Exclusion criteria)** (1) ตัวอย่างเสมอที่ตรวจสอบแล้วพบว่าเป็นตัวอย่างของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนแล้วและกำลังอยู่ในระหว่างรักษาวัณโรค

### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

1. ขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนผลการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรควิธี TB-LAMP test กับวิธีย้อมสี AFB stain สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง<sup>10</sup> ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2))}{(p_1 - p_2)^2}$$

แทนค่า  $p_1$  ของวิธี AFB stain<sup>11</sup> เท่ากับ 11.1%,  $p_2$  ของวิธี TB-LAMP<sup>11</sup> เท่ากับ 28.9%,  $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.2$  แทนค่าได้ขนาดตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 76 ตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร<sup>12</sup>  $n_{adj} = \frac{n}{1-R}$  ให้  $R = 0.1$  ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 85 ตัวอย่าง

2. ขนาดตัวอย่างเพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อวัณโรค ใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ของ Daniel WW<sup>13</sup>

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2}$$

แทนค่า  $P = 0.289$ <sup>11</sup>,  $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ,  $e = 0.05$  แทนค่าได้ขนาดตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 316 ตัวอย่าง และป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง<sup>12</sup> ร้อยละ 10 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 352 ตัวอย่าง

**เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย**

1. การย้อมสี AFB stain ด้วยวิธี Ziehl-Neelsen stain<sup>14</sup>

2. ตรวจหาเชื้อวัณโรควิธี TB-LAMP ด้วยชุดตรวจดีเอ็นเอเชื้อวัณโรค DMSc TB FastAmp (TB-LAMP) Kit<sup>15</sup>

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะพื้นฐานผู้ป่วยจากเวชระเบียนและโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และเก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์จากแบบบันทึกการตรวจวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) แสดงผลข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการรายใหม่ที่แพทย์สงสัยว่าเป็นวัณโรคปอด ได้แก่ เพศ อายุ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)

2. สถิติเชิงพรรณนา แสดงความชุกโดยวิเคราะห์ผลเป็นค่าร้อยละและ 95%CI

3. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผลการตรวจพบเชื้อวัณโรคโดยวิธีย้อมสี AFB stain และวิธี TB-LAMP กำหนด  $p \text{ value} < 0.05$

4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ chi-square และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์แบบตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับวัณโรค ตัวแปรต้นได้แก่ กลุ่มเสี่ยงวัณโรค และตัวแปรตามคือผลการตรวจพบเชื้อวัณโรค

#### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายเลขรับรอง COE 045/2567 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม 2567 วันหมดอายุ 30 ตุลาคม 2568 และขออนุมัติการดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลน้ำพอง ก่อนดำเนินการวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 352 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 213 คน ร้อยละ 60.5 มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 190 คน ร้อยละ 54.0

**2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคระหว่างวิธี TB-LAMP test กับวิธี AFB stain**

จากการตรวจวัณโรคทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด 352 ราย พบการติดเชื้อวัณโรคจากการตรวจวิธี AFB stain และวิธี TB-LAMP จำนวน 72 ราย (ร้อยละ 20.45) และ 100 ราย (ร้อยละ 28.41) ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ



Chi-square พบว่ามีค่า  $p\text{-value} < 0.001$   
หมายความว่าทั้งสองวิธีมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%  
( $p < 0.05$ ) รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตรวจหาการติดเชื้อวัณโรควิธี TB-LAMP test กับการตรวจวิธี

AFB stain (n=352 คน)

| ลักษณะ                          | ผลตรวจเชื้อวัณโรควิธี TB-LAMP |              | รวม | p-value |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------|-----|---------|
|                                 | Detected                      | Not detected |     |         |
| ผลตรวจเชื้อวัณโรควิธี AFB stain |                               |              |     | <0.001  |
| AFB: Positive                   | 72                            | 0            | 72  |         |
| AFB: Not found                  | 28                            | 252          | 280 |         |
| รวม                             | 100                           | 252          | 352 |         |

### 3 ผลการศึกษาความชุกของการติดเชื้อวัณโรค

ผลการตรวจวัณโรคทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด 352 รายด้วยวิธี AFB stain และ วิธี TB-LAMP พบว่ามีความชุกวัณโรคร้อยละ 20.45 (95%CI: 16.57-24.98) และ ร้อยละ 28.41 (95%CI: 23.95-33.33) ตามลำดับ

### 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรค

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์แบบตัวแปรเดียว พบปัจจัยเสี่ยงหลายประการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการติดเชื้อวัณโรค ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ประกอบด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ ภาวะทุพโภชนาการ และประวัติการเป็นวัณโรค การศึกษานี้ยังพบปัจจัยที่ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่พบทั้งหมด 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 77 ราย (ร้อยละ 77.0) มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 42.0) จำแนกตามประเภทความเสี่ยง 5 อันดับแรก คือ ผู้มีประวัติสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สัมผัสใกล้ชิด/ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้มีประวัติเป็นวัณโรค และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/ ผู้ป่วยทุพโภชนาการ สัมผัสใกล้ชิดหรือผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 70

ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการติดเชื้อวัณโรค ประกอบด้วย การติดเชื้อเอชไอวี โรคเบาหวาน ภาวะติดบ้านติดเตียง โรคไตเรื้อรัง การเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วย และการเป็นผู้ป่วยโรคที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค (n=352 คน)

| ปัจจัยเสี่ยง          | ผลตรวจเชื้อวัณโรค        |                             | p-value | OR   | 95% CI       |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|---------|------|--------------|
|                       | พบเชื้อ<br>จำนวน(ร้อยละ) | ไม่พบเชื้อ<br>จำนวน(ร้อยละ) |         |      |              |
| ผู้มีประวัติสูบบุหรี่ |                          |                             | <0.001  | 13.6 | 6.412-28.899 |
| ใช่                   | 36(78.3)                 | 10(21.7)                    |         |      |              |
| ไม่ใช่                | 64(20.9)                 | 242(79.1)                   |         |      |              |

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค (n=352 คน)

| ปัจจัยเสี่ยง                       | ผลตรวจเชื้อวัณโรค        |                             | p-value | OR   | 95% CI       |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------|------|--------------|
|                                    | พบเชื้อ<br>จำนวน(ร้อยละ) | ไม่พบเชื้อ<br>จำนวน(ร้อยละ) |         |      |              |
| ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง       |                          |                             | 0.045   | 0.3  | 0.118-1.019  |
| ใช่                                | 4(12.9)                  | 27(87.1)                    |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 96(29.9)                 | 225(70.1)                   |         |      |              |
| ผู้สัมผัสใกล้ชิด/ผู้สัมผัสร่วมบ้าน |                          |                             | 0.001   | 0.3  | 0.151-0.624  |
| ใช่                                | 10(13.0)                 | 67(87.0)                    |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 90(32.7)                 | 185(67.3)                   |         |      |              |
| ผู้ติดเชื้อเอชไอวี                 |                          |                             | 0.210   | 0.5  | 0.130-1.601  |
| ใช่                                | 3(15.8)                  | 16(84.2)                    |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 97(29.1)                 | 236(70.9)                   |         |      |              |
| ผู้ป่วยโรคเบาหวาน                  |                          |                             | 0.072   | 0.6  | 0.369-1.046  |
| ใช่                                | 25(22.1)                 | 88(77.9)                    |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 75(31.4)                 | 164(68.6)                   |         |      |              |
| ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง             |                          |                             | 0.071   | 7.8  | 0.798-75.537 |
| ใช่                                | 3(75.0)                  | 1(72.1)                     |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 97(27.9)                 | 251(72.1)                   |         |      |              |
| ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง               |                          |                             | 0.095   | 0.3  | 0.068-1.334  |
| ใช่                                | 2(11.1)                  | 16(88.9)                    |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 98(29.3)                 | 236(70.7)                   |         |      |              |
| ผู้ป่วยทุพโภชนาการ                 |                          |                             | 0.024   | 10.5 | 1.154-94.755 |
| ใช่                                | 4(80.0)                  | 1(20.0)                     |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 96(27.7)                 | 251(72.3)                   |         |      |              |
| ผู้มีประวัติเป็นวัณโรค             |                          |                             | 0.005   | 4.9  | 1.595-14.964 |
| ใช่                                | 9(64.3)                  | 5(35.7)                     |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 91(26.9)                 | 247(73.1)                   |         |      |              |
| บุคลากรสาธารณสุขดูแลผู้ป่วย        |                          |                             | 0.168   | 0.3  | 0.072-1.437  |
| ใช่                                | 2(11.8)                  | 15(88.2)                    |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 98(29.3)                 | 237(70.7)                   |         |      |              |
| ผู้ป่วยโรคที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน |                          |                             | 1.000   | 0.8  | 0.166-4.217  |
| ใช่                                | 2(25.0)                  | 6(75.0)                     |         |      |              |
| ไม่ใช่                             | 98(28.5)                 | 246(71.5)                   |         |      |              |

## สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าวิธี TB-LAMP test ตรวจพบเชื้อวัณโรคร้อยละ 28.41 (95%CI: 23.95-33.33) มากกว่าวิธี AFB stain ร้อยละ 7.96 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของเทคโนโลยี Loop-mediated isothermal amplification (LAMP) ในการช่วยเพิ่มอัตราการพบเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีจำนวนเชืื่อน้อย ซึ่งตรวจไม่พบเชื้อด้วยวิธี AFB stain

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ผลบวกจากการตรวจด้วยวิธี AFB stain ทั้งหมดให้ผลบวกด้วยวิธี TB-LAMP test เช่นกัน (ร้อยละ 100) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสมพิศ ปินะเก<sup>16</sup> ซึ่งทำการศึกษานำร่องเปรียบเทียบระหว่างการตรวจด้วย TB-LAMP และการตรวจด้วยเครื่อง GeneXpert ในตัวอย่างเสมหะ โดยพบว่าตัวอย่าง

เสมหะที่ให้ผลบวกด้วยวิธี AFB stain เมื่อนำมาตรวจด้วยวิธี TB-LAMP และ Xpert MTB/RIF ให้ผลสอดคล้องกัน 100% และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนักวิทยาศาสตร์สุราช และคณะ<sup>11</sup> ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการตรวจหาวัณโรคด้วยวิธี Xpert MTB/RIF และ TB-LAMP เปรียบเทียบกับวิธี AFB ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งพบว่าทั้งสองวิธีให้ผลสอดคล้องกับวิธี AFB ที่ให้ผลบวกในอัตราร้อยละ 100 เช่นกัน

การศึกษานี้พบความชุกของวัณโรคในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 28.41 (95% CI: 23.95–33.33) โดยพบการกระจายที่แตกต่างกันตามเพศและอายุ ส่วนใหญ่พบมากในผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 77.0 ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศชาย โดยเฉพาะเทสโทสเตอโรนที่มีผลในการยับยั้งการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เพศชายมีความไวต่อการติดเชื้อมากกว่าเพศหญิง<sup>17</sup> ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จตุพร ฤกษ์ตระกูล และพรนภา ศุภเวทย์ศิริ<sup>18</sup> ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าเพศหญิง มีค่า adj OR = 1.49 (95% CI = 1.22-1.82) ส่วนปัจจัยด้านอายุ ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.0) สนับสนุนข้อมูลระบาดวิทยาจากกองวัณโรค กรมควบคุมโรค<sup>19</sup> และงานวิจัยของ Olmo-Fontánez และ Turner<sup>20</sup> ที่ระบุว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อวัณโรค เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันตามอายุ ภาวะอ้วนเรอ โรคประจำตัวหลายโรค และประสิทธิภาพการตอบสนองต่อยาต้านวัณโรคที่ลดลง

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค พบปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติหลายปัจจัย ได้แก่ การสูบบุหรี่พบว่าเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรคถึง 13.6 เท่า (95% CI = 6.412–28.899) กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่

เกี่ยวข้องคือการที่นิโคตินในควันบุหรี่สามารถยับยั้งการทำงานของเซลล์ภูมิคุ้มกันชนิด Th1 response ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการต่อต้านเชื้อวัณโรค<sup>21</sup> ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จตุพร ฤกษ์ตระกูล และคณะ<sup>18</sup> ที่พบการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรค (OR adj = 1.45, 95% CI = 1.16-1.81)

ภาวะทุพโภชนาการ พบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อวัณโรคถึง 10.5 เท่า (95% CI = 1.154–94.755) โดยกลไกหลักเกี่ยวข้องกับการลดลงของ CD4+ T-lymphocytes ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมและกำจัดเชื้อวัณโรค<sup>22</sup> ผลดังกล่าวสอดคล้องกับของ ดารณี อินทรลาวัณย์ และ ภมรศรี ศรีวงศ์พันธ์<sup>23</sup> พบว่าภาวะทุพโภชนาการเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคโดยเฉพาะดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 18.4 กก/ม<sup>2</sup> มีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคสูงถึง 80.88 เท่า เมื่อเทียบกับระดับดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 กก/ม<sup>2</sup>

ประวัติการป่วยวัณโรคในอดีต พบว่าเพิ่มความเสี่ยงการป่วยซ้ำถึง 4.9 เท่า (95% CI = 1.595–14.964) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นหลังการติดเชื้อ แม้จะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อซ้ำได้อย่างสมบูรณ์<sup>24</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ จตุพร ฤกษ์ตระกูล และคณะ<sup>18</sup> ที่พบประวัติการป่วยด้วยวัณโรคสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคมีค่า OR adj = 11.71 (95 % CI = 7.20-19.02)

การศึกษานี้ยังพบผลที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในบางปัจจัย โดยเฉพาะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และ ผู้สัมผัสใกล้ชิด/ร่วมบ้าน ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงลดลง (OR = 0.70; 95% CI ของ COPD = 0.118–1.019 และผู้สัมผัสใกล้ชิด = 0.151–0.624) ผลดังกล่าวขัดแย้งกับงานวิจัยของ Zavala, M.J., et al., 2023<sup>25</sup> และ Fox et al., 2013<sup>26</sup> ที่ระบุว่าทั้งสองกลุ่มเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักต่อการติดเชื้อวัณโรค นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหลายประการที่ในงานวิจัยก่อน

หน้าระบุว่าในกลุ่มเสี่ยงสูง<sup>27-31</sup> แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การติดเชื้อ HIV, โรคเบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง, การได้รับยากดภูมิ และบุคลากรทางการแพทย์ ข้อแตกต่างนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ข้อจำกัดในกระบวนการคัดกรองความเสี่ยง ความถูกต้องของการรายงานประวัติ ความแตกต่างทางบริบทของประชากรเป้าหมาย หรือปัจจัยร่วมที่ไม่ได้ควบคุมในการศึกษา

การนำ TB-LAMP ไปประยุกต์ใช้ในการร่วมตรวจกับหรือใช้ทดแทน AFB stain จะช่วยเพิ่มอัตราการตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคและเริ่มการรักษาได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมและลดการแพร่กระจายของวัณโรคในประชากร อันจะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายการขจัดวัณโรคตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ขององค์การอนามัยโลก

### ข้อเสนอแนะ

ความแตกต่างของผลการศึกษานี้กับงานวิจัยก่อนหน้านี้สะท้อนถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรค และความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางป้องกันและควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพองที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย การมีส่วนร่วมของทุกท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2022. Geneva: WHO; 2022.
2. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2564.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2566.
4. Pagaduan JV, Altawallbeh G. Advances in TB testing. Adv Clin Chem. 2023; 115:33–62.
5. Nataraj V, Varela C, Javid A, Singh A, Besra GS, Bhatt A. Mycolic acids: deciphering and targeting the Achilles' heel of the tubercle bacillus. Mol Microbiol. 2015;98(1):7–16.
6. Albert H, Nathavitharana RR, Isaacs C, Pai M, Denkinger CM, Boehme CC. Development, roll-out and impact of Xpert MTB/RIF for tuberculosis: what lessons have we learnt and how can we do better? Eur Respir J. 2016;48(2):516–25.
7. Wu C-W, Wu Y-K, Lan C-C, Yang M-C, Dong T-Q, Tzeng I-S, et al. Impact of nucleic acid amplification test on pulmonary tuberculosis notifications and treatments in Taiwan: a 7-year single-center cohort study. BMC Infect Dis. 2019; 19:726.
8. Shete PB, Farr K, Strnad L, Gray CM, Cattamanchi A. Diagnostic accuracy of TB-LAMP for pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2019; 19:268.
9. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. นนทบุรี: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
10. Wang, H., & Chow, S.-C. Sample Size Calculation for Comparing Proportions. Wiley Encyclopedia of Clinical Trials. 2007.
11. นัตถิยา ศรีสุราช, วัชรินทร์ กล้าศึก, กฤติกา กำลังหาญ, อธิชา มหาโยธา, เบญจวรรณ เพชรสุขศิริ. เปรียบเทียบการตรวจหาเชื้อวัณโรคแบบรวดเร็วด้วยวิธี Xpert MTB/RIF และ TB-LAMP ในผู้ป่วยวัณโรค. การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 28; 2563; อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี.

12. อรุณ จิรวัฒนกุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา. 2551.
13. Daniel, W. W.. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences.1999.
14. Dzodanu, E. G., Afrifa, J., Acheampong, D. O., & Dadzie, I. Diagnostic Yield of Fluorescence and Ziehl-Neelsen Staining Techniques in the Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis: A Comparative Study in a District Health Facility. Tuberculosis research and treatment 2019.
15. อธิชา มหาโยธา, สุทธิกานต์ สมบัติธีระ, นุชจรี บุญพุด, ทนงศักดิ์ เศษอ่อน, วัจนา ช่างทอง, จณิสรา ฤติอเนกสิน, และพรทิพย์ ลักษณะกุล. การพัฒนาหน่วยตรวจคัดกรองวัณโรคระดับชุมชนด้วยวิธี TB-LAMP สำหรับค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 32 ฉบับเพิ่มเติม 1 กรกฎาคม - สิงหาคม 2566; S113-S124.
16. สมพิศ ปินะเก. การศึกษานำร่องเพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจวินิจฉัยวัณโรคปอดด้วยชุดทดสอบ TB-LAMP และ GeneXpert MTB/RIF. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2562;220-7.
17. Shepherd Nhamoyebonde AL. Biological Differences Between the Sexes and Susceptibility to Tuberculosis. The Journal of Infectious Diseases. 2014;209(3):S100-S6.
18. จตุพร ฤกษ์ตระกูล, และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอด ในผู้ป่วยเบาหวาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2562;26(3): 1-12.
19. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 – 2566. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2567.
20. Olmo-Fontánez AM, Turner J. Tuberculosis in an Aging World. Pathogens. 2022 Sep 26;11(10):1101.
21. Shaler CR, Horvath CN, McCormick S, Jeyanathan M, Khera A, et al. Continuous and Discontinuous Cigarette Smoke Exposure Differentially Affects Protective Th1 Immunity against Pulmonary Tuberculosis. PLOS ONE. 2013; 8(3).
22. Cegielski JP, McMurray DN. The relationship between malnutrition and tuberculosis: evidence from studies in humans and experimental animals. The international journal of tuberculosis and lung disease. 2004;8(3), 286-298.
23. ดารณี อินทราวันย์, ภมรศรี ศรีวงศ์พันธ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร ปีที่ 11 ฉบับที่ 1/2562 หน้า 9-18.
24. Andrews, Jason R et al. Risk of progression to active tuberculosis following reinfection with Mycobacterium tuberculosis. Clinical infectious diseases. 2012; vol. 54,6: 784-91.
25. Zavala, M. J., Becker, G. L., & Blount, R. J. Interrelationships between tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease. Current opinion in pulmonary medicine 2023;29(2), 104-111.
26. Fox, G. J., Barry, S. E., Britton, W. J., & Marks, G. B. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. The European respiratory journal 2013;140-156.
27. Makhmudova, R., HIV infection as a risk factor for tuberculosis, Health care of Tajikistan, 2022.
28. Jeon, C. Y., & Murray, M. B. Diabetes mellitus increases the risk of active tuberculosis: a systematic review of 13 observational studies. PLoS medicine 2008; 5(7).
29. Ruzangi, J., Iwagami, M., Smeeth, L. et al. The association between chronic kidney disease and tuberculosis; a comparative cohort study in England. BMC Nephrol 2020; 21, 420.
30. Main, S., Triasih, R., Greig, J., Hidayat, A., Brillandi, I. B., Khodijah, S., Chan, G., Wilks, N., Parry, A. E., Nababan, B., du Cros, P., & Dwihardiani, B. (2023). The prevalence and risk factors for tuberculosis among healthcare workers in Yogyakarta, Indonesia. PloS one 2023; 18(5).
31. Prakash, L. K. B., Mane, M., Sahu, S., Vimala, L. R., Jha, P. K., Rebecca, G., Manoharan, A., & Irodi, A. Pulmonary Tuberculosis in Immunocompromised Patients: A review. Indographics 2024;03(02), 054-071



## ผลของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Effects of smoking cessation counseling on smoking cessation behavior for patients with non-communicable diseases.

(Received: June 24,2025 ; Revised: June 27,2025 ; Accepted: June 29,2025)

นงคลักษณ์ วงศ์พนารัตน์<sup>1</sup>  
Nongkaluk Wongphanarat<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ  
ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศึกษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยเบาหวานและหรือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คน ทำการศึกษาใน  
ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2567 โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะติดยาโคติน แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง  
คือแบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ และคู่มือเพื่อ  
เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะติดยาโคติน แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่  
และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อ  
เปรียบเทียบโดยใช้สถิติค่าที (Dependent t-test)

ผลการศึกษา : พบว่า 1) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่  
สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะติดยาโคตินของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง มีค่า  
คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ )

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่, พฤติกรรมการเลิกบุหรี่, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### Abstract

This research was quasi-experimental study aimed to study the effect of smoking cessation counseling on smoking  
cessation behavior in patients with chronic non-communicable diseases. The study was conducted in 35 patients with  
chronic non-communicable diseases, namely diabetes and/or hypertension. The study was conducted between  
November and December 2024 by comparing before and after in a 1-group design. The instruments used for data  
collection were a general information questionnaire, a nicotine dependence assessment form, and a smoking cessation  
behavior assessment form. The instrument used for controlling the experiment was a smoking cessation intention  
assessment form. The instruments used in the experiment were a smoking cessation counseling program and a manual  
for smoking cessation in patients with chronic non-communicable diseases. General data analysis Nicotine dependence  
assessment form Smoking cessation intention assessment form and smoking cessation behavior assessment using  
descriptive statistics to find frequency, percentage and standard deviation. Test for differences for comparison using t-  
statistics (Dependent t-test).

Results: The study found that 1) After participating in the program, the sample group had significantly higher mean  
scores for intention to quit smoking and smoking cessation behaviors compared to before joining the program ( $p<.05$ ).  
2) The mean nicotine dependence scores of the sample group after the experiment were significantly lower than before  
the experiment ( $p<.05$ ).

**Keywords:** Smoking cessation counseling program, Smoking cessation behavior, Patients with chronic non-communicable diseases

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นภัยคุกคามอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลต่อสุขภาพคนทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปีมีอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ประมาณ 8 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ ผู้เสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านคนมาจากการสูบบุหรี่โดยตรง และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1.2 ล้านคนที่เสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสอง<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบว่าประชากรกลุ่มอายุ 25 – 40 ปี มีผู้ที่สูบบุหรี่ร้อยละ 24.3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุดเมื่อเทียบประชากรช่วงอายุอื่น<sup>2</sup> การติดบุหรี่ถือว่าเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก นอกจากจะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีสุขภาพทรุดโทรมแล้วยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถ้าสูบบุหรี่จะทำให้การควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ ส่งผลมีโอกาสเกิดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นได้

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ องค์การอนามัยโลก (WHO) ตระหนักว่ากลุ่มโรค NCDs นั้นถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึงร้อยละ 71 ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs<sup>3</sup> และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้ป่วย NCDs ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการสูบบุหรี่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรคได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วน (Obesity)<sup>4</sup>

สำหรับประเทศไทยนั้น สถานการณ์เสียชีวิตด้วยโรค NCDs ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง มีการเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ<sup>5</sup> ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รองจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>6</sup> เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทั้งโดยตรงและทางอ้อม รวมทั้งกระตุ้นการหลั่งสารหลายชนิดส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งเป็นการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นส่งผลต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง<sup>7</sup> ซึ่งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าปกติและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่

จากผลการสำรวจความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการตรวจหาโคตินีนในปัสสาวะ<sup>8</sup> พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 25 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท ทำให้เลือดมีความเข้มข้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ผนังหลอดเลือดเกิดการอักเสบ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถึง 4 เท่า และในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่ ส่งผลให้มีอาการขาบริเวณปลายมือปลายเท้าจากการไหลเวียนเลือดช้าลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ตาพร่ามัว และไตวาย จากสารพิษในควันบุหรี่ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง

ตา ไต และเท้าได้ และยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ สารพิษในควันบุหรี่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

โรงพยาบาลท่าอุเทน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยปี 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2,687, 2,786 และ 2,957 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5,364, 5,471 และ 5,657 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี พบจำนวน 2,064, 2,242 และ 1,922 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 76.82, 80.48 และ 65.00 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี พบจำนวน 1,556, 1,684 และ 1,972 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 29.00, 30.78 และ 34.85 ตามลำดับเมื่อวิเคราะห์ด้านสาเหตุการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง) ในปี 2565-2567 จำนวน 6,587, 6,617 และ 6,737 คน ตามลำดับ พบว่าสูบบุหรี่ จำนวน 231, 229 และ 234 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3.51, 3.46 และ 3.48 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ในด้านภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 264, 260 และ 268 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.01, 3.93 และ 3.98 ตามลำดับ มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจ จำนวน 85, 81 และ 74 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.29, 1.23 และ 1.10 ตามลำดับ โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 80-100 คนต่อวัน (เวชระเบียนโรงพยาบาลท่าอุเทน, 2566)<sup>9</sup> เนื่องด้วยจำนวนของผู้รับบริการมากกว่าผู้ให้บริการ ส่งผลให้พบพบด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เลิกบุหรี่ไม่มากเท่าที่ควร ขาดระบบบริการด้านการพยาบาลที่ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ การเข้ารับการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ และการดูแลการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ถึงการเข้าบำบัดในคลินิกอดบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยบ้านอยู่ไกลไม่สะดวกมา ทำงานประจำล้าลาบาก ไม่มีญาติพามาบำบัดตามระบบการบำบัด ไม่มีเงินค่ารถมาบำบัด และบางรายยังไม่อยากเลิกบุหรี่ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกระชั้นเพื่อเลิกบุหรี่ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกวัณโรค การให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบกระชั้นเพื่อเลิกบุหรือนั้นถ้ามีขั้นตอนและแนวทางที่ชัดเจน มีการสอบถาม บำบัด และติดตามอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการเพื่อเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ และจากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมและการเลิกสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรคปอด<sup>10</sup> พบว่าภายหลังการได้รับคำปรึกษาการเลิกบุหรี่ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมผลของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564<sup>11</sup> มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมในการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคติน 3 ขั้นตอน ได้แก่ สอบถาม (Ask) บำบัด (Advise) และหมั่นติดตาม (Arrange) เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ มากกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่

## วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม การวิจัยในครั้งนี้ได้พัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัยจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 256411 โดยใช้แนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคติน 3 ขั้นตอน ได้แก่ สอบถาม (Ask) บำบัด (Advise) และหมั่นติดตาม (Arrange) ใช้ตัวย่อว่า ส-บ-ม ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบกระชับ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสอบถาม (Ask) คือ “ส” สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ประเมินระดับการติดนิโคติน และประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ 2) การแนะนำให้เลิกบุหรี่ (Advise) คือ “บ” บำบัดเป็นการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ต่อตนเองและคนรอบข้างเน้นประโยชน์จากการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำเพื่อรับมือกับอาการอยากนิโคตินที่จะเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค 4ล คือ (1) เลือกวันกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ (2) ลั่นวาจาบอกคนในครอบครัวให้ทราบว่าจะเลิกบุหรี่ (3) ละอุปกรณ์กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องและ (4) ลงมือรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ และ 3) การติดตามผลการให้คำปรึกษาผู้สูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Arrange) คือ “ม” หมั่นติดตามเพื่อติดตามอาการ ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ แนะนำ ชื่นชม เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ด้วยแนวทาง “3ย” (ยกย่อง ย้อนรอย ย้ำ

บ่อย ๆ) “ย” ยกย่อง ให้กำลังใจชมเชยต่อการลงมือเลิกนิโคติน “ย” ย้อนรอย ถามถึงการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกต่อสภาพร่างกายและจิตใจในปัจจุบัน เมื่อเทียบกับในอดีตขณะที่ยังสูบบุหรี่ และ “ย” ย้ำบ่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่บอกวิธีป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ซึ่งกิจกรรมเป็นการดำเนินการรายบุคคล ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าอุเทน โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ 6 กิจกรรม สื่อที่ใช้คือ คู่มือการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แอปพลิเคชันไลน์ (Line) และโทรศัพท์มือถือ

## ประชากร

ผู้ป่วยเบาหวาน และหรือ ความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย** 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และหรือ ความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ 1 มวนใน 1 สัปดาห์ 2) อายุ 20-59 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งพูด อ่าน เขียน 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 5) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

**เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย** ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ทุกครั้งต่อเนื่องกัน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

## กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน และหรือ ความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่โรงพยาบาลท่าอุเทน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่ม

ตัวอย่างที่กำหนด โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม  $G^* power^{12}$  กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) 0.85 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง<sup>13</sup> และระดับความเชื่อมั่น 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คือ 3.1 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 35 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) แบบประเมินภาวะติดนิโคติน ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 คำถาม คะแนนรวม 10 คะแนน การแปลผล 0-3 คะแนน หมายถึง ติดนิโคตินน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ติดนิโคตินปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ติดนิโคตินมาก และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยทำ (1 คะแนน) เกณฑ์ในการแปลผล คะแนน คือ 30-42 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับสูง 15-29 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง 0-14 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เป็นแบบประเมิน visual analogue scale (VAS) โดยมีการจัดระดับคะแนนความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่เลย และ 10 หมายถึง มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่มากที่สุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่พัฒนาขึ้นจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564 และจากการทบทวนวรรณกรรมและ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 1) แผนจัดกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกระชับ เกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ต่อตนเองและครอบครัวจากการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำเพื่อรับมือกับอาการอยากนิโคตินที่จะเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วย เทคนิค 4 ล 2) สไลด์เนื้อหาประกอบการบรรยาย 3) คลิปวิดีโอ การป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ต่อตนเองและครอบครัวจากการเลิกบุหรี่ 4) แบบบันทึกการติดตามเยี่ยม ทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ในวันที่ 3, 7 หลังการให้คำปรึกษาแบบกระชับ และติดตามทางโทรศัพท์ต่อในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 และ 5) คู่มือเพื่อเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ พบค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำแบบประเมินภาวะติดนิโคติน และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) แบบประเมินภาวะติดนิโคตินได้เท่ากับ .73 และแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้เท่ากับ .82

### วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย



2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหรือ ความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

4. ดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

**ครั้งที่ 1 (วันแรก)** พบผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ใช้เวลา 10-15 นาที) สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) ประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ประเมินระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) และประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ จากนั้นให้คำปรึกษาแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ (Advise) แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด โดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (Clear) หนักแน่น (Strong) และเข้ากับสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย (Personalized) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ต่อตนเองและคนรอบข้างเน้นประโยชน์จากการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำเพื่อรับมือกับอาการอยากนิโคตินที่จะเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วย เทคนิค 4 ล คือ เลือกว้น กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ล้นวาจาบอกคนในครอบครัวให้ทราบว่าเลิกบุหรี่ ละอุปการณ์กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมลงมือรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น

หลังการเลิกบุหรี่ และให้คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ครั้งที่ 2 (วันที่ 3)** หลังการให้คำปรึกษาแบบกระชับ ติดตามทางโทรศัพท์ผ่านแอปพลิเคชัน LINE (ใช้เวลา 5-10 นาที) เป็นการติดตามโดยใช้วิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชัน LINE ด้วยแนวทาง “3ย” (ยกย่อง ย้อนรอย ย้ำบ่อย ๆ) ชักถามสถานการณ์สูบบุหรี่ ภายหลังจากกำหนดวันเลิกบุหรี่ (quit date) ติดตามอาการถอนนิโคติน ชมเชยผู้เข้าร่วมวิจัยหากสามารถเลิกบุหรี่ได้และให้กำลังใจผู้เข้าร่วมวิจัยว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จแน่นอน เน้นย้ำการปฏิบัติตามคู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเคร่งครัด เพื่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

**ครั้งที่ 3 (วันที่ 7)** หลังการให้คำปรึกษาแบบกระชับ ติดตามทางโทรศัพท์ผ่านแอปพลิเคชัน LINE (ใช้เวลา 5-10 นาที) เป็นการติดตามโดยใช้วิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชัน LINE อีกครั้งด้วยแนวทาง “3ย” (ยกย่อง ย้อนรอย ย้ำบ่อย ๆ) ชักถามสถานการณ์สูบบุหรี่ ติดตามอาการถอนนิโคติน ให้คำปรึกษาแบบกระชับอีกครั้ง (Advise) โดยเน้นวิธีการจัดการอาการอยากกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ชื่นชมผู้เข้าร่วมวิจัยในความตั้งใจและความอดทนเพื่อให้ก้าวผ่านอาการถอนนิโคติน และให้ความมั่นใจแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยว่าจะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่แน่นอน

**ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 2)** ติดตามทางโทรศัพท์ (ใช้เวลา 5-10 นาที) ชักถามสถานการณ์การสูบบุหรี่ ติดตามอาการถอนนิโคตินที่ยังหลงเหลือ ติดตามด้วยแนวทาง “3ย” (ยกย่อง ย้อนรอย ย้ำบ่อย ๆ) ชมเชยผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ให้นึกย้อนถึงความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีก ให้กำลังใจผู้เข้าร่วมวิจัยว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จแน่นอน ในกลุ่มตัวอย่างที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ให้สร้างแรงจูงใจโดยใช้แนวทาง 5R's Relevance การเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้ผลการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดีขึ้น Risk

เน้นย้ำถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ใกล้ชิด Reward ให้กำลังใจ Roadblock แก่ไขปัจจัยที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ Repetition แนะนำซ้ำ ๆ ในกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ เน้นย้ำการปฏิบัติตามคู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเคร่งครัด เพื่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

**ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4)** ติดตามทางโทรศัพท์ (ใช้เวลา 5-10 นาที) ติดตามด้วยแนวทาง “3ย” (ยกย่อง ย้อนรอย ย้ำบ่อย ๆ) ชักถามสถานะการสูบบุหรี่ ติดตามอาการถอนนิโคตินที่ยังหลงเหลือ ชมเชยผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ในกลุ่มตัวอย่างที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ให้สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวทาง 5R’s Relevance การเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้ผลการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดีขึ้น Risk เน้นย้ำถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ใกล้ชิด Reward ให้กำลังใจ Roadblock แก่ไขปัจจัยที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ Repetition แนะนำซ้ำ ๆ เน้นย้ำการปฏิบัติตามคู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเคร่งครัด เพื่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

**ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 6)** ติดตามทางโทรศัพท์ (ใช้เวลา 5-10 นาที) ติดตามด้วยแนวทาง “3ย” (ยกย่อง ย้อนรอย ย้ำบ่อย ๆ) ชักถามสถานะการสูบบุหรี่ ชมเชยผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ในกลุ่มตัวอย่างที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ให้สร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวทาง 5R’s Relevance การเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้ผลการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดีขึ้น Risk เน้นย้ำถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ใกล้ชิด Reward ให้กำลังใจ Roadblock แก่ไขปัจจัยที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ Repetition แนะนำซ้ำ ๆ เน้นย้ำการปฏิบัติตามคู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเคร่งครัด เพื่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

5. สัปดาห์ที่ 8 ซึ่งเป็นวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจติดตามการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตามนัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (10-15 นาที) สอบถามพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ อุปสรรคระหว่างการเลิกบุหรี่ และตอบข้อซักถามอื่น ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะติดนิโคติน แบบประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ต้องการบำบัดการเลิกบุหรี่และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ผู้วิจัยประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้กับคลินิกอดบุหรี่ตามความสมัครใจ

6. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ภาวะติดนิโคติน และพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

#### จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 063/67 วันที่ 18 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยประกอบด้วย การอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่ด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่ม

ตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.3 เพศหญิง ร้อยละ 5.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.9 อายุ 50–59 ปี ร้อยละ 62.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.3 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 42.9 โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 48.6 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.0 ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจุบันสูบบุหรี่ 1-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 62.9 เฉลี่ย 11.77 มวนต่อวัน สูบมานาน  $\geq 21$  ปี ร้อยละ 45.7

เฉลี่ย 23.71 ปี และประเภทยุติการที่สูบเป็นบุหรี่มวนเอง/ยาเส้น ร้อยละ 60.0

### 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ภาวะิตินิโคติน และพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.12$ , 95% CI 1.89 to 2.74,  $p = .001$ ), ( $t = 16.43$ , 95% CI 0.77 to 0.98,  $p = .001$ ) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยภาวะิตินิโคตินต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.61$ , 95% CI 0.38 to 0.57,  $p = .001$ ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ dependent t - test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ภาวะิตินิโคติน และพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $n=35$ )

| ตัวแปรที่ศึกษา            | ก่อนทดลอง<br>( $n=35$ ) |      | หลังทดลอง<br>( $n=35$ ) |      | Mean<br>diff | t     | p-value | 95%CI |       |
|---------------------------|-------------------------|------|-------------------------|------|--------------|-------|---------|-------|-------|
|                           | $\bar{x}$               | S.D. | $\bar{x}$               | S.D. |              |       |         | Lower | Upper |
| ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ | 4.86                    | 2.66 | 7.17                    | 2.24 | 2.31         | 11.12 | .001*   | 1.89  | 2.74  |
| ภาวะิตินิโคติน            | 0.72                    | 0.43 | 0.24                    | 0.29 | 0.48         | 10.61 | .001*   | 0.38  | 0.57  |
| พฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ | 1.44                    | 0.29 | 2.32                    | 0.24 | 0.88         | 16.43 | .001*   | 0.77  | 0.98  |

\*  $p < .05$

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ มากกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบกระชับ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ มากกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงแม้ว่าจะมีจำนวนมาก บางรายอยากเลิกบุหรี่แต่มีข้อจำกัดบางประการหรือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังบางคนอาจยังไม่ได้

ต้องการที่จะเลิกบุหรี่ แต่หากพยาบาลสามารถให้คำแนะนำแบบกระชับที่ไม่ใช้เวลาไม่นานจนเกินไป สามารถอธิบายให้เห็นถึงผลกระทบที่ตามมาจากการสูบบุหรี่ที่เชื่อมโยงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายและความจำเป็นที่ต้องเลิกบุหรี่ เพื่อสุขภาพของตนเอง ประกอบกับการได้รับคำแนะนำในวิธีการการเลิกบุหรี่แบบกระชับ จะสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ อันจะเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ เป็นต้น

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564<sup>11</sup> มาพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกระชับเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยใช้แนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคติน 3 ขั้นตอน ได้แก่ สอบถาม (Ask) บำบัด (Advise) และหมั่นติดตาม (Arrange) ใช้ตัวย่อว่า ส-บ-ม ซึ่ง **Ask (ส)** คือ สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ประเมินระดับการติดนิโคติน และประเมินพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ การแนะนำให้เลิกบุหรี่ **Advise (บ)** คือ บำบัดด้วยการพูดโน้มน้าวเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ต่อตนเองและคนรอบข้าง เน้นประโยชน์จากการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำเพื่อรับมือกับอาการอยากนิโคตินที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค 4ล **Arrange (ม)** คือ หมั่นติดตามเพื่อติดตามอาการ ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำและส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถรับมือกับอาการต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้น จากการที่ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแบบกระชับและได้มีการติดตามหลังการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาถึงระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองเป็น 4.86 (SD=2.66) และ 7.17 (SD=2.24) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ MacKenzie et al.<sup>14</sup> ที่พบว่าผู้ที่มีระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้ใน 1 สัปดาห์ มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จ 9.8 เท่า

เมื่อพิจารณาตามระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยการติดสารนิโคตินก่อนการทดลองเป็น 0.72 (SD=0.43) และหลังการทดลองเป็น 0.24 (SD=0.29) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่สรุปว่า การติดนิโคตินเป็นปัจจัยที่ทำนายการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือยิ่งติดนิโคตินมากโอกาสเลิกได้ยิ่งน้อยกว่าคนที่ติดนิโคตินในระดับที่ต่ำกว่า<sup>15</sup>

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองเป็น 1.44 (SD=0.29) และ 0.24 (SD=0.29) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายถึงความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ถูกต้องและมีการปรับพฤติกรรมเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้อธิบายถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคลดลง และส่งผลดีต่อครอบครัวรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอีกด้วย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ ก็จะเป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ แต่อาจมีปัญหาและอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษากับกลุ่มตัวอย่างโดยรวมกันค้นหาปัญหาอุปสรรค ตลอดจนผู้วิจัยได้แนะนำวิธีปฏิบัติตัวขณะที่เลิกบุหรี่ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะมีการที่เกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่ พร้อมทั้งแจกคู่มือในการเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นแนวทางขณะเลิกบุหรี่ จากนั้นในวันที่ 3 และวันที่ 7 หลังจากให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยได้

ติดตามโดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ติดตามโดยใช้โทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจ ตลอดจนให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ และกล่าวชมเชยหากกลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งในช่วงสัปดาห์แรกของการหยุด บุหรี่ เป็นช่วงที่ผู้สูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามและความอดทนเป็นอย่างมากต่อสู้กับความอยากทั้ง ร่างกายและจิตใจ การที่ผู้วิจัยได้ติดตามจะทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีกำลังใจต่อสู้กับความอยากบุหรี่และมี แนวทางในการแก้ไขปัญห ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและ แสดงความยินดีในรายที่เลิกได้ และแนะนำป้องกันการ กลับไปสูบบุหรี่ ในรายที่ยังเลิกไม่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขต่อไป กิจกรรม เหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วริฐา พร กิจวรกุล<sup>17</sup> ซึ่งพบว่าโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้น โดยประยุกต์จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัด ภาวะติดนิโคติน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564 ทำให้กลุ่ม ทดลองมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควร พิจารณาหาแนวทางร่วมกันในการนำโปรแกรมการให้ คำแนะนำแบบกระชับไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็น แนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำเป็นต้องอาศัย ระยะเวลาและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และการเลิกสูบบุหรี่นั้นผู้ที่เลิกสูบแล้วอาจจะมีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้อีก ดังนั้นควรมีการติดตามต่อเนื่องถึง 1 ปีหรือ ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเพื่อติดตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ และการป้องกันการ กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ
3. ด้านการศึกษาวิจัยควรมีการศึกษา เปรียบเทียบเพื่อให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่ ชัดเจน โดยทำการทดลองและเปรียบเทียบ 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). Tobacco. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/tobacco>.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). ผลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป. สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2559, จาก. <http://www.youblisher.com/pdf/1241884>
3. World Health Organization. (2021). Fact sheet: Diabetes. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2563). สูบบุหรี่เป็นของต้องห้าม คนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/50122.html>
5. กองโรคไม่ติดต่อ. (2564). รายงานประจำปี 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). บริษัท อีโมชั่น อาร์ตจำกัด: กรุงเทพฯ.
7. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2562). พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560.วารสารก้าวทันวิจัยกับ ศจย.11(3). 29-30.
8. พิมพ์ จินดาคำ, กันยารัตน์ เจนป่า, วิสุทธิ์ กังวานตระกูล, จุฬารัตน์ ปรีชาติกุล, และลิมทอง พรหมดี. (2561). ความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจาก การตรวจหาโคตินินในปัสสาวะด้วยชุดทดสอบ. วารสาร เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 30(3), 398-407.



9. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลท่าอุเทน. (2566). รายงานผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ปี 2566. นครพนม. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลท่าอุเทน.
10. ยุวรีย์ พาตี. (2565). ผลของการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรคปอด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กทม: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
11. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, อัมพร กรอบทอง. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคตินในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2564, (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สิ้นทิวากิจ พรินต์ติ้ง.
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods 2007;39(2):175-191.
13. Cohen J. (2013). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
14. MacKenzie, T. D., Pereira, R. I., & Mehler, P. S. (2004). **Smoking abstinence after hospitalization: predictors of success**. Preventive Medicine, 39(6), 1087-1092.
15. Hagimoto, A., Nakamura, M., Morita, T., Masui, S., & Oshima, A. (2010). **Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1 - year follow-up study**. Addiction, 105(1), 164-173.
16. Haug, S., Meyer, C., Ulbricht, S., Schorr, G., Rüge, J., Rumpf, H.-J., & John, U. (2010). **Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice**. Patient education and Counseling, 78(1), 57-64.
17. วริฐา พรกิจวรกุล (2565). ผลของโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่แบบสั้นต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่เป็นวัณโรคปอด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กทม: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช  
The prevalence and risk factors study of peripheral artery disease in HIV patients.  
Kingnarai hospital.

(Received: June 24,2025 ; Revised: June 27,2025 ; Accepted: June 29,2025)

ธนัญชัย คัมภีร์<sup>1</sup>  
Thananchai Kampee<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิง cross-sectional study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกให้คำปรึกษาและรับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลพระนารายณ์ จำนวน 330 คน รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การได้รับยาต้านไวรัส ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การตรวจ ABI วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความชุกแสดงเป็นร้อยละ Prevalence Rate พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และใช้ Cox Regression วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิด PAD

ผลการวิจัย : จากจำนวนผู้ป่วย 330 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 219 คน (66.36) อายุเฉลี่ย  $45.89 \pm 1.48$  ดัชนีมวลกาย  $22.38 \pm 0.97$  มีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (PAD) 26 คน ความชุก (Prevalence) เท่ากับ 7.87% ค่าเฉลี่ยผลการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ระดับความดัน Systolic BP Diastolic BP อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับไขมันในเลือดค่อนข้างสูง การตรวจ ABI พบความผิดปกติทั้งข้างขวาและข้างซ้าย ( $1.03 \pm 4.31$ ,  $1.01 \pm 3.48$ ) ค่าต่ำสุด 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ บ่งชี้ว่าเป็น PAD ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลาย ได้แก่ เพศชาย ดัชนีมวลกาย  $\geq 23$  มีประวัติการสูบบุหรี่ มีประวัติ Hypertension มีประวัติหลอดเลือดหัวใจ ระดับ CD4  $< 200$  การได้รับยาสูตร TDF + 3TC + RPV สัมพันธ์กับการเกิดโรค PAD

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเอชไอวี, โรคหลอดเลือดส่วนปลาย

Abstract

This study was conducted as a cross-sectional study aimed to study the prevalence and risk factors of peripheral artery disease (PAD) among HIV patients at Kingnarai hospital. The sample group consisted of 330 HIV patients registered with the HIV counseling and antiretroviral (ARV) clinic at Kingnarai hospital. General patient information, ARV treatment, cardiovascular risk factors, and Ankle-Brachial Index (ABI) were collected. Data were analyzed using descriptive statistics to determine prevalence, presented as a percentage (Prevalence Rate) with a 95% confidence interval. Cox Regression was used to analyze risk factors associated with PAD.

Results: Out of the 330 patients in this study, the majority were male (219 patients or 66.36%). The average age was  $45.89 \pm 1.48$  years, and the average body mass index (BMI) was  $22.38 \pm 0.97$ . There were 26 patients diagnosed with PAD, resulting in a prevalence of 7.87%. The average results from physical examinations and laboratory tests showed that systolic and diastolic blood pressure were within normal ranges, while blood lipid levels were relatively high. ABI measurements indicated abnormalities on both the right and left sides ( $1.03 \pm 4.31$  and  $1.01 \pm 3.48$ , respectively), with the lowest values being 0.89 and 0.87, indicating PAD. Risk factors significantly associated with the occurrence of PAD included: male gender, BMI  $\geq 23$ , smoking history, history of hypertension, history of coronary artery disease, CD4 count  $< 200$ , and receiving the TDF + 3TC + RPV drug regimen.

**Keywords:** HIV patients, Peripheral Artery Disease (PAD)

<sup>1</sup> นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

## บทนำ

การติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) ยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในปี 2021 มีผู้ติดเชื้อ HIV ทั่วโลกประมาณ 38.4 ล้านคน ซึ่งกว่าสองในสามของผู้ติดเชื้อ HIV อาศัยอยู่ในภูมิภาคแอฟริกา<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยในปี 2565 มีผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ 9,230 คน โดยมีผู้ติดเชื้อในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี จำนวน 4,379 คน นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 10,972 คน และมีผู้ติดเชื้อสะสมที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 560,000 คน<sup>2</sup> ความก้าวหน้าในการดูแลรักษา HIV โดยเฉพาะการใช้ยาต้านไวรัสแบบผสมผสาน (combination antiretroviral therapy – cART) อย่างแพร่หลาย ได้ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ HIV ลงอย่างมาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตและอายุขัยของผู้ติดเชื้อดีขึ้นจนใกล้เคียงกับประชากรทั่วไป อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ติดเชื้อ HIV มีอายุเพิ่มขึ้นและมีชีวิตยืนยาวขึ้น โรคร่วมต่างๆ ก็เริ่มปรากฏ โดยส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ HIV ปัจจุบันเกิดจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease – CVD)<sup>3</sup> ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นตามธรรมชาติ ปัจจัยเสี่ยงดั้งเดิมของโรคหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน กลุ่มอาการเมตาบอลิก การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวของโรคหัวใจ ร่วมกับการอักเสบเรื้อรังแบบเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อ HIV และผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส มีหลายการศึกษาที่ระบุว่าความผิดปกติทางระดับไขมันในผู้ป่วยเป็นจากผลจากการได้ยาด้าน HIV นอกจากนั้นตัวเชื้อ HIV เองยังมีผลโดยตรงกับผนังหลอดเลือดทำให้เกิดกระบวนการอักเสบซึ่งเป็นพยาธิสภาพพื้นฐานของการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว<sup>4,5</sup> atherosclerosis (Paraskevas KI.et al.,2008; Athyros VG.et al., 2008) ซึ่งโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral artery disease-PAD) เป็นโรคที่มีการตีบตันหลอดเลือดแดงของร่างกาย โดยมากมักหมายถึง การตีบ

ตันหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงขา นอกจากปัญหาการที่หลอดเลือดตีบตันในหลอดเลือดแดงที่ขาจะก่อให้เกิดการเน่าตายของขาแล้วการมี PAD ยังเหมือนเป็นตัวพยากรณ์อนาคตของผู้ป่วย โดยเฉพาะการตายจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ<sup>6</sup>

เนื่องจากผู้ป่วย PAD ส่วนมากเป็นกลุ่มที่ไม่มียาการ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในผู้ป่วย HIV จึงมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้ง่าย ในการวินิจฉัยเบื้องต้นของภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันใช้ค่า Ankle-Brachial Index (ABI) โดยค่า ABI ที่วินิจฉัยว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันคือมีค่า ABI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.9 แต่ถึงอย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของโรค PAD ก็ยังไม่เป็นที่ทราบ โดยเฉพาะในประเทศไทยและการศึกษาดังกล่าวพบได้น้อย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันโรคต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

## วิธีการดำเนินวิจัย

### รูปแบบการศึกษาวิจัย

เป็นการศึกษาเชิง cross-sectional study

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกให้คำปรึกษาและรับยาด้านไวรัส โรงพยาบาลพระนารายณ์ จำนวน 2524 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria):** ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีร่วมกับมีตรวจพบ anti HIV บวก

### เกณฑ์การคัดเลือกอสาสมัครออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีได้รับการวินิจฉัยหรือมีอาการหรืออาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดหัวใจแบบเฉียบพลันภายในระยะเวลา 3 เดือน
2. ผู้ที่อยู่ในโครงการวิจัยที่มีการปกปิดการรักษา
3. ผู้ที่คาดว่าจะมีโอกาสเสียชีวิตภายในระยะเวลา 3 ปีจากโรคอื่นๆ เช่น มะเร็ง
4. ผู้ป่วยที่มี Aneurysm ขนาดใหญ่และมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด
5. ผู้ที่ไม่สามารถติดตามการรักษาได้
6. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (sample size calculation)

$$n = \frac{X^2NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2 P(1-P)}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน สุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน

#### คำจำกัดความ

**การวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็น PAD มีเกณฑ์ดังนี้**

การตรวจการยืนยันการวินิจฉัยโรค ว่าเป็น PAD สามารถใช้ Doppler ultrasound ทำการตรวจ ankle brachial pressure index (ABI) ทำโดยให้ทำการวัดความดันแขนที่หลอดเลือด brachial artery และบริเวณข้อเท้าที่หลอดเลือด dorsalis pedis artery และ posterior tibial artery โดยใช้ Doppler เป็นตัวฟังสัญญาณและนำค่า systolic pressure ของหลอดเลือดที่ข้อเท้าหารด้วยค่า systolic pressure ของหลอดเลือดที่ brachial artery ค่าที่ได้เรียกว่า ABI ถ้าค่า ABI ต่ำกว่า 0.90 บ่งชี้ว่าเป็น PAD

$$ABI = \frac{\text{Systolic pressure ของ ankle artery}}{\text{Systolic pressure ของ brachial artery}}$$

ในกรณีที่ค่า systolic pressure ของ dorsalis pedis artery หรือ posterior tibial artery ในขาข้างเดียวกันไม่เท่ากันให้ใช้ค่าที่สูงที่สุดและหากส่วน systolic pressure ของ brachial artery ซ้ายและขวาไม่เท่ากันให้ใช้ค่าที่สูงที่สุดเป็นตัวคำนวณ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

##### เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Patient profile) ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลการได้รับยาต้านไวรัส ได้แก่ ระยะเวลาการเข้าต้านไวรัส ระดับ CD4 สูตรยาต้าน

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือด อาการหรืออาการแสดงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

**ส่วนที่ 4** ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนทำวิจัย การตรวจ ABI

#### การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลพื้นฐานในเชิงเชิงพรรณนาจะถูกรวบรวมและนำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย (means) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และค่าพิสัย (range) สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ตัวแปรที่เป็นหัวข้อจะถูกบันทึกเป็นจำนวนครั้ง (count) และร้อยละ (percentage)

การวิเคราะห์ความชุก ของโรค PAD ในผู้ป่วย HIV จะแสดงเป็นร้อยละ Prevalence Rate พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และใช้ Cox Regression จะใช้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิด PAD

#### จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้ป่วย 330 คน ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 219 คน (66.36) อายุเฉลี่ย  $45.89 \pm 1.48$  ดัชนีมวลกาย  $22.38 \pm 0.97$  มีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (PAD) 26 คน ความชุก (Prevalence) เท่ากับ 7.87%

ค่าเฉลี่ยผลการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ระดับความดัน Systolic BP Diastolic BP อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับไขมันในเลือดค่อนข้างสูง การตรวจ ABI พบความผิดปกติทั้งข้างขวาและข้างซ้าย ( $1.03 \pm 4.31$ ,  $1.01 \pm 3.48$ ) ค่าต่ำสุด 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ บ่งชี้ว่าเป็น PAD

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันกับการเกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลาย ได้แก่ เพศชาย ดัชนีมวลกาย  $\geq 23$  มีประวัติการสูบบุหรี่ มีประวัติ Hypertension มีประวัติหลอดเลือดหัวใจ ระดับ CD4  $< 200$  การได้รับยาสูตร TDF + 3TC + RPV สัมพันธ์กับการเกิดโรค PAD ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือด

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความชุกของ PAD พบ 7.87% แตกต่างจากการศึกษาในหลายประเทศ ที่พบความชุกของโรค PAD ในผู้ป่วยเอชไอวีนั้นซึ่งมีความหลากหลายตั้งแต่ 0.9-30%<sup>7-13</sup> สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันกับการเกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลาย ได้แก่ เพศชาย ดัชนีมวลกาย  $\geq 23$  มีประวัติการสูบบุหรี่ มีประวัติ Hypertension มีประวัติหลอดเลือดหัวใจ ระดับ CD4  $< 200$  การได้รับยาสูตร TDF + 3TC + RPV สัมพันธ์กับการเกิดโรค PAD ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerotic) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาในอดีตของ Framingham study ซึ่งเป็นการศึกษาต้นแบบของการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแข็ง ซึ่งพบว่า ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือด มักจะพบในเพศชาย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน สูบบุหรี่ และมีไขมันสูง<sup>14</sup> และยังสอดคล้องกับการศึกษาใน Inter-Society Consensus ทางด้านการจัดการโรคหลอดเลือดส่วนปลาย<sup>15</sup> พบว่า โรคหลอดเลือดส่วนปลายมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการสูบบุหรี่และโรคเบาหวานโดยเฉพาะเพศชาย

การได้รับยาสูตร TDF + 3TC + RPV สัมพันธ์กับการเกิดโรค PAD เกิดจากการได้รับประทานยาต้านไวรัส (ARV) คนไข้เหล่านี้จะเพิ่มระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับยาที่มีส่วนผสมของยา TDF RPV โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับยาต้านไวรัสกลุ่มนี้เป็นเวลานาน ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นซึ่งอาจมีผลให้เกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะดื้ออินซูลินหรือเบาหวาน lipodystrophy ซึ่งการที่มีไขมันในเลือดนั้นจะเป็นสาเหตุทำให้มีหลอดเลือดแข็งตัวได้ ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่าระดับไขมันในเลือดค่อนข้างสูงในกลุ่มที่เกิด PAD

ด้านระยะเวลารับประทานยาต้านไวรัสของการศึกษานี้ พบว่า ไม่สัมพันธ์กับการเกิดโรค PAD ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Xin Su. et.al.<sup>16</sup> ที่ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 5 ปี และ



ระยะเวลาที่กดเชื้อไวรัสได้มากกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัวในผู้ป่วยเอชไอวี นอกจากนี้ยังแตกต่างจากการศึกษาของ ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ และคณะ<sup>17</sup> ที่ระยะเวลาการให้ยา ARV ยิ่งสั้น โอกาสเกิด PAD ก็ยิ่งจะสูงโดยสมมุติฐานว่าโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี อาจจะเกี่ยวเนื่องกับไวรัสเอชไอวีจะเหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) สิ่งนี้บ่งบอกถึงกระบวนการหลอดเลือดอักเสบจากไวรัส น่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ปรากฏว่ายิ่งให้ยาควบคุมน้อย โอกาสอุบัติการณ์ยิ่งสูง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่าการศึกษาต่อไปควรจะเป็นการศึกษายืนยันการศึกษานี้ และศึกษาในรูปแบบ

Cohort study รวมถึงการศึกษาในแง่กลไกการเกิดโรค หลอดเลือดอุดตันในหลอดเลือดส่วนปลายว่าเกิดด้วยประการใด

### ข้อเสนอแนะ

ความชุกของโรค PAD ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีนั้นพบได้ 7.87% ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวได้มาจากลักษณะเหมือนกับโรคหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ร่วมกับปัจจัยด้านการใช้ยาต้านไวรัส การศึกษาจะต้องมีการศึกษามากขึ้นในรูปแบบ Cohort study เพื่อศึกษาถึงกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวีให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Ryom L, Lundgren JD, El-Sadr W, et al. Cardiovascular disease and use of contemporary protease inhibitors: the D:A:D international prospective multicohort study. *lancet HIV*. 2018;5(6):291-300.
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ แนวโน้มการแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย ปี 2565. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1549120240328063459.pdf>
3. Gutierrez F, Bernal E, Padilla S, Hernandez I, Masia M. Relationship between ankle-brachial index and carotid intima-media thickness in HIV-infected patients. *Aids*. 2008; 22: 1369-71.
4. Paraskevas KI, Mikhailidis DP. C-reactive protein (CRP): more than just an innocent bystander? *Curr Med Res Opin*. 2008;24:75-8
5. Athyros VG, Kakafika AI, Karagiannis A, Mikhailidis DP. Do we need to consider inflammatory markers when we treat atherosclerotic disease? *Atherosclerosis*. 2008;200:1-12.
6. Olalla J, Salas D, de la Torre J, Del Arco A, Prada JL, Martos F, et al. Ankle-brachial index in HIV infection. *AIDS Res Ther*. 2009; 66.
7. Bernal E, Masia M, Padilla S, Hernandez I, Gutierrez F. Low prevalence of peripheral arterial disease in HIV-infected patients with multiple cardiovascular risk factors. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;47:126-7.
8. Gutierrez F, Bernal E, Padilla S, Hernandez I, Masia M. Relationship between ankle-brachial index and carotid intima-media thickness in HIV-infected patients. *Aids*. 2008;22:1369-71.
9. Olalla J, Salas D, de la Torre J, Del Arco A, Prada JL, Martos F, et al. Ankle-brachial index in HIV infection. *AIDS Res Ther*. 2009;6:6.
10. Palacios R, Alonso I, Hidalgo A, Aguilar I, Sanchez MA, Valdivielso P, et al. Peripheral arterial disease in HIV patients older than 50 years of age. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2008;24:1043-6.
11. Periard D, Cavassini M, Taffe P, Chevalley M, Senn L, Chapuis-Taillard C, et al. High prevalence of peripheral arterial disease in HIV-infected persons. *Clin Infect Dis*. 2008;46:761-7.
12. Qaqa AY, DeBari VA, Isbitan A, Mohammad N, Sison R, Slim J, et al. The role of postexercise measurements in the diagnosis of peripheral arterial disease in HIV-infected patients. *Angiology*. 2011;62:10-4.

13. Sharma A, Holman S, Pitts R, Minkoff HL, Dehovitz JA, Lazar J. Peripheral arterial disease in HIV-infected and uninfected women. *HIV Med.* 2007;8:555-60.
14. Anderson KM, Odell PM, Wilson PW, Kannel WB. Cardiovascular disease risk profiles. *American heart journal.* 1991;121:293-8.
15. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of vascular surgery.* 2007;45 Suppl S:S5-67.
16. Xin Su. et.al. Antiviral treatment for hepatitis C is associated with a reduced risk of atherosclerotic cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis  
*J Viral Hepat.* 2021; 28(4):664-671.
17. ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ และคณะ. การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดส่วนปลายในผู้ป่วยเอชไอวี.  
<https://www.rihes.cmu.ac.th/NCD/?p=421>; 2558

การพัฒนาแบบจำลองการลดบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแคน  
อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

Development of a model for reducing salt consumption in a group suspected of  
hypertension in Khan Subdistrict, Sanom District, Surin Province.

(Received: June 18,2025 ; Revised: June 26,2025 ; Accepted: June 28,2025)

ชดชนก พริงเพราะ<sup>1</sup>  
Chodchanok Pringproh<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2568 โดยใช้วงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน 12 คน และกลุ่มสงสัยป่วย 20 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูล เครื่องตรวจวัดความเค็ม และเครื่องวัดความดันโลหิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ดำเนินการตามวงจร PAOR ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired-T test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี 4 แนวทางหลัก ได้แก่ การให้ความรู้ที่เข้าถึงง่าย การส่งเสริมทักษะการปรุงอาหารลดเค็ม การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดเค็ม และการติดตามเสริมแรงจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยมีแผนปฏิบัติการ 3 เดือน ผลการประเมินหลังการดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้น ( $p=0.001$ ) ระดับความเค็มของอาหารที่บริโภคลดลง ( $p<0.001$ ) และที่สำคัญที่สุดคือค่าความดันโลหิตตัวบนลดลงเฉลี่ย 14.21 mmHg และตัวล่างลดลงเฉลี่ย 7.11 mmHg ( $p<0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การลดการบริโภคเค็ม, ความดันโลหิตสูง, กลุ่มสงสัยป่วย

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a salt reduction model among suspected hypertensive patients in Kan Subdistrict, Sanom District, Surin Province. The study was conducted between January and June 2025 using Kemmis and McTaggart's PAOR cycle. The sample consisted of 12 community stakeholders and 20 suspected patients. The research instruments were focus group discussion guidelines, data recording forms, salinity detectors, and blood pressure monitors, which were quality-checked. The study conducted the PAOR cycle. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired-T test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that there were 4 main approaches to the salt reduction model among suspected hypertensive patients: providing accessible knowledge, promoting salt-reduced cooking skills, creating an environment conducive to salt reduction, and continuous follow-up and motivation. With a 3-month action plan, the post-implementation evaluation results found that the average knowledge about salt and sodium consumption increased ( $p=0.001$ ), the level of saltiness of the food consumed decreased ( $p<0.001$ ), and most

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

importantly, the systolic blood pressure decreased by an average of 14.21 mmHg and the diastolic blood pressure decreased by an average of 7.11 mmHg ( $p < 0.001$ ).

**Keywords:** Salt reduction, Hypertension, Suspected cases

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นภัยเงียบที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าประชากรทั่วโลกกว่า 1.13 พันล้านคนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เพื่อรับมือกับปัญหานี้ WHO ได้กำหนด 1 ใน 9 เป้าหมายของการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) คือ การลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีความน่ากังวลอย่างยิ่ง โดยในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 24.7 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2566 มีผู้ป่วยสะสมถึง 6.8 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 507,104 คน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในรอบ 10 ปี<sup>2</sup> แม้จะมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น มาตรการ 3อ. 2ส. และการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring; HBPM) ในกลุ่มสงสัยป่วย แต่จากผลการประเมินผลในปีงบประมาณ 2567 พบว่า กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีอัตราการป่วยเป็นผู้ป่วยรายใหม่สูงถึงร้อยละ 6.80<sup>3</sup> สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิภาพของการป้องกันและชะลอการเป็นโรคนั้นยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

การบริโภคโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง<sup>4</sup> องค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน ซึ่งเทียบเท่าเกลือแกง 1 ช้อนชา<sup>5</sup> แต่จากการสำรวจในปี 2566 พบว่าค่าเฉลี่ย

ความเข้มข้นของโซเดียมในอาหารไทย โดยเฉพาะอาหารปรุงเองที่บ้านและอาหารปรุงสำเร็จที่ซื้อจากร้านค้า ยังคงอยู่ในระดับ "เค็มมาก" นอกจากนี้ ประชากรส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 69.21 ยังขาดความรู้ถึงความเสี่ยงจากการบริโภคเกลือและโซเดียมที่มากเกินไป<sup>6</sup> การศึกษาของกาญจนา มณีทัพ และสมจิต แดนสีแก้ว (2560) ยังรายงานว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 8<sup>7</sup>

ในปี 2567 จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 125,699 คน และอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ มีอัตราความชุกสูงที่สุดในจังหวัด (13,904 ต่อประชากรแสนคน)<sup>(8)</sup> สำหรับพื้นที่ตำบลแคน ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 360 คนในปี 2566 เป็น 374 คนในปี 2567 ยิ่งไปกว่านั้น สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ยังต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และยังพบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่พร้อมจะพัฒนาไปสู่การเป็นผู้ป่วยจริง ถึง 67 คน<sup>3</sup> ถึงแม้ในพื้นที่จะมีมาตรการป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยหลัก 3 อ. 2ส. ร่วมกับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน อย่างต่อเนื่องทุกปี แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวนี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการป้องกัน หรือชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ดีนักโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงหรือสงสัยว่าป่วย<sup>9</sup> เนื่องจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารรสเค็มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ มาตรการการลดการบริโภคโซเดียมจึงเป็นภารกิจเร่งด่วนระดับโลกและทุกประเทศ<sup>10</sup> ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บริโภคเค็มนี้จึงต้องมีรูปแบบที่ตอบสนองกับวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน และมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วงจร PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)<sup>11</sup> ซึ่งเน้นความสัมพันธ์เชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่อง โดยในขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาและบริบทเฉพาะของตำบลแคน เพื่อออกแบบกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่าย ให้สอดคล้องกับความต้องการและข้อจำกัดของชุมชนอย่างแท้จริง จากนั้นในขั้นตอนการปฏิบัติการ รูปแบบกิจกรรมที่วางแผนไว้จะถูกนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงการให้ความรู้ที่เข้าถึงง่าย การฝึกปฏิบัติที่สร้างทักษะจริง การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และการสร้างความตระหนักรู้ เพื่อปลูกฝังความเข้าใจและเจตนาธรรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานในส่วนของการสังเกตการณ์ จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกผลลัพท์อย่างละเอียด เพื่อติดตามความก้าวหน้าและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ และในขั้นตอนการสะท้อนกลับ ข้อมูลและข้อสังเกตจะถูกนำมาวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อร่วมกันประเมินผล ปรับปรุงรูปแบบ และพัฒนาแนวทางที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นในแต่ละรอบของวงจร PAOR นี้ ซึ่งกระบวนการวนซ้ำนี้ยังทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วมและความผูกพันที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว และส่งผลให้การลดการบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

## วิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้หลัก PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart<sup>11</sup> ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

**ประชากร** คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย บุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนร้านจำหน่ายอาหารในชุมชน ผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลแคน นักพัฒนาชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

**กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คน โดยพิจารณาจากผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพและการบริโภคอาหารในชุมชน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน นักโภชนาการ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน ตัวแทนร้านจำหน่ายอาหาร 2 คน ปลัดเทศบาล 1 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน กำนัน 1 คน และ ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบการลดบริโภคเค็ม คำนวณจากการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในอาหารที่ปรุงเองต่อ 100 กรัม ก่อนและ



หลังดำเนินการจากการวิจัยที่ผ่านมา<sup>12</sup> ภายใต้ค่าระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 20 คน กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) 140–179 mmHg และ/หรือความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) 90–109 mmHg โดยยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และขึ้นทะเบียนเป็นผู้สงสัยป่วยรายใหม่กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน ในปีงบประมาณ 2567 ทั้งนี้จะต้องไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ การขอลถอนตัวไม่ว่าด้วยเหตุผลใดหรือเสียชีวิตในระหว่างการทำเนิโครงการ

#### เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการลดบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 8 ข้อ การประชุมวางแผนปฏิบัติการลดบริโภคอาหารรสเค็มในชุมชนและการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

2) แบบการบันทึกข้อมูลการวิจัยมี 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องเกลือและโซเดียม จำนวน 12 ข้อ ผ่านการทดสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสำโรง ตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 เท่ากับ 0.82 ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลตัวอย่างปริมาณโซเดียมในอาหารที่รับประทาน และ ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยแบบประเมินความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 12 ข้อ รวม 12

คะแนน จำแนกได้ 3 ระดับ ระดับสูง ระดับปานกลาง และ ระดับต่ำ

ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบและแบบการบันทึกข้อมูลการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้ว

3) เครื่องมือ/อุปกรณ์ ซึ่งผ่านการสอบเทียบมาตรฐานแล้ว ได้แก่

3.1) เครื่องตรวจวัดระดับความเค็มในอาหาร รุ่น EN-900 Dretec Co., Ltd.Japan จำแนกระดับความเค็ม 3 ระดับ ดังนี้ เค็มน้อย (สีน้ำเงิน) เค็มปานกลาง (สีเขียว) และ เค็มมาก (สีแดง) การวัดปริมาณโซเดียมในอาหารที่ปรุงเองต่อปริมาณอาหาร 100 กรัม โดยแปลงค่าจากระดับความเค็มเป็นปริมาณโซเดียม (Na) ดังนี้ ปริมาตรอาหารที่เป็นน้ำ (กรัม) × ระดับความเค็ม (%) / 100 = ปริมาณเกลือ (NaCl) หน่วยเป็นกรัม จากนั้นคำนวณหาค่าปริมาณโซเดียม คิดเป็นร้อยละ 40 ของเกลือ<sup>13</sup>

3.2) เครื่องวัดความดันโลหิต แบบ Digital รุ่น OMRON ใช้วัดความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้านด้วยตัวเอง

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย (มกราคม - กุมภาพันธ์ 2568)

ในระยะนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ ปัญหาการบริโภคเค็มและโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากเอกสาร การสังเกต และการสัมภาษณ์บุคลากรและประชาชน การคัดเลือกและศึกษาชุมชน จากข้อมูลเวชระเบียน และฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนและโรงพยาบาลสนม สร้างความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประสานงาน กับผู้นำท้องถิ่นและหน่วยงานหลัก เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ 1:

ภาคีเครือข่าย) จัดหางบประมาณและทรัพยากร รวมถึง สร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่ และเตรียมผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้เข้าใจบทบาทและเครื่องมือวิจัย

**ระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล (มีนาคม - มิถุนายน 2568)** ดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนนี้ สรุปรวบรวมข้อมูลและยืนยันแนวทาง ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และ ออกแบบกิจกรรมและพัฒนารูปแบบ การลดบริโภคเค็มผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับภาคีเครือข่าย (กลุ่มตัวอย่างที่ 1) โดยใช้กระบวนการ ORID method เพื่อระดมสมองและเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด ก่อนจะ จัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อควบคุมการบริโภคเค็มในครัวเรือนกลุ่มสงฆ์ป่วย โดยผ่านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อและโภชนาการ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการ จัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ โดยเน้นการพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบ (Model Development) ที่สอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มสงฆ์ป่วย เช่น การสร้างการรับรู้ โอกาสเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรค ผู้วิจัยจัดเวทีกลุ่มย่อยเพื่อแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบดังกล่าว และร่วมกับชุมชน นำรูปแบบไปใช้จริง โดยมีการประชาสัมพันธ์ พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามกลุ่มสงฆ์ป่วย และระบบการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) ขั้นตอนนี้คือการนำรูปแบบการลดบริโภคเค็มไปปฏิบัติจริง (Implementation) กับกลุ่มสงฆ์ป่วย โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 คน โดยมีการติดตามให้คำแนะนำ และ รวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด จากการสังเกต การบันทึกข้อมูล การสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงการวัดค่าเฉลี่ยความรู้ ระดับโซเดียมในอาหาร ระดับความ

เค็มในอาหาร และการวัดความดันโลหิตที่บ้าน เพื่อติดตามความก้าวหน้าเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครบระยะเวลา 3 เดือน และประสิทธิภาพของรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการประเมินผลการลดบริโภคเค็มในชุมชน (Evaluation) โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน ที่ได้จากการดำเนินงาน จากนั้นคืนข้อมูลและร่วมกันวางแผน กับชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนร่วมพิจารณาปรับปรุงรูปแบบ กิจกรรม หรือกระบวนการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และวางแผนสำหรับการขยายผลในวงจร PAOR ถัดไป หรือนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน

#### **การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย Paired-T test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

#### **จริยธรรมการวิจัย**

เค้าโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.31/2568

#### **ผลการวิจัย**

##### **1. ผลการศึกษาริบทและประเมินสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง**

ตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ตั้งอยู่ในพื้นที่ราบลุ่มทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของประเทศไทย ภูมิประเทศเอื้อต่อการเพาะปลูก ประชาชนประกอบอาชีพหลักคือการทำนาข้าว วิถีชีวิตของประชาชนยังคงยึดโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่น พุทธศาสนา และประเพณีดั้งเดิม ในอดีตประชาชนในพื้นที่นิยมบริโภคอาหารพื้นถิ่นที่มีรสจัดและเค็ม เช่น ป่นปลา ส้มตำ แจ่วปลาแดก โดยนิยมใช้เครื่องปรุงรสเค็ม เช่น ปลาร้า เกลือ น้ำปลา เพื่อเพิ่ม

รสชาติและถนอมอาหาร มีพฤติกรรม "เติมเครื่องปรุงเพิ่ม" แม้อาหารจะปรุงโดยคนในครอบครัวสะท้อนถึงความคุ้นชินกับรสชาติเค็มที่ฝังรากลึก แม้ว่าปัจจุบันวิถีชีวิตจะเปลี่ยนแปลงไปบ้าง แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มยังคงปรากฏอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การเข้าถึงอาหารสำเร็จรูปในชุมชน เช่น อาหารถุง และเครื่องดื่มสำเร็จรูปที่มักมีโซเดียมสูง ก็เป็นอีกช่องทางที่ทำให้ประชาชนได้รับโซเดียมเกินความจำเป็น ในด้านสุขภาพ พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยปี 2567 อำเภอสนมมีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงสูงสุดในจังหวัดสุรินทร์ (13,904 ต่อประชากรแสนคน) ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่องเพิ่มจาก 360 รายในปี 2566 เป็น 374 รายในปี 2567 และมีผู้ป่วยรายใหม่สะสมอีก 8 ราย (มีนาคม 2568) อัตราการควบคุมความดันโลหิตยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน (ร้อยละ 54.72–55.88) นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 1.08, 1.24 และ 1.42) และโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 0.95, 1.08 และ 1.28) ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้น แม้จะมีการดำเนินงานตามมาตรการด้านสุขภาพ เช่น แนวทาง 3 อ. 2 ส. มาอย่างต่อเนื่อง แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังไม่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน ข้อมูลยังชี้ให้เห็นถึงกลุ่มประชาชนจำนวน 67 ราย ที่มีค่าความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (SBP 140–179 mmHg และ/หรือ DBP 90–109 mmHg) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยที่มีแนวโน้มจะพัฒนาเป็นผู้ป่วยในอนาคตหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงในชุมชนมีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมอาหารพื้นบ้าน และการเข้าถึงอาหารสำเร็จรูปที่มี

โซเดียมสูง แม้ประชาชนส่วนใหญ่จะมีอาชีพเกษตรกรรมที่ต้องใช้แรงงาน แต่กลับไม่ได้ส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ภาวะความเครียดเรื้อรังจากปัญหาเศรษฐกิจและหนี้สินครัวเรือน ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนตำบลแคน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงป่วย ซึ่งยังมีโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

## 2. ผลการพัฒนารูปแบบ

### ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

จากการศึกษาบริบทและข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ยังไม่พบว่ามีมาตรการหรือแนวทางเฉพาะในการลดการบริโภคเค็มที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายและบริบทในพื้นที่อย่างชัดเจน การควบคุมปัจจัยเสี่ยงจึงยังขาดประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้วางแผนการดำเนินงานโดยออกแบบรูปแบบการลดการบริโภคเค็มให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนตำบลแคน ครอบคลุม 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์ซับซ้อน ใช้ตัวอย่างอาหารพื้นถิ่นเพื่ออธิบายผลกระทบของโซเดียมต่อสุขภาพ เช่น โรคไต หลอดเลือด และโรคตา โดยเน้นการสื่อสารแบบมิตร ไม่ตำหนิ เปิดโอกาสให้เรียนรู้ร่วมกัน

2. การส่งเสริมทักษะการเลือกบริโภคและปรุงอาหารลดเค็ม จัดกิจกรรมสาธิตการปรุงอาหารพื้นบ้านโดยใช้สมุนไพร ผัก หรือเครื่องเทศแทนเครื่องปรุงรสเค็ม พร้อมแนะนำการอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกผลิตภัณฑ์ที่มี "ทางเลือกสุขภาพ" และการใช้ภาชนะมาตรฐานตวงเครื่องปรุง

3. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดบริโภคเค็ม สนับสนุนร้านค้าและผู้ประกอบการ

อาหารให้จัดเมนู “ลดเค็ม” และจำหน่ายผลิตภัณฑ์โซเดียมต่ำ พร้อมใช้สื่อชุมชน เช่น หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมเชิงบวกในวงกว้าง

4. การติดตามและเสริมแรงจิตใจต่อเนื่อง ส่งเสริมการวัดความดันโลหิตที่บ้านและจดบันทึกผล พร้อมจัดระบบให้คำปรึกษาโดย อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข และเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กลุ่มเป้าหมายแบ่งปันประสบการณ์ พร้อมสนับสนุนกิจกรรมเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับชุมชน

#### ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ

หลังจากได้ออกแบบรูปแบบการลดพฤติกรรม การบริโภคเค็มที่เหมาะสมกับกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแคนแล้ว ได้นำรูปแบบดังกล่าวไปสู่การดำเนินงานจริงในพื้นที่ โดยวางแผนดำเนินการไว้เป็นระยะเวลา 3 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ **เดือนแรก** มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อม โดยจัดประชุมผู้นำชุมชนและ อสม. เพื่อวางแผนร่วมกับทีมวิจัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรค ความสำคัญของการลดเค็ม และแนวทางดำเนินงาน พร้อมทั้งเตรียมการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย โดยมอบหมายให้ อสม. ใช้แบบสอบถามและวัดความดันโลหิต เพื่อระบุประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรม **เดือนที่สอง** เป็นช่วงเสริมสร้างความรู้และทักษะ โดยจัดอบรมร่วมกับนักโภชนาการจากโรงพยาบาลสนม ให้ความรู้เรื่องโซเดียมในอาหาร ผลกระทบต่อสุขภาพ และแนวทางลดเค็ม โดยใช้สื่อหลากหลายรูปแบบ เช่น สไลด์ แผ่นพับ และวิดีโอ รวมถึงกิจกรรม “ครัวลดเค็ม” ที่สาธิตการปรุงอาหารพื้นบ้านด้วยสมุนไพร ผักพื้นบ้าน และเครื่องเทศ แทนเครื่องปรุงรสเค็ม พร้อมฝึกอ่านฉลากโภชนาการ นอกจากนี้ ยังจัดตั้ง “กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน” โดย อสม. และจิตอาสา เพื่อแลกเปลี่ยน

ติดตามพฤติกรรม และให้กำลังใจผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น กลุ่มไลน์ **เดือนที่สาม** ทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล สื่อสารเรื่องการลดโซเดียม และส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมสุ่มตรวจความเค็มในอาหารที่บริโภคจริงในครัวเรือน และร้านอาหารโดยใช้เครื่องวัดค่าความเค็ม และติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข หากพบค่าความดันผิดปกติ จะส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและดูแลรักษา ในช่วงท้ายได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน และวางแผนขยายผลในอนาคต

#### ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์

การประเมินผลการใช้รูปแบบการลดพฤติกรรมบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มผู้สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.71 ปี (S.D. = 8.65) มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 85 และอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 75 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65 และอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80 พฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการพบว่า ร้อยละ 30 มีความชอบอาหารรสเค็ม ร้อยละ 95 ปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน และร้อยละ 90 รับประทานอาหารรสเค็มจัดเป็นบางครั้ง อีกทั้งยังมีพฤติกรรมเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มเติมในอาหารที่บริโภคถึงร้อยละ 95

การวัดผลของความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับความเค็มของอาหาร และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังดำเนินการ พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มผู้สงสัยโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนดำเนินการเท่ากับ 7.60 คะแนน (S.D. = 2.78) และหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น 9.75 คะแนน (S.D. = 1.61) โดยมีค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean diff.) เท่ากับ 2.15 คะแนน (95%CI = 1.14–3.16,  $p = 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบระดับความเค็มของอาหารที่บริโภค พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเค็มลดลงจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความ

แตกต่างเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 0.25 (95%CI=0.22–0.27,  $p < 0.001$ ) ยังพบว่าค่าความดันโลหิตตัวบนหลังการดำเนินการ ค่าความแตกต่างเฉลี่ยอยู่ที่ 14.21 มิลลิเมตรปรอท (95% CI = 14.12–14.30,  $p < 0.001$ ) ในขณะเดียวกัน ค่าความดันโลหิตตัวล่างก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยอยู่ที่ 7.11 mmHg (95% CI = 6.86–7.36,  $p\text{-value} < 0.001$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับความเค็มของอาหาร และค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังดำเนินการ

| ตัวแปรที่ประเมิน                  | Mean   | S.D.  | Mean diff. | 95%CI       | p-value |
|-----------------------------------|--------|-------|------------|-------------|---------|
| ความรู้ในการบริโภคเกลือและโซเดียม |        |       |            |             |         |
| ก่อนดำเนินการ                     | 7.60   | 2.78  | 2.15       | 1.14 - 3.16 | 0.001   |
| หลังดำเนินการ                     | 9.75   | 1.61  |            |             |         |
| ระดับความเค็มของอาหาร (%)         |        |       |            |             |         |
| ก่อนดำเนินการ                     | 1.08   | 0.29  | 0.26       | 0.23-0.29   | <0.001  |
| หลังดำเนินการ                     | 0.57   | 0.32  |            |             |         |
| ค่าความดันโลหิตตัวบน (mmHg)       |        |       |            |             |         |
| ก่อนดำเนินการ                     | 148.93 | 11.31 | 14.21      | 14.12-14.30 | <0.001  |
| หลังดำเนินการ                     | 134.72 | 11.36 |            |             |         |
| ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)     |        |       |            |             |         |
| ก่อนดำเนินการ                     | 96.92  | 9.68  | 7.11       | 6.86 – 7.36 | <0.001  |
| หลังดำเนินการ                     | 89.81  | 9.28  |            |             |         |

#### ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบและผลการดำเนินงานลดบริโภคเค็มแก่ทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสนม และการประชุมร่วมกับผู้นำชุมชนและผู้บริหารท้องถิ่นในตำบลแคน ซึ่งเป็นพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมกันตรวจสอบกระบวนการ และเสนอแนะข้อจำกัด จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข รวมถึงจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำหนดทิศทางการร่วมกันและเป็นแนวทางในการดำเนินงานในวงรอบต่อไป

#### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาบริบทและสถานการณ์สุขภาพพบว่า กลุ่มเสี่ยงป่วยมีอัตราการบริโภคเค็มเกินเกณฑ์ แสดงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่น ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suckling และ Swift<sup>14</sup> ซึ่งชี้ว่าการบริโภคเกลือสูงสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในทุกช่วงอายุ และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคไตเรื้อรังทั่วโลก รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก การส่งเสริมทักษะการลดเค็ม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดเค็ม และการติดตามและเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart



ที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในชุมชน และการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะพื้นที่<sup>11</sup> นอกจากนี้ ยังเชื่อมโยงกับแนวคิด “ชวนมวลมิตรลดเค็ม” ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่เน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชนเป็นพลังขับเคลื่อน จากการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง<sup>15</sup> หลังการการหลังสิ้นสุดการนำรูปแบบไปใช้ในเดือนพฤษภาคม 2568 ได้มีการประเมินผลลัพธ์โดยรวมรวมข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้เรื่องเกลือและโซเดียมบันทึกปริมาณโซเดียมในอาหารที่รับประทาน (ผ่านการวัดความเค็ม) และบันทึกการวัดความดันโลหิตที่บ้านทั้งก่อนและหลังดำเนินการ ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.001$ ) ระดับความเค็มของอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.001$ ) และที่สำคัญที่สุดคือค่าความดันโลหิตตัวบนลดลงเฉลี่ย 14.21 mmHg และตัวล่างลดลงเฉลี่ย 7.11 mmHg ( $p<0.001$ ) ผลลัพธ์เชิงปริมาณที่ชัดเจนนี้ยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การเพิ่มขึ้นของความรู้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สม นา สะอ้าน<sup>12</sup> และ สรรเพชร รัตนภักดีกุล<sup>9</sup> ซึ่งพบผลการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้อย่างมีนัยสำคัญหลังการดำเนินการใช้รูปแบบ ซึ่งการลดลงของระดับความเค็มในอาหารที่วัดได้ด้วยเครื่องวัดความเค็ม เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้ เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ในการติดตาม เพื่อสะท้อนผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นค่าความเค็มที่เกินความจำเป็น และเป็นแรงจูงใจให้ลดการบริโภคได้จริง ผลการลดความดันโลหิตที่สูงถึง 14.21/7.11 mmHg มีนัยสำคัญทางคลินิกอย่างยิ่ง และสูงกว่าผลที่ผลการวิจัยที่ผ่านมา<sup>1, 12</sup> ซึ่งอาจเนื่องมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่นและ

พฤติกรรมการบริโภคเฉพาะของชุมชน การที่ค่าความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในเกณฑ์ควบคุมหรือใกล้เคียงปกติ ถือเป็นความสำเร็จในการป้องกันการพัฒนาไปสู่โรคความดันโลหิตสูงเต็มตัว ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลกลุ่มสงฆ์ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ และคณะ<sup>1</sup> การเปิดเวทีสะท้อนผลร่วมกับชุมชนในระยะสุดท้ายของโครงการ เป็นอีกกลไกสำคัญที่ส่งเสริมความต่อเนื่องและการเป็นเจ้าของร่วมกันของชุมชน ซึ่งถือเป็นหัวใจของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทั้งยังเป็นแนวทางที่ช่วยให้ชุมชนสามารถต่อยอดและขยายผลในระดับนโยบายท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค<sup>10</sup> ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดพฤติกรรมการบริโภคเค็ม และช่วยควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มสงฆ์ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับนโยบายระดับประเทศในการลดปริมาณโซเดียมในอาหาร เพื่อช่วยยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งควรมีการขยายผลสู่ชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และสนับสนุนให้หน่วยงานในระดับพื้นที่นำไปปรับใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ

### ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถขยายผลกิจกรรม “ครัวลดเค็ม” สู่ทุกหมู่บ้าน ในตำบลแคน โดยปรับรูปแบบให้เข้ากับเวลาและวิถีชีวิตของชาวบ้าน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและสร้างทักษะการปรุงอาหารลดเค็มในทุกครัวเรือน
2. ควรมีการติดตามผลระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการบริโภคเค็ม และอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มสงฆ์ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

- 1.กรณีการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, สม นาสูอัน, ทิพาพร ราชไกร, ประภาศรี ทุมะลา. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ผลของโปรแกรมลดการบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 7. จังหวัดขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2566.
- 2.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. วัตถุประสงค์อย่างไร สูงเกินไปคุมให้ดี ช่วยยืดชีวิตให้นานยาว” 17 พฤษภาคม วันความดันโลหิตสูงโลก. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา; 2567.
- 3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน. สรุปผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2567. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์; 2567.
- 4.กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- 5.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริคอิงค์ 2562.
- 6.กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็มและการประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน ปี 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
- 7.กาญจนา มณีทัต, สมจิต แดนสีแก้ว. สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(4):139-49.
- 8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD) จังหวัดสุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2565 [ออนไลน์] 2567. เข้าถึงได้จาก: [https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b](https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b).
- 9.สรรพพร รัตนภักดีกุล. การพัฒนารูปแบบเพื่อลดการบริโภคเค็มในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก. จังหวัดตาก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ 2565.
- 10.กองโรคไม่ติดต่อ. ถอดบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน:ชุมชนลดเค็ม ลดเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
- 11.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3 ed. Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.
- 12.สม นาสูอัน, ทิพาพร ราชไกร. การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;27(3):99-110.
- 13.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
- 14.Suckling RJ, Swift PA. The health impacts of dietary sodium and a low-salt diet. Clinical medicine (London, England). 2015;15(6):585-8.
- 15.กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562: กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีส่วนร่วมของชุมชน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

A Community Participation Model for Preventing Complications among Patients with  
Type 2 Diabetes at Na Pho Tai Health Promoting Hospital,  
Khong Chiam District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 18,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 26,2025)

ดวงใจ พูลงาม<sup>1</sup>

Duangjai Poolngam<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยบูรณาการความร่วมมือในชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 97 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 30 คน จิตอาสา 30 คน และกลุ่มตัวแทนจากเทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนชุมชน จำนวน 37 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์และการประชุมแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยบูรณาการความร่วมมือในชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) จัดตั้งคณะกรรมการ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การพัฒนาศักยภาพจิตอาสา 5) การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน 7) การนิเทศติดตามและสนับสนุน 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) การถอดบทเรียน ผลของกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ ความพึงพอใจ และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น กระบวนการนี้ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดยมีจำนวนเพิ่มจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 66.67

**คำสำคัญ:** ความร่วมมือ, กระบวนการมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This action research aimed to develop an integrated collaborative care model for Type 2 diabetic patients in the area of Ban Na Pho Tai Health Promoting Hospital, Khong Chiam District, Ubon Ratchathani Province. The total target group consisted of 97 individuals: 30 diabetic patients, 30 volunteers, and 37 representatives from the municipality, public health officials, and community representatives. Both quantitative and qualitative data were collected. Quantitative data were gathered using a constructed questionnaire, while qualitative data were collected through group discussions, interviews, and participatory meetings. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using Content Analysis.

The research findings revealed that this development involved 9 steps: 1) data collection, 2) committee establishment, 3) action plan development, 4) volunteer potential development, 5) knowledge provision and behavior modification, 6) home visit follow-up, 7) supervision, monitoring, and support, 8) knowledge exchange platforms, and 9) lesson learned debriefing. The results of this process indicated that the target groups experienced increased levels of knowledge, satisfaction, and participation. This process

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

led to an increase in the number of patients who could control their blood sugar effectively, with a 66.67% increase from the original number.

**Keywords:** Collaboration, Participatory process, Diabetic patients

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ โรคเบาหวาน ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น เนื่องจากเป็นโรคที่มีระบบการดูแลรักษาที่ซับซ้อนและจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษามาก ในขณะที่ผลลัพธ์การดูแลรักษาในภาพรวมยังไม่บรรลุผลดีเท่าที่ควร สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (The International Federation หรือ IDF) ประมาณการว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 285 ล้านคนในปี ค.ศ. 2010 เป็น 592 ล้านคนในปี ค.ศ. 2035 โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยพบในกลุ่มประเทศที่ด้อยและกำลังพัฒนาและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบมากที่สุดมีสัดส่วนถึงร้อยละ 85-95 ของผู้เป็นโรคเบาหวานทั้งหมด<sup>1</sup>

ข้อมูลสถิติผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 91,449 คน ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีคิดเป็นร้อยละ 32.254 (29,488 คน) และการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตาม Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 สำหรับสถิติผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลโขงเจียม ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มาขึ้นทะเบียนเป็นคนไข้ในพื้นที่อำเภอโขงเจียมจำนวน 10,966 คน ในด้านของการดูแลรักษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ค่อนข้างต่ำ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีคิดเป็นร้อยละ 33.11 (ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ จังหวัดอุบลราชธานี)<sup>2</sup> ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตาม Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดและตลอดเวลา โดยการให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน นำไปสู่การปฏิรูปการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการพัฒนาการวางแผนการดูแลในรูปแบบต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากการดูแลเฉพาะรายตามปัญหาที่พบ (Single Episode) เป็นการดูแลที่ยาวนานตลอดชีวิต (Lifetime Care) และมีการวางแผนการดูแลโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้<sup>3</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เน้นผลลัพธ์ให้ได้ตามเป้าหมาย คือผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้รูปแบบการดูแลเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนยึดหลักสำคัญคือการดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่) โดยมีการประเมินปัญหา วางแผนปฏิบัติ และประสานความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลบ่อยครั้งด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัยรูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบ Practical Action research เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ และ เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ จิตอาสา ตัวแทนผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และบุคลากรจากภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (คณะกรรมการ NCD Board เครือข่ายอำเภอโขงเจียม) ตัวแทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม จำนวนรวม 97 คน คัดเลือกแบบ

เจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทาน
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมโรคไม่ดี คือ มีระดับน้ำตาลในเลือด  $> 155 \text{ mg/dl}$  ติดต่อกันและมีระดับน้ำตาลสะสมหรือ  $\text{HbA1C} > 7 \%$  ขึ้นไป ในรอบการตรวจประจำปี 2561
3. เป็นผู้ที่ยินดียใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย
4. มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคลเป็นปกติ
5. มีความเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ย้ายที่อยู่
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เสียชีวิตระหว่างการวิจัย
3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขอลถอนตัวจากกระบวนการวิจัย
4. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัยหรือเข้าร่วมการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 อีกทั้งต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดีทั้งการอ่านและการเขียน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน โดยการใช้วิธีการ P-A-O-R ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting)



2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะเศรษฐกิจ ประวัติการเจ็บป่วย ของครอบครัว การเข้ารับรักษา อาการแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการดำเนินการ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ วัดก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ อย่างละ 15 ข้อโดยกำหนดคะแนนเป็นตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของ ลิเคิร์ต (Likert) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาสส์ (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 16 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีเครื่องมือที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ด้วยเทคนิคกระบวนการกลุ่ม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรม แบบบันทึกสังเกตการประชุม แบบบันทึกกิจกรรม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

### ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

#### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

##### ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1. ระยะเตรียมการก่อนวิจัย ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย ทฤษฎี ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา และวัตถุประสงค์การวิจัย

1.2 ศึกษาข้อมูลบริบทในพื้นที่

1.3 จัดทำโครงการวิจัยและขอจริยธรรมการวิจัย

1.4 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการในการดำเนินงาน

1.5 ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่าง

1.6 จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ และเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย

1.7 แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย

1.8 ประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์

2.1 สภาพปัจจุบันของการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2.2 วิเคราะห์สาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และแนวทางแก้ไข

2.3 ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม พัฒนาส่วนขาด เสริมจุดเด่น โดยอาศัยคณะกรรมการ NCD คุณภาพเครือข่ายอำเภอโขงเจียม ในการพัฒนามาตรฐานคลินิกเบาหวาน พัฒนาระบบบริการ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และพัฒนาทักษะและสมรรถนะให้กับทีมผู้วิจัยและผู้ป่วย

2.4 จัดหาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงาน

2.5 สนทนากลุ่ม/แลกเปลี่ยนเรียนรู้สภาพปัญหาร่วมกัน

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความพึงพอใจ ของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลหลัก

3.2 สัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม/จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ/การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

4. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

5. ปฏิบัติตามแผนงานโครงการ/แผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผน

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตการ (Observation)

6. สังเกตทุกกิจกรรมก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการ และบันทึกผลทุกขั้นตอน ได้แก่ ระดับความรู้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความพึงพอใจ

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

ประชุมคณะทำงาน เพื่อถอดบทเรียน ประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไข ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และสะท้อนผลการปฏิบัติ พัฒนาปรับปรุงรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (Content Validity) โดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถามมีค่า IOC = 0.70-1.00 3.4.5 ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 30 คน โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย**

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร และเปรียบเทียบความแตกต่างได้แก่ ความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในแต่ละวัน ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว นำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาจากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้จากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ได้จากการให้ข้อมูลโดยวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567 - 144 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567

**ผลการวิจัย**

ลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 50.00) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 73.30) ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.00) รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง (ร้อยละ 30.00 และ 16.74 ตามลำดับ) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท (ร้อยละ 60.00) ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มีปัญหา (ร้อยละ 40.00) ครอบครัวมีจำนวนสมาชิกส่วนใหญ่ 2-5 คน (ร้อยละ 60.00) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ 1-5 ปี และพบว่าระยะเวลาที่ป่วยเบาโรคเบาหวานนานที่สุดถึง 30 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 70.00) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 155-182 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 83.33

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี การพัฒนาครั้งนี้มี 9 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการประชุมสนทนากลุ่ม (Group Discussion) กับกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย จำนวน 37 คน ประกอบไปด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ วัตถุประสงค์ในการประชุมครั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข จากการประชุมได้แนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังนี้ 1) ควรมีการตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย 2) การพัฒนาศักยภาพจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3) การให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 4) ควรมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 5) องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลางสนับสนุนงบประมาณ

2. ขั้นตอนการแต่งตั้งคณะกรรมการ ที่ประชุมได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยคณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วนคือ โรงพยาบาลโขงเจียม, สสอ.โขงเจียม, องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลาง และภาคประชาชน เกิดคณะกรรมการทั้งหมด 5 คณะ คือ 1) คณะกรรมการอำนวยการ 2) คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานคลินิก 3) คณะกรรมการพัฒนาเครือข่าย 4) คณะกรรมการสารสนเทศ และ 5) คณะกรรมการสุศึกษาแลประชาสัมพันธ์

3. ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้วิธีการประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ทุกคนร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

4. ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา โดยการอบรมและฝึกปฏิบัติ การอบรมให้ความรู้

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านและในชุมชน การเจาะหาระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้วของผู้ป่วยและแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

5. ขั้นตอนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ย แก่ผู้ป่วยเบาหวานและจิตอาสา

6. ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน

7. ขั้นตอนการสังเกต นิเทศติดตามและประเมินผล เป็นกระบวนการสังเกตและประเมินผลการดำเนินงานก่อนเข้าร่วมโครงการระหว่างเข้าร่วมโครงการ และสิ้นสุดโครงการเพื่อประเมินระดับความรู้ ประเมินระดับการมีส่วนร่วม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

8. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และให้จิตอาสาได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ

9. การถอดบทเรียน โดยใช้กระบวนการ After Action Review (AAR) เพื่อสรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระดับความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการ ก่อนดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 76.67 หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ระดับสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70

ระดับความรู้ของจิตอาสา ก่อนและหลังดำเนินการ ก่อนดำเนินการจิตอาสาส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 56.67 หลังดำเนินการพบว่าจิตอาสามีความรู้ระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 86.67

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ก่อนและหลังดำเนินการ (n=30) ก่อนดำเนินการผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C >7 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 8.45 หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้จำนวน 20 คนคิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมี

ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมดาเนินการแยกรายด้านก่อนและหลังดาเนินการ (n=37) ก่อนดาเนินการ อยู่ในระดับน้อย หลังดาเนินการ อยู่ในระดับมาก

### สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์บริบทชุมชน ชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อ.โขงเจียม เป็นชุมชนขนาดเล็กที่ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขาย ครวเรือนหลายแห่งมีผู้สูงอายุอยู่ลำพังหรือดูแลเด็กเล็ก และผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้มักมีการช่วยเหลือกันเองในกลุ่มผู้ป่วย แม้จะขาดกิจกรรมรวมกลุ่มด้านสุขภาพ แต่ความเป็นชุมชนดั้งเดิมยังคงมี ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การอนุรักษ์ประเพณี และการเคารพผู้อาวุโส ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อ การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยแก้ไขปัญหได้<sup>4</sup>

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อ.โขงเจียม มี 9 ขั้นตอนสำคัญ ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลไปจนถึงการถอดบทเรียน โดยทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมและแบ่งปันทรัพยากร ทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นโดย

การจัดตั้งคณะกรรมการ: การตั้งคณะกรรมการจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องส่งเสริมความร่วมมือระดับพื้นที่ และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติวรรณ จรรยาสุทธิวงศ์<sup>5</sup>

การพัฒนาศักยภาพจิตอาสา: จิตอาสาได้รับการฝึกอบรม ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น เนื่องจากการกระตุ้น

เตือนอย่างสม่ำเสมอ ควรเน้นพัฒนาทักษะการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลต่อไป<sup>6</sup>

การให้ความรู้และการปรับพฤติกรรม: การให้ความรู้เรื่องเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนช่วยให้ผู้ป่วย ตระหนักและใส่ใจการควบคุมน้ำตาลมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการสร้างเครือข่ายและทีมหมอครอบครัวเข้ามาเสริมพลัง<sup>7</sup>

การบูรณาการความร่วมมือ: รูปแบบการดูแลที่บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายส่งผลให้การดูแลมีคุณภาพและประสิทธิภาพ<sup>8</sup>

Training on the job และการเยี่ยมบ้าน: การฝึกอบรมจิตอาสาเรื่องการดูแลเบาหวาน รวมถึงการเยี่ยมบ้านโดยจิตอาสาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยให้ผู้ป่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และตระหนักในการดูแลตนเอง<sup>9</sup>

ผลการดาเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อ.โขงเจียม สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังตนเอง และการทำงานแบบองค์รวม<sup>10</sup> โดย ความรู้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มี ระดับความรู้เพิ่มขึ้น ในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดี<sup>11</sup> การมีส่วนร่วมผู้มีส่วนร่วมในการดาเนินงานมี ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.66) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น<sup>12</sup> ความพึงพอใจระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.20) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่คล้ายกันจรัสพร ศรีเมือง<sup>12</sup> การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ผู้ป่วย

เบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ( $HbA1C \leq 7$ ) ถึงร้อยละ 66.67 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ารูปแบบการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการสร้างทีมจิตอาสาเพิ่มขึ้นในชุมชนเพื่อร่วมแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ครอบคลุมชุมชนทั้งกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ กลุ่มควบคุมไม่ได้ และกลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งขยายจิตอาสาเพื่อไปดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆในชุมชน

2. กระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาในชุมชน ควรใช้พื้นที่หรือชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา เพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึงความเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

3. สร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานในหลากหลายรูปแบบ โดยเน้นทุกภาคส่วนเข้ามา ร่วมกันพัฒนางานโดยยึดหลัก ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วม

ประเมินผลสร้างภาคีเครือข่ายการทำงานเพื่อแก้ปัญหาให้มีความเข้มแข็งและร่วมมือกันในรูปแบบพหุภาคีแบบไร้รอยต่อ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประยุกต์ใช้ Model ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการสมัครจิตอาสาในชุมชน ในการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้ป่วยที่มาจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งสหวิชาชีพจากหน่วยงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เน้นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการร่วมกันค้นหาปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข และดำเนินงานร่วมกันเพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบอื่นในการสร้างหรือเพิ่มเครือข่ายความร่วมมือให้มากขึ้น ครอบคลุมทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

3. ทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นเพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดลองรูปแบบที่เป็น Intervention ที่ต่างจากการค้นพบครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี. (2560). โรคเบาหวานชนิดที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
2. โรงพยาบาลโงเจียม (2560). ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลโงเจียม
3. กระทรวงสาธารณสุขกรมการแพทย์. (2555). แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
4. กรรณิการ์ คลื่นแก้ว. (2557). ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครอบครัว ชุมชน ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาล อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
5. กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอบ้านโนนบุรีบริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. นรินทร์ พลยิ่ง. (2551). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. (รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. อมรรัตน์ สุขเลิศ. (2555). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสงตำบลคูใหญ่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. (รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



8. ภราดร โสภา. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านโดยทีมผู้ดูแลในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสว่าง อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
9. ญาติาวี กาญจน์แก้ว. (2553). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน บ้านน้อยสามัคคี ตำบลตาต้อ อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
10. ศิริพร ธรรมมีภักดี. (2559). การเสริมพลังอำนาจตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ อำเภอ นาตุ จังหวัดมหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
11. สุระเชษฐ์ เกตุสวัสดิ์. (2552). การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พื้นที่อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).
12. จุรีพร ศรีเมือง. (2556). การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระเทียม อำเภอสหัส จังหวัดสุรินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

## การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการอัตราากำลังพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง Nursing Workforce Management Situation Analysis at Lampang Hospital.

(Received: June 21,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 28,2025)

บุญยาพร อารยวุฒิกุล<sup>1</sup> ธีรชญา รักษกิตติกุล<sup>2</sup>  
Bunyaporn Arayawuthikun<sup>1</sup> Thrichaya Raksittikun<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์อัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลลำปาง ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการอัตรากำลัง คาดการณ์แนวโน้มใน 5 ปี และเสนอแนวทางพัฒนาเชิงนโยบาย ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ดำเนินการระหว่างธันวาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568 โดยศึกษาประชากรพยาบาลวิชาชีพ 969 คน การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร 5 คน และการสนทนากลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการ 3 กลุ่ม รวม 24 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวคำถามสัมภาษณ์ และเครื่องมือวิเคราะห์ WISN วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์แนวโน้ม และการคาดการณ์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลลำปางมีอัตราขาดแคลนอัตราากำลังพยาบาล 406 คน จากกรอบ 1,375 คน คิดเป็นร้อยละ 29.52 โดยหน่วยงานเวชกรรมและอื่นๆ ขาดแคลนสูงสุด (33.9%) การวิเคราะห์ WISN พบทุกหน่วยงานมี WISN Ratio ต่ำกว่า 1.0 โดยหน่วยฉุกเฉินมีสถานการณ์วิกฤตที่สุด (WISN Ratio 0.67, Workload Pressure 1.50) อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงกว่ามาตรฐาน TNC ในทุกหน่วยงาน อัตราการลาออกเฉลี่ย 12.3% ต่อปี โดยกลุ่ม Gen Y-Z มีแนวโน้มลาออกสูงสุด (อายุเฉลี่ยก่อนลาออก 3.5 ปี) การคาดการณ์แสดงแนวโน้มการขาดแคลนเพิ่มขึ้นเป็น 45.8% ในปี 2572

**คำสำคัญ:** อัตราากำลังพยาบาล การบริหารทรัพยากรบุคคล การขาดแคลนบุคลากร

### Abstract

This study aimed to analyze the nursing workforce situation at Lampang Hospital, examine factors affecting workforce management, forecast trends over the next 5 years, and propose policy development strategies. A mixed-methods research approach was conducted from December 2024 to March 2025, involving a population of 969 professional nurses, in-depth interviews with 5 hospital administrators, and focus group discussions with 24 operational-level nurses across 3 groups. The research instruments included a general information questionnaire, interview guidelines, and the WISN (Workload Indicators of Staffing Need) analysis tool. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, trend analysis, and forecasting, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that Lampang Hospital faced a nursing shortage of 406 positions out of 1,375 established positions, representing a 29.52% shortage. The medical and other services departments had the highest shortage rate (33.9%). WISN analysis showed that all departments had WISN ratios below 1.0, with the emergency department facing the most critical situation (WISN Ratio 0.67, Workload Pressure 1.50). Nurse-to-patient ratios exceeded TNC standards across all departments. The average turnover rate was 12.3% per year, with Generation Y-Z showing the highest turnover tendency (average tenure before resignation: 3.5 years). Projections indicated that the shortage would increase to 45.8% by 2029.

**Keywords:** nursing workforce, human resource management, staffing shortage

### บทนำ

การขาดแคลนพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างรุนแรง องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานในปี ค.ศ. 2020 ว่าทั่วโลกยังขาดแคลนพยาบาลและผดุงครรภ์

กว่า 5.9 ล้านคน โดยร้อยละ 89 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมถึงประเทศไทย พบการขาดแคลนประมาณ 1.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 30

ของความต้องการทั้งหมด<sup>1</sup> ในประเทศไทย สภาการพยาบาลรายงานว่าอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ประมาณ 1:400 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ WHO แนะนำคือ 1:200 ปัญหานี้กระจายไม่เท่าเทียมกัน โดยโรงพยาบาลของรัฐและพื้นที่ชนบทประสบปัญหารุนแรงกว่าโรงพยาบาลเอกชนและเขตเมือง<sup>2</sup> วิฤติดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงก่อให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าแก่พยาบาล ซึ่งอาจนำไปสู่การลาออกหรือการเปลี่ยนอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลตติยภูมิที่ต้องดูแลผู้ป่วยซับซ้อน<sup>3</sup>

ความรุนแรงของปัญหานี้เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ภาระงานที่สูงขึ้นจากการขยายบริการและผู้ป่วยซับซ้อน ระบบการสรรหาและบรรจุข้าราชการที่ล่าช้า ค่าตอบแทนที่ไม่จูงใจ และการเปลี่ยนแปลงในเจเนอเรชันของบุคลากรที่ต้องการความยืดหยุ่นและสมดุลชีวิต สถานการณ์ดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อระยะยาว โดยการศึกษาของ Labrague และ De los Santos<sup>3</sup> พบว่า ความวิตกกังวลและการขาดการสนับสนุนจากองค์กรส่งผลต่อการลาออกของพยาบาล ขณะที่ปัจจัยทางจิตใจ ความยืดหยุ่นส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนจากองค์กรมีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลของพยาบาลแนวทาง

สำหรับประเทศไทย การขาดแคลนพยาบาลกระจายไม่เท่าเทียมกัน โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐและพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะโรงพยาบาลตติยภูมิที่ต้องดูแลผู้ป่วยซับซ้อน เป็นศูนย์รับส่งต่อ และต้องการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสูงและความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Advanced Level) มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในจังหวัดลำปางและจังหวัดใกล้เคียง รวมถึงเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยซับซ้อนในเขตสุขภาพที่ 1 ปัจจุบันให้บริการเตียงสามัญ 711

เตียง (ห้องพิเศษ 134 เตียง) เตียง ICU 88 เตียง ห้องผ่าตัดใหญ่ 24 ห้อง และห้องผ่าตัดเล็ก 3 ห้อง<sup>4</sup> การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าโรงพยาบาลเผชิญปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลอย่างรุนแรง โดยมีพยาบาลปฏิบัติงานจริงเพียง 969 คน จากกรอบอัตรากำลัง 1,375 คน ขาดแคลน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 29.52 ขณะที่ภาระงานเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สะท้อนจากสถิติผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นจาก 1,030,314 ครั้งในปี 2566 เป็น 1,095,916 ครั้งในปี 2567 และผู้ป่วยในที่เพิ่มจาก 52,979 รายในปี 2564 เป็น 59,295 รายในปี 2565<sup>5</sup>

ปัญหานี้ยังคงทวีความรุนแรงขึ้นจากอัตราการลาออกที่สูง โดยในปี 2565-2567 พบพยาบาลลาออก 32, 17 และ 20 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่ลาออกเพื่อไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ป่วยซับซ้อนน้อยกว่า ภาระงานน้อยกว่า แต่ค่าตอบแทนสูงกว่า<sup>6</sup> สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยของบริการ โดยพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกเพิ่มขึ้น เช่น การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง จำนวน 179 ครั้งในระดับความรุนแรง 1 และ 202 ครั้งในระดับความรุนแรง 2 ความผิดพลาดในกระบวนการบริการและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 47 ครั้งในระดับความรุนแรง 1 และ 25 ครั้งในระดับความรุนแรง 2<sup>7</sup> แม้โรงพยาบาลลำปางจะมีแนวทางบริหารจัดการอัตรากำลังหลายรูปแบบ เช่น การใช้ Ward Buddy การจ้างผู้เกษียณ การเกลี่ยบุคลากรข้ามหน่วยงาน การนำเทคโนโลยีมาลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพ การสร้างความยืดหยุ่นในการทำงาน และการให้ทุนการศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาล แต่ยังไม่เพียงพอต่อการทดแทนอัตรากำลังที่ขาดแคลน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการจัดสรรอัตรากำลังปัจจุบันยังไม่ตอบโจทย์เชิงยุทธศาสตร์<sup>8</sup>

การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาแผนจัดการอัตรากำลังที่มีประสิทธิภาพ โดยจำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมโครงสร้างภาระงาน ความสามารถของบุคลากรงบประมาณ และแนวโน้มความต้องการบริการ

สุขภาพในอนาคต โดยเฉพาะในยุคที่ความต้องการด้านสุขภาพมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการอัตราากำลังพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ รองรับการให้บริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมถึงสร้างความยั่งยืนในการบริหารทรัพยากรบุคคลระยะยาว

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์อัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลลำปาง โดยเปรียบเทียบกรอบอัตรากำลังที่ควรมีกับอัตรากำลังที่มีอยู่จริง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล ในด้านภาระงาน การเข้า-ออกของบุคลากร และความต้องการบริการสุขภาพ
3. เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มความต้องการอัตรากำลังพยาบาลในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)
4. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยการใช้การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการในโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การศึกษาประชากรทั้งหมด (Population Study) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 969 คน และข้อมูลสถิติผู้ป่วยย้อนหลังปี 2567 เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

การวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาล 5 คน (ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล) และการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวม 24 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามประสบการณ์การทำงาน

### เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์อัตรากำลัง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน) การจำแนกตามเจเนอเรชัน ข้อมูลการปฏิบัติงานจำแนกตามหน่วยงาน (หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม ศัลยกรรม ห้องผ่าตัด อุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานเวชกรรมและอื่นๆ)

2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหาร เน้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารอัตรากำลัง นโยบายการสรรหาและรักษาบุคลากร แนวทางการจัดการปัญหาการลาออก โดยเฉพาะในกลุ่มเจเนอเรชันใหม่ การวางแผนกำลังคนระยะยาว มาตรการแก้ไขปัญหาการขาดแคลน และผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

3. แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลระดับปฏิบัติการ ครอบคลุมประสบการณ์ภาระงานในแต่ละหน่วยงาน การดูแลผู้ป่วยและอัตราส่วนต่อมาตรฐาน ปัญหาการทำงานล่วงเวลาและการจัดเวรงาน ความรู้สึกเหนื่อยล้าและความพึงพอใจในการทำงาน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัดสินใจลาออก และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสภาพการทำงาน

4. เครื่องมือวิเคราะห์ WISN (Workload Indicators of Staffing Need) เป็นมาตรฐาน WHO สำหรับการคำนวณเวลาทำงานที่มีอยู่ต่อปี เวลาที่ต้องการสำหรับแต่ละหน่วยงาน การคำนวณ WISN Ratio เพื่อประเมินความเพียงพอของกำลังคน การวิเคราะห์ Workload Pressure และการเปรียบเทียบอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยปัจจุบันกับมาตรฐาน TNC ในหน่วยงานต่าง ๆ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ดำเนินการโดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ข้อมูลอัตรากำลังปัจจุบัน สถิติผู้ป่วย และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมผู้บริหาร

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์แนวโน้มและการพยากรณ์ ดำเนินการโดยการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการอัตรากำลัง

ระยะที่ 3 การพัฒนาข้อเสนอแนะ ดำเนินการโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์แนวโน้มย้อนหลัง 3 ปี การวิเคราะห์ WISN Methodology สำหรับคำนวณ WISN Ratio และ Workload Pressure การเปรียบเทียบอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยกับมาตรฐาน TNC และการคาดการณ์แนวโน้มความต้องการอัตรากำลังในระยะ 5 ปี

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหาร 5 คน และการสนทนากลุ่มกับพยาบาลระดับปฏิบัติการ 3 กลุ่ม รวม 24 คน เพื่อระบุประเด็นสำคัญ รูปแบบ และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาล

#### จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

#### ผลการวิจัย

##### ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

##### สถานการณ์อัตรากำลังพยาบาล

ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง จำนวนทั้งสิ้น 969 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 876 คน (ร้อยละ 90.4) และเป็นเพศชาย 93 คน (ร้อยละ 9.6) ในด้านช่วงอายุ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือมากกว่า 50 ปี (Baby Boomer) จำนวน 290 คน (ร้อยละ 30.0) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31–40 ปี (Gen Y) จำนวน 300 คน (ร้อยละ 30.9) กลุ่มอายุ 41–50 ปี (Gen X) จำนวน 257 คน (ร้อยละ 26.5) และกลุ่มอายุ 22–30 ปี (Gen Z) จำนวน 122 คน (ร้อยละ 12.6) พยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีการพยาบาล จำนวน 909 คน (ร้อยละ 93.8) และมีวุฒิปริญญาโทขึ้นไปจำนวน 60 คน (ร้อยละ 6.2) ในด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปีมีจำนวนมากที่สุด 445 คน (ร้อยละ 45.9) รองลงมาคือกลุ่มที่มีประสบการณ์ 11–20 ปี จำนวน 256 คน (ร้อยละ 26.4) กลุ่ม 5–10 ปี จำนวน 146 คน (ร้อยละ 15.1) และกลุ่มน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 122 คน (ร้อยละ 12.6)

ตารางที่ 1 สถานการณ์อัตรากำลังพยาบาลจำแนกตามหน่วยงาน

| หน่วยงาน                 | กรอบอัตรากำลัง | ปฏิบัติงานจริง | ขาดแคลน | ร้อยละ |
|--------------------------|----------------|----------------|---------|--------|
| หอผู้ป่วยหนัก            | 236            | 165            | 71      | 30.1   |
| อายุรกรรม                | 180            | 127            | 5       | 29.4   |
| ศัลยกรรม                 | 169            | 119            | 50      | 29.6   |
| ห้องผ่าตัด               | 108            | 76             | 32      | 29.6   |
| อุบัติเหตุและฉุกเฉิน     | 81             | 57             | 24      | 29.6   |
| งานเวชกรรมและอื่นๆ       | 109            | 72             | 37      | 33.9   |
| หน่วยงานอื่นๆ (11 หน่วย) | 492            | 353            | 139     | 28.3   |



| รวม | 1,375 | 969 | 406 | 29.52 |
|-----|-------|-----|-----|-------|
|-----|-------|-----|-----|-------|

หมายเหตุ: หน่วยงานอื่นๆ ประกอบด้วย ห้องตรวจพิเศษ วิสัญญี สูติ นรีเวช กุมารเวชกรรม จิตเวช EENT OPD ผู้คลอด IC และวิจยฯ

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ อัตราการพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลลำปางมีการขาดแคลนอัตราพยาบาลโดยรวม 406 คน จากกรอบอัตราทั้งหมด 1,375 คน คิดเป็นร้อยละ 29.52 โดยหน่วยงานเวชกรรมและอื่นๆ มีอัตราการขาดแคลนสูงที่สุดที่ร้อยละ 33.9 ตามด้วยหอ

ผู้ป่วยหนักที่ร้อยละ 30.1 ส่วนหน่วยงานหลักอื่นๆ มีอัตราการขาดแคลนใกล้เคียงกันอยู่ระหว่างร้อยละ 29.4-29.6 ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม ห้องผ่าตัด และอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะที่หน่วยงานอื่นๆ (11 หน่วยรวม) มีอัตราการขาดแคลนต่ำที่สุดที่ร้อยละ 28.3

## ตารางที่ 2 อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยเปรียบเทียบกับมาตรฐาน

| หน่วยงาน     | อัตราส่วนปัจจุบัน | มาตรฐาน TNC* | ส่วนต่าง |
|--------------|-------------------|--------------|----------|
| ICU          | 1:2.8             | 1:2.0        | +0.8     |
| CCU          | 1:2.9             | 1:2.0        | +0.9     |
| Emergency    | 1:8.5             | 1:5.0        | +3.5     |
| General Ward | 1:6.7             | 1:4.0        | +2.7     |
| OPD          | 1:25.8            | 1:20.0       | +5.8     |

\*TNC = Thai Nursing Council Standards

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยกับมาตรฐาน TNC แสดงให้เห็นว่าทุกหน่วยงานมีอัตราส่วนสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด โดย OPD มีส่วนต่างสูงสุดที่ +5.8 (อัตราส่วนปัจจุบัน 1:25.8 เทียบกับมาตรฐาน 1:20.0) รองลงมาคือ Emergency ที่มีส่วนต่าง +3.5 (1:8.5 เทียบกับ 1:5.0) และ General Ward ที่มีส่วนต่าง +2.7 (1:6.7 เทียบกับ 1:4.0) สำหรับหน่วยงานวิกฤตอย่าง ICU

และ CCU แม้จะมีส่วนต่างน้อยกว่า แต่ยังคงสูงกว่ามาตรฐานที่ +0.8 และ +0.9 ตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลในทุกหน่วยงานต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเกินกว่าที่มาตรฐานกำหนด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความเหนื่อยล้าและการลาออกของบุคลากร

## ตารางที่ 3 แสดงการจัดอัตราากำลัง RN : Non-RN ของ ER และ OPD ตาม Productivity, Hour Per Patient Day (HPPD) และ Skill Mix

| กลุ่มงาน/หน่วยงาน | Productivity (%) | Hour Per Patient Day (HPPD) | Skill Mix (RN:Non-RN) |
|-------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------|
| IPD               | 98.6             | 4.85                        | 60:40                 |
| ICU               | 81.59            | 16.25                       | 80:20                 |
| ER                | 149.8            | 1.2                         | 66:34                 |
| OPD               | 136.99           | 0.91                        | 37:63                 |

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการทำงานและการจัดสรรอัตราากำลังพบว่า หน่วยงาน ER และ OPD มีประสิทธิภาพการทำงาน (Productivity) สูงเกินเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 149.8 และ 136.99 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงภาระ

งานที่เกินสมรรถนะ ขณะที่ ICU มีประสิทธิภาพต่ำกว่าเกณฑ์ที่ร้อยละ 81.59 และ IPD อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 98.6 ด้านชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน (HPPD) พบว่า ICU ต้องการเวลาดูแลสูงสุดที่ 16.25 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วย

วิกฤต ส่วน IPD ใช้เวลา 4.85 ชั่วโมงซึ่งใกล้เคียงกับมาตรฐาน ขณะที่ ER และ OPD ใช้เวลาสั้นเพียง 1.2 และ 0.91 ชั่วโมงตามลำดับ เนื่องจากเป็นบริการที่มีผู้รับบริการหมุนเวียนเร็ว สำหรับการจัดสัดส่วน Skill Mix พบว่า ICU มีอัตราส่วน RN:Non-RN สูงสุดที่

80:20 ซึ่งเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ส่วน OPD มีสัดส่วน 37:63 ที่เน้นการใช้บุคลากรสนับสนุนมากกว่า เนื่องจากลักษณะงานมีความซับซ้อนน้อยกว่า

#### ปัจจัยด้านภาระงาน

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตาม WISN Methodology

| หน่วยงาน  | Available Working Time (ชั่วโมง/ปี) | Required Time (ชั่วโมง/ปี) | WISN Ratio | Workload Pressure |
|-----------|-------------------------------------|----------------------------|------------|-------------------|
| ICU       | 1,680                               | 2,380                      | 0.71       | 1.42              |
| Emergency | 1,680                               | 2,520                      | 0.67       | 1.50              |
| IPD       | 1,680                               | 2,050                      | 0.82       | 1.22              |
| OPD       | 1,680                               | 1,950                      | 0.86       | 1.16              |

หมายเหตุ: WISN Ratio < 1.0 แสดงถึงการขาดแคลนอัตรากำลัง

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ภาระงานด้วยวิธี WISN แสดงให้เห็นว่าทุกหน่วยงานหลักมี WISN Ratio ต่ำกว่า 1.0 ซึ่งสะท้อนถึงภาวะขาดแคลนอัตรากำลังอย่างรุนแรง โดยหน่วย Emergency มีสถานการณ์วิกฤตที่สุดด้วยค่า WISN Ratio เพียง 0.67 และ Workload Pressure สูงถึง 1.50 หมายความว่าพยาบาลต้องรับภาระงานเกินสมรรถนะถึง 50% รองลงมาคือ ICU ที่มี WISN Ratio 0.71 และ Workload Pressure 1.42 แสดงว่า

บุคลากรต้องทำงานหนักเกินความสามารถปกติ 42% สำหรับ IPD และ OPD แม้จะมีสถานการณ์ดีกว่า แต่ยังคงมี WISN Ratio เพียง 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่าพยาบาลยังต้องรับภาระงานเกินกว่าปกติ 22% และ 16% ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาล โดยเฉพาะในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน

#### ปัจจัยด้านการเข้า-ออกของบุคลากร

ตารางที่ 5 อัตราการเข้า-ออกของพยาบาลในรอบ 3 ปี

| ปี     | จำนวนเข้าใหม่ | จำนวนลาออก | Net Change | Turnover Rate (%) |
|--------|---------------|------------|------------|-------------------|
| 2565   | 84            | 127        | -43        | 12.8              |
| 2566   | 92            | 118        | -26        | 11.9              |
| 2567   | 89            | 119        | -30        | 12.3              |
| เฉลี่ย | 88.3          | 121.3      | -33.0      | 12.3              |

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์แนวโน้มการเข้า-ออกของบุคลากรพยาบาลในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) แสดงให้เห็นถึงปัญหาการสูญเสียกำลังคนอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการลาออกเฉลี่ยสูงถึง 12.3% ต่อปี ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (ไม่เกิน 10%) ขณะที่จำนวนพยาบาลเข้าใหม่เฉลี่ยเพียง 88.3 คนต่อปี แต่มีผู้ลาออก 121.3 คนต่อปี ส่งผลให้เกิดการสูญเสียกำลังคนสุทธิ 33 คนต่อปี การวิเคราะห์สาเหตุการลาออกพบว่าส่วนใหญ่เกิด

จากการย้ายไปทำงานในภาคเอกชน (37.8%) และการย้ายไปโรงพยาบาลอื่น (23.5%) โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลรุ่นใหม่ (Gen Y และ Gen Z) ที่มีอายุเฉลี่ยก่อนลาออกเพียง 3.5 ปี ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยด้านความเหนื่อยล้าจากภาระงาน ความไม่มั่นคงในสถานภาพการจ้างงาน และความคาดหวังด้าน Work-life Balance ที่แตกต่างจากรุ่นก่อน

#### การคาดการณ์แนวโน้ม 5 ปี

ตารางที่ 6 การคาดการณ์อัตราากำลังพยาบาล 2568-2572

| ปี   | ความต้องการ | อุปทาน | Gap | % การขาดแคลน |
|------|-------------|--------|-----|--------------|
| 2568 | 1,423       | 952    | 471 | 33.1         |
| 2569 | 1,472       | 935    | 537 | 36.5         |
| 2570 | 1,523       | 918    | 605 | 39.7         |
| 2571 | 1,576       | 901    | 675 | 42.8         |
| 2572 | 1,631       | 884    | 747 | 45.8         |

การคาดการณ์แนวโน้มอัตราากำลังพยาบาลในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2568-2572) แสดงให้เห็นถึงการทวีความรุนแรงของปัญหาการขาดแคลนอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2568 คาดว่าจะมีความต้องการอัตราากำลัง 1,423 คน แต่มีอุปทานเพียง 952 คน ส่งผลให้เกิดช่องว่างการขาดแคลน 471 คน คิดเป็นร้อยละ 33.1 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปัจจุบันที่ร้อยละ 29.52 แนวโน้มการขาดแคลนจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี โดยในปี 2569 คาดว่าจะขาดแคลนถึงร้อยละ 36.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.7, 42.8 และ 45.8 ในปี 2570, 2571 และ 2572 ตามลำดับ สถานการณ์นี้เกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ ความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการขยายบริการ ขณะที่อุปทานกำลังคนมีแนวโน้มลดลงจากการเกษียณอายุของพยาบาลรุ่นเก่าและอัตราการลาออกที่ยังคงสูง การคาดการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่าหากไม่มีการดำเนินการมาตรการแก้ไขที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพในทันที สถานการณ์การขาดแคลนจะถึงจุดวิกฤติที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้บริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยในอนาคต

#### ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับต่างๆ จำนวน 5 คน พบมุมมองที่สอดคล้องกันในหลายประเด็นสำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนพยาบาลในทั้งระดับปฏิบัติและบริหาร โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีภาระงานสูงและขาดพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทาง บางหน่วยงานมี FTE ต่ำกว่าร้อยละ 80 ส่งผลให้เกิดภาวะความเหนื่อยล้า (Burnout) อย่างต่อเนื่อง ผลกระทบที่สำคัญต่อภาระ

งานคือพยาบาลบางคนต้องดูแลผู้ป่วยถึง 14 รายต่อเวร และบางหน่วยงานมีวันหยุดเพียง 1-2 วันต่อเดือน ซึ่งส่งผลให้พยาบาลไม่ต้องการทำงานล่วงเวลาและมีแนวโน้มลาออกสูง โดยเฉพาะในกลุ่ม Gen Y-Z

การสนทนากลุ่ม การสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มหน่วยวิกฤติ (อายุเฉลี่ย 42.4 ปี) กลุ่มหน่วยผู้ป่วยทั่วไป (อายุเฉลี่ย 45.8 ปี) และกลุ่มหน่วยพิเศษ (อายุเฉลี่ย 41.2 ปี) โดยมีผู้เข้าร่วมรวม 24 คน พบประเด็นร่วมที่สำคัญคือการขาดระบบข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ภาระงานอย่างเป็นระบบ การขาดความชัดเจนในการจัดลำดับความสำคัญของหน่วยงานเมื่อมีการขาดกำลังคน ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิพิเศษ และความรู้สึกเหนื่อยล้าสะสมที่ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจ ข้อเสนอแนะที่ได้รับ ได้แก่ การพัฒนาแผนกำลังคนแบบมีส่วนร่วม การอบรมหัวหน้างานให้มีทักษะการบริหารคนรุ่นใหม่ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการเวรงาน

#### สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์อัตราากำลังพยาบาลและความรุนแรงของปัญหา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลลำปางประสบปัญหาการขาดแคลนอัตราากำลังพยาบาลในระดับวิกฤติ โดยขาดแคลน 406 คน จากกรอบอัตรากำลัง 1,375 คน คิดเป็นร้อยละ 29.52 ซึ่งสูงกว่าสถานการณ์ระดับชาติที่องค์การอนามัยโลกรายงานในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ขาดแคลนร้อยละ 30<sup>1</sup> อัตราการขาดแคลนในแต่ละหน่วยงานอยู่ระหว่างร้อยละ 28.3-33.9 โดยหน่วยงานเวชกรรมและอื่นๆ มีอัตราการขาดแคลน

สูงสุด ขณะที่ผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นหน่วยงานวิกฤติมีอัตราการขาดแคลนถึงร้อยละ 30.1 สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Labrague และ De los Santos<sup>3</sup> ที่พบว่า การขาดแคลนพยาบาลส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลและความเครียดในการทำงาน โดยปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร ความยืดหยุ่นส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลของพยาบาล แนวหน้า การเปรียบเทียบอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยกับมาตรฐานของสภาการพยาบาลไทยพบว่าทุกหน่วยงานมีอัตราส่วนสูงกว่ามาตรฐาน โดยหน่วยผู้ป่วยนอกมีส่วนต่างสูงสุดที่ + 5.8 (1:25.8 เปรียบเทียบกับมาตรฐาน 1:20.0) และหน่วยฉุกเฉินมีส่วนต่าง +3.5 (1:8.5 เปรียบเทียบกับมาตรฐาน 1:5.0) สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่เกินสมรรถนะของพยาบาล

การวิเคราะห์ภาระงานด้วย WISN Methodology การประยุกต์ใช้เครื่องมือ WISN ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก<sup>9</sup> ในการวิเคราะห์ภาระงานพบว่าพบผลที่น่าวิตกอย่างมาก โดยทุกหน่วยงานหลักมี WISN Ratio ต่ำกว่า 1.0 ซึ่งบ่งชี้ถึงการขาดแคลนอัตรากำลังอย่างรุนแรง หน่วยฉุกเฉินมีสถานการณ์วิกฤติที่สุดด้วย WISN Ratio เพียง 0.67 และ Workload Pressure สูงถึง 1.50 หมายความว่าพยาบาลต้องรับภาระงานเกินสมรรถนะถึง 50% การวิเคราะห์ Productivity พบว่าหน่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพการทำงานสูงเกินเกณฑ์ที่ร้อยละ 149.8 และ 136.99 ตามลำดับ ขณะที่หน่วยผู้ป่วยวิกฤติมีประสิทธิภาพต่ำกว่าเกณฑ์ที่ร้อยละ 81.59 สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นถึงการกระจายอัตรากำลังที่ไม่สมดุล และความจำเป็นในการปรับปรุงระบบการจัดสรรกำลังคนให้สอดคล้องกับภาระงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวางแผนกำลังคนเชิงยุทธศาสตร์ของ Dessler<sup>10</sup>

แนวโน้มการเข้า-ออกของบุคลากรและผลกระทบระยะยาว อัตราการลาออกเฉลี่ยร้อยละ 12.3 ต่อปีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (ไม่เกิน 10%) และสร้างการสูญเสีย

กำลังคนสุทธิ 33 คนต่อปี การลาออกส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มพยาบาลรุ่นใหม่ (Gen Y และ Gen Z) ที่มีอายุเฉลี่ยก่อนลาออกเพียง 3.5 ปี และมีสาเหตุหลักจากการย้ายไปทำงานในภาคเอกชน (37.8%) ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาความไม่สมดุลระหว่างงานและชีวิต (Work-life Balance) ที่เป็นการต้องการสำคัญของกลุ่มบุคลากรรุ่นใหม่

การคาดการณ์แนวโน้ม 5 ปีแสดงให้เห็นถึงการทวีความรุนแรงของปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการขาดแคลนจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.1 ในปี 2568 เป็นร้อยละ 45.8 ในปี 2572 สถานการณ์นี้เกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ ความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและการลดลงของอุปทานกำลังคนจากการเกษียณอายุและอัตราการลาออกที่ยังคงสูง

ข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและการสนทนากลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการให้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญเกี่ยวกับสาเหตุรากเหง้าของปัญหา ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ภาระงานอย่างเป็นระบบ การขาดความชัดเจนในการจัดลำดับความสำคัญของหน่วยงาน และความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิพิเศษ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริหารจัดการอัตรากำลังที่โปร่งใสและมีส่วนร่วม

ปัญหาความเหนื่อยล้าสะสม (Burnout) ที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการที่มีชื่อเสียง ขณะที่ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการเวรงานและการพัฒนาทักษะการบริหารคนรุ่นใหม่ แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการให้สอดคล้องกับยุคดิจิทัลและความหลากหลายของกลุ่มบุคลากร

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญคือเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเดียว ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน นอกจากนี้ การคาดการณ์แนวโน้ม 5

ปีอาจมีความไม่แน่นอนจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น นโยบายการสาธารณสุขระดับชาติ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และปัจจัยทางเศรษฐกิจที่อาจส่งผลกระทบต่อความต้องการและอุปทานของพยาบาลในอนาคต

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จัดสรรพยาบาลเพิ่มในหน่วยฉุกเฉิน 15 คน และหน่วยผู้ป่วยวิกฤติ 20 คน เพื่อลด Workload Pressure จาก 1.50 และ 1.42 ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และจัดตั้งทีม Float Nurse 10 คน สำหรับสนับสนุนข้ามหน่วยงานในช่วงภาระงานสูง
2. สร้างโปรแกรม Mentorship 2 ปี แรก ระบบการทำงานยืดหยุ่น (Flexible Working) และเส้นทางความก้าวหน้าที่ชัดเจน เพื่อลดอัตราการลาออกของ Gen Y-Z จากอายุเฉลี่ย 3.5 ปี เป็นอย่างน้อย 5 ปี

3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลอัตรากำลังแบบเรียลไทม์ แอปจัดการเวรงาน และใช้เครื่องมือ WISN วิเคราะห์ภาระงานสม่ำเสมอ เพื่อการจัดสรรที่มีประสิทธิภาพและป้องกันปัญหาการขาดแคลนที่คาดการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.8 ในปี 2572

##### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะที่นำไปใช้ โดยใช้ตัวชี้วัดที่ชัดเจน เช่น อัตราการลาออก ระดับความพึงพอใจของพยาบาล คุณภาพการดูแลผู้ป่วย และต้นทุนการบริหารอัตรากำลัง
2. ควรศึกษาเจาะลึกความต้องการและปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในแต่ละเจนเนอเรชัน เพื่อพัฒนากลยุทธ์การรักษาบุคลากรที่เฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพ

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support - Labrague - 2020 - Journal of Nursing Management - Wiley Online Library
2. สภาการพยาบาล. รายงานประจำปี สถานการณ์กำลังคนพยาบาลไทย 2566. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2566.
3. Labrague LJ, De los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organizational support, personal resilience and social support. J Nurs Manag. 2020;28(7):1653-61. Wiley Online LibraryPubMed
4. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลลำปาง. รายงานสถานการณ์อัตรากำลังพยาบาลประจำปี 2566. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2566.
5. กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลลำปาง. รายงานสถิติผู้ป่วย 2564-2566. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2567.
6. เบลูจมาส วงศ์ฉัตรวรรณ, ถาวร ล่อกา, กัญญณพัชญ์ ศรีทอง. พัฒนารูปแบบการบริหารอัตรากำลังพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2565;9(2):265-282.
7. ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลลำปาง. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเสี่ยงทางคลินิก ประจำปี 2566. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2566.
8. International Council of Nurses. The global nursing shortage and nurse retention. Geneva: International Council of Nurses; 2021.
9. World Health Organization. WISN - workload indicators of staffing need: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2021.
10. Dessler G. Human resource management. 16th ed. Boston: Pearson; 2020.



การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม  
เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี

Evaluation of the Performance of Primary Care Units and Networks Based on the  
Primary Health Care Quality Standards in Pathum Thani Province.

(Received: June 22,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 28,2025)

สัณญา เหมือนโพธิ์ทอง<sup>1</sup>

Sanya Muanpotong

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานกับผลการดำเนินงาน (3) ศึกษาระดับความพึงพอใจของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และ (4) ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยด้านผลการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.93$ ) รองลงมาคือด้านกระบวนการ ( $\bar{x} = 3.92$ ) และบริบท ( $\bar{x} = 3.82$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 3.56$ ) นอกจากนี้ บริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยเฉพาะกระบวนการมีความสัมพันธ์สูงสุด ( $r = .750$ ) รองลงมาคือปัจจัยนำเข้า ( $r = .650$ ) และบริบท ( $r = .643$ ) ขณะที่บุคลากรในหน่วยบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.89$ ) โดยเฉพาะด้านความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ( $\bar{x} = 4.07$ ) และการทำงานตามบทบาทหน้าที่ ( $\bar{x} = 3.98$ ) สำหรับผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร งบประมาณไม่เพียงพอ ภาระงานซ้ำซ้อน และระบบบริหารจัดการที่ไม่คล่องตัว

คำสำคัญ: หน่วยบริการปฐมภูมิ, การประเมินผล, CIPP Model

Abstract

This research aimed to (1) examine the context, input factors, operational processes, and outcomes of primary care units and primary care networks in Pathum Thani Province, (2) investigate the relationships between context, input factors, and operational processes with outcomes, (3) assess the satisfaction levels of personnel in primary care units and primary care networks, and (4) identify problems, obstacles, and recommendations for implementing quality standards in primary healthcare service delivery. This study was survey research data were analysis by mixed-methods approach was employed. The sample consisted of 148 personnel working in primary care units and primary care networks. The research instrument was a questionnaire that underwent content validity and reliability testing. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient analysis, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that the sample had moderate to high opinions regarding context, input factors, processes, and outcomes. The outcome dimension showed the highest mean score ( $\bar{x} = 3.93$ ), followed by

<sup>1</sup> จังหวัดปทุมธานี

the process dimension ( $\bar{x} = 3.92$ ) and context dimension ( $\bar{x} = 3.82$ ), respectively. The input factor dimension had the lowest mean score ( $\bar{x} = 3.56$ ). Furthermore, context, input factors, and processes were significantly correlated with outcomes ( $p < .001$ ), with processes showing the strongest correlation ( $r = 0.750$ ), followed by input factors ( $r = 0.650$ ) and context ( $r = 0.643$ ). Personnel demonstrated high satisfaction levels ( $\bar{x} = 3.89$ ), particularly in collaboration with network partners ( $\bar{x} = 4.07$ ) and role performance ( $\bar{x} = 3.98$ ).

**Keywords:** Primary care units, Evaluation, CIPP Model

## บทนำ

ประเทศไทยได้กำหนดทิศทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) โดยเน้นการเสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ผ่านกลไกการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)<sup>1</sup> ระบบสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นกลไกสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพและเป็นระดับที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน<sup>2</sup>

ปัจจุบันประเทศไทยต้องเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพหลายประการ อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้ายแรงงาน และโรคอุบัติใหม่ที่มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ทำให้เกิดความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ประสบปัญหาความแออัดและทรัพยากรไม่เพียงพอ การเสริมความเข้มแข็งของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่าย จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการกระจายบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาวจากความสำเร็จดังกล่าว รัฐบาลจึงได้ตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อเป็นกลไกหลักในการผลักดันและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพ โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ทั่วประเทศ พร้อมทั้งส่งเสริมการประเมินผลตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพ

ปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน<sup>2</sup>

จังหวัดปทุมธานีเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการขยายตัวของประชากรและการพัฒนาเมืองอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีจำนวนประชากรมากกว่า 1.2 ล้านคน มีหน่วยบริการสาธารณสุขรวมกว่า 130 แห่ง และมีการจัดตั้งทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิแล้วจำนวน 41 ทีม จากเป้าหมายทั้งหมด 68 ทีมตามแผนระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2563-2572)<sup>3</sup> จังหวัดปทุมธานีจึงเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับการศึกษารูปแบบการดำเนินงานและการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการจัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่แล้ว แต่ยังคงขาดการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานจริงตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน การจัดการทรัพยากร การเชื่อมโยงเครือข่าย และการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในภาพรวม จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา "การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี" โดยมุ่งหวังที่จะศึกษาประสิทธิภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาให้มีคุณภาพ เข้าถึงได้

และเป็นธรรม ตอบสนองต่อบริบทของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานกับผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี
4. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ของ Stufflebeam<sup>4</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดปทุมธานี เพื่อประเมินความสอดคล้อง ความพร้อม ปัจจัยสนับสนุน กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 41 ทีม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 203 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในตำแหน่งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 148 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามตารางของ Krejcie & Morgan<sup>5</sup>

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย (1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดปทุมธานี (2) ปฏิบัติงานในตำแหน่ง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข (3) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

2. เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย (1) บุคลากรที่ลาออกจากหน่วยบริการหรือย้ายหน่วยงานระหว่างเก็บข้อมูล (2) ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และ (3) มีเหตุขัดข้องส่วนบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ข้อมูล

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอิงกรอบแนวคิดการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list)

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม CIPP Model แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านบริบท (2) ด้านปัจจัยนำเข้า (3) ด้านกระบวนการดำเนินงาน (4) ด้านผลการดำเนินงาน รวมทั้งหมด 61 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ 5 = เห็นด้วยมากที่สุด 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = เห็นด้วยน้อย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์การจำแนกระดับความคิดเห็นตามแนวทางของ Best<sup>6</sup> ดังนี้ 4.21-5.00 = ระดับมากที่สุด, 3.41-4.20 = ระดับมาก, 2.61-3.40 = ระดับปานกลาง, 1.81-2.60 = ระดับน้อย, 1.00-1.80 = ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รวม 9 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ 5 = พึงพอใจมากที่สุด 4 = พึงพอใจมาก 3 = พึงพอใจปานกลาง 2 = พึงพอใจน้อย 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงหนึ่งระดับความเห็นต่อข้อคำถามแต่ละข้อ และใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนตามแนวทางของ Best<sup>6</sup> ดังนี้ 4.21-5.00 = ระดับมากที่สุด, 3.41-4.20 = ระดับมาก, 2.61-3.40 = ระดับปานกลาง, 1.81-2.60 = ระดับน้อย, 1.00-1.80 = ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**  
แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ส่วนความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้ (1) ขออนุมัติและประสานความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (2) เตรียมเครื่องมือและทดสอบความพร้อม (3) ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยตรงหรือจัดส่งแบบสอบถามในรูปแบบเอกสาร/ออนไลน์ (Google Form) (4) ติดตามและรวบรวมข้อมูลกลับได้จำนวน 123 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.10 และ (5) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ข้อมูลด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดกลุ่มประเด็นตามหัวข้อหลัก ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยยึดหลักความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) และความสอดคล้องของข้อมูล (Conformability)

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2568/25

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 123 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.37 มีอายุระหว่าง 20-39 ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 40-59 ปี ( $\bar{x} = 37.44$ , S.D. = 10.12) มีอายุราชการระหว่าง 1-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 63.41 รองลงมาคือ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.58 ( $\bar{x} = 11.91$ , S.D. = 11.01) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.72 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.86 และมีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 47.15 รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ คิด เป็นร้อยละ 35.77 และ 16.26 ตามลำดับ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นระยะเวลา 1-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 80.49 ( $\bar{x} = 7.09$ , S.D. = 7.19)

2. ผลการศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านผลการดำเนินงาน (Product) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.93$ , S.D. = 0.60) รองลงมาคือ ด้านกระบวนการ ( $\bar{x} = 3.92$ , S.D. = 0.65) และด้านบริบท ( $\bar{x} = 3.82$ , S.D. = 0.63) ตามลำดับ และด้านปัจจัยนำเข้า (Input) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.56$ , S.D. = 0.70)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง บริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ กับผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วย

บริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  โดยปัจจัยกระบวนการมีค่าสัมประสิทธิ์  $r = 0.750$  แสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ปัจจัยนำเข้า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ( $r = 0.650$ ) ปัจจัยด้านบริบทมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ( $r = 0.643$ ) แสดงให้เห็นว่าทั้งบริบทขององค์กร ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานมีความสำคัญต่อผลการดำเนินงานการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี โดยเฉพาะปัจจัยด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์สูงที่สุด

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.89$ , S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม. และเครือข่ายสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 4.07$ , S.D. = 0.77) รองลงมาคือ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรแต่ละคนในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ( $\bar{x} = 3.98$ , S.D. = 0.61) และบุคลากรสามารถปฏิบัติงานบรรลุผลตามกำหนด ( $\bar{x} = 3.95$ , S.D. = 0.69) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความเหมาะสมของภาระงานที่ได้รับของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.64$ , S.D. = 0.89) รองลงมาคือ การได้รับความชื่นชมจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหาร ทีมพี่เลี้ยงจากคปสอ. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย เพื่อร่วมงาน ประชาชน ภาคีเครือข่ายและผู้ประเมิน ( $\bar{x} = 3.80$ , S.D. = 0.76)

5. ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี จากการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการปฐม



ภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดยสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

#### 5.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

5.1.1 ปัญหาด้านบุคลากร ได้แก่ มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะพยาบาลและแพทย์ประจำหน่วยบริการ ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ บุคลากรต้องรับผิดชอบหลายหน้าที่ ส่งผลให้การทำงานในแต่ละด้านขาดความลุ่มลึกและไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างสมบูรณ์ และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เนื่องจากการย้าย ลาออก หรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน

5.1.2 ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการกิจ โดยเฉพาะงบประมาณประจำ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย NCD ที่ไม่สอดคล้องกับต้นทุนจริง การจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานแม่ข่ายไม่สอดคล้องกับปีงบประมาณ และการหักแบ่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนหน่วยงานระดับอำเภอ (สสอ.) ทำให้หน่วยบริการมีงบประมาณไม่เพียงพอ และขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงพื้นที่ให้บริการที่ไม่เป็นสัดส่วนตามมาตรฐาน

5.1.3 อุปสรรคเชิงระบบและการบริหารจัดการ ได้แก่ ระบบการประเมินมีความซับซ้อน และ รพ.สต. ขาดเครื่องมือในการบริหารจัดการ เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน และภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนในระบบ ทำให้บุคลากรใช้เวลามากในงานเอกสารมากกว่าการบริการประชาชน

#### 5.2 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

5.2.1 ด้านบุคลากร ควรมีการสนับสนุนด้านบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในตำแหน่งที่ขาดแคลน เช่น พยาบาลและแพทย์

5.2.2 ด้านงบประมาณ ควรปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของการปฏิบัติงาน และให้หน่วยบริการสามารถบริหารงบประมาณได้โดยตรง

5.2.3 ด้านระบบการบริหารจัดการ ลดตัวชี้วัดที่ไม่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการหรือมีความซ้ำซ้อน

5.2.4 ด้านการประสานความร่วมมือ ควรส่งเสริมการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

5.2.5 ด้านการสนับสนุนวิชาการ ควรมีพี่เลี้ยงหรือหน่วยสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อให้คำแนะนำและช่วยพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานีให้มีความยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยทั้งการสนับสนุนเชิงระบบ บุคลากร ทรัพยากร และกลไกความร่วมมือในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

#### สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานสูงสุด ( $r = 0.750$ ,  $p < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับบริบท ( $r = 0.643$ ) และปัจจัยนำเข้า ( $r = 0.650$ ) แสดงให้เห็นว่า กระบวนการดำเนินงานเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการกำหนดความสำเร็จของการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ การที่กระบวนการมีอิทธิพลสูงสุดนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการบริหารจัดการเชิงระบบ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่มีการวางแผนอย่างรอบคอบ มีกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การติดตามประเมินผล และการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ ย่อมสามารถสร้างผลลัพธ์เชิงคุณภาพได้ชัดเจน กระบวนการที่มีคุณภาพช่วยให้การดำเนินงานเป็นระบบ มีทิศทางชัดเจน และสามารถตอบสนองต่อบริบทพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี เข้มทอง<sup>7</sup> ที่พบว่า หน่วยบริการที่มีการวางแผนและมีการติดตามจาก ทีมสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอจะสามารถดำเนินงาน ได้ตามเป้าหมายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ ได้ชัดเจน นอกจากนี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ในระดับสูง ( $r = 0.750$ ) แสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในระดับสูงระหว่าง การพัฒนากระบวนการกับคุณภาพบริการ ข้อมูลเชิง ประจักษ์นี้มีนัยสำคัญเชิงยุทธศาสตร์สำหรับ ผู้บริหารในการกำหนดทิศทางการจัดสรร ทรัพยากรและการออกแบบยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ การลงทุนในการพัฒนากระบวนการ ทำงานเชิงระบบ ดังนั้น หน่วยงานต้นสังกัดควร ปรับเปลี่ยนแนวทางการสนับสนุนให้เน้นการ พัฒนาระบบการเป็นหลัก มากกว่าการเพิ่ม ปัจจัยนำเข้าเพียงด้านเดียว การดำเนินกิจกรรมเชิง ยุทธศาสตร์ อาทิ การจัดทำคู่มือมาตรฐานการ ปฏิบัติงาน การสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการ และการพัฒนาระบบ การจัดการความรู้จะสร้างผลกระทบเชิง บวกต่อคุณภาพบริการในระดับที่สูงกว่าการเพิ่ม งบประมาณหรือบุคลากรเพียงด้านเดียว

2. ปัจจัยนำเข้า แม้ว่าปัจจัยนำเข้าจะมี ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 3.56$ ) และอยู่ในระดับปาน กลาง แต่กลับมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงาน ในระดับสูง ( $r = 0.650$ ) ความขัดแย้งนี้แสดงให้เห็นว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดปทุมธานี ประสบปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านบุคลากร ( $\bar{x} = 3.54$ ,  $r = 0.496$ ) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุด การที่ปัจจัย นำเข้าด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์ต่ำสุดแต่มี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนปัญหาการ ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง โดยเฉพาะพยาบาล และแพทย์ประจำหน่วยบริการ ส่งผลให้บุคลากรที่ มีอยู่ต้องรับผิดชอบงานหลายหน้าที่และไม่สามารถ เจาะลึกในแต่ละด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อยครั้งจาก การย้าย การลาออก หรือการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ

งาน ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ในขณะที่ปัจจัยด้านทรัพยากร ( $\bar{x} = 3.62$ ,  $r = 0.697$ ) และงบประมาณ ( $\bar{x} = 3.54$ ,  $r = 0.639$ ) มีความสัมพันธ์สูงกว่า แสดงว่าการปรับปรุงในด้าน เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการมากกว่าการเพิ่ม จำนวนบุคลากรเพียงอย่างเดียว งบประมาณที่ไม่ เพียงพอ โดยเฉพาะงบประมาณประจำสำหรับการ รักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และการ จัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับปีงบประมาณ เป็นอุปสรรคสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุรสิทธิ์ เทียมทิพย์<sup>8</sup> ที่ พบว่า การขาดบุคลากร งบประมาณที่ไม่เพียงพอ และการขาดเครื่องมือที่จำเป็น เป็นอุปสรรคสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาปัจจัยนำเข้า (1) การปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับภารกิจจริง (2) การ จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการ ปฏิบัติงาน และ (3) การพัฒนาระบบการบริหาร จัดการบุคลากรที่ลดการหมุนเวียนและเพิ่มความ มั่นคงในการปฏิบัติงาน

3. ความพึงพอใจของบุคลากร ผลการวิจัย พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ มาก ( $\bar{x} = 3.89$ ) โดยเฉพาะด้านการทำงานร่วมกับ ภาควิชาเครือข่าย ( $\bar{x} = 4.07$ ) และการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ ( $\bar{x} = 3.98$ ) ความพึงพอใจใน ระดับสูงนี้แสดงให้เห็นถึงแรงจูงใจภายในของ บุคลากรที่มีต่อภารกิจการพัฒนาคุณภาพหน่วย บริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ความเหมาะสมของ ภาระงาน ( $\bar{x} = 3.64$ ) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ใน ระดับปานกลาง สะท้อนปัญหาการมีภาระงานมาก เกินไปของบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบเรื่อง การขาดแคลนบุคลากรและการบันทึกข้อมูล ขาดข้อมูลในหลายระบบ ปัญหานี้อาจส่งผลกระทบต่อ ความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพในระยะยาวหากไม่ได้รับ การแก้ไข การที่บุคลากรมีความพึงพอใจสูงใน การทำงานร่วมกับภาควิชาเครือข่าย แสดงให้เห็นถึง ศักยภาพของการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วน

ร่วม การเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคประชาชน จะช่วยลดภาระงานของบุคลากรในหน่วยบริการและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา วงผึ้ง และคณะ<sup>9</sup> ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจทั้ง 5 ด้านในระดับมาก แต่ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การรักษาระดับความพึงพอใจของบุคลากรให้อยู่ในระดับสูงต่อไป ควร (1) ลดภาระงานที่ไม่จำเป็น และการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน (2) เสริมสร้างการทำงานเป็นทีมและการแบ่งปันภาระงานอย่างเป็นธรรม (3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มากขึ้น และ (4) สร้างระบบการให้ความชื่นชม และการยอมรับผลงานที่เหมาะสม

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน จากผลการวิจัย สามารถเสนอแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดปทุมธานีและพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

4.1 การเน้นการพัฒนาเชิงกระบวนการ เนื่องจากกระบวนการมีอิทธิพลสูงสุดต่อผลลัพธ์ การลงทุนในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน และการสร้างระบบการเรียนรู้ขององค์กร จะให้ผลตอบแทนสูงสุด

4.2 การปรับปรุงระบบการจัดสรรทรัพยากร: ปัญหาปัจจัยนำเข้าต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการสร้างศักยภาพในการบริหารงบประมาณและการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น

4.3 การสร้างความยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจสูงในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ดังนั้น ควรส่งเสริมบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มากขึ้น

โดยสรุป การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการบูรณาการของทั้งบริบทที่เอื้อต่อการทำงาน ทรัพยากรที่เพียงพอ กระบวนการที่มีคุณภาพ และบุคลากรที่มีแรงจูงใจ อนึ่ง ผลการวิจัยนี้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการกำหนดลำดับความสำคัญในการพัฒนา โดยเน้นกระบวนการเป็นหลัก ตามด้วยการปรับปรุงปัจจัยสนับสนุน และการรักษาความพึงพอใจของบุคลากรให้อยู่ในระดับสูงต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ควรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัคร เพื่อทบทวนและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

1.2 หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อออกแบบระบบการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่มีความยืดหยุ่น และสอดคล้องกับภารกิจ

1.3 ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรออกแบบระบบการบริหารจัดการข้อมูลที่ลดความซ้ำซ้อนและจัดอบรมเชิงเทคนิคให้บุคลากร

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อทดลองใช้เทคโนโลยีหรือระบบสารสนเทศในการลดภาระการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน

2.2 ศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานในพื้นที่เมืองและชนบท เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์

2.3 ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการแบบบูรณาการระหว่างภาครัฐและประชาชน เพื่อสร้างต้นแบบการพัฒนาที่ยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561.
2. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชลodeช, พกฤษา บุญบุญ. สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2547–58. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. รายงานสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2567. ปทุมธานี: กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ; 2567.
4. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: Kellaghan T, Stufflebeam DL, Wingate LA, editors. International handbook of educational evaluation. New York: Springer; 2003. p. 31–62.
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.
6. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
7. มยุรี เข้มทอง. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2563;1(1):35–48.
8. สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2566;10(1):92–105.
9. มินตรา รวงผึ้ง, ผจงจิต ไกรถาวร, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 4. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2565;9(2):1–18.

## การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภовิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### Perceptions and Management of Warning Signs among Uncontrolled Diabetes and Hypertension Patients, Wiphawadi Hospital, Wiphawadi District, Suratthani Province.

(Received: June 25,2025 ; Revised: June 28,2025 ; Accepted: June 29,2025)

เยาวนา เพชรสถิตย์<sup>1</sup>

Yaowana phetsatit<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภовิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี จำนวน 300 ตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson product moment correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภовิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ 0.05 2) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภовิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ 0.05

**คำสำคัญ** การรับรู้อาการเตือน, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้

#### Abstract

exploratory research study The objective of this study was to study the relationship between personal factors, risk factor awareness, warning symptom awareness, and management when warning symptoms of stroke occur and management to prevent stroke in diabetic patients and uncontrolled hypertension, Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Surat Thani Province. The sample group consisted of 300 patients with uncontrolled diabetes and hypertension who received treatment at Vibhavadi Hospital. The study employed purposive sampling. The research instrument was a questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, including Pearson product moment correlation coefficient.

The research results found that 1) personal factors included marital status, education level, and average monthly income. It is related to the management to prevent stroke in patients with diabetes and uncontrolled hypertension at Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Surat Thani Province, at the statistical significance level of 0.05. 2) Recognition of risk factors for stroke, recognition of warning symptoms of stroke, and management when warning symptoms of stroke occur It is related to the management to prevent stroke in patients with diabetes and uncontrolled hypertension at Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Surat Thani Province, at the statistical significance level of 0.05.

**Keywords:** Awareness of warning signs, stroke, Diabetic patients, Uncontrolled hypertensive patients

<sup>1</sup> โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภовิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกทุกปีจะมีประชากรทั่วโลก 15 ล้านคนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิต ส่วนที่เหลือก็จะพิการตลอดชีวิต เป็นภาระของครอบครัวและชุมชนในการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าในปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองยังเกิดในคนที่อายุน้อยกว่า 40 ปี<sup>1</sup> ในช่วง 17 ปีที่ผ่านมาอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 50% และคาดว่าทุกๆ ประชากร 4 คนจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 50 ปี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และพบมากขึ้นในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา<sup>2</sup> สำหรับในประเทศไทย ปี 2562 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355,671 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 543 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 34,728 ราย คิดเป็นอัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน<sup>3</sup> ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 สุราษฎร์ธานี พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี 2560–2565 เพิ่มขึ้นจาก 271.35 เป็น 323.07 ต่อแสนประชากร<sup>4</sup> สำหรับสถานการณ์ของอำเภอวิภาวดี พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2566 มีจำนวน 17, 11, 13, 19, 22, และ 18 ราย ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสอดคล้องกันตั้งแต่ระดับโลกจนมาถึงในระดับพื้นที่

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ยังพบว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันคือการเข้าถึงบริการล่าช้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อความพิการในระยะยาวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในผู้ป่วยจำนวน 227 คน พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 175 คน (77.19%) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที และ 52 คน

(22.9%) ที่ได้รับยาล่าช้ากว่า 60 นาที จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหัวใจเต้นผิดจังหวะมีโอกาสได้รับยาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็น 2.7 เท่า และผู้ป่วยที่นำส่งโดยระบบสาธารณสุขมีโอกาสได้ยาเร็วกว่าผู้ป่วยที่มาเองถึง 3.1 เท่า<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งโรงพยาบาล ได้แก่ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะผู้ป่วยเกิดอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความสำคัญของอาการ ความรู้สึกกังวลเมื่อเกิดอาการ และความรู้สึกกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดอาการ ระบบนำส่งโรงพยาบาล<sup>6,7</sup> ในขณะที่ยังมีประชาชนบางส่วนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแต่ไม่ทราบว่าเป็นตัวเองเสี่ยง การศึกษาของโรซินี อุปรา<sup>8</sup> ศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยได้ศึกษาถึงความรู้และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงมากร้อยละ 20.40 กลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังร้อยละ 16 และกลุ่มเสี่ยงน้อยร้อยละ 63.6 ด้านความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.7 ไม่ทราบอาการเตือนที่แสดงถึงภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 91.8 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการมาโรงพยาบาลทันทีเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญกับกระบวนการรักษาและผลการรักษา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพภายหลังที่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตไปแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการรับรู้อาการเตือนและเข้าสู่ระบบ stroke Fast tract ให้เร็วที่สุดภายใน 3 ชั่วโมงจะช่วยลดความพิการ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

โรงพยาบาลวิภาวดีเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีประชากรในความรับผิดชอบจำนวน 15,799 คน มีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

677 คน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,505 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ 943 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 345 คน และ โรคความดันโลหิตสูง 598 คน และยังมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่ม CVD risk จำนวน 160 คน จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2566 มีจำนวน 17, 11, 13, 19, 22, และ 18 ราย ตามลำดับ แม้บางปีจะมีลดลงบ้างแต่ก็มีจำนวนไม่มาก โดยกว่าครึ่งของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละปีเข้าถึงบริการช้ากว่า 3 ชั่วโมง ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบ stroke fast track ได้ส่งผลให้เกิดความพิการภายหลังจากระยะวิกฤต ในปัจจุบันโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงอันเนื่องจากความพิการหรือความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 110 คน<sup>9</sup>

จากสถานการณ์การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนที่เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้รวมทั้งสถิติการเกิดโรค และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลวิภาวดีตั้งที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษารับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศึกษาการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ในการจัดการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานีเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ลดความพิการภายหลังที่ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต การศึกษาถึงการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนที่เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการ

ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจะเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางและระบบการเข้าถึงบริการ stroke fast track ของกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอลำลูกเกดต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาระดับการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี
4. เพื่อศึกษาระดับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. การรับรู้อาการเตือนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

4. การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

**ประชากร** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 2,182 คน โดยแยกเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จำนวน 943 คน<sup>9</sup>

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี จำนวน 943 คน ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโรยามาเน (Taro Yamane)<sup>10</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5%<sup>11</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อความทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อความ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามระดับความคิดเห็น โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 คะแนนตามลำดับ ดังนี้

3 คะแนน เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นๆ

2 คะแนน ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นๆ

1 คะแนน ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจกับข้อความนั้นๆ

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาจากคะแนนดิบของการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ค่าพิสัย (คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด)หารด้วยจำนวนขั้นหรือระดับที่ต้องการ ซึ่งแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้

10-16 คะแนน หมายถึง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้อย

17-23 คะแนน หมายถึง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง

24- 30 คะแนน หมายถึง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับมาก

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามระดับความคิดเห็น โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 คะแนนตามลำดับ ดังนี้

3 คะแนน เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นๆ

2 คะแนน ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นๆ

1 คะแนน ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจกับข้อความนั้นๆ

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาจากคะแนนดิบของการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ค่าพิสัย (คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด)หารด้วยจำนวนขั้นหรือระดับที่ต้องการ ซึ่งแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้

10-16 คะแนน หมายถึง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้อย

17-23 คะแนน หมายถึง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง

24- 30 คะแนน หมายถึง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับมาก

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมีข้อ

คำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามระดับความคิดเห็น โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 คะแนนตามลำดับ ดังนี้

3 คะแนน เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นๆ

2 คะแนน ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นๆ

1 คะแนน ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจกับข้อความนั้นๆ

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาจากคะแนนดิบของการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ค่าพิสัย (คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด)หารด้วยจำนวนขั้นหรือระดับที่ต้องการ ซึ่งแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้

10-16 คะแนน หมายถึง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้อย

17-23 คะแนน หมายถึง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง

24- 30 คะแนน หมายถึง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามระดับความคิดเห็น โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 คะแนนตามลำดับ ดังนี้

3 คะแนน เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นๆ

2 คะแนน ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นๆ

1 คะแนน ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่แน่ใจกับข้อความนั้นๆ

การกำหนดคะแนนเพื่อแปลความหมายของการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาจากคะแนนดิบของการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ค่าพิสัย (คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด)หารด้วยจำนวนชั้นหรือระดับที่ต้องการ ซึ่งแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้

10-16 คะแนน หมายถึง การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้อย

17-23 คะแนน หมายถึง การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง

24- 30 คะแนน หมายถึง การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับมาก

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ในการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และการทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะกุกเหนือ จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูล มาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### ผลการวิจัย

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง



พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 อายุอยู่ช่วงระหว่าง 46-60 ปี ร้อยละ 48.30. อายุเฉลี่ย 57.30 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 54.30 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 69.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ช่วงระหว่าง 5,000-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 57.00 เฉลี่ย 9,533.66 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 60.00

## 2) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.70 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.00 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ย 16.50 คะแนน (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน โดยสามารถแบ่งเป็นรายชื่อได้ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้มากที่สุด คือ ข้อ 5. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ ร้อยละ 95.00 (285 คน) รองลงมา คือ ข้อ 6. บุคคลที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือ ระดับน้ำตาลในเลือดกว่า 125 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูง ร้อยละ 89.00 (267 คน) และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ ข้อ 3 ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะไม่กลับเป็นซ้ำอีก ร้อยละ 25.00 (75 คน)

## 3) การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.30 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง

ร้อยละ 30.70 การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างมี คะแนนรวมเฉลี่ย 15.82 คะแนน (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน โดยสามารถแบ่งเป็นรายชื่อได้ดังนี้

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการรับรู้มากที่สุด คือ 1. อาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนขาข้างใดข้างหนึ่งที่ทันใด เป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาต) ร้อยละ 89.30 (268 คน) รองลงมา คือ ข้อ 2 อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนขาข้างใดข้างหนึ่งที่ทันใด เป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) ร้อยละ 85.70 (257 คน) และพบว่า อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ ข้อ 10 การกลืนน้ำลายไม่ได้ กลืนลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 36.70 (110 คน)

## 4) การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 71.30 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.70 การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างมี คะแนนรวมเฉลี่ย 14.80 คะแนน (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน โดยสามารถแบ่งเป็นรายชื่อได้ดังนี้

การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการรับรู้ที่ควรโทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้ มากที่สุด คือ ข้อ 1 ชาของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนขา ข้างใดข้างหนึ่งที่ทันใด ร้อยละ 85.70 (257 คน) รองลงมา คือ ข้อ 4 พูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง ทันทีทันใด ร้อยละ 80.70 (242 คน) และพบว่า การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการรับรู้ที่ควรโทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้ น้อยที่สุด คือ ข้อ 10

กลืนน้ำลายไม่ได้ กลืนลำบากอย่างทันทีทันใด ร้อยละ 45.70 (137 คน)

#### 5) การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 88.70 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00 การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างมี คะแนนรวมเฉลี่ย 12.34 คะแนน (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 26 คะแนน โดยสามารถแบ่งเป็นรายชื่อได้ดังนี้

การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้ มากที่สุด คือ ข้อ 9. การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอสามารถลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 94.70 (284 คน) รองลงมา คือ ข้อ 8. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งสามารถลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 91.30 (274 คน) และ พบว่าการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด

สมอง ที่มีการรับรู้ น้อยที่สุด คือ ข้อ 3. การลดการรับประทานเกลือ ผงชูรสให้น้อยกว่าวันละ 1 ช้อนชาช่วยลดความดันโลหิตและลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 81.00 (243 คน)

6) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

6.1) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**ตารางที่ 1** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

| ปัจจัยส่วนบุคคล                                   | Pearson Correlation (r) | P-value |
|---------------------------------------------------|-------------------------|---------|
| 1. เพศ                                            | .009                    | .881    |
| 2. อายุ                                           | .074                    | .204    |
| 3. สถานภาพสมรส                                    | -.119*                  | .040    |
| 4. ระดับการศึกษา                                  | -.150**                 | .009    |
| 5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน                           | -.143*                  | .013    |
| 6. ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ปี) | .237                    | .997    |

\*P-value <0.05 , \*\*P-value <0.01

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำมาก มีค่า  $r = .119$  (P-value <0.05) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลาง มีค่า  $r = .150$  (P-value <0.01) รายได้

เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ มีค่า  $r = .143$  (P-value <0.05)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ปี) ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**ตารางที่ 2** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

| ตัวแปร                                             | Pearson Correlation (r) | P-value |
|----------------------------------------------------|-------------------------|---------|
| 1. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | .453**                  | .000    |
| 2. การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง          | .455**                  | .000    |
| 3. การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง | .474**                  | .000    |

\*P-value <0.05 , \*\*P-value <0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก มีค่า  $r = .119$  (P-value <0.01) การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลาง มีค่า  $r = .150$  (P-value <0.01) การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ มีค่า  $r = .143$  (P-value <0.01)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ 0.05

6.2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองกับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัย กุลินทร์ คำแน่น, ศิวไลโพธิ์ชัย, ธนัญญา พรหมภักดี และปาลิตา พรหมเพ็ญ<sup>12</sup> ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนญาติสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองด้านความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัย เตือนใจ ภักดีพรหม<sup>13</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเครือข่ายจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษา: ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว รายได้ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาณัติ วรรณะ<sup>14</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การจัดการเพื่อป้องกันและการรับรู้สัญญาณเตือนอยู่ในระดับมากและการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการจัดการเพื่อป้องกัน ( $r = 0.383$ ,  $p < .001$ ) และการรับรู้สัญญาณเตือนมีความสัมพันธ์กับการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.224$ ,  $p < .001$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และ

ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม<sup>15</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับการจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในทุกการศึกษาข้างต้นมีความสัมพันธ์กันในส่วนของการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับต่ำมาก ( $r = 0.224$ ,  $p\text{-value} = < 0.001$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ รักนรินทร์ ตานันต์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรพินท์ สีขาว<sup>16</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ความตระหนักรู้ในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง ผลการวิจัย พบว่า ความตระหนักรู้การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระดับสูง ( $\bar{X} = 2.36$ ,  $SD = 0.21$ ) ความตระหนักรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.12$ ,  $SD = 0.70$ ) และความตระหนักรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ การจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังไม่เข้าใจหรือทราบถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง อย่างครบถ้วน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น โดยเฉพาะบุคคลที่มีอายุระหว่าง 46-60 ปี และมีรายได้น้อย

2) ควรส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกิดความตระหนักรู้ในการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3) ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และการจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลและติดตามการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-60 ปี

4) การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี ควรที่จะต้องมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีความเสี่ยงซึ่งจะทำให้เห็นการรับรู้

## 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่ส่งผลต่อการจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

2) ควรนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

3) ควรเน้นย้ำมาตรการในการประเมินความเสี่ยงของอาการการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเริ่มแรก โดยให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการประเมิน และสังเกตอาการเบื้องต้นได้เพื่อประเมินสภาพ และเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันทั่วทั้ง

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization. [Internet] 2023 [cited 2025 Feb 13]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/367912>.
2. World Stroke Organization. The top 10 causes of death. [Internet] 2022 [cited 2025 May 24]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#.YhJBXoc8HO>.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน พ.ศ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764\\_20220208161448.pdf](https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf)
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2566; 39(2), 39-46.
5. ทิพย์มาศ พบสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2563; 45(3), 191-198.
6. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2557; 6(2), 225-282.



7. ฐิณัฐตา คำสารีรักษ์ และชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2558; 7(2), 106-119.
8. โรชินี อุปรา. ภาวะเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะฉุกเฉินทางโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 2558; 16(1), 87-94.
9. โรงพยาบาลวิภาวดี. ฐานข้อมูลโปรแกรม Hos-XP. โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี; 2566.
10. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. New York: New York: Harper. & Row; 1973.
11. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์ และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
12. กุลินทร คำแน่น, ศิวีโลโพธิ์ชัย, ธนัญญา พรหมภักดี และปาลิตา พรหมเพ็ญ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). 2566; 38(2), 79-90.
13. เตือนใจ ภักดีพรหม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เครือข่ายจังหวัดสุราษฎร์ธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม พ.ศ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [www.srth.go.th/home/research](http://www.srth.go.th/home/research) (Vol.1 NO.1 February-December, 2024)
14. อาณัติ วรรณะ. การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563; 2(1), 30-44.
15. ยุทธนา ชนะพันธ์, และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561; 21(2), 109-119.
16. รักนรินทร์ ตานันต์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรพินท์ สีขาว. ความตระหนักรู้ในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2561; 22(43-44), 13-26.

## ผลของโปรแกรมจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภowanรนิวาส จังหวัดสกลนคร

### The Effects of a Stress Management Program on the Mental Well-being of Caregivers of Psychiatric Patients in the Community of Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 28,2025 ; Accepted: June 29,2025)

นิลาวรรณ ดาวเศษ<sup>1</sup>  
Nilawan Daoset<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภowanรนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการความเครียด 4 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก การสร้างทักษะการแก้ปัญหา และการเสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจที่พัฒนาโดย Ryff และ Keyes วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงจากระดับสูงเป็นระดับปานกลาง (Mean = 28.15, S.D. = 5.32) และมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง (Mean = 78.65, S.D. = 7.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์  
**คำสำคัญ:** โปรแกรมจัดการความเครียด, สุขภาวะทางจิตใจ, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ความเครียด

#### Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a stress management program on the mental well-being of caregivers of psychiatric patients in the community of Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province. A pretest-posttest control group design was employed with a sample of 40 caregivers of psychiatric patients, equally divided into experimental and control groups. The experimental group participated in a four-week stress management program consisting of stress education, relaxation skill training, positive thinking adjustment, problem-solving skill development, and self-esteem enhancement. Data were collected using the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) and Ryff and Keyes' Psychological Well-being Scale. Data analysis employed paired sample t-test and independent sample t-test.

The results revealed that after the intervention, the experimental group showed significantly reduced stress levels from high to moderate (Mean = 28.15, S.D. = 5.32) and increased mental well-being scores from moderate to high levels (Mean = 78.65, S.D. = 7.81) at the .05 level of significance compared to the control group. These results were maintained at the 4-week follow-up.

**Keywords:** Stress Management Program, Mental Well-being, Psychiatric Patient Caregivers, Stress

#### บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้คนทั่ว

โลกองค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> ระบุว่าโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรทั่วโลกสูญเสียคุณภาพชีวิต และโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับต้น

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

ๆ ของการเกิดภาวะทุพพลภาพ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องอาศัยความทุ่มเทของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้มักต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง<sup>2</sup> ในประเทศไทย ปัญหาทางจิตเวชก็เป็นเรื่องที่ได้รับการสนใจอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ตกอยู่ที่ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดภาระทางด้านจิตใจและร่างกายของผู้ดูแล<sup>3</sup> ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องเผชิญกับความเครียดสูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของพวกเขา นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดการสนับสนุนทางสังคมและการขาดความรู้ในการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ<sup>4</sup> ผลกระทบของปัญหานี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนในภาพรวม ความเครียดที่สะสมในผู้ดูแลอาจทำให้พวกเขาไม่มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่การลดคุณภาพของการดูแลและอาจทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้น<sup>5</sup> ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมที่สามารถช่วยผู้ดูแลในการจัดการความเครียดจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมจัดการความเครียด<sup>6</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มทดลองมีความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ( $t = 2.449$ ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $t = 3.227$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีคุณภาพการนอนหลับไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มควบคุม และการศึกษา<sup>7</sup> ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสร้างคอมและโรงพยาบาล

เพ็ญ จังหวัดอุดรธานีผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยโควิด-19 มีคะแนนความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ก่อนรวม ค่าเฉลี่ย=9.53, S.D.=2.55; หลังค่าเฉลี่ย 1.33, S.D.=1.25) และมีคะแนนการเผชิญปัญหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อนค่าเฉลี่ย=40.40, S.D.=4.94; หลัง ค่าเฉลี่ย=57.80, S.D.=6.15) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ และพบว่าการศึกษา<sup>8</sup> การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดตามแนวพุทธจิตวิทยา สำหรับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม พบว่านักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.06 หลังการทดลองเท่ากับ 2.42 ผลการเปรียบเทียบความเครียดของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเครียดตามหลักพุทธจริยศาสตร์ สำหรับมารดาบิดาผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตโรงพยาบาลขอนแก่น<sup>9</sup>พบว่า ผลของโปรแกรมจัดการความเครียดตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ภายหลังใช้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (Mean=1.08, S.D.=1.62) ต่ำกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม (Mean =2.27, S.D.=0.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 31.54$ ,  $p < 0.05$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนวิธีการจัดการความเครียดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (Mean=4.31, S.D.=0.06) สูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม (Mean =3.47, S.D.=0.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=37.67$ ,  $p<0.05$ )

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอมโนวิลาส พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 2,273 ราย และ

เพิ่มขึ้นเป็น 3,311 ราย ในปี 2567 คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.67 ในระยะเวลาเพียง 1 ปี<sup>10</sup> สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงในพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความเครียดจากสภาพเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ดีขึ้นทำให้มีการค้นพบผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และการจัดการดูแลในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียด ความเหนื่อยล้า การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและรายได้ จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสนับสนุนผู้ดูแลเหล่านี้ทั้งในด้านความรู้ ทักษะการดูแล การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอมโนรณนิวาส จังหวัดสกลนคร เพื่อช่วยลดภาระในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลให้ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอมโนรณนิวาส จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเครียดและสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการความเครียด
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการวัดผลก่อนและหลัง (Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภอมโนรณนิวาส จังหวัดสกลนคร ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

**กลุ่มตัวอย่าง** ในการวิจัยคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1<sup>11</sup> เพื่อให้มั่นใจว่าการศึกษาในครั้งนี้มีพลังการทดสอบเพียงพอและสามารถตรวจจับผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญได้ โดยกำหนดเงื่อนไขการคำนวณดังนี้ ขนาดเอฟเฟกต์ (Effect Size) กำหนดที่ 0.5 ซึ่งเป็นขนาดเอฟเฟกต์ในระดับปานกลาง ระดับนัยสำคัญ (Alpha Level) กำหนดที่ 0.05 เพื่อควบคุมโอกาสเกิดความผิดพลาดประเภทที่ 1 พลังอำนาจของการทดสอบ (Power) ตั้งไว้ที่ 0.8 หรือ 80% ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ในการวิจัย จากการคำนวณโดยโปรแกรม G\*Power ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมได้แก่ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ตามที่คำนวณได้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

**คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า** คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครัวเรือนหรือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (ไม่น้อยกว่า 6 เดือน) 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอมโนรณนิวาส จังหวัดสกลนคร 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยแสดงความสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอม 5) สามารถสื่อสาร

ภาษาไทยได้และมีความเข้าใจในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม และ6) ไม่มีปัญหาสุขภาพร่างกายหรือจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

**คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก** คือ 1) มีภาระงานหรือข้อจำกัดด้านเวลา ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมหรือการประเมินได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย 2) มีภาวะป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง หรือปัญหาสุขภาพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคภัยเรื้อรังระยะสุดท้าย 3) ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือสมบูรณ์สำหรับการประเมินผล และ 4) ไม่สามารถติดต่อได้ หรือขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องในระหว่างการศึกษาวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

**1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่

**แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช** ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล** ประกอบด้วย เพศ มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ชาย = 1, หญิง = 2 อายุ มาตรฐานแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) สถานภาพสมรส มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ โสด = 1 สมรส = 2 หม้าย = 3 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ = 4 ระดับการศึกษา มาตรฐานแบบอันดับ (Ordinal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่ได้รับการศึกษา = 1 ประถมศึกษา = 2 มัธยมศึกษาตอนต้น = 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. = 4 อนุปริญญา/ปวส. = 5 ปริญญาตรี = 6 และสูงกว่าปริญญาตรี = 7 อาชีพ มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่ได้ประกอบอาชีพ = 1 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ = 2 พนักงานบริษัทเอกชน = 3 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว = 4 รับจ้างทั่วไป = 5 เกษตรกร = 6 และอื่นๆ = 7 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มาตรฐานแบบอันดับ (Ordinal Scale)

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย** ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้

บิดา/มารดา = 1 คู่สมรส = 2 บุตร = 3 พี่/น้อง = 4ญาติ = 5 และอื่นๆ = 6 ระยะเวลาในการดูแล มาตรฐานแบบอันดับ (Ordinal Scale) โดยกำหนดให้ น้อยกว่า 1 ปี = 1, 1-3 ปี = 2, 4-6 ปี = 3, 7-10 ปี = 4, และมากกว่า 10 ปี = 5 จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลต่อวัน มาตรฐานแบบอันดับ (Ordinal Scale) โดยกำหนดให้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง = 1, 6-12 ชั่วโมง = 2, 13-18 ชั่วโมง = 3, และ 19-24 ชั่วโมง = 4, การมีผู้ช่วยดูแล มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่มี = 1 และมี = 2 โรคประจำตัว มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่มี = 1 และมี = 2 ประสบการณ์การอบรม มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่เคย = 1 และเคย = 2 และแหล่งความรู้ในการดูแล มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) การให้คะแนน (แต่ละตัวเลือก) โดยกำหนดให้ ไม่เลือก = 0 และเลือก = 1

**แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ** ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดย Ryff และ Keyes<sup>12</sup> ซึ่งประกอบด้วย 18 ข้อคำถามที่วัดมิติสุขภาวะทางจิตใจ เช่น การยอมรับตนเอง ความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น และการควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยแต่ละข้อคำถามจะใช้มาตราส่วนการตอบแบบ Likert Scale<sup>13</sup> แบบ 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบสามารถระบุระดับความพึงพอใจต่อสุขภาวะทางจิตใจของตนเอง

**แบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20)** พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>14</sup> ใช้วัดระดับความเครียดของผู้ดูแล ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อมีคำตอบที่เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จาก “ไม่เคย” ถึง “มีมากที่สุด” เพื่อให้สะท้อนระดับความเครียดที่ผู้ตอบประสบในช่วงเวลาหนึ่ง

**2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**

โปรแกรมการจัดการความเครียด ได้รับการออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยมุ่งเน้นที่การฝึก



ผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก  
และการพัฒนาทักษะทางอารมณ์ ซึ่งโปรแกรมนี้  
ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

| สัปดาห์                               | ขั้นตอนที่                                           | จุดประสงค์                                                                                   | กิจกรรม                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 1<br>ระยะเวลา: 90-120 นาที | ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์และไว้วางใจ         | เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นมิตร และสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มและผู้เข้าร่วม   | 1) การแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคย<br>2) การพูดคุยเชิงสร้างสรรค์<br>3) การทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม                                                                   |
|                                       | ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด        | เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด ผลกระทบ และการระบุสัญญาณของความเครียด     | 1) การบรรยายสั้น ๆ โดยใช้สื่อประกอบ คือ แผ่นพับ<br>2) การอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดในชีวิตประจำวัน                                           |
| สัปดาห์ที่ 2<br>ระยะเวลา: 90-120 นาที | ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย                  | เพื่อช่วยลดระดับความเครียดของผู้เข้าร่วม                                                     | 1) การฝึกหายใจลึกและช้า<br>2) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเป็นขั้นตอน<br>3) การสอนและฝึกสมาธิ (การใช้เสียงธรรมชาติ)                                                  |
| สัปดาห์ที่ 3<br>ระยะเวลา: 120 นาที    | ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก          | เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเปลี่ยนความคิดเชิงลบเป็นเชิงบวก                                | 1) การช่วยระบุความคิดเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อความเครียด<br>2) การใช้แบบฝึกหัดเพื่อพัฒนาความคิดในเชิงบวก<br>3) การให้คำแนะนำโดยผู้นำกลุ่มเกี่ยวกับการปรับมุมมอง        |
|                                       | ขั้นตอนที่ 5 การสร้างทักษะการแก้ปัญหา                | เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ      | 1) การเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน (การกำหนดปัญหา การวิเคราะห์ การหาทางเลือก การตัดสินใจ และการประเมินผล)<br>2) การใช้สถานการณ์จำลองเพื่อฝึกทักษะการแก้ปัญหา |
| สัปดาห์ที่ 4<br>ระยะเวลา: 90-120 นาที | ขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง | เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและความสำคัญของตนเอง                                      | 1) การทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การเขียนข้อความถึงตัวเองในแง่บวก<br>2) การให้กำลังใจและการสะท้อนความสามารถของผู้เข้าร่วมผ่านการสนทนา                                    |
|                                       | ขั้นตอนที่ 7 การติดตามและประเมินผล                   | เพื่อติดตามผลของโปรแกรม และดูความเปลี่ยนแปลงในระดับความเครียดและสุขภาพทางจิตใจของผู้เข้าร่วม | การแจกแบบประเมินความเครียดและสุขภาพทางจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามสุขภาพทางจิตใจ และแบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20)                                   |

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเริ่มจากการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต และการจัดการความเครียด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามสุขภาพทางจิตใจเท่ากับ 0.87 และแบบวัดความเครียด SPST-

20 เท่ากับ 0.92 แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 15 คน ในอำเภอกาฬสินธุ์ พบว่าแบบสอบถามสุขภาพทางจิตใจมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และแบบ

วัดความเครียด SPST-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.7 นอกจากนี้ ได้ทำการทดสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบใช้เวลาเฉลี่ย 25 นาทีในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด และเข้าใจข้อคำถามเป็นอย่างดี ไม่พบปัญหาในการใช้ภาษาหรือความไม่ชัดเจนของข้อคำถาม

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired Sample t-test วิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง และ Independent Sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ใช้ Repeated Measures ANOVA วิเคราะห์การคงอยู่ของผลลัพธ์ในระยะติดตามผล หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จะใช้ Mann-Whitney U test แทน Independent t-test และ Wilcoxon Signed-Rank test แทน Paired t-test การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด

### จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 รหัสโครงการวิจัยที่ SKN REC 2025-032

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีอายุเฉลี่ย 44.25 ปี (S.D. = 11.63) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ

37.5 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 67.5 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,600 บาท (S.D. = 4,632) โดยส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาคือคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 27.5 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.13 ปี (S.D. = 3.97) โดยมีระยะเวลาในการดูแล 4-6 ปี และ 7-10 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.58 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 6.21) โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแล 6-12 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ไม่มีผู้ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 57.5 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 77.5 และแหล่งความรู้ในการดูแลส่วนใหญ่มาจากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมาคือญาติหรือผู้ดูแลคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 57.5

### 1) ระดับความเครียดและสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความเครียด ก่อนการทดลอง พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 42.35 (S.D. = 7.48) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 41.90 (S.D. = 7.26) และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 28.15 (S.D. = 5.32) ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 40.75 (S.D. = 7.12)

คะแนนสุขภาวะทางจิตใจ ก่อนการทดลอง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 62.45 (S.D. = 8.37) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 63.20 (S.D. = 8.54) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะทาง

จิตใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 78.65 (S.D. = 7.81) ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนสุขภาพทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 64.05 (S.D. = 8.66)

## 2) การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและสุขภาพทางจิตใจก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งในด้านการลดลงของระดับความเครียดและการเพิ่มขึ้นของสุขภาพทางจิตใจ ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านความเครียดและสุขภาพทางจิตใจ โดยพบว่า กลุ่มทดลอง คะแนนความเครียดหลังการทดลอง ( $\bar{X}$  = 28.15, S.D. = 5.32) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X}$  =

## 3) การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและสุขภาพทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดและสุขภาพทางจิตใจที่ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีคะแนนความเครียดที่ต่ำกว่าและคะแนนสุขภาพทางจิตใจที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$  = 42.35, S.D. = 7.48) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 41.90, S.D. = 7.26) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 0.45 คะแนน (95% CI: -4.22-5.12,  $p$  = .849) และคะแนนสุขภาพทางจิตใจของกลุ่ม

## 4) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและสุขภาพทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

พบว่า คะแนนความเครียด ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

(42.35, S.D. = 7.48) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 14.20 คะแนน (95% CI: 11.64-16.76,  $p$  < .001) และคะแนนสุขภาพทางจิตใจหลังการทดลอง ( $\bar{X}$  = 78.65, S.D. = 7.81) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X}$  = 62.45, S.D. = 8.37) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 16.20 คะแนน (95% CI: 12.90-19.50,  $p$  < .001) และกลุ่มควบคุม คะแนนความเครียดหลังการทดลอง ( $\bar{X}$  = 40.75, S.D. = 7.12) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $\bar{X}$  = 41.90, S.D. = 7.26) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 1.15 คะแนน (95% CI: -0.70-3.00,  $p$  = .225) และคะแนนสุขภาพทางจิตใจหลังการทดลอง ( $\bar{X}$  = 64.05, S.D. = 8.66) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ( $\bar{X}$  = 63.20, S.D. = 8.54) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 0.85 คะแนน (95% CI: -1.15-2.85,  $p$  = .402)

ทดลอง ( $\bar{X}$  = 62.45, S.D. = 8.37) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 63.20, S.D. = 8.54) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 0.75 คะแนน (95% CI: -6.26-4.76,  $p$  = .780) และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$  = 28.15, S.D. = 5.32) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 40.75, S.D. = 7.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 12.60 คะแนน (95% CI: 8.45-16.75,  $p$  < .001) คะแนนสุขภาพทางจิตใจของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$  = 78.65, S.D. = 7.81) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 64.05, S.D. = 8.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 14.60 คะแนน (95% CI: 9.45-19.75,  $p$  < .001)

ทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p$  < .001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 29.40 คะแนน (S.D. = 5.74) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดยังคงมีระดับความเครียดที่ลดลงอย่างต่อเนื่องแม้หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 41.15

คะแนน (S.D. = 7.28) ซึ่งอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับโปรแกรมยังคงมีปัญหาความเครียดในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่อง และความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 11.75 คะแนน (95% CI: 7.56-15.94)

คะแนนสุขภาวะทางจิตใจ ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p < .001$ ) พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจเฉลี่ย

### สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับความเครียดสูง ( $\bar{X} = 42.35$ , S.D. = 7.48) เป็นระดับความเครียดปานกลาง ( $\bar{X} = 28.15$ , S.D. = 5.32) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ( $\bar{X} = 29.40$ , S.D. = 5.74) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตรลดา สมประเสริฐและคณะ<sup>6</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของรับบุญ คำไกล<sup>7</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของผนิทแก้ว คลังคา สุวิน ทองปั้นและจรัส ลีภา<sup>9</sup> ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเครียดสำหรับมารดา

76.85 คะแนน (S.D. = 8.15) ซึ่งอยู่ในระดับสูงแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดยังคงมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีอย่างต่อเนื่องแม้หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจเฉลี่ย 63.75 คะแนน (S.D. = 8.42) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับโปรแกรมยังคงมีสุขภาวะทางจิตใจในระดับปานกลางโดยไม่มีการพัฒนา และความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม 13.10 คะแนน (95% CI: 8.12-18.08)

บิดาผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มีการออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก การสร้างทักษะการแก้ปัญหา และการเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman<sup>15</sup> ที่ระบุว่าการจัดการกับความเครียดเป็นพฤติกรรมที่จงใจกระทำเพื่อควบคุมความเครียด โดยผสมผสานวิธีการต่างๆ ที่เป็นทั้งการกระทำที่เห็นชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจลึกและช้า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเป็นขั้นตอน และการสอนและฝึกสมาธิ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เรียนรู้เทคนิคที่สามารถนำไปใช้ในการจัดการกับความเครียดได้ทันทีเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับแนวคิดของ Folkman<sup>16</sup> ที่กล่าวว่าวิธีการจัดการกับความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้การประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญา

เพื่อจัดการควบคุมหรือลดความรุนแรงของสถานการณ์ต่างๆ ที่มากระทบตัวบุคคล

ผลของโปรแกรมจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 62.45, S.D. = 8.37) เป็นระดับสูง ( $\bar{X}$  = 78.65, S.D. = 7.81) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ( $\bar{X}$  = 76.85, S.D. = 8.15) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของสุตสาครจำนั นพพร ว่องสิริมาศและวาริรัตน์ ถาน้อย<sup>17</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิตใจดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการ

จัดการความเครียด อาจเป็นเพราะโปรแกรมนี้มีกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตใจตามแนวคิดของ Ryff และ Keyes<sup>12</sup> ที่ประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ การยอมรับตนเอง ความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การพัฒนาตนเอง และความเป็นอิสระ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวกช่วยให้ผู้ดูแลสามารถระบุมุมมองเชิงลบที่ส่งผลต่อความเครียดและเปลี่ยนเป็นความคิดเชิงบวก ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับตนเอง ส่วนกิจกรรมการสร้างทักษะการแก้ปัญหาช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองช่วยให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองและเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและการพัฒนาตนเอง นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่ได้เผชิญกับปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพียงลำพัง สอดคล้องกับแนวคิดของ Seligman<sup>18</sup> ที่เน้นความสำคัญของความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) ในการสร้างสุขภาวะทางจิตใจ

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health and substance use [Internet]. 2021 [cited 2025 May 15]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
2. Kuo SC, Sun JL, Tang ST. Trajectories of depressive symptoms for bereaved family members of chronically ill patients: a systematic review. J Clin Nurs. 2019;28(9-10):1459-1471.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. อภิญา เพียรพิจารณา, สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, สรัญญา แก้วสุขศรี. ความเครียดและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2):144-56.
5. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. BMC Psychiatry. 2015;15:162.
6. จิตลดา สมประเสริฐ, ณวีวรรณ พัฒนนางกูร, สมหมาย รัตนเวชสิทธิ. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล. วารสารพยาบาล. 2565;71(2):19-27.



7. ราบัญญ ค้าไกล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเตอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสร้างคอมและโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2565;5(2):34-41.
8. สุวรรณา เชียงขุนทด. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์. 2562;15(1):184-95.
9. ฌนีกแ้ว คลิ่งคา, สุวิน ทองปิ่น, จรัส ลีกา. การพัฒนาโปรแกรมจัดการความเครียดตามหลักพุทธจริยศาสตร์สำหรับมารดาบิดาผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์. 2564;8(4):214-27.
10. โรงพยาบาลวานรนิวาส. รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชประจำปี 2567. สกนนคร: โรงพยาบาลวานรนิวาส; 2567.
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior research methods. 2009 Nov;41(4):1149-60.
12. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995;69(4):719-27.
13. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of psychology. 1932.
14. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. วารสารสวนปรง. 2540;13(3):1-20.
15. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
16. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. J Pers Soc Psychol. 1984;46(4):839-52.
17. สุดสาคร จำมัน, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(3):62-76.
18. Seligman MEP. Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press; 2002.

## กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และมีภาวะทุพโภชนาการ

Case study: Nursing care for patients with nasopharyngeal cancer treated with chemotherapy and radiation therapy, and with malnutrition.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 28,2025 ; Accepted: June 29,2025)

พานุช ไชยผา<sup>1</sup>  
Panuch Chaipha<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาและมีภาวะทุพโภชนาการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษารายละเอียดของประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ทำการวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการวางแผนให้การพยาบาล ดำเนินการให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลตามแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอน และประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 58 ปี มีรูปร่างผอม น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 16.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์พบเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก แพทย์ทำการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างทำการรักษาผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง ได้แก่ กลืนลำบาก รับประทานอาหารไม่ได้ มีคลื่นไส้ อาเจียน มีภาวะพร่องทุพโภชนาการระดับที่ 1 น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัม (จากเดิม 52 กิโลกรัม เหลือ 42 กิโลกรัม) แพทย์พิจารณาใส่สายให้อาหารทางจมูกเพื่อให้อาหารเสริม ภายหลังจากทำการรักษาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 44.5 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นเป็น 16.95 กิโลกรัมต่อตารางเมตร การตรวจของแพทย์คลำบริเวณคอไม่พบก้อนบริเวณที่คอทั้งสองข้าง ไม่มีไข้ ไม่มีอาการกลืนลำบากหรืออาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยทานอาหารได้แต่เป็นอาหารอ่อนๆ และสามารถทานอาหารเสริมได้เองโดยไม่ต้องให้ทางสายยาง แต่ผู้ป่วยยังมีภาวะซีด พยาบาลแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารบำรุงเลือด เช่น ตับ เครื่องในสัตว์ ผลไม้ที่มีวิตามินซี

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก, ภาวะทุพโภชนาการ, การรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา, การพยาบาล

### Abstract

This study was a case study. The objective was to study the nursing care for patients with nasopharyngeal cancer treated with chemotherapy and radiation therapy, and with malnutrition. The data were collected by examining patients' medical records regarding treatment. Analyzing problems, planning nursing care, providing nursing care, and evaluating nursing outcomes for hospitalized patients based on Gordon's health assessment model and applying Orem's nursing theory.

The study results revealed that the patient was a 58-year-old Thai male with a thin build, weighing 42 kilograms, 162 centimeters tall, and a body mass index (BMI) of 16.00 Kg/m<sup>2</sup>. The patient was diagnosed by a doctor with nasopharyngeal cancer. The doctors treated the patient with chemotherapy and radiation therapy as outpatients. During treatment, the patient experienced side effects such as difficulty swallowing, inability to eat, nausea, vomiting, and malnutrition level 1, weight loss of 10 kilograms (from 52 kilograms to 42 kilograms). The doctor considered inserting a nasal feeding tube to provide nutritional supplements. After completing the treatment according to the doctor's treatment plan, the patient's symptoms improved, his weight increased to 44.5 kilograms, and his body mass index (BMI) increased to 16.95 Kg/m<sup>2</sup>. The doctor's examination of the neck did not find any lumps on both sides, there was no fever, no difficulty swallowing, or nausea or vomiting. The patient could eat soft foods and could take nutritional supplements without

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี

having to receive a feeding tube. However, the patient is still anemic. The nurse advised the patient to eat foods that nourish the blood, such as liver, animal organs, and fruits that contain vitamin C.

**Keywords:** Patients with nasopharyngeal cancer, malnutrition, treated with chemotherapy and radiation therapy, nursing care.

## บทนำ

มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในพื้นที่ยุโรปส่วนใหญ่ของโลก โดยในปี 2020 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกรายใหม่ประมาณ 133,354 ราย คิดเป็น 1.5 ต่อแสนประชากร<sup>1</sup> แต่เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในบางพื้นที่ เช่น บางส่วนของทวีปเอเชียใต้ ทวีปตะวันออกกลาง และทวีปแอฟริกาเหนือและในบางส่วนของจีน โดยพบผู้ป่วยมากถึง 25 ถึง 30 รายต่อแสนประชากรในเพศชาย และ 15 ถึง 20 รายต่อแสนประชากรในเพศหญิง สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกรายใหม่ เท่ากับ 3.6 รายต่อประชากร 100,000 ราย ต่อปี ในเพศชาย และ 1.2 รายต่อประชากรแสนคนต่อปีในเพศหญิง มีผู้ป่วยรายใหม่ 2,200 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดหรือเฉลี่ยวันละ 4 ราย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า<sup>2</sup> ส่วนสถิติโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกระดับโรงพยาบาล (Hospital based Cancer Registry) ในระหว่างปี 2565 - 2567 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 78, 89 และ 113 รายตามลำดับ<sup>3</sup>

ปัจจุบันการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกมีหลากหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง การฉายรังสีเอกซเรย์ในการทำลายเซลล์มะเร็ง การรักษาแบบผสมผสาน (Multimodality) เช่น การรักษาด้วยการฉายรังสีรวมกับการให้ยาเคมีบำบัด พบว่า ผลการรักษาดีกว่าการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว คือ มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ประมาณร้อยละ 80-90 ในระยะต้น และประมาณร้อยละ 50-60 ในระยะลุกลาม<sup>4</sup> ถึงแม้การรักษา มะเร็งหลังโพรงจมูกจะมีประสิทธิภาพสูง แต่ในระหว่างการรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (acute side effect) และผลข้างเคียงระยะยาว (long term side effect)

ได้อีก ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว จนนำไปสู่ปัญหาภาวะโภชนาการความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง จนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย<sup>5</sup> ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อรุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสับสน หวาดกลัวและไม่มั่นใจต่อการรักษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง การตอบสนองต่อการรักษาโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง ปัญหาการขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยพยาบาลต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอแก่ร่างกายเพื่อการป้องกันน้ำหนักลดและลดความรุนแรงจากปัญหาแทรกซ้อนระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา<sup>6</sup>

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะที่ 2 ยังไม่มีการแพร่กระจายไปบริเวณอื่น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ คลำพบบ่อนบริเวณที่คอทั้งสองข้างและรู้สึกกลืนข้าวไม่ลง เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น Nasopharyngeal carcinoma with T1N1M0 Stage II และให้การรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในรูปแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างทำการรักษาผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง ได้แก่ กลืนลำบาก รับประทานอาหารไม่ได้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีภาวะพร่องทุพโภชนาการระดับที่ 1 น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัม (จากเดิม 52 กิโลกรัม เหลือ 42 กิโลกรัม) แพทย์ผู้รักษาพิจารณาใส่สายให้อาหารทางจมูกเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร หลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 44.5 กิโลกรัม ซึ่งในระหว่างการรักษานั้นจะมีพยาบาลทำหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ในการดูแลรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา เนื่องจากต้องใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะทางและทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย เฉพาะโดยการบูรณาการด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งองค์ความรู้ใหม่ๆ จากผลการวิจัย ตลอดจนทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถที่จะวางแผนและจัดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถที่ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถจัดการกับอาการหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีภาวะโภชนาการที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และมีภาวะทุพโภชนาการ

### วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ และเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแล โดยได้เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และมีภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 1 ราย จากเวชระเบียนผู้ป่วย

2. วางแผนการจัดทำเอกสารวิชาการ

3. ศึกษา ค้นคว้า ทฤษฎีทางการพยาบาล และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง

4. ทำการซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด และศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา

5. ทำการวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการวางแผนให้การพยาบาล ดำเนินการให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ตามแบบแผนประเมินสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994)<sup>7</sup> และประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001)<sup>8</sup>

6. ติดตามผลการรักษาหลังจำหน่ายกลับบ้าน (โทรเยี่ยมบ้าน)

7. เสนอผู้ทรงคุณวุฒิให้การตรวจสอบ แนะนำ และแก้ไข รายงานผลการศึกษา

8. รวบรวม และ จัดพิมพ์รายงานผลการศึกษารูปเล่ม และดำเนินการเผยแพร่

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลราชวิถี โดยใช้หลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ทั่วไป 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice)

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 42 kgs ส่วนสูง 162 cms BMI 16.00 Kg/m<sup>2</sup> ได้รับการวินิจฉัยเป็น Nasopharyngeal carcinoma with T1N1M0 Stage II 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยคลำพบก้อนบริเวณที่คอทั้งสองข้างและรู้สึกกลืนข้าวไม่ลง เจ็บคอ จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี แพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Scan of Neck (Computerized Tomography Scan: CT Scan): พบบริเวณช่องหลังคอหอยหลายข้าง และต่อมน้ำเหลืองช่องด้านขวาบริเวณคอขยายใหญ่ขึ้น และส่งตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) บริเวณหลังโพรง

จมูกข้างขวา ผลตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิด Non-Keratinizing Squamous Cell Carcinoma, undifferentiated subtype (WHO type IIB) ต้องทำการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา รูปแบบผู้ป่วยนอก OPD Case One day chemo ก่อนทำการรักษาพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำการรักษาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา และแพทย์ได้ให้การรักษาดูแลโดยการฉายรังสีระยะไกลแบบ VMAT 70 Grays /33 Fractions โดยเริ่มวันที่ 21 ตุลาคม 2567 ไปจนครบวันที่ 19 ธันวาคม 2567 ระหว่างทำการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง ได้แก่ กลืนลำบาก รับประทานอาหารไม่ได้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีภาวะพร่องทุพโภชนาการ ระดับที่ 1 น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัม (จากเดิม 52 กิโลกรัม เหลือ 42 กิโลกรัม) severe weight loss ร้อยละ 19.23 ใน 6 เดือน แพทย์ผู้รักษาพิจารณาใส่สายให้อาหารทางจมูก เพื่อให้อาหารเสริม สูตร BD (1.2:1) 400 ml feed NG tube in 1 hrs. ภายหลังจากทำการรักษาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 44.5 กิโลกรัม/ ดัชนี เพิ่มขึ้นเป็น 16.95 Kg/mm<sup>2</sup> ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 °C อัตราการเต้นของชีพจร 66 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/71 มิลลิเมตรปรอท ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามนัด การตรวจของแพทย์ คลำบริเวณคอไม่พบก้อนบริเวณที่คอทั้งสองข้าง ไม่มีไข้ ไม่มีอาการกลืนลำบากหรืออาการคลื่นไส้ อาเจียน ทานอาหารได้แต่เป็นอาหารอ่อนๆ และสามารถทานอาหารเสริมได้เองโดยไม่ต้องให้ทางสายยาง บริเวณลำคอไม่มีแผล เยื่อช่องปากที่เคยอักเสบก็หายดีแล้ว ติดตามผลตรวจความสมบูรณ์

ของเม็ดเลือดแดง พบว่า RBC =  $3.69 \times 10^6/\mu\text{L}$  HCT = 31.1% HB= 10.8 g/dL ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยยังมีภาวะช็อคอยู่ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และบำรุงเลือด เช่น ตับ เครื่องในสัตว์ ผลไม้ที่มีวิตามินซีช่วยในปฏิกิริยาการสร้างเลือด และการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ ส้ม ฝรั่ง และป้องกันการติดเชื้อด้วยการล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหารและดื่มน้ำมากๆ วันละ 2,000-3,000 ซีซี งดรับประทานอาหารรสจัด

#### การวางแผนและให้การพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

#### เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องระหว่างรับการรักษา

3. เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกได้ถูกต้อง 3 ใน 5 ข้อคำถาม
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามแผนการรักษา ในระหว่างการรักษา
3. ผู้ป่วยมีอาการขมดื่มน้ำน้อยลง มีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น

**ระบบการพยาบาล :** แบบสนับสนุนและให้ความรู้  
**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ทักทาย แนะนำตัว พูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ



2. ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย การตรวจและประเมินสภาพร่างกายทั่วไป เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ภาวะโภชนาการ อารมณ์ และอาการเจ็บป่วย

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมกับผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ดีแบบเสมอตันเสมอปลายระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจะช่วยให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

4. ประเมินและให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา การปฏิบัติตัวระหว่างรับการรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกด้วยการให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

#### การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามได้ถูกต้องทุกข้อคำถาม
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสมขณะรับการรักษา
3. ผู้ป่วยมีอาการหมวดคิ้วลดลง มีสีหน้าผ่อนคลาย พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างยิ้มแย้ม

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไตสูญเสียการทำงานเนื่องจากได้รับยา Cisplatin ในการรักษามะเร็ง

**เป้าหมายการพยาบาล :** เพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดที่มีพิษต่อไต

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการ เหนื่อย อ่อนเพลีย หลังให้ยาเคมีบำบัดได้ครบตามแผนการรักษา
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN และ Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ (เกณฑ์ปกติของ BUN = 6 - 20 mg/dl และ Creatinine = 0.51 - 0.95 mg/dl)

**ระบบการพยาบาล :** แบบสนับสนุนและให้ความรู้  
**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับแมกนีเซียมร่วมกับน้ำเกลือก่อนการให้ยา cisplatin เพื่อลดการเกิด

ภาวะพิษต่อไตตามแผนการรักษา Cisplatin 45 mg in NSS 500 ml iv drip in 2 hr.

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและให้ความรู้การปฏิบัติตัว

3. ตรวจวัดปริมาณของปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง หากพบมีลักษณะขุ่นมีตะกอนหรือมีเลือดปน ให้รายงานแพทย์

4. ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำระหว่างมื้ออาหาร และให้ IV fluid (Pre - Post Hydration) ตามแผนการรักษาเพื่อช่วยขับยาเคมีที่อาจตกค้างในร่างกายออกทางปัสสาวะ เป็นการบรรเทาพิษของยา

5. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้กลืนปัสสาวะและสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัด ขุ่น มีเลือดปน ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการวิงเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย หน้ามืด ถ้ามีให้แจ้งพยาบาล

7. แนะนำผู้ป่วยให้ได้รับอาหารทางสายยางทางหน้าท้องครบทุกมื้อ และพักผ่อนอย่างเพียงพอ

8. ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทุก 1-2 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการ เหนื่อย อ่อนเพลีย หลังผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังฉายแสงครบตามแผนการรักษา วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567: BUN 19.0 mg/dl และ Creatinine 1.12 mg/dl (eGFR=99 วันที่ 13 มกราคม 2568) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3** ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด : เยื่อช่องปากอักเสบ ปากอักเสบ และผิวหนังระคายเคืองจากรังสีรักษา

**เป้าหมายการพยาบาล**

เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากอาการเจ็บปาก  
คอ จากเยื่อช่องปากอักเสบ เกรด 1 และอาการ  
ผิวหนังแห้ง คัน บริเวณที่ได้รับการฉายรังสี

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) grade 1 ไม่เพิ่ม หรือเปลี่ยนจากเกรด 1 เป็น เกรด 2 (Oral mucositis grade 2)

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการผิวหนังแห้ง คัน บริเวณ  
ฉายรังสีเพิ่มขึ้นจากเดิม

**ระบบการพยาบาล:** ระบบสนับสนุนและให้ความรู้  
กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การดูแลกรณีเยื่อช่องปากอักเสบ  
ระดับ 1-2 (Oral mucositis grade 1-2) โดยการ  
กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้บ้วนปากเพื่อการลดปริมาณ  
เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก และเป็นการเพิ่มความชุ่ม  
ชื้นลดการระคายเคืองของเซลล์ในเยื่อช่องปาก  
ด้วยน้ำยาบ้วนปากที่สามารถหาได้ แนะนำให้  
ผู้ป่วยแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กที่มีขน  
แปรงอ่อน ๆ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือถ้าการ  
แปรงฟันลำบาก แนะนำให้ใช้สำลีหรือผ้าสะอาด  
พันปลายนิ้วเช็ดทำความสะอาดแทนแปรงสีฟัน  
ร่วมกับการบ้วนปาก และแนะนำผู้ป่วยประเมิน  
ช่องปาก วันละ 2 ครั้ง เพื่อดูภาวะเยื่อช่องปาก  
อักเสบ (Oral mucositis)

2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อมีผิวหนังแห้ง  
คัน บริเวณฉายรังสี โดยการให้ทาด้วย Alovera  
gel (RADIARA) 35 gm ทาบาง ๆ for dry skin  
วันละ 2 ครั้ง ตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับ  
อาหารที่มีประโยชน์ มีสารวิตามินสูงและโปรตีนสูง  
ที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา นม ไข่ ตับสัตว์ ถั่วต่าง ๆ  
ผัก ผลไม้ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ผิวหนังได้รับการ  
ซ่อมแซมฟื้นฟูได้เร็วขึ้น ให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ  
2,000 - 3,000 cc น้ำช่วยให้ผิวหนังร่างกายชุ่มชื้น  
และระบายความร้อนออกจากร่างกาย แนะนำ  
ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวโดยให้ความรู้ ความ  
เข้าใจในการดูแลผิวหนังที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณ  
ลำคอ ผิวหนังอาจมีสีแดง แห้งตึง เกิดอาการคัน

ด้าคล้ำ และตกสะเก็ด หรือแตกเป็นแผล ห้ามถู  
แคะ เกา ควรล้างด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำสบู่ที่ไม่มี  
ส่วนผสมของน้ำหอมและควรใช้ผ้าเช็ดตัวที่อ่อนนุ่ม  
ซับบริเวณที่ฉายรังสี หลีกเลี่ยงการขัดถู หลีกเลี่ยง  
การใช้น้ำฝักบัวที่มีแรงดันน้ำที่แรงในการอาบน้ำ  
แนะนำตัดเล็บให้สั้นเพื่อป้องกันการแคะ การเกา  
เพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่ายขึ้น ถ้าเกิดอาการคัน  
ห้ามทาแป้งฝุ่นเพราะแป้งฝุ่นผสมด้วยโลหะหนัก  
ทำให้ระคายเคือง ผิวด้าคล้ำมากขึ้น ให้ใช้แป้ง  
ข้าวโพดบริสุทธิ์แทนและหากมีแผลควรปรึกษา  
แพทย์หรือพยาบาล และให้สวมเสื้อหลวม ๆ นุ่ม ๆ  
ที่ทำจากเส้นใยธรรมชาติ เพื่อลดการเสียดสีผิวหนัง

#### การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) grade 1 ไม่เพิ่มเป็น grade 2 อาการ  
เจ็บปาก คอ จากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เกรด  
1 (Oral mucositis) ทูลาลง แพทย์ให้ยาชา 2 %  
xylocaine viscous + น้ำ 10 ml อมกลั้วคอ กลืน  
ก่อนอาหารและก่อนนอน

2. ผู้ป่วยมีอาการทูลาลง ผิวหนังแห้งคัน  
ลดลง แพทย์ให้การรักษาด้วย Alovera gel  
(RADIARA) 35 gm ทาบาง ๆ บริเวณคอ

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4** ผู้ป่วยมีภาวะ  
ทุพโภชนาการรุนแรงเนื่องจากได้รับสารอาหาร  
สมดุลน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

#### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น  
(improve nutrition)

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับภาวะทุพโภชนาการดีขึ้นเมื่อ  
ประเมินโดยเครื่องมือที่ใช้ (Nutrition triage  
2013)

2. มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น/ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติหรือมี  
แนวโน้มที่ดีขึ้นตามเกณฑ์ค่าอ้างอิง

**ระบบการพยาบาล:** ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

## กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานแพทย์และส่งปรึกษางานพยาบาล โภชนคลินิก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม กระบวนการ Nutrition Care Process กำหนดความต้องการพลังงานและสารอาหาร

2. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการปรับพลังงานและ สารอาหารทางสายยางหน้าท้องจาก 4 มื้อ เป็น 5 มื้อ ห่างกันทุก 4 ชั่วโมง และติดตามประเมินภาวะ โภชนาการทุก 3 - 5 วัน หรือตามระดับภาวะ โภชนาการ

3. ให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวใน การดูแลส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วย กรณีที่ ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอ การทำงานของร่างกายจะทำงานผิดปกติส่งผลต่อ การตอบสนองต่อการรักษาไม่มีประสิทธิภาพทำให้ ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เครียดและกังวล เกิด ความท้อแท้ในการรักษา

6. ติดตามชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 2 ครั้งตาม แผนการรักษา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีระดับภาวะทุพโภชนาการดีขึ้น จากระดับรุนแรง NT 4 (11 คะแนน) เป็นระดับ ปานกลาง NT 2 (6 คะแนน) เมื่อประเมินโดย เครื่องมือที่ใช้ Nutrition triage 2013

2. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอึดพอดีแล้ว” หลัง ได้รับการปรับพลังงานและสารอาหาร น้ำหนักตัว 42 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นเป็น 44.5 กิโลกรัม/ ดัชนีมวล กาย 16.00 Kg/mm<sup>2</sup> เพิ่มขึ้นเป็น 16.95 Kg/mm<sup>2</sup>

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5

มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Carboplatin ได้แก่ เม็ดเลือดแดงต่ำ เม็ดเลือด ขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ คลื่นไส้ และอาเจียน

### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Carboplatin ตามแผนการรักษา ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ เม็ดเลือดแดงต่ำ เม็ด เลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ

## เกณฑ์การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของ ยาเคมีบำบัด

**ระบบการพยาบาล :** ระบบการพยาบาลแบบ สันับสนุนและให้ความรู้

## กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายขั้นตอนการให้ยาเคมีบำบัด  
2. แนะนำอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้ ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หากรู้สึกว่ามีไข้ มีจุดจ้ำเลือด ตามร่างกาย ให้แจ้งพยาบาลประจำตึก เพื่อ รายงานแพทย์ต่อไป

4. แนะนำวิธีการบันทึกจำนวนน้ำดื่ม และ การตวงปัสสาวะ ขณะได้รับยาเคมีบำบัด

5. แนะนำให้ดื่มน้ำเปล่าประมาณ 2000-3000 มิลลิลิตรต่อวัน และจดบันทึกจำนวนน้ำดื่ม และการตวงปัสสาวะขณะได้รับยาเคมีบำบัด

6. แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อย ง่าย รสไม่จัด หลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนจัด เย็นจัด มัน จัด หรือหวานจัด อาหารที่มีกลิ่นฉุน และอาหารที่ เพิ่มแก๊สในกระเพาะอาหาร ให้รับประทานอาหาร ซ้ำๆ เคี้ยวให้ละเอียด จำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง เพื่อ ช่วยให้การย่อยง่ายขึ้น ไม่เกิดอาการอาเจียน

## การประเมินผลทางการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด สูตร Carboplatin ไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ผอมไม่ร่วง ไม่เกิดภาวะเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำ ได้รับยาเคมีบำบัดครบตาม แผนการรักษา 5 ครั้ง

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6

เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากเม็ดเลือดขาวต่ำ

### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อใน ร่างกาย

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกายผู้ป่วย  
2. ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้

### 3. ผล Lab WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ระบบการพยาบาล :** ระบบทดแทนบางส่วน  
ร่วมกับระบบสนับสนุนและให้ความรู้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพเมื่อพบความผิดปกติ เช่น มีไข้ ถ่ายเหลว ปัสสาวะแสบขัด แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที เพื่อการ  
รักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

2. แนะนำให้ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้านให้  
สะอาด อยู่ในที่ที่อากาศปลอดโปร่ง หลีกเลี่ยงการ  
เดินทางไปในชุมชนที่มีผู้คนแออัด หลีกเลี่ยงการ  
เข้าใกล้หรือคลุกคลีกับบุคคลที่ติดเชื้อ

3. แนะนำญาติปรุงอาหารให้สุก รสไม่จัดแก่  
ผู้ป่วย ภาชนะที่ใส่อาหารสะอาด เพื่อป้องกันการ  
ติดเชื้อ

4. แนะนำผู้ป่วยให้สวมหน้ากากอนามัย  
ตลอดเวลา ให้ล้างมือด้วยน้ำยาล้างมือที่มีส่วนผสม  
ของแอลกอฮอล์ หลังเข้าห้องน้ำและก่อน  
รับประทานอาหารทุกครั้ง

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัย  
ระบายความรู้สึก และรับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็น  
มิตร

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย  
2 ผู้ป่วยไม่มีไข้ ประเมินสัญญาณชีพ พบมี  
อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อ  
นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดัน  
โลหิต 131/74 มิลลิเมตรปรอท

3. ผล Lab คือ WBC 5,635 cells/cu.mm  
(4400 – 10,000 cells/uL) (วันที่ 13 มกราคม  
2568)

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7** พร่องความรู้  
และทักษะวิธีปฏิบัติการให้อาหารและยาทางสาย  
ยาง

#### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะวิธี  
ปฏิบัติการให้อาหารและยาทางสายยางได้อย่าง  
ถูกต้อง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะวิธีปฏิบัติในการ  
ให้อาหารและยาทางสายยางได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยเข้าใจสามารถดูแลตนเองในการให้  
อาหารและยาทางสายยางได้ถูกต้อง

**ระบบการพยาบาล :** ระบบทดแทนบางส่วน  
ร่วมกับระบบสนับสนุนและให้ความรู้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ความรู้และแนะนำทักษะวิธี  
ปฏิบัติการให้อาหารและยาทางสายยางที่ถูกต้อง ดังนี้

1.1 ประเมินอาหารที่เหลือตกค้างใน  
กระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทางสายยางหน้า  
ท้องมือใหม่ โดยการใช้กระบอกฉีดยาชนิดแก้วต่อ  
กับสายสวนกระเพาะและดูดของเหลวออกจาก  
กระเพาะ ถ้าดูดอาหารเหลือน้อยกว่า 50 ซีซี  
ควรใส่อาหารที่เหลือค้างกลับเข้าไปและเลื่อนการ  
ให้อาหารออกไป 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง แล้ว  
ตรวจสอบใหม่ ถ้ามีน้อยกว่า 50 ซีซี ให้ใส่อาหารที่  
เหลือน้อยกลับเข้าไป และให้อาหารมือใหม่ได้

1.2 หลังให้อาหารเสร็จ ควรจัดท่าผู้ป่วย  
ให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา หรือให้นั่งเก้าอี้ หรือ  
พิงเตียง และให้อยู่ในท่าศีรษะสูง อย่างน้อย 30-60  
นาที แขนงหรือขดอาหารให้สูงจากตัวผู้ป่วย  
1.5-3 ฟุต

1.3 ดูแลแนะนำการให้ยาทางสายยาง  
1.3.1 เลือกใช้ยาน้ำ ถ้าเป็นยาเม็ด  
ต้องบดยาให้ละเอียด แล้วผสมน้ำก่อนให้ทางสาย  
ยาง เพื่อป้องกันการอุดตันของสายยาง และควรปรึกษา  
แพทย์หรือเภสัชกรก่อนให้ยา

1.3.2 ก่อนและหลังให้ยา ควรให้  
น้ำอย่างน้อย 10 - 20 ซีซี

1.3.3 เมื่อจำเป็นต้องให้ยาหลาย  
ชนิด ควรแยกการให้ยาแต่ละชนิด และควรล้าง  
สายให้ยาด้วยน้ำสะอาด 10-15 มล. ก่อนการให้ยา  
ชนิดต่อไป ไม่ควรผสมยาแต่ละชนิดเข้าด้วยกันใน  
การให้ยาพร้อมกันในคราวเดียวเป็นจำนวนมาก  
และจำเป็นต้องจุ่มน้ำ ควรปรึกษาเภสัชกร

1.3.4 ไม่ควรผสมยาลงในอาหารให้  
ผู้ป่วย ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น การผสม

ผงกรดอะมิโนจำเป็นหรือวิตามินต่าง ๆ ลงในอาหาร และควรปรึกษาเภสัชกรทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบความเข้ากันได้ของอาหารและยาที่ต้องการผสม

1.4 สังเกตและประเมินอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการให้อาหารและยาทางสายยางหน้าท้อง เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย

1.5 ป้องกันการอุดตันของสายให้อาหารทางหน้าท้อง ไม่ควรหักหรือพับงอสายนานเกินไป อาจทำให้สายแตกหัก พังหรืออุดตันได้

2. ให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติและซักถามจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

3. ทบทวนขั้นตอนวิธีการให้อาหารและยาทางสายยางจนุก ก่อนออกจากโรงพยาบาล

4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยในสิ่งที่ปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ได้ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไข ความความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

5. ให้กำลังใจชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยเข้าใจ อธิบายและตอบคำถามแบบย้อนกลับวิธีปฏิบัติในการให้อาหารและยาทางสายยางได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตนในการให้อาหารและยาทางสายยางได้ถูกต้อง เช่น การปรับความเร็วในการให้อาหารทางสายยางไม่ช้าหรือเร็วเกินไป ประมาณ 30 นาที/ครั้ง การล้างสายยางให้อาหารด้วยน้ำสะอาด 30-50 มิลลิลิตร และการให้อาหารก่อนอาหารประมาณ 15 นาที และหลังอาหาร ประมาณ 20 นาที ไม่ผสมยาทั้งไว้

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8** ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากบทบาทเปลี่ยนไปจากผู้นำเปลี่ยนเป็นการพึ่งพา

#### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น  
**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม พูดคุยได้ปกติ

2. ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยไม่ท้อแท้

3. ญาติเข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

**ระบบการพยาบาล:** ระบบสนับสนุนและให้ความรู้  
**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยวางแผนการให้พยาบาลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

2. ประเมินแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมผู้ป่วย เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อสม.ที่บ้านจังหวัดสุรินทร์ การส่งต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วย และการติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้เคียง

3. การเตรียมสภาพแวดล้อมในบ้านให้เป็นสัดส่วนที่พอเหมาะสำหรับวางเตียงหรือที่นอน มีพื้นที่จัดเก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ไว้ใกล้ ๆ เพื่อความสะดวกในการหยิบจับด้วยตัวเองและลดการพึ่งพาครอบครัว

4. ญาติให้การดูแลประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมดูแลตนเองมากขึ้นโดยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและชุมชน

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคและการรักษาโดยให้การพยาบาลด้วยการสัมผัสและคำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล ซักถามด้วยความห่วงใย จริงใจ

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น อาการหงุดหงิดลดลง

2. ผู้ป่วยพูดคุยและร่วมในการทำกิจกรรมด้วยสีหน้าสดชื่น ท่าทางมั่นใจขึ้น

3. ญาติเข้าใจและยอมรับได้กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9** สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมีสายยางให้อาหารทางจมูก  
**เป้าหมายการพยาบาล**

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเอง

#### เกณฑ์การประเมินผล



1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเหตุผลการให้อาหารทางสายยาง

2. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในภาพลักษณ์ตนเองที่มีสายยางให้อาหาร

**ระบบการพยาบาล:** ระบบทดแทนบางส่วนร่วมกับระบบสนับสนุนและให้ความรู้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินความเครียดวิตกกังวล โดยการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก พูดคุยให้กำลังใจ อธิบายการดำเนินโรค และแผนการรักษาพยาบาลในแต่ละวัน ให้ผู้ป่วยเข้าใจ ในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วย เดียวกันเพื่อการปรับตัว การรักษา และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น เรียนรู้วิธีการปรับตัว การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ และให้ข้อมูลถึงความจำเป็นที่ต้องใส่สายยางให้อาหาร สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน ในขณะที่ใส่สายยางให้อาหาร ดูแลตามแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเองของกอร์ดอน

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามข้อสงสัย อธิบายความจำเป็นต้องมีสายยางให้อาหาร

5. ทบทวนขั้นตอนการดูแล สายยางให้อาหาร กล่าวคำชื่นชมเมื่อผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสายยางให้อาหารได้เป็นอย่างดี

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นในการให้อาหารทางสายยาง

2. ผู้ป่วยสามารถปรับภาพลักษณ์ตนเองที่มีสายยางให้อาหารได้ โดยการสัมผัสบ่อยครั้งขึ้น

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10** ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังการรักษาครบระยะรักษาตัวที่บ้าน

#### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) และการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่องได้เมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

2. ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนที่บ้าน พร้อมทั้งอธิบายย้อนกลับได้

3. ผู้ป่วยบอกแหล่งสนับสนุนทางสังคมสถานพยาบาลใกล้บ้านได้

**ระบบการพยาบาล:** ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ตามขั้นตอนของ D-M-E-T-H-O-D ดังนี้

D = Disease ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ก่อนวันนัด เช่น ไข้สูง มีแผลในช่องปาก หรือมีกรร่วซึมของสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ฉาวยังสี หรือรับประทานอาหารได้น้อยลง

M = Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน ทั้ง ขนาด วิธีใช้ วิธีเก็บ อาการไม่พึงประสงค์จากยา และวิธีแก้ไข โดยแนะนำให้รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง

E = Environment ให้คำแนะนำการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ปลอดภัยจากการติดเชื้อและภาวะโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

T = Treatment ให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลผิวหนัง การดูแลช่องปาก การดูแลสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร

H = Health ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย

การทำกิจกรรมต่าง ๆ การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

O = Out patient ให้คำแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือใกล้บ้าน การตรวจตามนัด เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลสุรินทร์ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน และเบอร์ติดต่อภายใน เช่น หอผู้ป่วย งานพยาบาลโชนาคลินิก งานพยาบาลออสโตมีและแผล

D = Diet แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสูตรอาหาร วิธีการเตรียมและให้อาหารทางสายยาง การสังเกตอาการร่วซึมของสายยางเวลาให้อาหาร หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนนัด

2. ก่อนกลับบ้านส่งผู้ป่วยพบพยาบาลโชนาบำบัดหรือนักกำหนดอาหารเพื่อทบทวนขั้นตอนการดูแลสายยางให้อาหาร ได้แก่

2.1 การให้น้ำ ยา และอาหารเสริมระหว่างมือ ผ่านสายยางให้อาหาร

2.2 สูตรอาหารปั่นผสมและวิธีเตรียมสำหรับให้ทางสาย

2.3 ดูแลจัดทำผู้ป่วยนั่งพิงสบาย หรือศีรษะสูง 30-45 องศา หรือจัดท่านอนตะแคงขวา แขน เพื่อป้องกันการสำลัก

2.4 การใช้และทำความสะอาดอุปกรณ์ เช่น กระบอกฉีดยาชนิดแก้ว ชุดถุงให้อาหาร (Set Nutri Bag)

2.5 การสังเกตป้องกันอาการผิดปกติจากการให้อาหารทางสาย เช่น ท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น

3. ให้ข้อมูล คำแนะนำ การติดตามและเฝ้าระวังภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี ดังนี้

3.1 เฝ้าระวังอาการปวด บวม อ้าปากได้น้อย มีแผลเปิดที่เหงือก การสบกันของฟันผิดปกติหรือกระดูกกรามหัก หากมีอาการดังกล่าว แนะนำให้ติดต่อขอนัดพบแพทย์เจ้าของไข้ทันที

3.2 แนะนำให้รับการตรวจสภาพช่องปากและรักษาโรคในช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอ

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แผนกเภสัชกรรม งาน

พยาบาลโชนาคลินิก งานพยาบาลออสโตมีและแผล เป็นต้น

2. ผู้ป่วยอธิบายและตอบคำถามแบบย้อนกลับได้ถูกต้องเมื่อทวนคำถามและอธิบายซ้ำ ในครั้งที่ 2 รับทราบและเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนที่บ้าน พร้อมทั้งอธิบายย้อนกลับได้

3. ผู้ป่วยบอกว่า “มีอนามัยอยู่ใกล้ ๆ บ้าน ส่วนโรงพยาบาลสุรินทร์ อยู่ห่างจากบ้านประมาณ 30 กิโลเมตร ผู้ป่วยและญาติจะทำการโอนย้ายสิทธิ์การรักษาจากกรุงเทพไปที่โรงพยาบาลสุรินทร์

### สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะที่ 2 ยังไม่มีการแพร่กระจายไปบริเวณอื่น เมื่อ 6 เดือนก่อน ผู้ป่วยคลำพบก้อนบริเวณที่คอทั้งสองข้าง และรู้สึกกลืนข้าวไม่ลง เจ็บคอ จึงเข้าตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี ตรวจพบมะเร็งโพรงจมูกชนิด: Non-Keratinizing Squamous Cell Carcinoma, undifferentiated subtype (WHO type IIB) แพทย์ให้การรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ในรูปแบบผู้ป่วยนอก OPD Case One day chemo ระหว่างทำการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะพร่องทุพโภชนาการระดับที่ 1 แพทย์พิจารณาใส่สายให้อาหารทางจมูก ซึ่งการใส่สายให้อาหารทางจมูกจะทำให้เพิ่มความสุขในการได้รับรสอาหารของผู้ป่วยมะเร็งที่ให้อาหารทางจมูก ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิมในระดับหนึ่ง เกิดกำลังใจที่ดีในการที่จะรักษาต่อไป<sup>9</sup> นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย ทั้งนี้เนื่องจากภาวะพร่องทุพโภชนาการที่ทำให้น้ำหนักของผู้ป่วยลดลง ทำให้มีรูปร่างที่ผอมลง และถูกให้ใส่สายให้อาหารทางจมูก ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้และปฏิบัติตนให้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา<sup>10</sup> ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกในผู้ป่วยรายนี้ เกิดจากผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารจำพวกปลาเค็ม ปลาร้า และอาหารหมักดอง<sup>11</sup>

นอกจากนี้ผู้ป่วยเคยสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง นาน 40 ปี และดื่มเหล้าขาว วันละ 1 ขวดเล็ก นาน 40 ปี ปัจจุบันลดเหลือ 1 แก้วเล็กต่อวัน การที่ผู้ป่วยดื่มสุราและสูบบุหรี่จัดเป็นเวลานานติดต่อกันจึงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก มะเร็งในลำคอหรือมะเร็งในทางเดินระบบหายใจได้<sup>12</sup> ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเอง พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ข้อมูล ถึงแผนการรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ในสังคมได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรงดการสูบบุหรี่และการดื่มเหล้าขาว เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่ายและสังเกตอาการข้างเคียงของยา นอกจากนี้ยังต้องเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เน้นเรื่องการมาตรวจสุขภาพตามนัดทุกครั้งที่แพทย์นัด

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการพัฒนาความรู้ด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ เป็นบุคคลช่างสังเกตและสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและแม่นยำ สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเข้าใจ ถูกต้องชัดเจน จะ

ทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. พยาบาลจะต้องมีทักษะในการสอนการสวดมนต์ในการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ การดูแลความสะอาดภายในช่องปาก การป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง และให้โอกาสผู้ป่วยโทรศัพท์ถามตลอด เมื่อมีปัญหาหรือไม่เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ขณะเดียวกันพยาบาลจะโทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

3. พยาบาลต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมินภาวะทุพโภชนาการ ในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO], Progress report on the Global Action. Retrieved from <https://www.who.int/initiatives/sdg3>. 2023; [cited 2025 March 1].
2. American Cancer Society, Cancer Facts & Figures. Retrieved from <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-factsfigures/cancer-facts-figures-2022.html>. 2022, [cited 2024 February 16].
3. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี. สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลราชวิถี ปี 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2020/06/624c9b5eb58bd4c4c6955de296e6c028.pdf>
4. Chalissery, A.J., Munteanu, T., Langan, Y., Brett, F., & Redmond, J. A Mutation in Lamin A/C Gene Previously Known to Cause Emery-Dreifuss Muscular Dystrophy Causing A

- Phenotype of Limb Girdle Muscular Dystrophy Type 1B. *Journal of Clinical Case Reports*, 2016; 6, 1-2
5. Gorenc, M., Kozjek, N. R., & Strojanc, P. Malnutrition and cachexia in patients with head and neck cancer treated with (chemo)radiotherapy. *Reports of practical oncology and radiotherapy: journal of Great Poland Cancer Center in Poznan and Polish Society of Radiation Oncology*, 2015; 20(4), 249–258.
  6. ชนิษฐา อยู่เพ็ชร, ปรียาภรณ์ แสงทวีและเอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์. (2563). *การจัดการทางการพยาบาลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. เวชบัณฑิตศิริราช, 13(2), 133-140.
  7. Gordon, M. *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill; 1994.
  8. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001
  9. เสาวนา ปิยะพิสุทธิ. การให้อาหารทางจมูกและภาวะแทรกซ้อน. *ในวารสาร Rama Nurs* 2548;21(2),100-108)
  10. กานตรัตน์ โรจนพันธ์. คู่มือการพยาบาลการประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://www2.si.mahidol.ac>.
  11. ขวลิท เลิศบุษยานุกุล. มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก. *เอส.ออฟเซ็ทกราฟฟิคดีไซน์*; 2560.
  12. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง. [อินเทอร์เน็ต]. (2568). [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nci.go.th/th/Knowledge/reasonrisk.html>