ECH Journal

of environmental and community health

VOL.10 NO.5 September - October 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม 1
สิริญญาพร คงแสนคำ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ 10
จารุวัฒน์ สาแก้ว

การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา . 20
จิณณพัต ห้องศิลป์

ผลของการวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ต่อความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 33
กาญจนา หล้าบา ,ฐิติวรรณ โยธาทัย ,ยุพิณ คำกรุ ,จันทร์ดวง กาญจนสุขเมฆิน ,ปารณ์ไปรยา บุดดาวงษ์ ,ดุษฎี ไชยคา

การพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร 45
สรวงสุดา บูชา

อัตรารอดชีพที่ 3 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 57
นฤมล จิราวัฒน์วรากุล ,วราภรณ์ ภูธิวุฒิ ,วิจิตรา พิลาตัน

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง 69
รุ้งรัศมี นามวงษ์

การพัฒนาระบบการสื่อสารการบริการผู้ป่วยนอกด้วยแอพพลิเคชั่นไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ 82
วารีรัตน์ วงศ์ปฏิมาพร

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน;กรณีศึกษา 2 ราย 91
ไพฑูรย์ ไทยแท้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก : กรณีศึกษา 2 ราย 100
ขวัญอรุณ มักขุนทด

การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น 107
นิตยา กองสุข

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ . 116
จุฑาทิพย์ ครองยุติ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม 128
วีร์สุดา นาคหล่อ

ประสิทธิผลโปรแกรมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานโรงโม่หิน จังหวัดเพชรบูรณ์ 142
สุดารัตน์ รอดมณี ,เยี่ยมณัฐ ชัยพฤกษ์ไพรวัน ,สุรศักดิ์ ตั้งสมบัติกุล ,นิภาวรรณ สุจริตธรรม

การประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 154
พัชรพล ชูวงศ์โกมล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมุกดาหาร 163
วรรษษาสินี อุปัญ

ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น 176
ฐิติชญาน์ สิทธิศิริสาร

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร 184
แสงไทย ไตรยวงค์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเขาวง 197
สว่างศิลป์ ภูหนองโอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 210
พิศาล สีสถาน

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร 220
ยุพาภรณ์ สุทธิประภา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 230
จันทนา เชื้อผู้ดี

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะคีโตนคั่งในเลือด: กรณีศึกษา 246
วชิรา บุญประเสริฐ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก : กรณีศึกษา 258
กุลริศา โพธิจักร

การศึกษาชนิด ปริมาณ และสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในอากาศภายในอาคารสำนักงาน . 266
เพลินพิศ พงษ์ประยูร ,สราวุธ เทพานนท์ ,วรรณา เลาวกุล ,ศุภนุช รสจันทร์ ,อรจีรียา ช่างเหล็ก และปรียา อุ่นวิเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 278
เกษริน สิงห์เกิด

ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า 285
วีไลลักษณ์ ศรีราช ,นิยะดา บุญอภัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง 295
รัตติยา สองทิศ

การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรโรงพยาบาลสุโขทัย 304
เกษนภา กิ่งก้าน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 316
สัมฤทธิ์ มังสระคู ,เอมอร ทาระคำ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ในตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา 326
สุวัฒน์ เขียนสันเทียะ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการโดยใช้กลไกพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ 337
ธีรบูลย์ รัชตะวิมลรัตน์

การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเรื่องไตในชุมชน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 352
ภัทราพร ภูลิ้นลาย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงบูรณาการแบบผสมผสานกับการพยาบาลทางไกล (Tele Nursing) โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย 361
เกศินี จันทร์สุริยา

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ... 368
วิภารัตน์ ลครพล

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 420
ศิริยา ปิ่นสันเทียะ

การพยาบาลผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา 428
ศศิธร ยศศักดิ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว: กรณีศึกษา 438
ขณัฏฐา โกวิทยากร

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 447
พัชรี บำเพ็ญทาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา 457
กุลรภัส เสนาวัตร

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก 465
จริยา มูลมะณี ,เนาวรัตน์ อาหมัด ,ภาสวิชญ์ เรืองปานกัน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 476
ฐณัชชา ต้นประสงค์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี 503
วรัญญา วิทยา

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง 517
จิระมารถ กระเป๋าทอง

การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานแบบบูรณาการในตำบลหนองฮางอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ 526
กุณธีรา คำนึง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กรณีศึกษาอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 537
รวิษฎา หิรัญภัทรภากุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง 550
ปาริฉัตร น้อยนาฏ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย..... 560
จินดา ทองคมขำ

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบริบทพื้นที่ชายแดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ 570
ทศพร ศรีทอง

ผลการจัดการโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่าอำพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี 579
ภาชญา กลิ่นกุหลาบ

ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี 591
ปาลิดา ภาคาเขต

ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 601
กนกเพชร แก้วเกิด ,อังคณา ผาลิกา ,อริษา บุตรโคตร

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารเปรียบเทียบแนวทางการ : พยาบาลในผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ติดเชื้อHIV ร่วม 614
ปิ่นแก้ว คำสิงหา

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี 623
สุนันทา เอมน้อย

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดที่ 1 ระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวผู้คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 633
พิมพ์ใจ มากสกุล

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยการส่องกล้องผ่านทางช่องปาก 639
สุภาภรณ์ งิมขุนทด

ผลของการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-cog ต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส 647
นูรอามีลา วาเฮง

เปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในสถาบันบำราศนราดูร กรณีศึกษา 2 ราย 656
อนงค์ พรหมราช

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 663
มนสิชา เวรุนัต

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดา อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ 674
อรุณ เครือเนียม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี 682
เมธัส ต่างวิวัฒน์

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – สิงหาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล การวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P การจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล อัตรารอดชีพที่ 3 ปี ภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช การส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล โปรแกรมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอด ภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด ผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย รูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ พัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเรื่องไตในชุมชน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นตั้งครรภ์ การป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้าย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่อง รูปแบบการประเมินความเสี่ยงฉุกเฉินก่อนส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ รูปแบบการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดเพื่อลดภาวะเสี่ยง โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.10 NO.5 September - October 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568

ISSN : 2672-9717

PART I

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025 Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม 1
สิริญญาพร คงแสนคำ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ 10
จารุวัฒน์ สาแก้ว

การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา . 20
จิณณพัต ห้องศิลป์

ผลของการวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ต่อความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 33
กาญจนา หล้าบา ,ฐิติวรรณ โยธาทัย ,ยุพิณ คำกรุ ,จันทร์ดวง กาญจนสุขเมฆิน ,ปารณ์ไปรยา บุดดาวงษ์ ,ดุษฎี ไชยคา

การพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร 45
สรวงสุดา บูชา

อัตรารอดชีพที่ 3 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 57
นฤมล จิราวัฒน์วรากุล ,วราภรณ์ ภูธิวุฒิ ,วิจิตรา พิลาตัน

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง 69
รุ้งรัศมี นามวงษ์

การพัฒนาระบบการสื่อสารการบริการผู้ป่วยนอกด้วยแอพพลิเคชั่นไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ 82
วารีรัตน์ วงศ์ปฏิมาพร

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน;กรณีศึกษา 2 ราย 91
ไพฑูรย์ ไทยแท้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก : กรณีศึกษา 2 ราย 100
ขวัญอรุณ มักขุนทด

การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น 107
นิตยา กองสุข

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ . 116
จุฑาทิพย์ ครองยุติ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม 128
วีร์สุดา นาคหล่อ

ประสิทธิผลโปรแกรมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานโรงโม่หิน จังหวัดเพชรบูรณ์ 142
สุดารัตน์ รอดมณี ,เยี่ยมณัฐ ชัยพฤกษ์ไพรวัน ,สุรศักดิ์ ตั้งสมบัติกุล ,นิภาวรรณ สุจริตธรรม

การประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 154
พัชรพล ชูวงศ์โกมล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมุกดาหาร 163
วรรษษาสินี อุปัญ

ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น 176
ฐิติชญาน์ สิทธิศิริสาร

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร 184
แสงไทย ไตรยวงค์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025 Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเขาวง 197
สว่างศิลป์ ภูหนองโอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 210
พิศาล สีสถาน

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร 220
ยุพาภรณ์ สุทธิประภา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 230
จันทนา เชื้อผู้ดี

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะคีโตนคั่งในเลือด: กรณีศึกษา 246
วชิรา บุญประเสริฐ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก : กรณีศึกษา 258
กุลริศา โพธิจักร

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – สิงหาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล การวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P การจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล อัตรารอดชีพที่ 3 ปี ภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช การส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล โปรแกรมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอด ภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด ผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย รูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ พัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเรื่องไตในชุมชน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นตั้งครรภ์ การป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้าย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่อง รูปแบบการประเมินความเสี่ยงฉุกเฉินก่อนส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ รูปแบบการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดเพื่อลดภาวะเสี่ยง โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Development of disbursement of extra-budgetary funds process at Maha Sarakham Hospital.

(Received: October 17,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

สิริญญาพร คงแสนคำ[1]
Sirinyaporn Kongsankum[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ และศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง สิงหาคม 2568 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูล จากรายงานการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคามและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2567 กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินยืมราชการ ปีงบประมาณ 2567 รวมระยะเวลาประมาณ 7 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 376 ฉบับ กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ ปีงบประมาณ 2567 (ไม่ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 10 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 196 ฉบับ กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ ปีงบประมาณ 2567 (ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 5 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 148 ฉบับและความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ: กระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ การเบิกจ่ายเงินยืมราชการ การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ

Abstract

The study, "Developing the Off-Budget Disbursement Process at Mahasarakham Hospital," aimed to study off-budget disbursement and the development of the off-budget disbursement process at Mahasarakham Hospital. This action research was conducted between June 2025 and August 2025, a total of 3 months. The sample consisted of 80 personnel involved in off-budget disbursement at Mahasarakham Hospital. Data were collected from reports on off-budget disbursements at Mahasarakham Hospital and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and a dependent t-test.

The study found that after developing the off-budget disbursement process at Mahasarakham Hospital in 2024, the process for disbursing government loans for fiscal year 2024 took approximately 7 working days per document, with 376 documents completed. The process for disbursing project expenses and travel expenses for fiscal year 2024 (without government loans) took approximately 10 working days per document, with 196 documents completed. The process for disbursing project expenses and travel expenses for fiscal year 2024 (without government loans) took approximately 5 working days per document, with 148 documents completed. The understanding of personnel involved in the off-budget disbursement process at Mahasarakham Hospital before

[1] โรงพยาบาลมหาสารคาม

and after implementation showed a statistically significant difference at the 0.05 level. After implementation, personnel's understanding of the off-budget disbursement process at Mahasarakham Hospital was higher than before implementation.

Keywords: off-budget disbursement process, government loan disbursement, project expense disbursement, travel expenses

บทนำ

เงินนอกงบประมาณถือเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ โดยเฉพาะในองค์กรที่มีภารกิจเฉพาะ เช่น โรงพยาบาล ซึ่งต้องการความยืดหยุ่นในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อรองรับความต้องการที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เงินนอกงบประมาณหมายถึงรายได้ที่เกิดจากกิจกรรมหรือบริการของหน่วยงาน เช่น ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าธรรมเนียม หรือรายได้จากโครงการพิเศษ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการจัดสรรงบประมาณประจำปีของรัฐ หลักการสำคัญของการบริหารเงินนอกงบประมาณคือความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กร การบริหารจัดการเงินประเภทนี้จึงต้องมีระบบและกระบวนการที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนและสนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1,2]

เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและลดข้อผิดพลาดในการดำเนินงาน การเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณจำเป็นต้องดำเนินการตามมาตรฐานและระเบียบที่กำหนดไว้ มาตรฐานเหล่านี้ครอบคลุมตั้งแต่ขั้นตอนการจัดทำเอกสาร การอนุมัติ ไปจนถึงกระบวนการตรวจสอบและติดตามผล เพื่อให้มั่นใจว่าการเบิกจ่ายเป็นไปตามวัตถุประสงค์และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร ตัวอย่างเช่น การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการจะต้องมีเอกสารประกอบที่ครบถ้วน เช่น หนังสืออนุมัติโครงการ รายละเอียดค่าใช้จ่าย และใบเสร็จรับเงิน นอกจากนี้ การปฏิบัติตามมาตรฐานยังช่วยลดความเสี่ยงต่อปัญหาทางกฎหมายและข้อครหาที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่โปร่งใสในกระบวนการ มาตรฐานดังกล่าวยังส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ลดความสับสนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งนี้ การกำกับดูแลโดยผู้บริหารระดับสูงยังเป็นส่วนสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นความโปร่งใสและความรับผิดชอบ[1]

กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โดยเฉพาะในองค์กรที่มีลักษณะงานซับซ้อน เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ต้องจัดการกับเอกสารจำนวนมากและขั้นตอนที่หลากหลาย กระบวนการนี้เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูล ประสบการณ์ และความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็ง รวมถึงอุปสรรคที่พบในกระบวนการเบิกจ่าย จากนั้นนำข้อมูลเหล่านี้มาถอดบทเรียนเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง รวมถึงสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในองค์กร นอกจากนี้ กระบวนการดังกล่าวยังช่วยเพิ่มพูนทักษะความรู้ และมุมมองใหม่ ๆ ให้แก่บุคลากร ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินอย่างต่อเนื่อง[2]

แม้ว่าการบริหารจัดการเงินนอกงบประมาณจะมีข้อดีในด้านความยืดหยุ่น แต่ก็ยังคงเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในด้านบัญชีและการเงิน ซึ่งส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดในการจัดทำเอกสาร หรือขั้นตอนที่ซับซ้อนเกินไปจนทำให้เกิดความล่าช้า นอกจากนี้ การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ไม่ทันสมัยหรือไม่มีระบบกลางสำหรับติดตามสถานะของเอกสาร ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในกระบวนการ อีกทั้งยังพบปัญหาด้านความ

เข้าใจในระเบียบข้อกำหนดของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดหรือขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการเบิกจ่าย แต่ยังอาจสร้างผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กร ดังนั้น การแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยทั้งการพัฒนาระบบเทคโนโลยี การฝึกอบรมบุคลากร รวมถึงการปรับปรุงขั้นตอนต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร[3]

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่เลขที่ 168 ถนนผดุงวิถี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2490 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการทางการแพทย์ แก่ประชาชนในพื้นที่และจังหวัดใกล้เคียง ลด ความจำเป็นในการเดินทางไปรักษาในกรุงเทพฯ โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็น ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และเป็น สถาบันสมทบของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปัจจุบัน โรงพยาบาลมหาสารคามมีจำนวนเตียง 580 เตียง พร้อมด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงทีมแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลวิชาชีพที่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีบริการเฉพาะทาง เช่น คลินิกอาชีวเวชกรรม การตรวจสุขภาพประจำปี และคลินิกตรวจการนอนหลับ เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุม การบริหารเงินนอกงบประมาณของโรงพยาบาลมหาสารคามเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการเงินและการบัญชี ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการจัดทำเอกสารและกระบวนการเบิกจ่าย นอกจากนี้ ระบบการควบคุมภายในที่ไม่สมบูรณ์ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจทำให้เกิดปัญหาการเบิกจ่ายเงินที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน การบันทึกข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนยังเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเพื่อให้การตรวจสอบและติดตามผลการเบิกจ่ายมีประสิทธิภาพ การไม่เข้าใจระเบียบและข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดเก็บรายได้และเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณก็เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้อง สุดท้าย การไม่มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าและข้อผิดพลาดในการบริหารจัดการเงินนอกงบประมาณ การแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายใน การฝึกอบรมบุคลากร และการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการบริหารเงินนอกงบประมาณ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมรความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง สิงหาคม 2568 รวม 3 เดือนและใช้ข้อมูลในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2567 รวม 24 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 80 คน ดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ จำนวน 5 คน

2.2 กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ จำนวน 15 คน

2.3 กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 5 คน

2.4 กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ จำนวน 15 คน

2.5 กลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 10 คน

2.6 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จำนวน 30 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในสังกัดกลุ่มภารกิจที่เกี่ยวข้องกับ การเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ ตามที่ระบุไว้ในโครงร่าง

2. ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงหรือมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย การตรวจสอบ หรือการอนุมัติ การเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ

3. มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้มีความเข้าใจในกระบวนการเบิกจ่ายเดิมและการเปลี่ยนแปลง

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจหลังจากได้รับข้อมูลชี้แจงอย่างครบถ้วน (Informed Consent)

5. สามารถสื่อสาร และให้ข้อมูลได้ครบถ้วนทั้งการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. บุคลากรที่ อยู่ระหว่างลาหยุดติดต่อกันเกิน 1 เดือน ในช่วงเก็บข้อมูล

2. บุคลากรใหม่ที่มี ประสบการณ์ปฏิบัติงานน้อยกว่า 6 เดือน (เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนและขาดการเปรียบเทียบจากประสบการณ์เดิม)

3. บุคลากรที่ ปฏิเสธหรือไม่สามารถให้ความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย

4. บุคลากรที่ ย้ายหน่วยงาน หรือลาออกระหว่างดำเนินโครงการวิจัย

5. บุคลากรที่มี ข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรือภาระงานพิเศษที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีกิจกรรม/ขั้นตอนในการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย การวิเคราะห์การเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ การกำหนดแนวทางการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ การประชุมชี้แจงแนวทางการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ การดำเนินการตามแนวทางการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ และการสรุปผลการดำเนินการตามแนวทางการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) รายงานการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

2) แบบสอบถามความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[4]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) เพื่อหาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.895

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ขั้นตอนที่ 1 Plan (วางแผน)

1. การวิเคราะห์การเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

2. การศึกษาความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ก่อนดำเนินการ

3. การกำหนดแนวทางการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ระยะที่ 2 ขั้นการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 Act (ปฏิบัติ)

4. การดำเนินการตามแนวทางการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 3 Observe (สังเกตและเก็บข้อมูล)

5. การศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

6. การศึกษาความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 Reflect (สะท้อนผลและปรับปรุง)

7. วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวม เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนพัฒนา

8. การสรุปผลการดำเนินการตามแนวทางการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ผลการวิจัย

1. กระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2566

1.1 การเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินยืมราชการ ปีงบประมาณ 2566 รวมระยะเวลาประมาณ 14 วันทำการ/1 ฉบับดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 376 ฉบับ

1.2 กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ งบประมาณ

2566 (ไม่ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 22 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 196 ฉบับ

1.3 กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ งบประมาณ 2566 (ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 12 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 182 ฉบับ

1.2 ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2567

2.1 กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินยืมราชการ ปีงบประมาณ 2567 รวมระยะเวลาประมาณ 7 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 376 ฉบับ

2.2 กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ ปีงบประมาณ 2567 (ไม่ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 10 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 196 ฉบับ

2.3 กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ ปีงบประมาณ 2567 (ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 5 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 148 ฉบับ

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายยืมราชการ	2.92	0.39	4.33	0.39	79	-19.733	.000	-1.53204	-1.25129
กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ	3.06	0.30	4.30	0.37	79	-18.458	.000	-1.30892	-1.05410
กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ	2.95	0.38	4.36	0.64	79	-19.082	.000	-1.52648	-1.23811
รวม	2.98	0.35	4.19	0.89	79	-19.703	.000	-1.45169	-1.18529

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา กระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2566 พบว่า การเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินยืมราชการ ปีงบประมาณ 2566 รวมระยะเวลาประมาณ 14 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 376 ฉบับ กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ งบประมาณ 2566 (ไม่ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 22 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 196 ฉบับและกระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ งบประมาณ 2566 (ยืมเงิน

ราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 12 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 182 ฉบับ และความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของวิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์[4] ได้ศึกษาแนวทางการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณตามแผนเงินบำรุงหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: กรณีเขตสุขภาพที่ 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 6 จัดทำแผน เงินบำรุง ยังไม่ถูกต้อง และไม่เป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การใช้จ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของเงินบำรุง ผู้ตรวจสอบภายในจึงมีหน้าที่โดยตรงในการให้ความเชื่อมั่น เพื่อสนับสนุนการใช้จ่ายเงินบำรุงให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ลดความเสี่ยงการเกิดข้อผิดพลาด ผู้เขียนจึงจัดทำแนวทางการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณตามแผนเงินบำรุงหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: กรณีเขตสุขภาพที่ 6 ขึ้น เพื่อให้ผู้ตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานตรวจสอบการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณตามแผนเงินบำรุง เพื่อกำกับการดำเนินงานเป็นระบบที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยงด้านการเบิกจ่ายเงินบำรุง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2567 ตามแนวทางเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ[5,6] และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง[7] ซึ่งผลการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณส่งผลให้ กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายเงินยืมราชการ ปีงบประมาณ 2567 รวมระยะเวลาประมาณ 7 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 376 ฉบับ กระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ ปีงบประมาณ 2567 (ไม่ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 10 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 196 ฉบับกระบวนการปฏิบัติงานเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ ปีงบประมาณ 2567 (ยืมเงินราชการ) รวมระยะเวลาประมาณ 5 วันทำการ/1 ฉบับ ดำเนินการจัดทำไป ทั้งสิ้น 148 ฉบับ โดยที่การปฏิบัติงานด้านการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ (เงินยืมราชการ ค่าใช้จ่ายโครงการ ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ) ในปีงบประมาณ 2566 มีความล่าช้า จึงได้มีการปรับปรุงกระบวนการเบิกจ่ายใหม่ในปี 2567 และเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินจากการจ่ายด้วยเช็ค เป็น จ่ายโดยการโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online เข้าบัญชีผู้เบิกเงิน จึงทำให้การปฏิบัติงานรวดเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและ ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ โรงพยาบาลมหาสารคาม หลังการดำเนินงาน มีค่าสูงกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ มยุรี คนยัง[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา การบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัดพบว่า (1) การดำเนินงานด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ จำนวน 10 แห่ง (2) การดำเนินงานด้านศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ จำนวน 21 แห่ง (3) โรงพยาบาลไม่วิกฤติทางการเงิน ระดับ 6-7 ผ่านเกณฑ์จำนวน 20 แห่ง โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ทั้ง 3 เป้าหมายตัวชี้วัดจำนวน 10 แห่ง คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังทุกกิจกรรมและ

ระดับมาก ร้อยละ 57.54 เห็นด้วยทุกกิจกรรมและระดับมาก ร้อยละ 85.16 มีการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังระดับดีมากและดี ร้อยละ 58.66 และการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ชมเดช ภควัฒน์ กลั่นปรีชา ทิพวรรณ กลั่นปรีชา[9] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานเบิกจ่ายงบประมาณ กองบริหารการคลัง กรมควบคุมโรค ผลการศึกษาวิจัยพบว่า (1) กระบวนการปฏิบัติใหม่ใช้ระยะเวลาการปฏิบัติงานลดลงจาก กระบวนการปฏิบัติงานเดิม 36.57% แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่ สามารถลดระยะเวลาสูญเปล่าในขั้นตอนการปฏิบัติงานเดิมได้ (2) การเบิกจ่ายงบประมาณ กรณีจ่ายตรง เจ้าหนี้สามารถดำเนินการเบิกจ่ายเงินได้ภายใน 11 วันทำการ คิดเป็นร้อยละ 84.68 (3) การเบิกจ่ายงบประมาณ กรณีเงินยืมราชการ/จ่ายผ่านส่วนราชการ สามารถดำเนินการเบิกจ่ายเงินได้ภายใน 12 วันทำการ คิดเป็นร้อยละ 76.83 (4) อาสาสมัครมีความคิดเห็นต่อกระบวนการปฏิบัติงานที่ได้พัฒนาขึ้นคือ ทำให้อาสาสมัคร ได้เรียนรู้รายละเอียดของงานและกระบวนการทำงานของกลุ่มต่าง ๆ มากขึ้น เมื่อเกิดข้อผิดพลาดสามารถแก้ไข ได้อย่างตรงจุด เพราะรู้ที่มาที่ไปของเอกสาร สามารถนำความรู้ไปใช้ในการพัฒนางานเดิมของตัวเองได้แต่ก็ยังมี ปัญหาอุปสรรคในเรื่องของการขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านอื่นที่เรียนรู้ใหม่ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานลดลงเนื่องจาก 1 คนทำงานหลายด้าน เนื้องานมากขึ้น ปริมาณงานมากขึ้น ความรู้ความเชี่ยวชาญลดน้อยลง มีความกดดันเครียด เกิดความเบื่อหน่ายในการทำงาน เพราะงานกระจุกอยู่ที่ คน ๆ เดียว และมีข้อเสนอแนะคือ ควรใช้วิธีการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ จัดคนให้เหมาะสมกับความ ถนัด ใช้วิธีหมุนเวียนงาน จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายให้กับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อจะได้มี ความรู้ความเข้าใจในระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณสามารถตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นก่อนส่งเบิกและ ลดข้อผิดพลาดของเอกสารการเบิกจ่าย ซึ่งจะทำให้การเบิกจ่ายมีความรวดเร็วมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรพร ดิเรกศรี[10] ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพรายงานทางการเงินมีความครบถ้วน ทันเวลา เปรียบเทียบได้และใช้ประกอบการตัดสินใจได้ดีขึ้น จากปีงบประมาณ 2564 ที่มี Score C- พัฒนาเป็น Score A และ B ในปีงบประมาณ 2565-2566 โดยมีการบริหารด้านรายได้ เจ้าหนี้ ลูกหนี้ และคลังอย่างเป็นรูปธรรม มีคณะกรรมการควบคุม กำกับ ติดตาม เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านคุณภาพรายงานทางการเงินที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายให้มีความรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น ควรดำเนินการใช้ระบบ โอนเงินผ่าน e-Payment หรือระบบธนาคารออนไลน์ (เช่น KTB Corporate Online) อย่างต่อเนื่องเพื่อหลีกเลี่ยงความล่าช้าและลดความเสี่ยงจากการเบิกจ่ายด้วยเช็ค และจัดทำ คู่มือขั้นตอนการเบิกจ่ายแบบมาตรฐาน (SOP) ที่ครอบคลุมเอกสาร แบบฟอร์ม และผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร จัด การอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เกี่ยวกับระเบียบการเงินการเบิกจ่าย และการใช้ระบบออนไลน์เป็นประจำทุกปี ส่งเสริมให้บุคลากร หมุนเวียนหน้าที่ (Job rotation) เพื่อให้เข้าใจกระบวนการครบทุกขั้นตอน ลดการพึ่งพาบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

3. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารและการติดตามงาน จัดทำระบบ ติดตามสถานะการเบิกจ่าย

(Tracking System) ที่บุคลากรสามารถตรวจสอบความคืบหน้าได้แบบ Real-time จัดให้มีการประชุมทบทวนปัญหาและอุปสรรคการเบิกจ่ายเป็นระยะเพื่อหาทางแก้ไขทันที

4. การควบคุมภายใน (Internal Control) แต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารก่อนส่งเบิก เพื่อป้องกันความผิดพลาด กำหนด จุดตรวจสอบ (Checkpoint) สำคัญในแต่ละขั้นตอนเพื่อลดระยะเวลาสูญเปล่าและป้องกันความซ้ำซ้อน

5. สร้างฐานข้อมูลกลางด้านการเงิน พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางสำหรับบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่าย เพื่อนำมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพและใช้ประกอบการตัดสินใจในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขอบเขตการศึกษา ศึกษากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณในโรงพยาบาลประเภทอื่น หรือในเขตสุขภาพอื่นๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ พิจารณาศึกษา การเบิกจ่ายเงินในงบประมาณ (Budgetary Funds) ร่วมกับเงินนอกงบประมาณ เพื่อให้เห็นภาพรวมด้านการเงินครบถ้วน

2. เพิ่มตัวแปรในการศึกษา ศึกษาผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบ e-Payment ต่อความเร็ว ความถูกต้อง และความพึงพอใจของบุคลากร วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การฝึกอบรมบุคลากร กับ คุณภาพการเบิกจ่าย และ การลดข้อผิดพลาด

3. เน้นการประเมินผลระยะยาว ติดตามและประเมินผลกระบวนการเบิกจ่ายที่พัฒนาแล้วในช่วง 3–5 ปี เพื่อดูว่าประสิทธิภาพยังคงอยู่หรือมีการถดถอย ศึกษาผลต่อ ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน หลังใช้กระบวนการที่ปรับปรุงแล้ว

4. ศึกษาในมิติความคุ้มค่า (Cost-Benefit Analysis) วิเคราะห์ว่าการใช้ระบบใหม่หรือกระบวนการใหม่ช่วยประหยัดต้นทุนและทรัพยากรได้มากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับระบบเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. กองคลัง กรมควบคุมโรค.(2558). แนวทางการปฏิบัติงาน การรับ-จ่ายเงินนอกงบประมาณ. กองคลัง กรมควบคุมโรค
2. กลุ่มบริหารงานคลังและงบประมาณ สำนักงานเลขานุการกรม กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม. (2562). คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ.
3. อุไร ศรีทุมขันธ์.(2561). แนวทางการตรวจสอบภายในการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2561 169-74
4. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
5. พระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2561
6. นนทกร เกรียงศิริ.(2562). วิเคราะห์กฎหมายเกี่ยวกับการบริหารเงินนอกงบประมาณของประเทศไทย. วารสารบัณฑิตศึกษานิติศาสตร์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มีนาคม 2562
7. สุนทร ไทรชมภู.(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณผ่านระบบ GFMIS. โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2562
8. มยุรี คนยัง.(2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 9(4). 292-302.
9. พรทิพย์ ชมเดช ภควัฒน์ กลั่นปรีชา ทิพวรรณ กลั่นปรีชา. (2563). การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานเบิกจ่ายงบประมาณ กองบริหารการคลัง กรมควบคุมโรค. รายงานการวิจัย. กองบริหารการคลัง กรมควบคุมโรค4. วิพารัตน์ ศรีสวัสดิ์.(2566). แนวทางการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณตามแผนเงินบำรุง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: กรณีเขตสุขภาพที่ 6. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 (2023): มกราคม – เมษายน 2566
10. อุไรพร ดิเรกศรี.(2567). การประเมินคุณภาพรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(6). 713-21

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

Development of a care model for patients with uncontrolled hypertension by applying social support in the area of Krapho Subdistrict Health Promotion Hospital,Tha Tum District, Surin Province.

(Received: August 30,2025 ; Revised: September 15,2025 ; Accepted: September 16,2025)

จารุวัฒน์ สาแก้ว[1]
Jaruwat sakaew[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คน และ 2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทดลองใช้รูปแบบจำนวน 35 คน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 - พฤษภาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และระดับความดันโลหิต สถิติเชิงอนุมาณวิเคราะห์ด้วย Paired-T test และ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่ารูปแบบที่พัฒนามาได้มี 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมทำความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว 2)กิจกรรมออกแบบแผนดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขร่วมกัน 3)ดำเนินงานและสนับสนุนต่อเนื่องโดยเฉพาะคนในครอบครัว เป็นแบบอย่างและเป็นผู้ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) มีการติดตาม ประเมินผล และชื่นชม หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstrack

This study was an action research (AR) to develop a care model for patients with uncontrolled hypertension by applying social support in the area of Krapho Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Tum District, Surin Province, based on the concept of Kemmis and McTaggart. Two purposive sample groups were selected: 1) a sample group for collecting qualitative data and developing a care model for patients with uncontrolled hypertension, purposively selecting 12 patients; and 2) 35 patients with uncontrolled hypertension. They participated in the research process at Krapho Subdistrict Health Promoting Hospital between March - May 2025. Quantitative and qualitative data were collected from questionnaires and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and blood pressure levels and inferential statistics were analyzed using Paired-T test and Wilcoxon Signed-Rank Test. The developed model consisted of four activities: 1) activities to understand patient and family problems; 2) activities to design a care plan for patients, families, communities, and public health personnel together; 3) ongoing operations and support, especially family members, as role models and facilitators in behavior change; and 4) follow-up, evaluation, and appreciation.

Keywords: uncontrolled hypertension, model development, health care, social support

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการตายหรือเกิดทุพลภาพในผู้ป่วย โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1,300 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจและหลอดเลือด และคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.58 พันล้านคน โดยในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ ถึงเกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้าน จากระบบรายงานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ภาพรวมของประเทศ ปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7 ล้านคน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีจำนวนมากถึง 2.8 ล้านคน [1]

สำหรับจังหวัดสุรินทร์ ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 120,029, 125,699 และ131,139 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 8,981.96 , 9,133.58 และ9,551.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับจำนวนเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,346, 4,862 และ3,747 ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 250.39 ,353.28 และ 272.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ [2] อำเภอท่าตูม ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11,919, 9,982 และ10,155 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 12,695.45, 10,439.13 และ 10,667.24 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จำนวนเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 248,283 และ290 คนตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 264.16, 295.96 และ 304.63 ต่อแสนประชากรตามลำดับ [3] สำหรับตำบลกระโพ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 423 ,453และ 466 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 7934.72, 8398.22 และ8765.99ต่อแสนประชากรตามลำดับ จำนวนเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15,13และ16 คนตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง 281.37, 241.01 และ 300.98 ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน117 คน [4] จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มมากขึ้นในทุกระดับจึงได้สำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการในเขตรับผิดชอบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 55 คน พบว่าโดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม เครื่องปรุงรส เป็นประจำมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 70.5 การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 43.7 การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน คิดเป็นร้อยละ 72.8 การออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 75.3 การเกิดความเครียดและการจัดการความเครียด ร้อยละ 55.8 การมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 47.6 จากพฤติกรรมดังกล่าวหากปล่อยให้เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ยาวนานจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ได้แก่ น้ำหนักเกิน/ อ้วนลงพุง ภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการจัดการความเสี่ยง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรัง [5] และถ้าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองอยู่ในระดับปกติได้ [6] นอกจากนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการ

สนับสนุนทางสังคม โดยคนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง [7]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ด้วยเหตุผลข้างต้น เนื่องจากพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูง ยังต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากคนในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด Kemmis and McTaggart [8] ออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยเทคนิคการมีส่วนร่วม โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ Plan (วางแผน), Act (ปฏิบัติ), Observe (สังเกต), Reflect (สะท้อนผล) ดำเนินการในระหว่าง 1มีนาคม 2568 – 30 พฤษภาคม 2568 รวม 3 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลท่าตูม ในรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ปี 2567 จำนวน 6 หมู่บ้าน ที่มีอายุตั้งแต่ 18ปี ขึ้นไป จำนวน 117 คน

กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คนประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านตัวแทนผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบคลินิกNCDs รพ.ท่าตูม พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนสมาชิก อบต. ตัวแทน Caregiver (CG) ตำบลกระโพ ประธานโรงเรียนเบาหวานวิทยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ

กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลท่าตูม อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้สูตรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่า Effect Size เท่ากับ 0.73 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าPower เท่ากับ 0.95 จากการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน [6] จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) การบันทึกเสียงการสนทนา การประชุมวางแผนปฏิบัติการ และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน จำนวน 8 ข้อ

2. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถาม ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมข้อความ (Open-ended)

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ

การสร้างแบบสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาเอกสาร จากตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องเชิงทฤษฎีและภาษาที่ใช้ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยการหาความตรง และครอบคลุมตามเนื้อหา และโครงสร้างที่ต้องการจะวัดของแบบสอบถาม แต่ละข้อและรวมทุกข้อเป็นเครื่องมือทั้งชุด จากผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนในเขตพื้นที่ตำบลบะ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ แล้วนำข้อมูล นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีของ Kuder-Richardson Procedure-20 และ Cronbach's Alpha Coefficient ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับว่าเครื่องมือมีคุณภาพ ความเชื่อมั่นที่สูงกว่า 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยง [10] โดยค่าความเชื่อมั่นจากการทดลองใช้เครื่องมือ ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม ค่าความเชื่อมั่น 0.79 และ0.90 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. ผู้วิจัยจะสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ

3. ชี้แจงกระบวนการวิจับแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย

4. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)) สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

5. ออกแบบ พัฒนาเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผน (Plan) สัปดาห์ที่ 1,2

1. จัดสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ คณะทำงานร่วมกับผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที [9] ระบุปัญหาหลักของผู้ป่วยที่ทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เช่น ขาดความรู้ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

2. การสังเคราะห์ปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อยร่วมกับข้อมูลรอง เช่น รายงานสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลจากคลินิกโรคเรื้อรัง

3. การวางแผนและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกัน เช่น การสร้างกลุ่มสนับสนุน การจัดการอบรมให้ความรู้ การติดตามผ่านระบบการดูแล

3. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) หลังจากได้รูปแบบเบื้องต้น จะมีการกำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกันกับทีมสุขภาพและภาคีชุมชน โดยระบุกิจกรรม/ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะดำเนินการ ผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินงาน ทรัพยากรที่ต้องใช้ วิธีการติดตามและประเมินผล แผนนี้จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการในระยะทดลองใช้ (Implementation) และสามารถปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากภาคีชุมชนได้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2: การปฏิบัติการ (Act) สัปดาห์ที่ 3,4 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด ได้แก่:

1. กิจกรรมการให้ความรู้: จัดอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยา การดูแลตนเอง

2. กิจกรรมกลุ่มสนับสนุน: จัดกลุ่มผู้ป่วยและคนในครอบครัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ

3. กิจกรรมติดตามสุขภาพ: ใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้านประจำทุกสัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ หรือแอปพลิเคชัน เช่น ไลน์กลุ่ม และ Google sheet

4. การสร้างเครือข่ายผู้ดูแล: ให้สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเป็นผู้ช่วยดูแล เตือนการรับประทานยา และติดตามการปฏิบัติตัว “Care Hypertension”

5. การติดตามการดำเนินการตามแผน ใช้แบบประเมินและบันทึกผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบเพื่อติดตามความก้าวหน้าและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล อาทิ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

6. จัดประชุมสรุปรายงานความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นประจำทุก 1 เดือน เพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน ระบุปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันปรับปรุงแก้ไขแนวทางการปฏิบัติงานระหว่างทาง เพื่อให้รูปแบบการดูแลมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 3: การสังเกต (Observe) เดือนที่ 2 และ3 ในขั้นตอนของการสังเกตการณ์นี้ เป็นการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจริง การทดลองใช้ในพื้นที่จริงนี้จะช่วยให้เห็นถึงข้อดี ข้อจำกัด และความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นในทางปฏิบัติ ทำให้สามารถปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท ได้อย่างแท้จริง การประเมินผลหลังการดำเนินการ หลังจากการนำรูปแบบไปใช้ระยะหนึ่ง โดยใช้วิธีการ ดังนี้:

1. วัดระดับความดันโลหิตเป็นระยะ (ก่อน, ระหว่างการทดลองและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแล)

2. ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยรับรู้ผ่านแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์

3. สังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร

4. การติดตามเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 4: การสะท้อนผล (Reflect) เดือนที่ 3 ภายหลังจากการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สรุปผลและถอดบทเรียน ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผลลัพธ์ และข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1. จัดการประชุมร่วมกับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อนำผลการติดตามมาทบทวนและประเมินผล

2. วิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล เช่น ระดับความดันโลหิตที่ลดลง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

3. ปรับปรุงรูปแบบการดูแลตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทั่วไป หากเป็นข้อมูลแบบกลุ่ม (categorical data) จะนำเสนอข้อมูลด้วยจำนวนและค่าร้อยละ (Percentage) หากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติจะนำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจะนำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) พร้อมค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ เปรียบเทียบคะแนนระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังดำเนินการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติ Paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0 .05 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.101/25

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ ในปี 2567 (เดือนมกราคม) ทั้งสิ้นจำนวน 117 คน (ร้อยละ 27.11) ในหมู่บ้าน 6 หมู่บ้าน

เชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุปว่าประชาชนบางครอบครัวอยู่ตามลำพัง ทำงานหนัก และขาดการดูแลสุขภาพตนเอง บุตรหลานไปทำงานต่างถิ่น และเมื่อเจ็บป่วยไม่มีคนช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ด้านการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีความเค็มสูง ขาดการออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกายเสมอ การจัดการความเครียด ตลอดจนการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะเชื่อว่ารับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว จะทำให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และเมื่อความดันโลหิตลดลงก็จะละเลยต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรทางสาธารณสุข

เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 64 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.6) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก (ร้อยละ 82.9) มีรายได้น้อย และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 10 ปี (ร้อยละ 40) อาศัยอยู่กับคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.9) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ 24.4

1. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิต (n=35) หลังจากการศึกษา พบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยนี้สามารถลดค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างค่าเฉลี่ย 7.34 ช่วงความเชื่อมั่น 95% คือ 3.30 - 11.39) ในขณะที่ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน แต่การลดลงนี้ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=35)จากการศึกษา พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Median = 100, IQR = 100-100) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Median = 4.88, IQR = 4.76-4.96) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Median = 5.00, IQR = 4.81-5.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. ระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=35) จากการศึกษาพบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในระดับมาก และแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.6 แสดงการกระจายตัวของผู้ป่วยในแต่ละระดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart โดยการกระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ Plan (วางแผน), Act (ปฏิบัติ), Observe (สังเกต), Reflect (สะท้อนผล) ผลการศึกษาดังนี้

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพในเดือนมกราคม 2567 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 466 คน คิดเป็น 8,765.99 ต่อแสนประชากร กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ ทั้งหมด 349 คน ร้อยละ 74.89 และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 117 คน ร้อยละ 25.11 จากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุปว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ80 [4] และเมื่อเจ็บป่วยไม่มีคนช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ยังทำงานหนัก ทำนาเลี้ยงสัตว์ ด้านการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีความเค็มสูง เครื่องปรุงรส ขาดการออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกายเสมอ การจัดการความเครียด ตลอดจนการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักในการควบคุมระดับความดันโลหิต และมีความเชื่อว่ารับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว จะทำให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และเมื่อความดันโลหิตลดลงก็จะละเลยต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้ป่วย และ บุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ บริบทของพื้นที่ สภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน การดูแลของเพื่อนบ้าน ชุมชน และปัญหาที่เกิดขึ้น การพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพและบริการทางสังคมของภาครัฐและชุมชนท้องถิ่น และหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่เหมาะสมตามบริบท

การปฏิบัติตามแผนงานและกิจกรรมตามรูปแบบที่เหมาะสมแบ่งออกเป็น 4 กิจกรรม 1) กิจกรรมทำความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ประเมิน

สุขภาพ พฤติกรรม และความรู้ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการให้ข้อมูลและสร้างความตระหนักร่วมกันถึงความสำคัญของการควบคุมโรค จัดเวทีสะท้อนปัญหา ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับรู้ถึงปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน 2)กิจกรรมออกแบบแผนดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขร่วมกัน ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา โครงการลดเค็ม หรือจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 3) ดำเนินงานและสนับสนุนต่อเนื่องโดยเฉพาะคนในครอบครัว เป็นแบบอย่างและเป็นผู้ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (อาหาร การออกกำลังกาย การงดบุหรี่/สุรา) จัดยา และพาไปพบแพทย์ สำหรับในส่วนชุมชนให้มีการจัดกิจกรรมสม่ำเสมอ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น เมนูอาหารลดเค็ม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เยี่ยมบ้านติดตามผล และ 4) มีการติดตาม ประเมินผล และชื่นชม รวบรวมข้อมูลสุขภาพ ประเมินความก้าวหน้า ปรับปรุงแผนและให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อสร้างแรงจูงใจและความยั่งยืนในการดูแลตนเอง

ผลการดำเนินการและประเมินผลการใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.60 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 64 ปี (SD.=63.7) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.90 มีรายได้น้อยเฉลี่ย 2,000 บาท ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 10 ปี ร้อยละ 40.00 และอาศัยอยู่กับคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.90

ภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในระดับมากที่สุด และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.6 การดูแลสุขภาพตนเองการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Median = 100, IQR = 100-100) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Median = 4.88, IQR = 4.76-4.96) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Median = 5.00, IQR = 4.81-5.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตของตนเองอยู่ในระดับปกติได้ [11]

การสะท้อนผล ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ตามรูปแบบ 4 ขั้นตอน ผ่านการประชุมผู้นำชุมชนในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรทางสาธารณสุข และตัวแทนผู้บริหารท้องถิ่นในชุมชนพื้นที่ตำบลกระโพ ที่ผู้วิจัยนำเสนอผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และไม่มีผู้ดูแลเป็นข้อจำกัดและเป็นจุดอ่อนที่ต้องวางแผนปรับปรุงในวงรอบต่อไป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ จากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart พบว่ารูปแบบที่พัฒนามาได้มี 4 กิจกรรม คือ 1.กิจกรรมทำความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว 2.กิจกรรมออกแบบแผนดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขร่วมกัน 3.ดำเนินงานและสนับสนุนต่อเนื่องโดยเฉพาะคนในครอบครัว เป็นแบบอย่างและเป็นการช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. มีการติดตาม ประเมินผล และชื่นชม

การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.001$) [7] การสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลให้ ความดันโลหิตลดลง ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ ที่พัฒนาขึ้นและนำไปใช้ทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในระดับปกติ [12]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้เกิดประสิทธิภาพจำเป็นต้องให้การสนับสนุนจากคนในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดการด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ไม่มีคนช่วยเหลือดูแลมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการโรค และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ทันต่อเวลา

2. ควรจัดตั้งกลุ่ม ชมรม หรือศูนย์สุขภาพเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ(NCDs)ในชุมชน และส่งเสริมกิจกรรมสร้างสุขภาพให้ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีได้ สิ่งที่สำคัญยิ่งต้องขอบพระคุณนายนราธิป เพิ่มผล สาธารณสุขอำเภอท่าตูม หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลท่าตูม บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยดี ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายสุขภาพ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลกระโพทุกท่าน ที่ได้สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ข้อมูล สถิติการตาย / ป่วย โรคไม่ติดต่อ 2567 [Available from: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2567). ฐานข้อมูล HDC 2567 [Available from: https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.
3. โรงพยาบาลท่าตูม.(2567). ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 2567
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโพ.(2567). ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ. 2567.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล.2565
6. นันท์นภัส สุขใจ รัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ.(2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน. วารสารวิชาการ สคร 9 นครราชสีมา. 2565;28.
7. อัจฉรา ขันทสนธิ์ บวรลักษณ์ ทองทวี ศศิพิมพ์ ไพโรจนกิตตระกูล.(2564). ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. 2564.
8. Kemmis S, McTaggart R.(2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. Dordrecht: Springer.
9. ปัญญา ธีระวิทยเลิศ. (2559). เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ที่มีประสิทธิภาพ. วารสารสถาบนวิจัยญาณสงวร. 7:258.
10. ประภาเพ็ญ สุวรรณ.(2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพ: ศรีอนันต์.

11. รุ่งพิทยา คณะช่าง บรรณากร เสือสิงห์ และอรุณี เสือสิงห์.(2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. ประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่2.
12. นันท์นภัส สุขใจ รัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ. (2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน. วารสาร สคร 9 2564;28.

การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Development of a Model for Rational Laboratory Use at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya.

(Received: October 17,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

จิณณพัต ห้องศิลป์[1]
Jinnaphat Hongsin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart เป็นกรอบดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) เพื่อเปรียบเทียบการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลค่าใช้จ่ายก่อน และหลังพัฒนาโครงการ 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคคลากรทางการแพทย์ต่อการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลเสนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ได้แก่ HbA1c, LPT, LFT, TFT และ ELE ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสถิติสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ผลการศึกษา: การเปรียบเทียบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และงบประมาณค่าตรวจทุกรายการระหว่างปี พ.ศ. 2567 และ พ.ศ. 2568 หลังพัฒนาโครงการ พบว่า จำนวนและมูลค่าการสั่งตรวจค่า LFT, TFT และ ELE LPT ลดลง 15.0%, 2.6% และ 6.5% ตามลำดับ การคัดกรองเบาหวานในกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 4,039 ราย พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 14.9% ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 เป็น 69.3% ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ข้อมูลปี พ.ศ. 2568 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LPT ซ้ำภายใน 180 วัน และการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน เท่ากับ 0.6% และ 7.5% ตามลำดับ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับปี 2567 ($p<0.001$) นอกจากนี้พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ระดับความพึงพอใจสูง 75.0% คะแนนเฉลี่ยรวม เท่ากับ 38.9±3.88

คำสำคัญ: การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล, สั่งตรวจมากเกินไป, สั่งตรวจน้อยเกินไป, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การลดค่าใช้จ่าย

Abstract

This study is an action research project based on the concept of Kemmis & McTaggart, comprising four steps: planning, action, observation, and reflection. The objectives of this research were: 1) to develop a model for rational laboratory use at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya 2) to compare the number of laboratory test orders and their costs before and after the model development project 3) to assess the satisfaction of healthcare professionals with rational laboratory use in the hospital. The study sample was Healthcare professionals working at Sena Hospital. Data was obtained from patient medical charts, including laboratory test results for HbA1c, LPT, LFT, TFT, and ELE. The data collection period was from January 1, 2024, to July 31, 2025. Data were analyzed using statistical software, including descriptive and inferential statistics. A significance level was set at $p < 0.05$.

Results: A comparison of laboratory tests and their budgets between 2024 and 2025 revealed that following the project's implementation, the number and value of LFT, TFT, and ELE orders in 2025 decreased by 15.0%, 2.6%, and 6.5%,

[1] กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลเสนา

respectively. A screening of 4,039 people for diabetes showed a continuous increase in the percentage of patients receiving at least one HbA1c test per year, rising from 14.9% in October 2024 to 69.3%. In 2025, the percentage of repeat LPT tests within 180 days and repeat HbA1c tests within 90 days for diabetic patients were 0.6% and 7.5%, respectively, both representing a statistically significant decrease from 2024 ($p<0.001$). Additionally, the majority of personnel (75.0%) expressed a high level of satisfaction, with an overall average score of 38.9±3.88.

Keywords: Rational laboratory use, Overutilization, Underutilization, Action research, Cost reduction

บทนำ

ปัจจุบันการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีความสำคัญต่อการวินิจฉัย การรักษา และการติดตามอาการของผู้ป่วย ผลการตรวจต้องมีความถูกต้องแม่นยำ และเชื่อถือได้เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของประชาชน[1] ในช่วงที่ผ่านมา การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้ความต้องการตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงขึ้นตามไปด้วย การตรวจมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับชนิดของโรคและความจำเป็นเฉพาะราย โดยแพทย์จะคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นลำดับแรก อย่างไรก็ตาม การสั่งตรวจที่มากเกินไปอาจก่อให้เกิดความซ้ำซ้อน ความล่าช้า ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น และภาระงานแก่ห้องปฏิบัติการ ขณะที่การตรวจที่ไม่เพียงพออาจทำให้การวินิจฉัยและการติดตามผลการรักษาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร[2]

แนวคิดการใช้หลักการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational laboratory use: RLU) จึงถูกนำมาใช้เพื่อลดปริมาณการตรวจที่ไม่จำเป็น แนวทางดังกล่าวช่วยเพิ่มประโยชน์แก่ผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล มุ่งเน้นการเลือกตรวจที่เหมาะสมในการคัดกรอง วินิจฉัย ติดตามผลการรักษา พยากรณ์โรค และควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ[3] การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลได้รับการยอมรับเป็นนโยบายระดับนานาชาติเมื่อปี พ.ศ. 2561 ซึ่งมีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบาย ซึ่งได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ต่างๆ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ ราชวิทยาลัยแพทย์ สมาคมวิชาชีพ มหาวิทยาลัย สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลไปทดลองใช้กับกลุ่มโรคหลัก 7 กลุ่ม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต โรคติดเชื้อ และการตรวจสุขภาพ เพื่อเพิ่มความเหมาะสมของการตรวจ ลดความสิ้นเปลือง และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[5,6]

โรงพยาบาลเสนา อ.เสนา จ.อยุธยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ขนาด 208 เตียง ให้บริการผู้ป่วยในและนอก แม่ข่ายรับผู้ป่วยส่งต่อจาก 5 อำเภอ ประชากร 207,128 คน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณการส่งตรวจมีเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นทุกปี จึงมีแนวคิดนำการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมาใช้ โดยเบื้องต้นมุ่งตรวจโรคหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคตับ

ข้อมูลที่ผ่านมาของประเทศไทย พบว่าโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งกำลังอยู่ในช่วงการสร้างระบบ ปรับปรุงระบบ และการพัฒนารูปแบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลให้มีความเหมาะสมกับโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดค่าใช้จ่ายปริมาณงานทั้งในช่วงก่อน และหลังพัฒนาโครงการ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลเพื่อลดค่าใช้จ่าย และลดปริมาณการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการยังมีน้อยมี[7,8]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่

โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นระยะแรกเริ่มที่กำลังจะนำแนวคิดของการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมาใช้ในโรงพยาบาลเสนา ผลจากการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์โดยตรงกับผู้ป่วย แพทย์ และหน่วยงาน ทั้งในแง่ของการลดค่าใช้จ่าย การติดตามการรักษา ระยะเวลารอคอยการตรวจ และลดความซ้ำซ้อนการสั่งตรวจลงได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อเปรียบเทียบการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อน และหลังพัฒนาโครงการ
3. เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลค่าใช้จ่ายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการก่อน และหลังพัฒนาโครงการ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนที่ปฏิบัติงานทุกระดับที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนที่ปฏิบัติงานทุกระดับที่โรงพยาบาลเสนา ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ 2567 - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนที่ปฏิบัติงานทุกระดับ 2) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ครบตามระยะเวลาดำเนินโครงการ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิเสธการให้ข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจ และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เช่น นักศึกษาฝึกงาน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Epi Info™ เวอร์ชั่น 7.2.5[9] การศึกษาของ ฏศลาฐัย ฐราอามาตย์[7] พบว่า แพทย์มีความพึงพอใจต่อระบบการแจ้งผลผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์ระดับสูง 87.5% อำนาจการทดสอบ (β) เท่ากับ 90% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α= 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างประมาณ 10 เพื่อป้องกันความการสูญหาย และไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูลเพิ่ม 15% ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 12 ราย วิธีการคัดเลือกเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกตารางข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ค่า HbA1c, LPT, LFT, TFT และ ELE ตามลำดับ
2. แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สนับสนุนต่อโครงการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่ามี 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คือ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน), พึงพอใจมาก (4 คะแนน), พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน), พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) และ พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน สำหรับการแปลผล

โดยรวม พึงพอใจระดับต่ำ (10-17 คะแนน), พึงพอใจระดับปานกลาง (18-34 คะแนน) และพึงพอใจระดับสูง (35-50 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สนับสนุน โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหามากกว่า 0.80 ภายหลังจากปรับปรุงเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จึงได้นำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สนับสนุนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) ผู้วิจัยได้จัดทำโครงการวิจัย โดยทำหนังสือยื่นขออนุญาตกับทำวิจัยกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลเวชระเบียนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

2) เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงได้ดำเนินการวิจัยตามแนวคิด Kemmis และ McTaggart[10] มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงาน (Observation) และ การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

3) เก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการค่า HbA1c, ค่า LPT, LFT, TFT และค่า ELE

4) เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนต่อโครงการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล

5) นำแบบบันทึกตารางข้อมูล และแบบประเมินความพึงพอใจมากำหนดรหัส สร้างตัวแปร บันทึกข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square test และสถิติ Independent t-test และ 3) การวิเคราะห์ถดถอยแบบแบ่งช่วงด้วยวิธี Interrupted time series (ITS)[11] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 เลขที่หนังสือรับรอง อย. 0033.202.2/023

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ประกอบด้วย 4 ประเด็นดังนี้ คือ

1.1. การวางแผน (Planning) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาด้านการให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเกิดจากการสั่งตรวจที่ขาดประสิทธิภาพและซ้ำซ้อน เนื่องจากระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานยังไม่สมบูรณ์ การขาดการพิจารณาข้อมูลทางคลินิกประกอบ และการขาดการติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2567 การตรวจค่า HbA1c, ค่า LPT, LFT, TFT และค่า ELE มีจำนวน 41,992 test มูลค่า 2,041,715 บาท ค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงของโรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลยังขาดระบบแจ้งเตือนการสั่งตรวจ ส่งผลให้เกิดการสั่งตรวจซ้ำซ้อนและค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น ภายหลังได้พัฒนาระบบเพื่อยกเลิกการส่งตรวจซ้ำ ลดการสั่งซ้ำด้วยการล็อกคำสั่ง พร้อมทั้งแสดงมาตรการข้อความแจ้งเตือนผ่านหน้าจอส่งตรวจเพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ สะท้อนถึงความซ้ำซ้อนและของระบบ และการส่งตรวจที่มากเกินไป การสั่งตรวจที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางทางคลินิก และการขาดระบบติดตามประเมินที่มีประสิทธิภาพ จึงได้จัดทำกระบวนการตรวจสอบ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และนำเสนอผลต่อคณะกรรมการสหวิชาชีพ ให้รับรู้สถานการณ์ เพื่อกำหนดแนวทางปรับปรุงและจัดทำแผนการดำเนินงานอย่างร่วมกันอย่างเป็นระบบ

1.2. การปฏิบัติตามแผน (Action) ที่มีการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล กระบวนการวิจัยนี้ได้พัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลขึ้นที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีแนวทางการบริหารจัดการการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่เป็นรูปธรรมด้วยการประกาศเป็นนโยบายโรงพยาบาล ซึ่งจะเริ่มต้นจากแต่งตั้งคณะกรรมเพื่อการสหวิชาชีพพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

คณะกรรมการร่วมกันกำหนดมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการสั่งตรวจซ้ำโดยไม่จำเป็นหรือเพิ่มการตรวจน้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 6-12 เดือน การดำเนินงานเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคัดเลือกโรคหรือรายการตรวจที่มีปัญหา เช่น สั่งตรวจมากสุด 10 อันดับแรก ผู้ป่วยปริมาณมาก และมูลค่าใช้จ่ายสูงเพื่อระบุและจัดลำดับความสำคัญของรายการตรวจที่มีปัญหาด้านการสั่งเกินหรือต่ำกว่าความจำเป็น (Overutilization และ Underutilization) จากนั้นจึงกำหนดมาตรการเชิงรุก ได้แก่ การกำหนดเกณฑ์การสั่งตรวจที่ชัดเจน เช่น การสั่งตรวจ HbA1C ได้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งต้องห่างกันอย่างน้อย 90 วัน และผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 การสั่งตรวจ LPT ได้ทุก 6 เดือน รวมถึงการยกเลิกการสั่งตรวจแบบชุด

นอกจากนี้ ได้มีการนำระบบ IT Support และนักวิชาการคอมพิวเตอร์มาใช้ตั้งระบบเพื่อช่วยแจ้งเตือนการตรวจซ้ำซ้อน และให้แพทย์ระบุเหตุผลเพื่อยืนยันการสั่งตรวจ เพื่อมุ่งสู่การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงกำหนดเป้าหมายในการลดการสั่งตรวจแบบเป็นชุดลงร้อยละ 20 โดยมีข้อพิจารณาที่สำคัญคือ ต้องไม่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการวินิจฉัยโรค และไม่เพิ่มภาระแก่ผู้ป่วยในด้านระยะเวลาการรอคอยผลตรวจที่ไม่จำเป็น และการประเมินความพึงพอใจจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริงยิ่งขึ้น

1.3. การสังเกตผลการดำเนินงานการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลของบุคคลากร การนำระบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมาใช้นั้นพบว่ามีปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ความไม่พร้อมของบุคลากร ทั้งในด้านความเข้าใจและทักษะ การมีทัศนคติเชิงลบต่อการเปลี่ยนแปลง ความซับซ้อนของระบบเทคโนโลยีที่อาจไม่เอื้อต่อการใช้งาน สำหรับแนวทางแก้ไขจึงเริ่มจากการมุ่งเน้นการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ การแนะนำการใช้งานระบบ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสบการเรียนรู้ และความชำนาญ และการพัฒนาระบบที่ใช้งานง่ายขึ้น นอกจากนี้พบว่ามีปัญหาจากตัวชี้วัดที่กำหนดไว้อาจไม่สะท้อนความเป็นจริงจากการปฏิบัติงานทางคลินิก การลดการตรวจลงในสัดส่วนที่สูงมากจนอาจสร้างความกดดันให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และส่งผลให้เกิดการละเลยการสั่งตรวจที่จำเป็นบางรายการเพื่อบรรลุ

เป้าหมาย ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ คณะกรรมการได้แก้ปัญหาด้วยการจัดให้มีการประชุมทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์ เพื่อร่วมกันกำหนดและทบทวนตัวชี้วัดให้มีความสอดคล้องกับบริบททางคลินิกและสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานจริง

การศึกษานี้ พบว่า คณะกรรมการสหวิชาชีพได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลไว้ดังนี้ คือ 1) ลดการสั่งตรวจเป็นชุดของค่า LPT, TFT, LFT และ ELE ลง ≤20% 2) ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ≥70% และลดการตรวจซ้ำภายใน 90 วันให้เหลือ ≤10% 3) ลดการสั่งตรวจ LPT ซ้ำภายใน 180 วัน ≤10%

1.4 การรายงานผลการศึกษาสะท้อนกลับให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การรายงานผลการดำเนินงานผ่านการประชุมเวทีสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน เพื่อรับรู้ผลการดำเนินงาน ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ถอดบทเรียน และจัดทำแนวปฏิบัติที่ดี และวางแผนการกำกับดูแลระยะยาว ให้มีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลต่อไป

2. รายงานผลการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลค่าใช้จ่ายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการก่อน และหลังพัฒนาโครงการ

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจำนวนการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลค่าใช้จ่ายการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และวันที่ 1 กุมภาพันธ์-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เพื่อนำมาใช้ในการเปรียบเทียบการตรวจค่า HbA1c, LPT, LFT, TFT และ ELE มีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

การศึกษาในช่วงก่อนพัฒนาโครงการ ปี พ.ศ. 2567 พบว่า การสั่งตรวจค่า LPT รวม 6,345 รายการ มูลค่า 361,665 บาท โดยเมื่อได้มีการพัฒนาการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใน ปี พ.ศ. 2568 พบว่า การสั่งตรวจค่า LPT รวม 6,504 รายการ มูลค่า 370,728 บาท โดยรวมแล้วการสั่งตรวจค่า LPT ใน ปี พ.ศ. 2568 มีมูลค่าเพิ่มขึ้น 9,063 บาท (2.5%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการตรวจ และงบประมาณค่าตรวจ Lipid profile test

เดือน	พ.ศ. 2567		พ.ศ. 2568		มูลค่า +/-	ร้อยละ +/-
	จำนวน test	มูลค่า (บาท)	จำนวน test	มูลค่า (บาท)		
กุมภาพันธ์	1,257	71,649	1,225	69,825	-1,824	-2.5
มีนาคม	1,183	67,431	1,205	68,685	+1254	+1.9
เมษายน	828	47,196	1,072	61,104	+13,908	+29.5
พฤษภาคม	1,332	75,924	1,288	73,416	-2,508	-3.3
มิถุนายน	924	52,668	781	44,517	-8,151	-15.5
กรกฎาคม	821	46,797	933	53,181	+6,384	+13.6
รวม	**6,345**	**361,665**	**6,504**	**370,728**	**+9,063**	**+2.5**

การสั่งตรวจค่า LFT ก่อนพัฒนาโครงการ ปี พ.ศ. 2567 รวม 6,477 รายการ มูลค่า 262,318.5 บาท หลังจากมีการพัฒนาการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใน ปี พ.ศ. 2568 พบว่า การสั่งตรวจค่า LFT รวม 5,508 รายการ มูลค่า 223,074 บาท โดยรวมแล้วการสั่งตรวจค่า LFT ใน ปี พ.ศ. 2568 มีมูลค่าลดลง 39,244.5 บาท (-14.9%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการตรวจ และงบประมาณค่าตรวจ Liver function test

เดือน	พ.ศ. 2567		พ.ศ. 2568		มูลค่า +/-	ร้อยละ +/-
	จำนวน test	มูลค่า (บาท)	จำนวน test	มูลค่า (บาท)		
กุมภาพันธ์	1,115	45,157.5	980	39,690	-5,467.5	-12.1
มีนาคม	1,088	44,064	1,025	41,512.5	-2,551.5	-5.7
เมษายน	1,026	41,553	692	28,026	-13,527	-32.5
พฤษภาคม	1,086	43,983	972	39,366	-4,617	-10.5
มิถุนายน	1,006	40,743	906	36,693	-4,050	-9.9
กรกฎาคม	1,156	46,818	933	37,786.5	-9,031.5	-19.2
รวม	**6,477**	**262,318.5**	**5,508**	**223,074**	**-39,244.5**	**-14.9**

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการตรวจ และงบประมาณค่าตรวจ Thyroid function test

เดือน	พ.ศ. 2567		พ.ศ. 2568		มูลค่า +/-	ร้อยละ +/-
	จำนวน test	มูลค่า (บาท)	จำนวน test	มูลค่า (บาท)		
กุมภาพันธ์	214	54,142	275	69,575	+15,433	+28.5
มีนาคม	221	55,913	261	66,033	+10,120	+18.1
เมษายน	247	62,491	247	62,491	0	0.0
พฤษภาคม	295	74,635	269	68,057	-6,578	-8.8
มิถุนายน	289	73,117	239	60,467	-12,650	-17.3
กรกฎาคม	291	73,623	226	57,178	-16,445	-22.3
รวม	**1,557**	**393,921**	**1,517**	**383,801**	**-10,120**	**-2.6**

การสั่งตรวจค่า TFT ก่อนพัฒนาโครงการ ปี พ.ศ. 2567 รวม 1,557 รายการ มูลค่า 393,921 บาท หลังจากมีการพัฒนาการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใน ปี พ.ศ. 2568 พบว่า การสั่งตรวจค่า TFT รวม 1,517 รายการ มูลค่า 383,801 บาท โดยรวมแล้วการสั่งตรวจค่า TFT ใน ปี พ.ศ. 2568 มีมูลค่าลดลง 10,120 บาท (-2.6%) ดังแสดงในตารางที่ 3

การสั่งตรวจค่า ELE ก่อนพัฒนาโครงการ ปี พ.ศ. 2567 รวม 1,557 รายการ มูลค่า 55,5720 บาท หลังจากมีการพัฒนาการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใน ปี พ.ศ. 2568 พบว่า การสั่งตรวจค่า ELE รวม 21,656 รายการ มูลค่า 519,744 บาท โดยรวมแล้วการสั่งตรวจค่า ELE ใน ปี พ.ศ. 2568 มีมูลค่าลดลง 35,976 บาท (-6.5%) ดังแสดงในตารางที่ 4

การสั่งตรวจค่า HbA1c ปี พ.ศ. 2567 รวม 4,458 รายการ มูลค่า 468,090 บาท หลังจากมีการพัฒนาการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใน ปี พ.ศ. 2568 สั่งตรวจค่า HbA1c จำนวน 5,112 รายการมูลค่า 536,760 บาท โดยรวมแล้วการสั่งตรวจค่า HbA1c ใน ปี พ.ศ. 2568 มีมูลค่าเพิ่มขึ้น 68,670 บาท (+14.7%) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการตรวจ และงบประมาณค่าตรวจ Electrolyte profile test

เดือน	พ.ศ. 2567		พ.ศ. 2568		มูลค่า +/-	ร้อยละ +/-
	จำนวน test	มูลค่า (บาท)	จำนวน test	มูลค่า (บาท)		
กุมภาพันธ์	3,935	94,440	3,730	89,520	-4,920	-5.2
มีนาคม	3,839	92,136	4,030	96,720	+4,584	+5.0
เมษายน	3,683	88,392	3,643	87,432	-960	-1.1
พฤษภาคม	3,912	93,888	3,446	82,704	-11,184	-11.9
มิถุนายน	3,751	90,024	3,273	78,552	-11,472	-12.7
กรกฎาคม	4,035	96,840	3,534	84,816	-12,024	-12.4
รวม	**23,155**	**55,5720**	**21,656**	**519,744**	**-35,976**	**-6.5**

ผลการเปรียบเทียบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และงบประมาณค่าตรวจทุกรายการระหว่างปี พ.ศ. 2567 และ พ.ศ. 2568 พบว่า หลังพัฒนาโครงการการสั่งตรวจค่า LPT ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนการสั่งตรวจเพิ่มขึ้น 2.5% แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.583) การสั่งตรวจค่า LFT ในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนการสั่งตรวจ และมูลค่าลดลง 15.0% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.006) ขณะที่การการสั่งตรวจค่า TFT ในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนการสั่งตรวจ และมูลค่าลดลง 2.6% แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.351) จำนวนการตรวจการสั่งตรวจค่า ELE ในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนการสั่งตรวจ และมูลค่าลดลง 6.5% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.030) ข้อมูลการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2568 การสั่งตรวจค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนและมูลค่าเพิ่มขึ้น 14.7% เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2567 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.991) ดังแสดงในตารางที่ 6

จากผลการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยได้รับการตรวจค่า LPT ซ้ำภายใน 180 วัน 97.1% และมีผู้ป่วยได้รับการตรวจซ้ำหลังจาก 180 วัน 2.9% ส่วนปี พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจซ้ำภายใน 180 วัน 99.4% และมีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจซ้ำหลังจาก 180 วัน 0.6% ซึ่งการตรวจซ้ำลดลงจาก ปี พ.ศ. 2567 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ดังแสดงในตารางที่ 7) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยแบบแบ่งช่วงด้วยวิธี ITS พบว่า อัตราการตรวจ LPT ซ้ำภายใน 180 วันลดลง 21.5 test ต่อเดือน (95% CI :15.2-27.7) (p<0.001)

ผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจค่า HbA1c หลังจาก 90 วัน 88.0% และได้รับการตรวจซ้ำภายก่อน 90 วัน 2.9% ส่วนในปี พ.ศ. 2568 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการตรวจซ้ำหลังจาก 90 วัน 92.5% และได้รับการตรวจซ้ำก่อน 90 วัน 7.5% เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2567 และ 2568 พบว่าจำนวนการตรวจซ้ำภายใน 90 วันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ดังแสดงในตารางที่ 7) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยแบบแบ่งช่วงด้วยวิธี ITS พบว่า อัตราการตรวจค่า HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ลดลง 11.7 test ต่อเดือน (95% CI : 3.9-43.6) (p=0.019)

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการตรวจ และงบประมาณค่าตรวจ HbA1c

เดือน	พ.ศ. 2567		พ.ศ. 2568		มูลค่า +/-	ร้อยละ +/-
	จำนวน test	มูลค่า (บาท)	จำนวน test	มูลค่า (บาท)		
กุมภาพันธ์	831	87,255	857	89,985	+2,730	+3.1
มีนาคม	760	79,800	904	94,920	+15,120	+18.9
เมษายน	689	72,345	975	102,375	+30,030	+41.5
พฤษภาคม	720	75,600	764	80,220	+4,620	+6.1
มิถุนายน	701	73,605	793	83,265	+9,660	+13.1
กรกฎาคม	757	79,485	819	85,995	+6,510	+8.2
รวม	**4,458**	**468,090**	**5,112**	**536,760**	**+68,670**	**+14.7**

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการตรวจ และงบประมาณค่าตรวจทุกรายการทุก test

รายการ	พ.ศ. 2567			พ.ศ. 2568			ร้อยละ +/-	*p-value*[a]
	ค่าตรวจ (บาท)	จำนวน test	มูลค่า (บาท)	ค่าตรวจ (บาท)	จำนวน test	มูลค่า (บาท)		
LPT	57	6,345	361,665	57	6,504	370,728	+2.5	0.583
LFT	40.5	6,477	262,318.5	40.5	5,508	223,074	-15.0	0.006*
TFT	253	1,557	393,921	253	1,517	383,801	-2.6	0.351
ELE	24	23,155	555,720	24	21,656	519,744	-6.5	0.030*
HbA1c	105	4,458	468,090	105	5,112	536,760	+14.7	0.991

หมายเหตุ [a]สถิติ Independent t-test, *มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

สำหรับผลการคัดกรองเบาหวานด้วยการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 4,039 คน พบว่า ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 14.9% ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 จนถึง 69.3% ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ดังแสดงในตารางที่ 8

3. รายงานความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ จากผลการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน จำนวน 12 ราย ต่อการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับสูง 75.0% และมีความพึงพอใจระดับปานกลาง 25.0% ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากร เท่ากับ 38.9±3.88 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ LPT และ HbA1c

รายการ	พ.ศ. 2567	พ.ศ. 2568	*p-value* [a]
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ตรวจ LPT ซ้ำภายใน 180 วัน			<0.001*
ภายใน 180 วัน	7,241 (97.1)	8,232 (99.4)	
หลัง 180 วัน	218 (2.9)	50 (0.6)	

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ LPT และ HbA1c

รายการ	พ.ศ. 2567	พ.ศ. 2568	*p-value* [a]
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90 วัน			<0.001*
ภายใน 90 วัน	535 (12.0)	381 (7.5)	
หลัง 90 วัน	3,923 (88.0)	4,731 (92.5)	

หมายเหตุ [a]ใช้สถิติ Fisher exact test เปรียบเทียบระหว่าง ปี พ.ศ. 2567 และ พ.ศ. 2568, *มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HbA1c ปีละ 1 ครั้ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประชากรเป้าหมาย 4,039 คน

เดือน	จำนวนผู้ป่วย/เดือน	ตรวจ HbA1c	ตรวจ HbA1c สะสม	ร้อยละ
ตุลาคม	2,032	630	603	14.9
พฤศจิกายน	3,022	460	1,063	26.3
ธันวาคม	3,710	459	1,522	37.7
มกราคม	3,938	335	1,857	46.0
กุมภาพันธ์	3,990	195	2,052	50.8
มีนาคม	4,005	198	2,250	55.7
เมษายน	4,014	184	2,434	60.3
พฤษภาคม	4,026	129	2,563	63.5
มิถุนายน	4,030	112	2,675	66.2
กรกฎาคม	4,038	124	2,799	69.3

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สนับสนุนต่อโครงการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (12 ราย)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (35-50 คะแนน)	9	75.0
ระดับปานกลาง (18-34 คะแนน)	3	25.0
ระดับต่ำ (10-17 คะแนน)	0	0.0
(Mean = 38.9 , S.D. = 3.88 , Min = 33 , Max = 44)		

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลเป็นนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและการจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ โดยมุ่งให้บุคลากรทางการแพทย์สั่งตรวจอย่างเหมาะสมตามความจำเป็นทางคลินิก เพื่อลดการตรวจที่ไม่จำเป็น ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัย และคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสำคัญ

โรงพยาบาลเสนาได้นำแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติในการบริหารจัดการบริการทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้น

การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับชุมชนให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าในช่วงก่อนการพัฒนาโครงการโรงพยาบาลมีภาระด้านงบประมาณการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวนมาก ปริมาณการสั่งตรวจที่เกินความจำเป็น เช่น ค่า LFT, TFT และค่า ELE จึงได้จัดให้มีคณะกรรมการการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล สำหรับทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลปัญหา กำหนดมาตรการสร้างตัวชี้วัด สร้างระบบแจ้งเตือน และมีการประเมินผลการทำงานของระบบอย่างสม่ำเสมอ

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมาประยุกต์ใช้ที่โรงพยาบาลเสนา พบว่าผลการดำเนินงานโดยรวมประสบผลสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จนี้เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรในทุกระดับ ได้แก่ ผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ และมีคณะกรรมการสหวิชาชีพที่ร่วมกันออกแบบ และพัฒนาระบบจนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รวมไปถึงการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานซึ่งส่งผลให้แพทย์นำแนวทางดังกล่าวไปใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของกุศลาสัย สุราอามาตย์[7] พบว่าปัจจัยที่ทำให้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลประสบผลสำเร็จ คือ ผู้บริหารที่ให้ความสำคัญและสหวิชาชีพที่ช่วยกันออกแบบระบบจนเกิดแนวทางการพัฒนาและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่สนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงแพทย์ซึ่งเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานด้วย

ข้อมูลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลช่วยลดจำนวนและมูลค่าการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตรวจค่า LFT, TFT และค่า ELE ซึ่งมีปริมาณและค่าใช้จ่ายลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาก่อนการพัฒนาโครงการ สอดคล้องกับงานวิจัยของตุลาพร อินทนิเวศน์[8] พบว่าการนำรูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมาใช้ในโรงพยาบาลช่วยลดการสั่งตรวจแบบชุดของค่า LFT และค่า TFT ลดลง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าปริมาณและค่าใช้จ่ายในการตรวจค่า LPT ไม่ลดลง สาเหตุที่จำนวนการสั่งตรวจไม่ลดลงน่าจะเกิดจากการดำเนินยังไม่ครบรอบปี และค่า LPT ยังเกี่ยวข้องกับการตรวจติดตามในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีกหลายโรค ตรงข้ามกับงานวิจัยของวัฒนา แก้วแย้ม[11] พบว่า ปริมาณและค่าใช้จ่ายในการตรวจค่า LPT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีจำนวนใกล้เคียงกับเป้าหมาย 70% และได้รับการตรวจซ้ำก่อน 90 วัน ลดลงเหลือ 7.5% และผู้ป่วยได้รับตรวจค่า LPT ซ้ำภายใน 180 วันลดลงเหลือ 0.6% เท่านั้น แสดงว่าระบบการแจ้งเตือนผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์ช่วยสร้างความตระหนักและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของวัฒนา แก้วแย้ม[12] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเท่ากับ 70.6% และได้รับการตรวจซ้ำก่อน 90 วัน ลดลงเหลือ 1.5%

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน มีความพึงพอใจในระดับสูง ต่อการนำรูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมาประยุกต์ใช้ที่โรงพยาบาลเสนา สอดคล้องกับงานวิจัยของกุศลาสัย สุราอามาตย์[7] พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจระดับสูงต่อระบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล 75.0% และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Serin และคณะ[13] พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อการ

นำระบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมาใช้ในโรงพยาบาล 58.0 %

สรุปผล การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่โรงพยาบาลเสนาช่วยลดจำนวน มูลค่าการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ และเพิ่มการสั่งตรวจที่น้อยเกินไปให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริงยิ่งขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์ยังมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

แนวทางจากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อวิเคราะห์รายการตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในอนาคตได้ เช่น การตรวจไนโตรเจนในเลือด ครีอะตินีน การเพาะเชื้อในเลือด เสมหะ และปัสสาวะ ระดับแลคเตตในเลือด การตรวจภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อเชื้อไข้เลือดออก และ ดี-ไดเมอร์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา และหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกที่ให้การสนับการทำวิจัย เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการการวิจัย ขอขอบพระคุณบุคลากรโรงพยาบาลโรงพยาบาลเสนา ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rluthailand.com/RLUguideline.pdf
2. ภาควิชาเวชศาสตร์ชันสูตร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Rational Laboratory Use. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://labmed.md.chula.ac.th/rational-lab-use/
3. Gulab K, Shivprakash R, Arpit K, Khandelwal D, Ankur K, Rajmal M, et al. A study of “rational use of investigations” in a tertiary hospital. Asian Journal of Medical Sciences [Internet]. 2022 [cited 2025 May 23]. Available from: https://ajmsjournal.info/index.php/AJMS/article/download/1972/1361/8505
4. Serin H, Orhan B, Say M, Arslan H, Inal S, Inal B, Senes M. Evaluation of the implementation of the rational use of laboratory tests in the clinical chemistry laboratory. Turkish Journal of Biochemistry. 2024;49(4): 484-490.
5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. เดินหน้าโครงการ “การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU)” เฟส 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmsc.moph.go.th/th/detailAll/2527/nw/25
6. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25650201111409AM_Medical%20Examination%201-02-2022%20final.pdf
7. กุศลาสัย สุราอามาตย์. การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2024;5(3):302-313.
8. ตุลาพร อินทนิเวศน์. การพัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลตามแนวทาง RLU ของโรงพยาบาลลำพูน: การพัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2567;66(3):338-355.
9. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 25]. Available from: https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm

10. Kemmis S, Mc.Taggart R. The Action Research Planner Doing Critical Participatory Action Research [Internet]. 2014 [cited 2025 Jun 10]. Available from: https://educons.edu.rs/wp-content/uploads/2020/05/2014-The-Action-Research-Planner.pdf
11. กาญจนา ภัทราวิวัฒน์. Interrupted Time Series Design: การประเมินประสิทธิผลของ Intervention สำหรับประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 2559; 22(2):1-16.
12. วัฒนา แก้วแย้ม. การพัฒนาแนวทางการสั่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2568;4(1): 42–56.
13. Serin H, Orhan B, Say MS, Arslan HF, Inal S, Inal BB, et al. Evaluation of the implementation of the rational use of laboratory tests in the clinical chemistry laboratory. Turkish Journal of Biochemistry. 2024;49(4):484-90.

ผลของการวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ต่อความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

The Effects of Discharge Planning Using the D-METHOD-P Model on Knowledge and Self-Care Skills Among Thyroid Cancer Patients Receiving High-Dose Radioactive Iodine-131 Therapy at Udon Thani Cancer Hospital.

(Received: September 21,2025 ; Revised: September 15,2025 ; Accepted: September 16,2025)

กาญจนา หล้าบา[1] ฐิติวรรณ โยธาทัย[2] ยุพิณ คำกรุ[3] จันทร์ดวง กาญจนสุขเมฆิน[4] ปารณ์ไปรยา บุดดาวงษ์[5] ดุษฎดี ไชยคำ[6]

Khanchana Laba[1] Thitiwan Yothathai[2] Yupin Khumkru[3] Chanduang Kanjanasukamekin[4] Parnpraiya Buddawong[5] Dusreudee Chaiyakam[6]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ต่อความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่รักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ในหอผู้ป่วยไอโอดีนรังสี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ครั้งที่ 1 จำนวน 45 คน เครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P 2) แผนการสอน 3) เอกสารการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่าย 4) คู่มือการใช้แผนการจำหน่าย เครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่าย 2) แบบประเมินทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล และ 3) แบบประเมินทักษะการดูแลตนเองเมื่อจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed - Rank test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการทดลอง (17.91 ± 0.3) สูงกว่าก่อนการทดลอง (14.27 ± 1.70) อย่างมีนัยสำคัญ (p value ≤ 0.01 ผลการประเมินทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล D1, D2 และ D3 พบว่า ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วย 44 คน ปฏิบัติตัว “ทุกครั้ง” ร้อยละ 97.78 ปฏิบัติ “บางครั้ง” 1 คน ร้อยละ 2.22 และผลการประเมินทักษะการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน จากการติดตาม D3 และ D7 พบว่า ผู้ป่วย 43 คน ปฏิบัติตัว “ทุกครั้ง” ร้อยละ 95.56 ปฏิบัติ “บางครั้ง” 2 คน ร้อยละ 4.44 และติดตาม D30 ผู้ป่วย 45 คน ปฏิบัติตัว “ทุกครั้ง” ร้อยละ 100

คำสำคัญ : มะเร็งต่อมไทรอยด์, การกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง, การวางแผนจำหน่าย, D-METHOD-P

Abstract

This study employed a quasi - experimental design using a one - group pretest – posttest model. The objective was to examine the effects of discharge planning using the D-METHOD-P model on knowledge and self - care skills among thyroid cancer patients who received high-dose Iodine 131 therapy at Udon Thani Cancer Hospital. The sample consisted of 45 thyroid cancer patients undergoing their first high - dose Iodine 131 treatment in the Iodine Isolation Ward. The intervention tools included: 1) a discharge plan based on

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

[2] ปร.ด.(การพยาบาล)** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail:ty22857826@bcnu.ac.th : Corresponding author

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

[5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

[6] นักวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

the D-METHOD-P model, 2) discharge teaching plans, 3) an instructional leaflet on self - care after discharge, and 4) A manual for the D-METHOD-P discharge planning model, which had been content - validated by five experts. The data collection instruments comprised: 1) a knowledge assessment form used during hospitalization and after discharge, 2) a self - care skills assessment form during hospitalization, and 3) a self - care skills assessment form post - discharge. Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation. The Wilcoxon Signed - Rank Test was applied to compare patients' knowledge scores before and after the intervention.

Results revealed that the mean knowledge score post - intervention (17.91 ± 0.3) was significantly higher than the pre - intervention score (14.27 ± 1.70) at the 0.05 level of significance. Regarding self - care performance during hospitalization (Day 1: Iodine ingestion, Day 2: post - ingestion, and Day 3: discharge), 44 patients (97.78%) followed the guidelines "consistently," while one patient (2.22%) did so "occasionally." Post - discharge self - care assessments via telephone follow - up on Day 3 and Day 7 showed that 43 patients (95.56%) consistently adhered to the self - care guidelines, whereas two patients (4.44%) followed them occasionally. On Day 30 follow - up, all 45 patients (100%) demonstrated consistent adherence to the self - care guidelines.

Keywords: Thyroid Cancer, High - Dose Radioactive Iodine 131 Therapy, Discharge plan, D-METHOD-P

บทนำ

อุบัติการณ์โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ทั่วโลกพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบ 10.1 คนต่อประชากร 100,000 รายในผู้หญิง และ 3.1 คนต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย[1] ในประเทศไทยพบอุบัติการผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 6.9 คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้หญิง และ 1.6 คน ต่อประชากร 100,000 รายในผู้ชาย ในช่วงปี ค.ศ. 2016 - 2018[2] สถิติผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีจำนวน 41, 96 และ 162 รายตามลำดับ และพบว่าปี 2565 มะเร็งต่อมไทรอยด์เพศชายเพิ่มขึ้น เป็นอันดับ 6 เพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี[3] นอกจากนั้นโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ยังเป็น Excellent center ด้านการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ โดยให้บริการตรวจวินิจฉัยทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์และรักษาด้วยสารเภสัชรังสี (ไอโอดีน 131) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์และต่อมไทรอยด์เป็นพิษ แห่งแรกในเขตสุขภาพที่ 8 และผ่านการรับรองมาตรฐานทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ระดับนานาชาติ แห่งแรกของกระทรวงสาธารณสุขโดยทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (International Atomic Energy Agency – IAEA) [4]

มะเร็งต่อมไทรอยด์ (Thyroid Cancer) เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในต่อมไทรอยด์และพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งอาจจะขยายโตขึ้นเรื่อย ๆ สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้[5] ผู้ป่วยอาจมาด้วยมีก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ บริเวณต่อมไทรอยด์โดยไม่เจ็บ ไม่มีการอักเสบ บางรายอาจมีเสียงแหบเนื่องจากก้อนไปกดเบียด หรือ ลุกลามไปกล่องเสียง บางรายพบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ การตรวจวินิจฉัยโดยทำ radioiodine scan, CT, MRI, fine needle aspiration biopsy (FNAB) เพื่อดูผลเซลล์วิทยา (Cytology) เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาต่อไป[6]

มะเร็งต่อมไทรอยด์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ differentiated thyroid carcinoma (DTC), anaplastic thyroid carcinoma (ATC) และ medullary thyroid carcinoma (MTC) จากสถิติพบว่ามะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด DTC มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.78 – 95[7] DTC ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ papillary

carcinoma, follicular carcinoma และ hurthle cell carcinoma ตามลำดับ การรักษามีแนวทางเดียวกัน คือ การผ่าตัดเป็นมาตรฐานลำดับแรก แต่ไม่สามารถตัดต่อมไทรอยด์ออกได้หมด จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับไอโอดีนรังสี 131 เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาด้วยการผ่าตัดและการได้รับไอโอดีนรังสี 131 มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดไทรอยด์ฮอร์โมนหลังการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับยาไทรอยด์ออร์โมนในขนาดที่เหมาะสมไปตลอดชีวิต

การรักษามะเร็งไทรอยด์ด้วยไอโอดีนรังสี 131 ปัจจุบันไอโอดีนรังสี 131 อยู่ในรูปแคปซูล หลังจากผู้ป่วยรับประทานไปแล้วจะถูกดูดซึมในระบบทางเดินอาหารอย่างรวดเร็วและเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อทำลายเนื้อเยื่อเซลล์มะเร็ง แม้ว่าแร่ไอโอดีนรังสี 131 จะมีประโยชน์ในการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด DTC แต่ยังพบการสะสมในอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ต่อมน้ำลาย ถุงน้ำตา ท่อน้ำมูก ต่อมน้ำนม เยื่อบุกระเพาะอาหาร ลำไส้ รก รังไข่และคอรอยด์เพล็กซัส การแผ่รังสีของแร่ไอโอดีนรังสี 131 ส่งผลให้อวัยวะดังกล่าวเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง[7] ซึ่งอาการเฉียบพลัน เช่น ต่อมไทรอยด์อักเสบ ต่อมน้ำลายอักเสบ เป็นต้น ส่วนอาการเรื้อรัง ได้แก่ ต่อมน้ำลายอักเสบเรื้อรัง อาการปากแห้ง ความต้านทานโรคต่ำและภาวะซีด ปอดแข็งตัว อาการตาแห้งและปัญหาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์[6] ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาอาจพบทั้งในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่ง เป็นอาการเฉียบพลัน (acute complication) พบอาการตั้งแต่ระยะ 24 ชั่วโมงแรกของการรักษาจนถึง 10 วันหลังการรักษา และอาการเรื้อรัง (late complication) พบได้ตั้งแต่ระยะ 3 เดือนจนถึง 1 ปีขึ้นไปหลังการรักษา[6]
ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีนรังสี 131 ปริมาณสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไอโอดีนรังสี 131 ความแรงสูงกว่า 30 mCi ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีการแพร่ กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น (high disease burden) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องกักบริเวณชั่วคราว จึงต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 3 - 4 วัน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของรังสีสู่บุคคลอื่น[8] บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่การประเมินความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจก่อนการรักษา การดูแลขณะรักษาในโรงพยาบาล ติดตามอาการหลังการรักษา รวมทั้งต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทางรังสีและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและสังคม[9]
พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ของหอผู้ป่วยไอโอดีน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ อัตราปริมาณรังสี ไม่เกิน 50 ไมโครซีเวิร์ตต่อชั่วโมงที่ระยะ 1 เมตรจากตัวผู้ป่วย ซึ่งยังถือว่าอยู่ในช่วงเฝ้าระวังรังสี ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ แต่ต้องแยกตัวอีก 7 วัน และปฏิบัติตัวตามข้อเฝ้าระวังรังสีเพื่อลดการแผ่รังสีจากร่างกายและระวังการเปรอะเปื้อนรังสี อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูงยังไม่ เป็นมาตรฐานเดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับไอโอดีนรังสี 131 ปริมาณสูง แต่พบการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น กัมพล อินทรทะกูล และคณะ ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยมีคะแนนสูงกว่าก่อนการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001[11] และเพ็ญศรี รักษ์วงค์, มุจจริ

นทร์ อัศวพัฒน์, สุณัฏดา คเชนทร์ชัย และ พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้กระบวนการพยาบาลทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และ METHOP-P พบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองระยะเวลา 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยทางสถิติที่ .000, .002 และ .011 ตามลำดับ[12] ในต่างประเทศจากการศึกษาของประเทศอังกฤษ พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยไอโอดีนรังสี 131 ปริมาณสูง เป็นการวางแผนเฉพาะรายบุคคล โดยมีการประเมินความเสี่ยงเฉพาะรายบุคคลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น สภาพความเป็นอยู่ครอบครัว การทำงานและด้านจิตใจเป็นต้น[13] ซึ่งงานวิจัยที่สืบค้นได้ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูงตามบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการวางแผนจำหน่าย ตามรูปแบบ D-METHOD-P ที่มีการนำการสนับสนุนด้านจิตใจ (Psychological support) มาพัฒนาเพิ่มจาก D-METHOD[14] ภายใต้กรอบแนวคิดระบบพยาบาลแบบให้ความรู้และแรงสนับสนุนของโอเร็ม ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วย โดยการสอน ชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม[16] เพื่อให้ได้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยในแต่ละราย ส่งผลให้ผลลัพธ์การวางแผนจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ต่อความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง (One Group Pretest - Post test Design)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่ทุกรายที่เข้ามารักษาด้วยวิธีกลืนแร่ไอโอดีน 131 ในขนาดมากกว่า 30 มิลลิคิวรี ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่ทุกรายที่เข้ามารักษาด้วยวิธีกลืนแร่ไอโอดีน 131 ในขนาดมากกว่า 30 มิลลิคิวรี ขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2567

เกณฑ์คัดเลือกเข้า ได้แก่

1. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์และได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ขนาดมากกว่า 30 มิลลิคิวรี ขึ้นไป ครั้งที่ 1
2. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลโดยไม่มีอุปสรรคทางการสื่อสาร พูด ฟังภาษาไทยได้
3. มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามและให้การดูแลจนครบกระบวนการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยใช้โปรแกรมจีสตาร์เพาเวอร์ (G*Power)[17] ด้วยวิธี t – test โดยใช้ Mean : Difference from constant (one sample case) กำหนดเป็นการทดสอบ 1 ทาง (One tail) ขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดปาน

กลาง = 0.5, alpha (α) = 0.05, power of test (1 - β) = 0.95 ได้ ขนาดตัวอย่างจำนวน 45 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P, แผนการสอน, การสอนสาธิต สาธิตย้อนกลับ (มีอุปกรณ์ประกอบ) และสื่อวิดีทัศน์, เอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่าย, คู่มือการใช้การวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ผลพยาธิวิทยา ระยะความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ขนาดของไอโอดีน 131

2.2 แบบประเมินความรู้ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (pre test - post test) มีคำถามจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 18 คะแนน เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้อยู่ในระดับน้อย (0 - 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7 - 12 คะแนน) และระดับมาก (13 - 18 คะแนน)

2.3 แบบประเมินทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีการติดตามผู้ป่วยทางโทรเวชและโทรศัพท์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีข้อคำถามแบบประเมิน ทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 18 ข้อ และมีข้อคำถามแบบประเมินทักษะการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 12 ข้อ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ

2.4 แบบประเมินอาการข้างเคียงภายหลังกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

2.5 แบบสำรวจความคิดเห็นต่อระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์และ/ หรือ ผู้ดูแลต่อการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากลุนนี ราชไชยและคณะ[18] ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง ระดับน้อยและระดับน้อยที่สุด

2.6 แบบสำรวจความคิดเห็นและความ พึงพอใจของผู้ปฏิบัติต่อการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากลุนนี ราชไชยและคณะ[18] มีข้อคำถาม 5 ข้อ 5 ระดับ คือ พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมากและพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์ 1 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์ 2 นักรังสีการแพทย์ 1 ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ KR 20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.711, 0.825 และ 0.852 ตามลำดับ

ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** ประกอบด้วย ประชุมทีมผู้วิจัยทบทวนการวางแผนจำหน่ายเดิมกับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินปัญหาในการวางแผนจำหน่าย, ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง, กำหนดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P, สร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย, นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา 5 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย การใช้เครื่องมือในการทดลองและการใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ใช้เครื่องมือให้ถูกต้อง

2. ขั้นดำเนินการ ประกอบด้วย วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับด้วยรูปแบบ D-METHOD-P, ให้ผู้ป่วยตอบแบบทดสอบแบบประเมิน ความรู้ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน Pre - test, เปิดวีดีทัศน์ให้ความรู้ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้านร่วมกับทบทวนความรู้ สอนสาธิต สาธิตย้อนกลับ มอบเอกสาร การปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและทำแบบทดสอบ Post - test, ประเมินทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, ติดตามอาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย ทบทวนความรู้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยรูปแบบ D-METHOD-P

3. ขั้นประเมินผล ผู้วิจัยเฉลยแบบทดสอบและอธิบายเพิ่มเติมในข้อที่ผู้ป่วยทำไม่ถูกต้อง พร้อมให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในแต่ละระยะด้วยตนเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนหลังโครงร่างงานวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ดังนี้ 1. ผู้วิจัยซักซ้อมความเข้าใจกับทีมผู้วิจัยชี้แจงแนวทาง เทคนิค วิธีการ ตลอดจนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องและมีคุณภาพ เชื่อถือได้ปราศจากความลำเอียง

2. ผู้วิจัย หรือ ผู้ร่วมวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผลดีผลเสียของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียดด้วยวาจา

3. ผู้วิจัยอธิบายแนวทาง เทคนิค วิธีการตลอดจนขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งอ่านใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างฟังก่อนลงชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือน 1 กรกฎาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยดำเนินการตามการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับความรู้ในการปฏิบัติตนขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน วิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed - rank test

4. วิเคราะห์ทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยวิเคราะห์จำนวนและร้อยละ

5. วิเคราะห์อาการข้างเคียง โดยวิเคราะห์จำนวนและร้อยละ

6. ความคิดเห็นต่อระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์และ/ หรือ ผู้ดูแลต่อการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. ระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติต่อการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-

METHOD-P โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลขที่ UDCH_IRB 012/ 2567 เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 อายุอยู่ในช่วง 40 - 59 ปี ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่เป็นชนิด papillary carcinoma ร้อยละ 88.89 ระยะความรุนแรงของโรคเป็น Stage 1 ร้อยละ 86.67 และขนาดของ I 131 ในการรักษาส่วนใหญ่คือขนาด 150 mCi ร้อยละ 93.33

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ก่อนได้รับความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 82.22 รองลงมามีระดับความรู้ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 17.78 หลังได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่าง ทุกรายมีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100

3. ผลของการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง พบว่าก่อนได้รับความรู้ มีค่าคะแนนความรู้ เฉลี่ยเท่ากับ 14.27 (คะแนนเต็ม 18) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.70 หลังได้รับความรู้ มีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 17.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.36 และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Match Paired Signed Ranks Test พบว่า หลังได้รับความรู้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ก่อนและหลังได้รับความรู้ (n = 45)

คะแนนความรู้	Mean	SD	Z	p-value
ก่อนให้ความรู้	14.27	1.70	-5.87*	≤0.001
หลังให้ความรู้	17.91	0.36		

*ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

4. ผลของการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง ต่อทักษะในการดูแลตนเองพบว่า การประเมินทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล D1 (วันที่กลืนแร่), D2 (หลังกลืนแร่ วันที่ 1) ละ D3 (วันที่จำหน่าย) พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลทุกครั้ง 44 คน คิดเป็นร้อยละ 97.78 โดยมีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้งต้องล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำมาก ๆ ที่มีการปฏิบัติบางครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.22 และการประเมินทักษะการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โทรติดตาม D3 และโทรติดตาม D7 พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกครั้ง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.56 โดยให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ ให้ได้ประมาณ 2 ลิตรต่อวัน (หากไม่มีข้อห้าม) และปัสสาวะบ่อย ๆ หรือ ทุกครั้งที่รู้สึกปวดปัสสาวะ ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพื่อช่วยเร่งการขับไอโอดีนรังสีออกจากร่างกาย ที่มีการปฏิบัติบางครั้ง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.44 ส่วนโทรติดตาม D30 ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้านทุกครั้ง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 100

5. การประเมินอาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่และการจัดการอาการขณะอยู่ในโรงพยาบาล พบว่า

D1 กลืนแร่ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการต่อมไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis), ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) คิดเป็นร้อยละ 86.67 เท่ากัน และไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน คิดเป็นร้อยละ 80.00 D2 หลังกลืนแร่ พบว่า วันที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการต่อมไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis) คิดเป็นร้อยละ 86.67 ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) ร้อยละ 73.33 และไม่มีอาการคลื่นไส้/ อาเจียน ร้อยละ 82.22 และ D3 จำหน่าย พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการต่อมไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis) ร้อยละ 84.44 ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) ร้อยละ 73.33 และไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน คิดเป็นร้อยละ 84.44 ตามลำดับ การจัดการอาการส่วนใหญ่จะจิบน้ำอุ่น ทานยา ดื่มน้ำเยอะ ๆ และพักผ่อนและการประเมินอาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่และการจัดการอาการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงอาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

อาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล	D1 กลืนแร่		D2 หลังกลืนแร่ วันที่ 1		D3 จำหน่าย	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1. ต่อมไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis) : อาการเจ็บ บริเวณคอ คอบวม กดเจ็บบริเวณต่อมไทรอยด์	6 (13.33)	39 (86.67)	6 (13.33)	39 (86.67)	7 (15.56)	38 (84.44)
2. ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) : มีบวมตึง หรือปวดบริเวณต่อมน้ำลาย บริเวณตำแหน่งใต้คาง ขากรรไกร หลังกกหูข้างใดข้างหนึ่ง หรือ ทั้ง 2 ข้าง	6 (13.33)	39 (86.67)	12 (26.67)	33 (73.33)	12 (26.67)	33 (73.33)
3. คลื่นไส้/อาเจียน	9 (20.00)	36 (80.00)	8 (17.78)	37 (82.22)	7 (15.56)	38 (84.44)

เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าโทรติดตาม D3 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการต่อมไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis) ร้อยละ 93.33 ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) ร้อยละ 91.11 ไม่มีอาการคลื่นไส้/ อาเจียน ร้อยละ 88.89 และไม่มีอาการอื่น ๆ เช่น เบื่ออาหาร ร้อยละ 95.56 ปากแห้ง ร้อยละ 100 และการรับรสลดลง ร้อยละ 95.56 ตามลำดับ โทรติดตาม D7 พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาการต่อมไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis) ร้อยละ 97.78 ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) ร้อยละ 100 ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน ร้อยละ 97.78 และไม่มีอาการอื่น ๆ เช่น เบื่ออาหาร ร้อยละ 95.56 ปากแห้ง ร้อยละ 100 และการรับรสลดลง ร้อยละ 95.56 ตามลำดับ โทรติดตาม D30 พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาการต่อมไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis) ร้อยละ 100.00 ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) ร้อยละ 100 ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน ร้อยละ 88.89 และไม่มีอาการอื่น ๆ เช่น เบื่ออาหารร้อยละ 95.56 ปากแห้ง ร้อยละ 97.78 และการรับรสลดลง ร้อยละ 95.56 ตามลำดับ การจัดการอาการส่วนใหญ่จะทานยาและดื่มน้ำมาก ๆ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงอาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

อาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	D3		D7		D30	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1. ต่อมไทรอยด์อักเสบ (Thyroiditis) : อาการเจ็บบริเวณคอ คอบวม กดเจ็บบริเวณต่อมไทรอยด์	3 (6.67)	42 (93.33)	1 (2.22)	44 (97.78)	0 (0)	45 (100)
2. ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) : มีบวมตึง หรือปวดบริเวณต่อมน้ำลาย บริเวณตำแหน่ง ใต้คาง ขากรรไกรหลังกกหูข้างใดข้างหนึ่ง หรือ ทั้ง 2 ข้าง	4 (8.89)	41 (91.11)	0 (0)	45 (100)	0 (0)	45 (100)

ตารางที่ 3 แสดงอาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

อาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	D3		D7		D30	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
3. คลื่นไส้/ อาเจียน	5 (11.11)	40 (88.89)	1 (2.22)	44 (97.78)	0 (0)	45 (100)
4. อื่น ๆ - เบื่ออาหาร	2 (4.44)	43 (95.56)	2 (4.44)	43 (95.56)	2 (4.44)	43 (95.56)
- ปากแห้ง		45 (100)		45 (100)		45 (100)
- การรับรสลดลง	2 (4.44)	43 (95.56)	2 (4.44)	43 (95.56)	2 (4.44)	43 (95.56)

6. การประเมินคะแนนความคิดเห็นต่อระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์และ/ หรือ ผู้ดูแลต่อการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.11) และการประเมินคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นและความ พึงพอใจของผู้ปฏิบัติต่อการใช้การวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.06) แสดงว่าการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ทำให้ผู้ป่วยและ/ หรือ ผู้ดูแลมีคะแนนความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นและความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากงานวิจัย พบว่า การวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และจากการประเมินทักษะการดูแลตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล D1 กลืนแร่, D2 หลังกลืนแร่ วันที่ 1 และ D3 จำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลถูกต้องทุกครั้ง 44 คน เป็นร้อยละ 97.78 โดยการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้งต้องล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำมาก ๆ ที่มีการปฏิบัติบางครั้ง 1 คน เป็นร้อยละ 2.22 และการประเมินทักษะการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โทรติดตาม D3 และโทรติดตาม D7 พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถูกต้องทุกครั้ง 43 คน เป็นร้อยละ 95.56 โดยมีให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ ให้ได้ประมาณ 2 ลิตรต่อวัน (หากไม่มีข้อห้าม) และปัสสาวะบ่อย ๆ หรือ ทุกครั้งที่รู้สึกปวดปัสสาวะ ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพื่อช่วยเร่งการขับไอโอดีนรังสีออกจากร่างกาย ที่มีการปฏิบัติบางครั้ง 2 คน เป็นร้อยละ 4.44 ส่วนโทรติดตาม D30 ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ทุกครั้ง 45 คน เป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนในขณะอยู่โรงพยาบาลและการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัมพล อินทรทะกูลและคณะ[11] ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ METHOD-P ของผู้ป่วยมีคะแนนสูงกว่าก่อนการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี รักษ์วงค์ และคณะ[12] การพัฒนารูปแบบ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้กระบวนการพยาบาลทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และ METHOD-P ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองระยะเวลา 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสำเร็จในการจัดการอาการรบกวน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษามีนัยทางสถิติที่ .000, .002 และ .011 ตามลำดับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p = .500 และ .245 ตามลำดับ) และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัสและเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย[16] ผลของโปรแกรม การวางแผนจำหน่ายร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเจอะคอต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอและความพึงพอใจของผู้ดูแลในหอผู้ป่วย ตา หู จมูก โรงพยาบาลสงขลา พบว่าหลังเข้าโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความสามารถมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้วิจัยใช้การวางแผนจำหน่ายโดยรูปแบบ D-METHOD-P ภายใต้กรอบแนวคิดระบบพยาบาลแบบให้ความรู้และแรงสนับสนุนของโอเร็ม[15] ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วย โดยการสอน ชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยประเมินตามรูปแบบของ D-METHOD-P ต่อความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองแล้ววินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยจากการประเมินข้างต้น วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยในแต่ละรายปฏิบัติตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การแนะนำการปฏิบัติตนก่อน ขณะและหลังกลืนแร่ อาการข้างเคียงหลังจากกลืนแร่และการจัดการอาการทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่มและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องพัก มีการสอนสาธิตการรับประทานอาหาร การเก็บขยะเศษอาหารที่เหลือจากการรับประทานอาหาร พร้อมทั้งการสอน สาธิตการใช้อุปกรณ์สื่อสารและอุปกรณ์อื่น ๆ ภายในห้องพักในวันแรกเท่านั้น โดยใช้สื่อการสอนเป็นแผนการสอน วีดีทัศน์และเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากผู้ป่วยกลืนแร่ไอโอดีนแล้ว พยาบาลจะไม่สามารถเข้าไปให้การพยาบาลได้อีก โดยพยาบาลจะดูแลและเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยผ่านกล้องวงจรปิด พร้อมกับติดต่อสื่อสารสอบถามอาการผู้ป่วยผ่านอุปกรณ์สื่อสาร จนกระทั่งถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาล จะประเมินผู้ป่วยซ้ำและให้คำแนะนำตามรูปแบบ D-METHOD-P และมีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายวันที่ 3, 7, 30 โดยใช้ระบบโทรเวช (Tele med) หรือ การโทรศัพท์ติดตาม เพื่อเป็นการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งในขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ โดยพิจารณาบริบทและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความจำเพาะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพ

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูงอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาอาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียงที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ปริมาณสูง

กิติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ช่วยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้คำแนะนำตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องและขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.The Global Cancer Observatory. Cancer today [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2024 Mar 8]. Available from: https://gco.iarc.fr/en

2.Cancer in Thailand. Cancer incident in leading site [Internet]. Bangkok: National Cancer Institute; 2021 [cited 2024 Mar 8]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html

3.โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-based cancer registry) [Internet]. อุดรธานี: โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี; 2565 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.udch.go.th/index.php

4.สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รพ.มะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์ สุดเจ๋ง! ผ่านการรับรองมาตรฐานทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ระดับนานาชาติเป็นแห่งแรกของกระทรวงสาธารณสุข [Internet]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 29 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/202132/

5.American Cancer Society. Cancer statistics [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2022 [cited 2023 Aug 3]. Available from: https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html

6.ภัทิรา บัวพูล. การพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับไอโอดีนรังสี-131 ขนาดสูง. วารสารรังสีวิทยา ศิริราช. 2558;2(2):110-22.

7.ธาราทิพย์ รามคำ, ณิชาภัตร พุฒิคามิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะต่อมน้ำลายอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยการกลืนแร่ไอโอดีน 131 ขนาดสูง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2564;24(1):34-45.

8.อจลญา เตยะธิติ. Radioactive iodine treatment for thyroid diseases [Internet]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 5 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th

9.ตรึงฤทัย สุรภักดิ์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่รักษาด้วย I-131. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2563.

10.สถิติกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

11.กัมพล อินทรทะกูล, ชุรีภรณ์ สีลกันตสูติ, อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์, บุษบา ศุภวัฒน์ธนสมบดี, ปิยรัตน์ ภาคลักษณ์. ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด. วชิรสารการพยาบาล. 2563;22(1):1-14.

12.เพ็ญศรี รักษ์วงค์, มุจจรินทร์ อัศวพัฒน์, สุณัฏดา คเชนทร์ชัย, พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;31(1):266-80.

13.Wadsley J, Armstrong N, Bassett-Smith V, Beasley M, Chandler R, Cluny L, et al. Patient preparation and radiation protection guidance for adult patients undergoing radioiodine treatment for thyroid cancer in the UK. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2023;35(1):42-56.

14.กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.

15.Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

16.กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และความพึงพอใจของผู้ดูแลในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(1):124-34.

17.Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
18.ลุนนี ราชไชย, พรรณวรดา สุวัน, จุฑารัตน์ เสาวพันธ์. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามรูปแบบ PP-METHOD ในโรงพยาบาลส่องดาว. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27(1):40-52.

การพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร

Development of Revenue Collection System Model Using Audit Program Medical Treatment Debtor Information Tao Ngoi Hospital Sakon Nakhon Province.

(Received: September 17,2025 ; Revised: September 28,2025 ; Accepted: September 29,2025)

สรวงสุดา บูชา[1]
Suangsuda Boocha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบันของระบบจัดเก็บรายได้และตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล 2) พัฒนารูปแบบระบบจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ 3) เพื่อประเมินผลระบบที่พัฒนาขึ้นของโรงพยาบาลเต่างอย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้แนวคิดการพัฒนาระบบ 4 ขั้นตอน แบ่งเป็น 3 ระยะ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และแบบประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการจัดเก็บรายได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บจัดเก็บรายได้แต่ละกองทุนโรงพยาบาลเต่างอยและผู้รับผิดชอบงานค่ารักษาพยาบาลแต่ละกองทุนย่อย โรงพยาบาลเต่างอย รวมจำนวน 30 คน ดำเนินการระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาสภาพปัญหาในระยะ1 พบสาเหตุของการคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากปัจจัยด้านบุคลากร (จำนวนน้อย ขาดทักษะ/ความรู้ ขาดแรงจูงใจ) งบประมาณ อุปกรณ์ (ขาดโปรแกรมสนับสนุน) และการบริหารจัดการ ไม่มีการจัดโครงสร้างที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีปัญหาเฉพาะในด้านโครงสร้าง, ระบบงาน, การบันทึกข้อมูล (Care), การบันทึกรหัส (Code), ระบบเบิกจ่าย (Claim) และการบันทึกบัญชี (Account) ที่ยังไม่สมบูรณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ มีการแต่งตั้งคณะทำงานศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและคณะทำงานบริหารการเงินการคลัง (CFO) เพื่อทบทวนแนวทางเพิ่มศักยภาพบุคลากรและการใช้เทคโนโลยี มีการพัฒนาโปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลขึ้น เพื่อปรับปรุงรูปแบบการการจัดเก็บรายได้ การรายงานการเรียกเก็บและลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามผังบัญชี โดยเน้นความถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อกำหนดของทุกกองทุน ระยะที่ 3 ขั้นการนำระบบไปปฏิบัติและประเมินผลการพัฒนา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน พบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด 2.83 คะแนน รองลงมาคือ การตรวจสอบและการบันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล 2.60 คะแนน และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 2.40 คะแนน ตามลำดับ จะเห็นว่าการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้มีผลทำให้ประสิทธิภาพของรูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้ดีขึ้น และผลของระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC คือ 51 วัน สิทธิข้าราชการ 61 วัน และ สิทธิประกันสังคม 79 วัน ผ่านเกณฑ์การประเมิน

คำสำคัญ: ระบบการจัดเก็บรายได้, ระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล, โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษา

Abstract

This study primarily aimed to 1) investigate the current state and analyze problems within Tao Ngoi Hospital's revenue collection and medical treatment debtor information verification systems 2) develop a revenue collection system model utilizing a medical treatment debtor information monitoring program for the hospital 3) evaluate the effectiveness of the developed system at Tao Ngoi Hospital. This was a Research and Development (R&D) study, adopting a four-phase system development approach. The research was conducted over seven months, from December 2024 to August 2025. Key research instruments included the newly developed medical treatment debtor information monitoring program and a performance evaluation questionnaire for revenue collection operations. The questionnaire, comprising 20 items on a rating scale, was developed based on literature review and related research. The sample consisted of 30 personnel responsible for revenue collection and healthcare sub-fund management at

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลเต่างอย จ.สกลนคร

Tao Ngoi Hospital. Data were collected using questionnaires, open-ended questions for focus group discussions, and record forms. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-tests were employed to compare mean differences.

Results: The study results from Phase 1 identified the root causes of data inaccuracy as being related to personnel (insufficient staff, lack of skills/knowledge, low motivation), budget, equipment (lack of supporting software), and management (unclear structure). Specific problems were also found in the system's structure, workflow, and the completeness of data recording (Care), coding (Code), claiming (Claim), and accounting (Account). In Phase 2, a Quality Revenue Collection Center Committee and a Chief Financial Officer (CFO) Committee were appointed to improve staff capacity and technology adoption. A medical debt data verification program was developed to enhance the revenue collection process, reporting, and medical debt accounting in accordance with the chart of accounts, focusing on accuracy and completeness. The evaluation in Phase 3 showed that the developed system significantly improved operational efficiency and quality, with an average score increase of 2.83 points. This was followed by improvements in medical debt verification and accounting (2.60 points), and revenue collection (2.40 points). The average collection time for UC patients was reduced to 51 days, for civil servants to 61 days, and for social security patients to 79 days, all of which met the evaluation criteria.

Keywords: Revenue collection system, Medical treatment debtor information system, Medical treatment debtor information monitoring program

บทนำ

ปัจจุบันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงจากที่สถานพยาบาลเคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมารับบริการจะจ่ายค่าบริการตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและการดำเนินการจะมีคุณภาพหรือไม่จะกำไรหรือขาดทุนสถานพยาบาลก็ยังสามารถดำเนินกิจการอยู่ได้ด้วยเงินงบประมาณจากทางรัฐบาล กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นความถูกต้องของระบบบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลมีความสำคัญอย่างมากสำหรับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เพราะเกี่ยวข้องกับการติดตามและเรียกเก็บ ข้อผิดพลาดอาจทำให้เกิดปัญหาทางการเงิน[1] ดังนั้นระบบบัญชีลูกหนี้ควรมีความถูกต้องและมีมาตรฐานสูง ระบบการจัดเก็บรายได้หลักของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันถ้วนหน้า ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศ[3]

โรงพยาบาลมีความท้าทายในการบริหารจัดการรายได้และควบคุมหนี้สินที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะการเรียกเก็บจากกองทุนสุขภาพต่างๆ การขาดระบบตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ที่มีประสิทธิภาพอาจนำไปสู่ปัญหาการสูญเสียรายได้และเพิ่มภาระในการบริหารจัดการ การจัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลมีความสำคัญมากต่อการบริหารจัดการการเงินและคุณภาพการบริการ การบริหารจัดการที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งทางการเงิน การบริการ คุณภาพของบุคลากร และชื่อเสียงของโรงพยาบาล ดังนั้น การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ให้มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสนใจและลงมือทำอย่างจริงจัง ปัญหาที่สำคัญของระบบจัดเก็บรายได้โรงพยาบาลมีหลายด้านที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและรายได้ของโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน การขาดระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย ความไม่สอดคล้องของนโยบายและกฎระเบียบ การขาดการฝึกอบรมและการสนับสนุนพนักงาน ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ดีอาจทำให้ โรงพยาบาลไม่สามารถเข้าใจแนวโน้มและปัญหาในระบบการจัดเก็บรายได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียกเก็บลูกหนี้ค่า

รักษาพยาบาลจากกองทุนหลักประกันสุขภาพล่าช้า การจัดทำทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษา พยาบาลไม่ครบถ้วน การให้สิทธิ การรักษาไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อการได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ล่าช้าเป็นผลจากข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบการเบิกจ่าย การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องการการวางแผนและการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้และการบริการที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วย[2]

ระบบสารสนเทศที่ใช้ในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลนั้นเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการจัดการการเงินและบริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบเหล่านี้ช่วยให้การดำเนินงาน เป็นไปอย่างราบรื่น ลดความผิดพลาดในการเรียกเก็บเงินและเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยได้อย่างมาก ระบบสารสนเทศที่ใช้ ได้แก่ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้ป่วย บันทึกข้อมูลการรักษา และตรวจสอบสิทธิ (HOSxP) ระบบที่ใช้ในการส่งข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานรัฐ เช่น สปสช. (E-Claim) และ Financial Data Hub[4]

โรงพยาบาลเต่างอย มีรายได้หลักของโรงพยาบาลแบ่งออกเป็นหลายประเภทตามแหล่งที่มาและกระบวนการจัดเก็บ มีกระบวนการจัดเก็บรายได้ การเรียกเก็บเงินและออกใบแจ้งหนี้ การส่งข้อมูลและเบิกค่ารักษาพยาบาล การกระทบยอดและติดตามหนี้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในกระบวนการของศูนย์จัดเก็บรายได้ คือ การตั้งหนี้ที่ไม่ถูกต้องกับข้อกำหนดแต่ละกองทุน ก่อให้เกิดปัญหาทั้งในด้านการเงิน การดำเนินงาน และความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาลนำไปสู่ปัญหาการรายงานลูกหนี้การสอบทานหนี้การเรียกเก็บ ค่ารักษา พยาบาลไม่ถูกต้องตลอดจนกระบวนการทางบัญชีในการควบคุมทะเบียนลูกหนี้หลังจากได้รับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายบุคคลในแต่ละสิทธิการรักษา ซึ่งในการทำงาน พบว่า กระบวนการควบคุมทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษา พยาบาลมีความเกี่ยวพันกันในหลายส่วนงานและมีขั้นตอนการปฏิบัติที่มีความยุ่งยากซับซ้อนหากเกิดข้อผิดพลาดของยอดลูกหนี้ ค่ารักษาพยาบาล งานประกันสุขภาพและงานบัญชี ได้ยอดชดเชยรายได้จากค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ตรงกัน เกิดกระบวนการตรวจสอบที่มีความซ้ำซ้อนขึ้น ปัญหาจากการตั้งหนี้ผิดพลาดดังกล่าวอาจส่งผลดังนี้ การปฏิเสธการจ่ายเงินจากกองทุน เกิดหนี้สูญหรือหนี้เสีย ส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงิน เพิ่มภาระงานและต้นทุนในการบริหาร ความเสี่ยงด้านกฎหมายและความน่าเชื่อถือและส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณในอนาคต[5]

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความซับซ้อนโดยใช้โปรแกรม ที่พัฒนาในการบริหารจัดการศูนย์จัดเก็บรายได้ การบริหารลูกหนี้ และการบริหารรายได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ให้เต็มที่ ด้วยการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างการดำเนินงานของศูนย์จัดเก็บรายได้และการรายงานทางการบัญชี เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการจัดเก็บรายได้ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันถ้วนหน้า[2] จากข้อมูลดังกล่าว การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยให้มีความสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้นนอกจากนี้ยังลดขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อน จึงเป็นตัวช่วยหนึ่งในด้านการบริหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลให้มีความถูกต้องและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้ทันต่อความต้องการใช้งาน ในกระบวนการของการบริหารจัดการลูกหนี้ที่เป็นระบบมากขึ้นของงานประกันสุขภาพฯ รวมถึงการติดตามหนี้ค้างชำระค่ารักษาพยาบาล จากปัญหาในกระบวนการของการบริหารจัดการลูกหนี้[6] ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาในเรื่องการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย ทำการพัฒนาโปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเต่างอยขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล

และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานะหนี้ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวมถึงรายงานลูกหนี้ประจำวันและประจำเดือน ติดตามการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของกองทุนต่าง ๆ เพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามหนี้ ค่ารักษาพยาบาลได้ทันตามกำหนดและการกระทบยอดหนี้ค่ารักษาพยาบาลของงานประกันสุขภาพฯ กับงานการเงินและบัญชีให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนเข้าสู่กระบวนการถัดไปของศูนย์จัดเก็บรายได้ และสามารถเห็นภาพรวมสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเต่างอยได้เป็นปัจจุบัน ทำให้รับมือและจัดการปัญหาทางการเงินได้อย่างทันท่วงที นำไปสู่การบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งรักษาสถานะทางการเงินที่ยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ กระบวนการพัฒนาและประเมินผลระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษา พยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร โดยครอบคลุมถึงกระบวนการของระบบการจัดเก็บรายได้และการบริหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวมถึงการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแต่ละกองทุนของศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาล ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แนวคิดขั้นตอนของการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย ขั้นการวางแผนระบบ ขั้นการศึกษาความต้องการของระบบ ขั้นการพัฒนาระบบ และขั้นการนำระบบไปปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้และการตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาลเต่างอย ระบบข้อมูลที่ใช้ในการบันทึกและตรวจสอบการจัดเก็บรายได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บจัดเก็บรายได้แต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย จำนวน 15 คน ผู้รับผิดชอบงานค่ารักษาพยาบาลของแต่ละกองทุนย่อย โรงพยาบาลเต่างอย จำนวน 15 คน รวมจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมโปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการจัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดและประสบการณ์การทำงาน เพื่อประเมินการปฏิบัติในกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกเก็บ การบริหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลรวมถึงการติดตามลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถปรับปรุงการบริหารจัดการหนี้ค่ารักษาพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale)

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการจัดเก็บรายได้ ได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสภาพปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหาระบบการจัดเก็บรายได้เพื่อพัฒนารูปแบบโดยการใช้โปรแกรมช่วยในการตรวจสอบ 1) รวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาลเต่างอย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการจัดเก็บรายได้ของศูนย์จัดเก็บรายได้ แยกรายกองทุนและแบบประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการจัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร 2) สัมภาษณ์ คณะกรรมการและผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บจัดเก็บรายได้แต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย จำนวน 15 คน 3) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บจัดเก็บรายได้แต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล จำนวน 15 คน และผู้รับผิดชอบงานค่ารักษาพยาบาลของแต่ละกองทุนย่อย จำนวน 15 คน รวมจำนวน 30 คน โรงพยาบาลเต่างอย แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group discussion guideline) ซึ่งเป็นการสนทนาเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำมาซึ่งการจัดทำแผนพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาลเต่างอย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบจัดเก็บรายได้โดยการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย มาใช้ซึ่ง ได้นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในการประชุมกลุ่มบุคลากร ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา ในการตรวจสอบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน (Action plan) ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้รับผิดชอบงานศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาลเต่างอย คณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อดำเนินการพัฒนาโปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลโรงพยาบาลเต่างอย มาช่วยในการตรวจสอบ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไปและพัฒนาโปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาล
เต่างอยต่อไป

ระยะที่ 3 การนำระบบไปปฏิบัติและประเมินผลดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย โดยประเมินจาก 1)ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ค่ารักษาพยาบาลแยกรายกองทุน ซึ่งมีเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Total Performance Score ประกอบด้วย ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤60 วัน ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤60 วัน และ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม ≤120 วัน 2)การบิหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลค้างชำระของโรงพยาบาลแยกรายกองทุนที่เป็นปัจจุบัน 3) ผลการดำเนินการตามแนวทางพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้โรงพยาบาลชุมชน โดยใช้คะแนนตามเกณฑ์การประเมิน Total Performance Score

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื้อหา (Content analysis) และการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็น อิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการและได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้ รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 20 คน ร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่มีอายุ 36-40 ปี ร้อยละ 43.33 รองลงมาอายุ 31-35 ปี และ อายุ 25-30 ปี ร้อยละ 20.00 และ 16.68 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 และมีประสบการณ์การปฏิบัติงาน (ปี) 1-5 ปี และ 11-15 ร้อยละ 36.67และ 36.67 ตามลำดับ

การวางแผนระบบและวิเคราะห์สภาพปัญหาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บจัดเก็บรายได้แต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล จำนวน 15 คน และผู้รับผิดชอบงานค่ารักษาพยาบาลของแต่ละกองทุนย่อย จำนวน 15 คน ของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลเต่างอย รวมจำนวน 30 คน พบว่า ผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของโรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร ปี 2565 - 2567 คือ ปี 2565 คะแนนรวม 96 คะแนน ระดับดีมาก, ปี 2566 คะแนนรวม 90 คะแนน ระดับดี และปี 2567 คะแนนรวม 96 คะแนน ระดับดีมาก ตามลำดับ ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Total Performance Score ไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ 2565 – 2567 คือ ปี 2565 ผลคะแนน 8.0 ระดับ D ปี 2566 ผลคะแนน 7.5 ระดับ D และปี 2567 ผลคะแนน 10.5 ระดับ B ตามลำดับ ส่วนในปี 68 ไตรมาส 3ปัจจุบัน คือ ผลคะแนน 12.5 ระดับ A ซึ่งมีผลของระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการและระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม ในไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ 2565 – 2567 คือ ปี 2565 ระยะ เวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC เท่ากับ 72 วัน ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการเท่ากับ 79 วัน และระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม เท่ากับ 119 วัน ปี 2566 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC เท่ากับ 54 วันระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ เท่ากับ 100 วัน และระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม เท่ากับ 142 วัน และ ปี 2567 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC เท่ากับ 41 วันระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ เท่ากับ 58 วัน และระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม เท่ากับ 70 วัน ส่วนในปี 68 ไตรมาส 3 ปัจจุบัน คือ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC เท่ากับ 46 วันระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ เท่ากับ 85 วัน และระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม เท่ากับ 74 วัน

จากการสนทนากลุ่ม ประเด็นสภาพปัญหาของผู้รับผิดชอบงานแต่ละกองทุนในศูนย์จัดเก็บรายได้ พบว่า (1) โครงสร้าง (Structure) ปัญหาสำคัญคือการขาดโครงสร้างที่ชัดเจนและบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน หากมีหัวหน้าและบุคลากรเฉพาะทางอย่างเพียงพอ จะช่วยให้การบริหารจัดการเป็นระบบมากขึ้น นอกจากนี้ การตั้ง คณะทำงานบูรณาการ ร่วมกับแผนกอื่น ๆ เช่น แผนกเวชระเบียน, การเงิน, บัญชี และแผนกผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดการทำงานที่สอดประสานกันและข้อมูลไม่ตกหล่น (2) ระบบงานจัดเก็บ (System) ระบบงานในปัจจุบันมีปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนและขาดความทันสมัย แนวทางแก้ไขคือการปรับปรุงระบบโปรแกรม เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับทุกกองทุน รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลลูกหนี้ค้างชำระและระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ เพื่อให้สามารถติดตามหนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อนลง (3) บุคลากร (Staff) ปัญหาหลักคือบุคลากรมีจำนวนน้อยและขาดแรงจูงใจ การเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรและการจัดตั้งทีมงานเฉพาะด้าน เช่น ทีมงานที่รับผิดชอบกองทุนโดยเฉพาะ จะช่วยให้การทำงานมีคุณภาพและแม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การสร้างระบบค่าตอบแทนและเส้นทางความก้าวหน้าที่ชัดเจนจะช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรได้เป็นอย่าง

ดี (4) ทักษะความสามารถ (Skill) บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานในยุคดิจิทัล การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องในหัวข้อที่จำเป็น เช่น กฎเกณฑ์การเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน, เทคนิคการใช้โปรแกรม, การวิเคราะห์ข้อมูล, และการเจรจาติดตามหนี้ จะช่วยยกระดับความสามารถของบุคลากรได้อย่างตรงจุด นอกจากนี้การสร้างระบบให้เจ้าหน้าที่อาวุโสช่วยแนะนำเจ้าหน้าที่ใหม่จะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ (5) การบันทึกข้อมูล (Care) ปัญหาคือข้อมูลขาดความครบถ้วนและไม่เชื่อมโยงกัน การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลแบบบูรณาการที่ใช้งานง่ายและสามารถเชื่อมโยงกับทุกแผนกได้ รวมถึงการจัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูลมาตรฐานและการลดภาระงานที่ไม่จำเป็น จะช่วยให้บุคลากรมีเวลาและสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้น (6) การบันทึกรหัส (Code) ปัญหาหลัก คือ ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบันทึกรหัส (Coder) และการบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การแก้ไขคือการเพิ่มจำนวนและพัฒนา Coder ผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการจัดอบรมให้แพทย์และพยาบาลบันทึกข้อมูลทางคลินิกให้ครบถ้วนตามเกณฑ์การเบิกจ่ายและที่สำคัญคือการพัฒนาระบบ HIS ให้มีฟังก์ชันที่ช่วยแนะนำและตรวจสอบรหัสอัตโนมัติ เพื่อลดความผิดพลาดในการบันทึกรหัส (7) ระบบเบิกจ่าย (Claim) ประเด็นนี้เกี่ยวกับขั้นตอนการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล ปัญหาที่พบคือ เอกสารไม่ครบถ้วนและขาดการติดตามสถานะการเบิกจ่าย แนวทางแก้ไขคือการ อบรมบุคลากร ให้เข้าใจกฎเกณฑ์การเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนอย่างแม่นยำและพัฒนาระบบ HIS ให้รองรับการส่งเคลมได้หลากหลายรูปแบบ นอกจากนี้ควรสร้างทีมงานบริหารกองทุน เพื่อติดตามสถานะการเบิกจ่ายและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที (8) การบันทึกบัญชี (Account) ปัญหาที่พบคือ บุคลากรขาดความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลที่หลากหลายและระบบ HIS ที่ยังไม่รองรับการทำงานด้านนี้ได้อย่างเต็มที่ แนวทางแก้ไขคือการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและการอบรมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการบันทึกข้อมูลบัญชีเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบ HIS ให้มีฟังก์ชันรองรับการบันทึกข้อมูลที่หลากหลายและสร้างระบบควบคุมตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบจัดเก็บรายได้ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบระบบจัดเก็บรายได้ 1) มีคำสั่งศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โรงพยาบาลเต่างอย ซึ่งมีหน้าที่ 1) ทบทวนแนวทางการดำเนินงานการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของกองทุนต่างๆ ให้มีความทันต่อการเปลี่ยนแปลงของกองทุนรวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการบริหารจัดการข้อมูลและกระบวนการทำงานทั้งหมดภายในโรงพยาบาล การรวบรวม จัดเก็บ วิเคราะห์ และจัดการข้อมูลทางคลินิก เวชระเบียนผู้ป่วย การเงิน การนัดหมาย และการจัดการทรัพยากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ลดความผิดพลาด เพิ่มความเร็วในการรักษาและสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ให้แม่นยำยิ่งขึ้น โดยมีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาและการฝึกปฏิบัติในเรื่องความรู้และการใช้ระบบสารสนเทศ 2) กำหนดแผนการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลโดยเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในด้านความรู้และการปฏิบัติในการใช้โปรแกรมช่วยตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและการพัฒนาระบบรายงานการเรียกเก็บและรายงานลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลแต่ละผังบัญชี โดยกำหนดกระบวนการในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในแต่ละงาน 3) พัฒนาโปรแกรมระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลโดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โดยมีวิธีการและผลดำเนินงาน คือ การใช้ฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเต่างอย ในการดึงข้อมูล ปรับปรุงรูปแบบรายงานในการนำเสนอผลข้อมูลด้านการเรียกเก็บและลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลแบบรายตัวและผลรวมของข้อมูลตามผังบัญชี เพื่อ

เน้นในเรื่องความถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามข้อกำหนดแต่ละกองทุนรักษาพยาบาลทุกกองทุน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบระบบและการนำเสนอรายงาน และทบทวนปรับปรุงแก้ไขร่วมกับผู้รับผิดชอบงานด้านต่าง ๆ ของศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาลและโปรแกรมเมอร์ของโรงพยาบาล และจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย ร่วมกันในระบบเพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำและตรงตามความต้องการของการใช้ข้อมูล และนำไปใช้ในระบบงานของศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี นำไปสู่การตรวจสอบการบันทึกข้อมูล ระบบการเรียกเก็บและข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล รวมถึงการรายงานลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน (2) มีคำสั่งคณะทำงานบริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาลเต่างอย ซึ่งมีหน้าที่ในการ วิเคราะห์สภาพปัญหาด้านการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลเต่างอย นำปัญหามาวางแผนพัฒนาระบบด้านการเงินการคลัง กำหนดกลวิธีในการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ก่อให้เกิดรายได้/ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ และติดตาม กำกับการดำเนินงานบริการกองทุนค่ารักษาพยาบาลและต้นทุนการบริการของโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามแผนการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล ประเมินและติดตามผลการดำเนินการทุก 3 เดือน แล้วรายงานในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลเต่างอยในภาวะวิกฤติ รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานของศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาลเต่างอย

ผลการศึกษาระยะที่ 3 การนำระบบไปปฏิบัติและประเมินผลการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละความแตกต่างของประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการจัดเก็บรายได้ (n=30)

ประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการจัดเก็บรายได้	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean difference	*t*	*P*
	Mean (SD.)	Mean (SD.)			
การตรวจสอบและการบันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	8.57 (2.388)	11.17 (3.130)	-2.600	-13.730	*<0.001*
การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	10.87 (3.003)	13.27 (4.487)	-2.400	-6.902	*<0.001*
การบริหารความเสี่ยง	7.83 (2.705)	9.90 (3.772)	-2.067	-9.001	*<0.001*
การใช้เทคโนโลยีและโปรแกรมบริหารจัดการ	8.37 (2.593)	10.27 (3.443)	-1.900	-9.514	*<0.001*
การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร	5.53 (1.655)	7.03 (2.220)	-1.500	-9.542	*<0.001*
การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดำเนินงาน	12.47 (1.074)	15.30 (1.664)	-2.833	-12.300	*<0.001*

ผลการศึกษาหลังการพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน พบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด 2.833 คะแนน รองลงมาคือ การตรวจสอบและการบันทึกบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล 2.600 คะแนน และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 2.400 คะแนน ตามลำดับ

การประเมินผลประสิทธิภาพของรูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย โดยใช้คะแนนตามเกณฑ์การประเมิน Total Performance Score ในหัวข้อ

1. ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤60 วัน ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤60 วัน และระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม ≤120 วัน ผลการ

ประเมินในเดือน กรกฎาคม 2568 พบว่า ผลการดำเนินการตามแนวทางพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้โรงพยาบาลชุมชน โดยใช้คะแนนตามเกณฑ์การประเมิน Total Performance Score เกณฑ์ประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดกระบวนการ ในหัวข้อ การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน คือ เกณฑ์การประเมินคือ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤60 วัน ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤60 วัน และ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม ≤120 วัน ซึ่งพบว่า ผลของระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ 51 วัน ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ 61 วัน และระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม 79 วัน

2. การจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลแยกรายกองทุนที่เป็นปัจจุบัน โดยบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลในระบบโรงพยาบาลเต่างอย และได้นำข้อมูลประมวลผลในโปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย เป็นปัจจุบัน เพื่อลดความผิดพลาด เพิ่มความถูกต้องครบถ้วน รวมถึงการนำข้อมูลการตั้งหนี้และการรายงานลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลรายตัว ของงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเต่างอย ให้กับเจ้าหน้าที่งานบัญชีบันทึกบันชีโดยมีการสอบทานข้อมูลระหว่างกันก่อนบันทึกบัญชีได้ไม่เกินวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนาและประเมินผลระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร สามารถวิจารณ์ผลการศึกษาได้ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้ควรดำเนินการอย่างครอบคลุมทุกด้านและเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาอย่างลึกซึ้ง การศึกษาเน้นย้ำว่าการพัฒนาระบบควรเริ่มต้นจากการสำรวจและศึกษาความเป็นไปได้ เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุที่แท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาล ปัญหานี้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่พบว่าโรงพยาบาลรัฐบาลหลายแห่งประสบปัญหาภาวะความอยู่รอด มีสภาพคล่องทางการเงินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีภาระหนี้สินค้างจ่ายจำนวนมากและเกิดวิกฤตทางการเงินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบางส่วนเกิดจากการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณที่ทำให้งบประมาณไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสาธารณสุข และคุณภาพการจัดทำบัญชียังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยได้นำหลักการเกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพมาเป็นตัวชี้วัดหลักในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงใช้แนวทางการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพและแนวทางการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Total Performance Score (TPS) มาวิเคราะห์รายละเอียดซึ่ง TPS นี้เป็นตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขใช้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ ทำให้การวิเคราะห์ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานอย่างรอบด้าน จากการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 พบปัญหาที่สำคัญหลายด้านที่ต้องได้รับการแก้ไข

ด้านโครงสร้าง (Structure) มีปัญหาการขาดโครงสร้างที่ชัดเจนและบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งลดประสิทธิภาพในการทำงาน การมีหัวหน้าและบุคลากรเฉพาะทาง รวมถึงการตั้งคณะทำงานบูรณาการร่วมกับแผนกอื่น ๆ เช่น เวชระเบียน การเงินบัญชี และแผนกผู้ป่วย จะช่วยให้การบริหารจัดการเป็นระบบและข้อมูลไม่ตกหล่น

ด้านบุคลากร (Staff) ถูกระบุว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนงาน แต่มีปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรน้อย ขาดแรงจูงใจและขาดความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดและเงื่อนไขของกองทุนย่อยต่างๆ ที่ซับซ้อน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดโครงสร้างการบริหารงานให้มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอและมีศักยภาพในการปฏิบัติ งาน ควรมีการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากร การจัดตั้งทีมงานเฉพาะด้าน เช่น นักวิชาการเงินและบัญชี รวมถึงนักวิชาการ

คอมพิวเตอร์เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดเก็บรายได้และการสร้างระบบค่าตอบแทนและเส้นทางความก้าวหน้าที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มขวัญและกำลังใจ

ด้านทักษะความสามารถ (Skill) บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดทักษะที่จำเป็นในการใช้เทคโนโลยี การเบิกจ่ายและการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องในหัวข้อที่จำเป็น เช่น กฎเกณฑ์การเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน เทคนิคการใช้โปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลและการเจรจาติดตามหนี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการยกระดับความสามารถ นอกจากนี้ยังควรเพิ่มตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเพื่อช่วยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนในการสรุปเวชระเบียนก่อนเรียกเก็บ

การพัฒนาบุคลากรดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานต่าง ๆ ไม่เพียงแต่เพื่อเพิ่มและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น เช่น โปรแกรมสนับสนุนการปฏิบัติงานและระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

ด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ โรงพยาบาลจำนวนมากยังขาดโปรแกรมหรือระบบสนับสนุนการจัดเก็บรายได้ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยควบคุม กำกับ และตรวจสอบการดำเนินงาน โปรแกรมเหล่านี้จำเป็นต้องมีความพร้อมและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน

ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการจัดโครงสร้างการบริหารงานให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน และควรมีคณะกรรมการทำหน้าที่ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการจัดเก็บรายได้ควรเป็นแบบรวมศูนย์ โดยการจัดตั้ง "ศูนย์จัดเก็บรายได้" และดึงภาระงานที่กระจายอยู่ในหน่วยงานต่างๆ เข้ามาบริหารจัดการร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพร วงษ์จันทร์ และ เดือนเด่น นิคมบริรักษ์[8] พบว่า การบริหารจัดการรายได้ งานวิจัยเน้นความสำคัญของการจัดเก็บรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาวิกฤตทางการเงิน การวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก การใช้เกณฑ์การประเมินต่างๆ เช่น Total Performance Score (TPS) เพื่อระบุปัญหาด้านโครงสร้าง บุคลากร ทักษะ และอุปกรณ์ ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับที่งานวิจัยเชิงนโยบายมักใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของระบบสุขภาพ แนวทางการแก้ไข งานวิจัยเสนอให้มีการปรับปรุงในด้าน บุคลากร (Staff), โครงสร้าง (Structure), และ ทักษะ (Skill) รวมถึงการจัดหาโปรแกรมหรือระบบสนับสนุน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกัน[7]

2. โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ ค่ารักษาพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุม กำกับ ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาโปรแกรมนี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบทิศทางและข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและทันท่วงที ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนหน้านี้ โรงพยาบาลเผชิญปัญหาข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน การขาดเทคโนโลยีที่ทันสมัย การเรียกเก็บลูกหนี้ล่าช้า และการจัดทำทะเบียนลูกหนี้ไม่ครบถ้วน รวมถึงปัญหาการตั้งหนี้ที่ไม่ถูกต้องกับข้อกำหนดแต่ละกองทุน ซึ่งนำไปสู่การปฏิเสธการจ่ายเงิน หนี้สูญ และผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ เรือนทิพย์ พบว่า การใช้เทคโนโลยีแก้ปัญหาการเงิน เน้นย้ำถึงความ สำคัญของการนำระบบสารสนเทศมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการจัดการลูกหนี้และรายได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ท่านระบุว่า นำไปสู่การปฏิเสธการจ่ายเงิน หนี้สูญ และผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงิน โปรแกรมตรวจสอบข้อมูลแนวคิดที่ท่านเสนอเรื่อง โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ ที่ช่วยในการควบคุม ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานและการเชื่อมโยงข้อมูลและรายงาน การที่โปรแกรมสามารถดึงข้อมูลจากระบบต่างๆ (เช่น HOSxP) เพื่อมาปรับปรุงการบริหารจัดการและจัดทำรายงานลูกหนี้ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน เป็นแก่นสำคัญของงานวิจัยดังกล่าว[8]

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีบทบาทสำคัญในการลดความผิดพลาด เพิ่มความถูกต้องครบถ้วน โดยใช้ฐานข้อมูลจากระบบสารสนเทศ HOSxP และ E-Claim เพื่อดึงข้อมูลปรับปรุงรูปแบบรายงานในการนำเสนอผลข้อมูลด้านการเรียกเก็บและลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลแบบรายตัวและผลรวมของข้อมูลตามผังบัญชี ปัญหาที่โปรแกรมสามารถแก้ไขได้ เช่น การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน การประมวลผลข้อมูลไม่ตรงกัน การไม่บันทึก ค่ารักษาภายในวันที่รับบริการเดิมและความไม่เสถียรของระบบอินเทอร์เน็ตที่ทำให้การประมวลผลข้อมูลล่าช้าโดยเฉพาะอย่างยิ่ง โปรแกรมนี้ช่วยในการตรวจสอบยอดลูกหนี้ ค่ารักษาพยาบาลคงเหลือของงานประกันสุขภาพก่อนส่งยอดให้งานบัญชีเพื่อตั้งหนี้รายบุคคลและสิทธิการรักษา ทำให้การบริหารจัดการลูกหนี้มีความเป็นปัจจุบันมากขึ้น รวมถึงการนำข้อมูลไป ตั้งหนี้และรายงานลูกหนี้รายตัวมีความถูกต้องครบถ้วนยิ่งขึ้น โปรแกรมก็ถูกจัดหามาใช้สำหรับการจัดทำบัญชีลูกหนี้ การส่งข้อมูลเรียกเก็บค่ารักษา การตรวจสอบการตอบกลับ REP และการตรวจสอบการโอนเงินชดเชยค่ารักษา นอกจากนี้โปรแกรมยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามหนี้ค่ารักษาพยาบาลได้ทันตามกำหนด และช่วยในการกระทบยอดหนี้ค่ารักษาพยาบาลของงานประกันสุขภาพฯ กับงานการเงินและบัญชีให้ถูกต้องครบถ้วน ก่อนเข้าสู่กระบวนการถัดไปของศูนย์จัดเก็บรายได้ ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลเห็นภาพรวมสถานะทางการเงินได้เป็นปัจจุบัน และสามารถรับมือกับปัญหาทางการเงินได้อย่างทันท่วงที[6]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบการจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว มีข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการวิจัยในอนาคตดังนี้

1. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบของผังบัญชีด้านรายได้และลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล และระบบควบคุมรายจ่าย เนื่องจากการลงข้อมูลจากสิทธิการรักษาจะต้องมีการลงผังบัญชีที่ถูกต้องตั้งแต่ต้นทางในระบบไว้ เพราะลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลในแต่ละกองทุนจะมีประเภทของผังบัญชีที่ชัดเจน การวิจัยในส่วนนี้จะช่วยให้ระบบมีความสมบูรณ์และถูกต้องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรพิจารณาการพัฒนาระบบควบคุมรายจ่ายของโรงพยาบาลชุมชนด้วย เนื่องจากรายจ่ายของโรงพยาบาลชุมชนส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาล

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและวางแผนอัตรากำลังที่เหมาะสม ควรวิจัยเกี่ยวกับการออกแบบและประเมินผลหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางสำหรับบุคลากรศูนย์จัดเก็บรายได้ โดยเน้นความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดและเงื่อนไขของกองทุนย่อยต่างๆ ที่มีความซับซ้อน ทักษะการใช้เทคโนโลยี การบันทึกข้อมูลและรหัสโรคที่ถูกต้อง และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บที่มีประสิทธิภาพ ควรศึกษาอัตรากำลังที่เหมาะสมและบทบาทของบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นักวิชาการเงินและบัญชี หรือพยาบาลวิชาชีพในการช่วยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนในการสรุปเวชระเบียน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการจัดเก็บรายได้

3. การศึกษามาตรการและนโยบายด้านการบริหารจัดการและการเงินการคลัง ควรมีการประเมินผลกระทบเชิงลึกของการจัดตั้ง "ศูนย์จัดเก็บรายได้" แบบรวมศูนย์ต่อประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ความพึงพอใจของบุคลากร และการแก้ไขปัญหาวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลในระยะยาว รวมถึงการบริหารความเสี่ยงของลูกหนี้ ควรศึกษาและเปรียบเทียบแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practices) ในการบริหารจัดการการเงินการคลังและระบบจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลที่มีสถานะทางการเงินที่ดี เพื่อนำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบของโรงพยาบาลอื่น โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินอย่างต่อเนื่อง

4. การพัฒนากรอบธรรมาภิบาลข้อมูล (Data Governance) สำหรับข้อมูลสุขภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงาน ควรวิจัยแนวทางการพัฒนากรอบธรรมาภิบาลข้อมูล เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกบัญชีของกองเศรษฐกิจสุขภาพฯ และป้องกันการเกิดหนี้สูญ รวมถึงการมีมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ที่ชัดเจน ควรศึกษาการพัฒนามาตรฐานกระบวนงาน ทั้งในส่วนของการจัดเก็บรายได้ ระบบการจัดซื้อจัดจ้างและคลังวัสดุ ระบบบริหารบุคลากรและระบบติดตามและประเมินผลด้านการเงินการคลังที่เชื่อมกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (Bureau of Health Economics and Health Security) กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2567 เข้าถึงได้จาก [สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2567] เข้าถึงจากdhttps://dhes.moph.go.th/?p=20739
2. ณัฐพร วงษ์จันทร์ และ เดือนเด่น นิคมบริรักษ์. (2554). การปฏิรูประบบบริหารจัดการรายได้ของโรงพยาบาลรัฐบาล. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
3. กองบริหารการสาธารณสุข (2567). แนวทางการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรโรงพยาบาลโดยใช้ระบบเทคโนโลยีดิจิทัล สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีที่จัดทำ มิถุนายน 2567.
4. สุทิน สลางสิงห์ (2566). การพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ โดยใช้โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ของโรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
5. สมชาย พงษ์สิทธิ์ และ รุ่งนภา ใจดี. (2560). การพัฒนาระบบการบริหารรายได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการเงินของโรงพยาบาล. วารสารการจัดการทางการแพทย์, 15(2), 50-65.
6. อมรรัตน์ ทองดี, และ ภาณุวัฒน์ ศรีสุข. (2563). การพัฒนาระบบบริหารจัดการรายได้โรงพยาบาลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ. วารสารวิชาการเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์, 10(2), 45-60.
7. อนันต์ รัตนชัย. (2560). การปรับปรุงโครงสร้างองค์กรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการรายได้ของโรงพยาบาล. วารสารการบริหารจัดการโรงพยาบาล, 14(3), 50-65.
8. กิตติพงษ์ เรือนทิพย์. (2556). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการสารสนเทศ, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร.

อัตรารอดชีพที่ 3 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

3-year survival rates of locally advanced cervical cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy followed by chemoradiation: a study from Udonthani Cancer Hospital.

(Received: September 22,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: October 4,2025)

นฤมล จิราวัฒน์วรากุล[1] วราภรณ์ ภูธิวุฒิ[2] วิจิตรา พิลาตัน[3]
Narumon Jiravatwarakul[1] Waraporn Phutiwut[2] Wichithra Pilatan[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตรารอดชีพที่ 3 ปีของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Neoadjuvant chemotherapy: NACT ตามด้วย concurrent chemoradiation: CCRT) รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตรารอดชีพ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมจำนวนทั้งสิ้น 132 ราย ข้อมูลที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทางประชากร ลักษณะทางคลินิกของโรค แนวทางการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประเมินอัตรารอดชีพด้วย Kaplan-Meier survival analysis และหาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพโดยใช้ Cox proportional hazards model แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (univariate analysis)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.88) และมีชนิดของมะเร็งเป็น squamous cell carcinoma มากที่สุด (ร้อยละ 73.48) โดยอยู่ในระยะ Stage IIB มากที่สุด (ร้อยละ 32.58) สูตรยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น platinum/paclitaxel ให้ทุก 3–4 สัปดาห์ จำนวน 2 รอบ พบอัตรารอดชีพที่ 3 ปี (3-year survival rates) เท่ากับร้อยละ 68.80 และอัตรารอดโดยโรคสงบที่ 3 ปี (3-year progression-free survival) เท่ากับร้อยละ 67.04 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตรารอดชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ตรวจชิ้นเนื้อจนถึงการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 วัน (HRCrude = 2.94, 95% CI: 1.10–7.83, p = 0.0458) ในขณะที่ระยะเวลาการทำ CCRT ที่เกิน 56 วันมีแนวโน้มสัมพันธ์กับการลดลงของอัตรารอดชีพ (p = 0.0743) ผลข้างเคียงเฉียบพลันระดับ 3–4 พบระหว่างการให้ยา NACT ร้อยละ 14.39 และระหว่างการให้ CCRT ร้อยละ 30.30 โดยเป็นผลข้างเคียงทางโลหิตวิทยาระดับ 3–4 ร้อยละ 12.12 และ 21.97 ตามลำดับ

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, อัตรารอดชีพ และ การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสี

Abstract

This study aimed to evaluate the three-year survival rate of patients with locally advanced cervical cancer who received neoadjuvant chemotherapy (NACT) followed by concurrent chemoradiation (CCRT), as well as to identify factors associated with survival outcomes. A retrospective cohort study was conducted by reviewing the medical records of patients who underwent treatment at Udonthani Cancer Hospital between January 1, 2020, and December 31, 2024, with a total of 132 patients included. The collected data included demographic information, clinical characteristics of the disease, treatment details, and treatment-related toxicities. Descriptive statistics were used for data analysis. The survival rates were estimated using the Kaplan-Meier method of survival analysis, and factors associated with survival were analyzed using a univariate Cox proportional hazards model.

[1] แพทย์รังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
[2] นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
[3] นักวิชาการสถิติ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

The results showed that the majority of patients had no underlying diseases (62.88%) and most had squamous cell carcinoma (73.48%), with Stage IIB being the most common stage (32.58%). The most commonly used chemotherapy regimen was platinum/paclitaxel, administered every 3–4 weeks for two cycles. The three-year survival rate was 68.80%, and the three-year progression-free survival rate was 67.04%. A statistically significant factor associated with overall survival was the time from biopsy to initiation of the first chemotherapy cycle being less than or equal to 42 days (HRCrude = 2.94, 95% CI: 1.10–7.83, p = 0.0458). Additionally, a total CCRT duration of more than 56 days showed a trend toward poorer overall survival (p = 0.0743). Grade 3–4 acute toxicities were observed in 14.39% of patients during NACT and 30.30% during CCRT. Hematologic grade 3–4 toxicities occurred in 12.12% and 21.97% of patients during NACT and CCRT, respectively.

Keywords: Cervical cancer, survival rate, neoadjuvant chemotherapy

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของสตรีทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ในปี 2022 ทั่วโลกมีผู้ป่วยใหม่จากมะเร็งปากมดลูก 660,000 ราย และมีผู้เสียชีวิต 350,000 ราย แม้ว่าการเกิดโรคจะลดลงในประเทศที่มีรายได้สูงจากการดำเนินการโปรแกรมการคัดกรองและการฉีดวัคซีน HPV แต่ยังคงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดใน 23 ประเทศ และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากมะเร็งใน 36 ประเทศที่มีรายได้ต่ำ[1] ประเทศไทย โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับห้า ในสตรี มีอัตราอุบัติการณ์ 17.7 ราย ต่อแสนประชากร[2] และจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่มารับการรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 297 ราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced cervical cancer: stage 2-4) คิดเป็นร้อยละ 85.52 ซึ่งอัตราการรอดชีพที่ 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี (ข้อมูลปี พ.ศ 2561 ติดตามถึงปี พ.ศ 2566) พบว่า ระยะที่ 1-4 ร้อยละ 91.18, 74.31, 50 และ 24 ตามลำดับ[3]

โดยมาตรฐานการรักษาในระยะลุกลามเฉพาะที่ ประกอบด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiation) ซึ่งเป็นแนวทางมานานเกือบ 25 ปี อย่างไรก็ตามยังคงมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 30 ที่มะเร็งกลับเป็นซ้ำ จึงมีการศึกษาทั้งการให้ยาเคมีบำบัดเสริม หรือก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายรังสีว่ามีประโยชน์หรือไม่

จากงานวิจัยของ Mileshkin LR และคณะ[4] ให้ยาเคมีบำบัด Carboplatin และ Paclitaxel หลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายรังสี ผลการศึกษาไม่ได้ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต นอกจากนี้งานวิจัย meta-analysis ของ Smith H และคณะ[5] จาก 21 randomized trials พบว่าการให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดหรือฉายรังสี ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ มีประโยชน์ในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในบางกรณี ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการให้เคมีบำบัด ปริมาณยา และระยะของโรค

จากงานวิจัย randomized phase 3 trial (GCIG INTERLACE) ของ McCormack M และคณะ[6]พบว่า การให้เคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด เพิ่มอัตราการรอดชีวิต (overall survival) และ อัตราการควบคุมโรค (progression-free survival) อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ โดยผลข้างเคียงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

โครงการศึกษาวิจัยนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตรารอดชีพที่ 3 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ใน

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ยังมีการศึกษาที่จำกัดในบริบทของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จากเวชระเบียนผู้ป่วย

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกจากการเก็บข้อมูลในเวชระเบียนย้อนหลัง รหัส ICD 10 ดังนี้

- C53 Malignant neoplasm of cervix uteri
- C53.0 Endocervix
- C53.1 Exocervix
- C53.8 Overlapping lesion of cervix uteri
- C53.9 Cervix uteri, unspecified

โดยมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

- ผู้ป่วยมีมะเร็งในตำแหน่งอื่นมากกว่า 2 ตำแหน่ง (Second primary tumor)
- ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมาก่อน
- ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด
- ผู้ป่วยที่มีมะเร็งในตำแหน่งอื่นแพร่กระจายมายังปากมดลูก
- ผู้ป่วยที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น (Distant metastasis)
- ผู้ป่วยที่รับการรักษาไม่ครบ หรือมีข้อมูลที่สำคัญหายไปมาก

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่มะเร็งปากมดลูกที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ทั้งหมด 1,417 ราย มีผู้เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 132 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล (Case record form) ประกอบด้วย 3 ส่วน

- *ส่วนที่ 1* ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย

(1) ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้แก่ อายุ, ชนิดของเซลล์มะเร็ง, โรคร่วมอื่นๆ, ECOG score, ระยะของมะเร็งตาม: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Staging of Cancer of the Cervix Uteri (2018)

(2) ปัจจัยจากการรักษา ได้แก่ สูตรยาเคมีบำบัด, จำนวนรอบที่ได้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสี, ปริมาณรังสีที่ได้รับทั้งหมดที่ point A (EQD2Gy10), เทคนิคการฉายรังสี, received extended field EBRT, จำนวนรอบที่ได้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา, ระยะเวลาตลอดการได้รังสีรักษาร่วมยาเคมีบำบัด, Median interval from induction chemotherapy to radiotherapy (day)[6]

- *ส่วนที่ 2* ข้อมูลการเกิดผลข้างเคียงจากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ในแบบบันทึก โดยใช้เกณฑ์ของ CTCAE Version 5

- *ส่วนที่ 3* ข้อมูลการตอบสนองต่อการรักษาของรอยโรค โดยการตรวจร่างกายและภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตาม RECIST guideline (version 1.1) โดยติดตามอาการผู้ป่วยที่อย่างน้อย 8 สัปดาห์หลังฉายรังสีครบ จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567

การประมวลข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ทางสถิติ โดย

1.ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ทำการคำนวณ ข้อมูลเชิงปริมาณ และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางแจกแจง ความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพ โดยใช้สถิติ Cox proportional hazards models เพื่อวิเคราะห์ตัวแปลเชิงเดี่ยว (univariate analysis)

3.วิเคราะห์อัตราการรอดชีพ โดยใช้ Kaplan-Meier survival analysis

ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 62.88 และ ECOG 0 เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 85.61 ส่วนใหญ่เป็นเซลล์มะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma คิดเป็นร้อยละ 73.48 และ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ Induction CMT สูตร platinum/paclitaxel q 3 - 4 week คิดเป็นร้อยละ 64.39 และส่วนใหญ่ได้ Induction CMT 2 Cycles คิดเป็นร้อยละ 42.42 ระยะเวลาตั้งแต่การตรวจชิ้นเนื้อจนถึงการให้เคมีบำบัดครั้งแรก (Interval from biopsy to 1st induction chemotherapy) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 วัน คิดเป็นร้อยละ 79.55 มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 32 วัน (IQR range : 20.25 – 41.00) ระยะเวลาตั้งแต่การให้เคมีบำบัดครั้งสุดท้ายจนถึงการฉายรังสี (Interval from last induction chemotherapy to radiotherapy) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 วัน คิดเป็นร้อยละ 90.91 มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 28 วัน (IQR range : 23.00 – 34.75) ระยะเวลา CCRT ส่วนใหญ่มากกว่า 56 วัน คิดเป็นร้อยละ 54.55 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ Total RT dose at point A (EQD2Gy10) มากกว่าเท่ากับ 85 Gy คิดเป็นร้อยละ 86.36 ส่วนใหญ่ใช้เทคนิค 3D คิดเป็นร้อยละ 93.94 โดยมี extended field EBRT เพียงร้อยละ 19.70 เคมีบำบัดระหว่างฉายรังสี CCRT ส่วนใหญ่ใช้สูตร platinum weekly คิดเป็นร้อยละ 93.18 และได้ CCRT มากกว่าเท่ากับ 4 Cycles คิดเป็นร้อยละ 59.85 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีการแพร่กระจายหลังการรักษาครบจำนวน 24 รายคิดเป็นร้อยละ 18.18 และมีการกลับเป็นซ้ำหลังการรักษาครบจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.85

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพ ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว

ตัวแปร	HR_{Crude}	95%CI	P value
Age	1.01	(0.98 – 1.05)	0.5007
โรคประจำตัว			0.1715
ไม่มี	1		
มี	1.80	(0.78 – 4.17)	
ECOG			0.7257
0	1		
1	0.90	(0.21 – 3.93)	
3	2.49	(0.33 – 18.89)	
ชนิดของมะเร็ง			0.7076
Squamous cell carcinoma	1		
Non-Squamous cell carcinoma	0.83	(0.30 – 2.26)	
Induction CMT			0.3626
cis + ifos	1		
platinum alone q 3 week	0.16	(0.02 – 1.54)	
platinum/5FU q 3-4 week	0.19	(0.02 – 1.69)	
platinum/etoposide q 3 week	NA		

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพ ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว

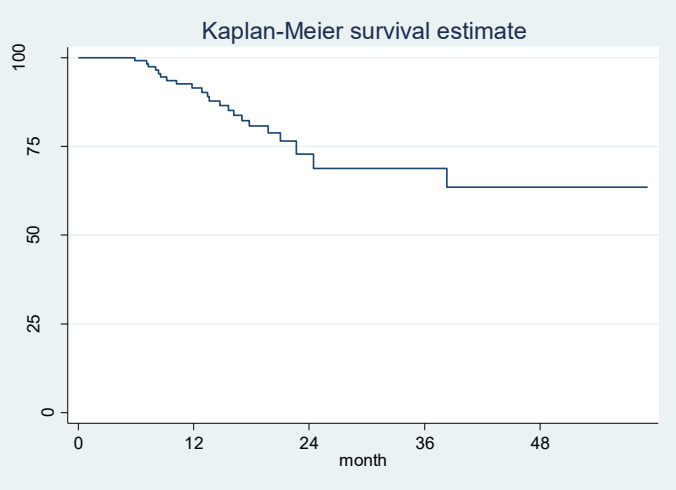
ตัวแปร	HR_{Crude}	95%CI	P value
platinum/paclitaxel q 3-4 week	0.17	(0.02 – 1.31)	
Cycles of Induction CMT			0.6834
1	1		
2	1.55	(0.56 – 4.31)	
3	1.44	(0.45 – 4.60)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 4	3.54	(0.42 – 29.80)	
Interval from biopsy to 1st induction chemotherapy			0.0458*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42	1		
มากกว่า 42	2.94	(1.10 – 7.83)	
Interval from last induction chemotherapy to radiotherapy			0.5073
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42	1		
มากกว่า 42	1.70	(0.39 – 7.33)	
ระยะเวลา CCRT			0.0743
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 56 วัน	1		
มากกว่า 56 วัน	2.22	(0.90 – 5.50)	
Total RT dose at point A (EQD2Gy10; Gy)			0.5072
น้อยกว่า 85 Gy			
มากกว่าหรือเท่ากับ 85 Gy	1		
	0.68	(0.23 – 2.02)	
received extended field EBRT			0.5834
ไม่ใช่	1		
ใช่	0.72	(0.21 – 2.44)	
จำนวน Cycles of CCRT			0.5355
น้อยกว่า 4 ครั้ง	1		
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง	1.31	(0.56 – 3.06)	

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่การตรวจชิ้นเนื้อจนถึงการให้เคมีบำบัดครั้งแรก (Interval from biopsy to 1st induction chemotherapy) ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 วัน (HR_{Crude} =2.94 ; 95%CI: 1.10 – 7.83) เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 2 อัตรารอดชีพ (Overall survival) ที่ 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี

Survival time	Survival rate %	95% CI
1 ปี	91.47	84.18 – 95.49
2 ปี	72.84	59.05 – 82.65
3 ปี	68.80	53.15 – 80.15

จากตารางที่ 2 พบว่า อัตรารอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 132 ราย มีอัตรารอดชีพที่ 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.47, 72.84 และ 68.80 ตามลำดับ โดยแสดงเป็นกราฟ ดังนี้



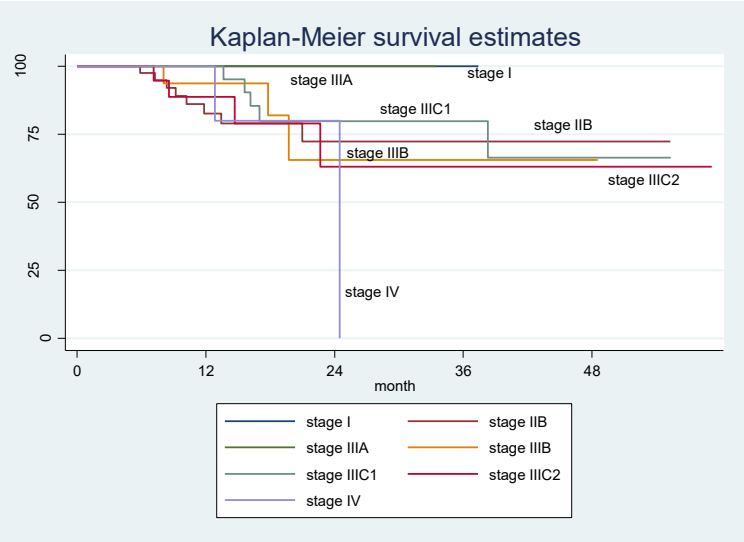
ตารางที่ 3 อัตรารอดชีพ (Overall survival) ที่ 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี โดยจำแนกตามระยะของโรคมะเร็ง

Survival time	Survival rate %	95% CI
Stage IB		
1 ปี	100	
2 ปี	100	
3 ปี	100	
Stage IIB		
1 ปี	82.61	65.09 – 91.85
2 ปี	72.44	50.06 – 86.05
3 ปี	72.44	50.06 – 86.85
Stage IIIA		
1 ปี	100	
2 ปี	100	
3 ปี	NA	
Stage IIIB		
1 ปี	93.75	63.23 – 99.10
2 ปี	65.63	23.03 – 88.62
3 ปี	65.63	23.03 – 88.62
Stage IIIC1		
1 ปี	100	
2 ปี	79.75	54.42 – 91.93
3 ปี	79.75	54.42 – 91.93
Stage IIIC2		
1 ปี	88.82	62.07 – 97.09
2 ปี	63.16	23.89 – 86.29

ตารางที่ 3 อัตรารอดชีพ (Overall survival) ที่ 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี โดยจำแนกตามระยะของโรคมะเร็ง

Survival time	Survival rate %	95% CI
3 ปี	63.16	23.89 – 86.29
Stage IVA		
1 ปี	100	
2 ปี	80.00	20.38 – 96.92
3 ปี	NA	

จากตารางที่ 3 พบว่า อัตรารอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 132 ราย มีอัตรารอดชีพที่ 1 ปี จำแนกโดยระยะของโรค IB, IIB, IIIA, IIIB, IIIC1, IIIC2, IVA เท่ากับ 100, 82.61, 100, 93.75, 100, 88.82 และ 100 ตามลำดับ อัตรารอดชีพ 2 ปี จำแนกโดยระยะของ IB, IIB, IIIA, IIIB, IIIC1, IIIC2, IVA เท่ากับ 100, 72.44, 100, 65.63, 79.75, 63.16 และ 80 ตามลำดับ และอัตรารอดชีพ 3 ปี จำแนกโดยระยะของโรค IB, IIB, IIIA, IIIB, IIIC1, IIIC2, IVA เท่ากับ 100, 72.44, NA, 65.63, 79.75, 63.16 และ NA ตามลำดับ โดยแสดงเป็นกราฟ ดังนี้



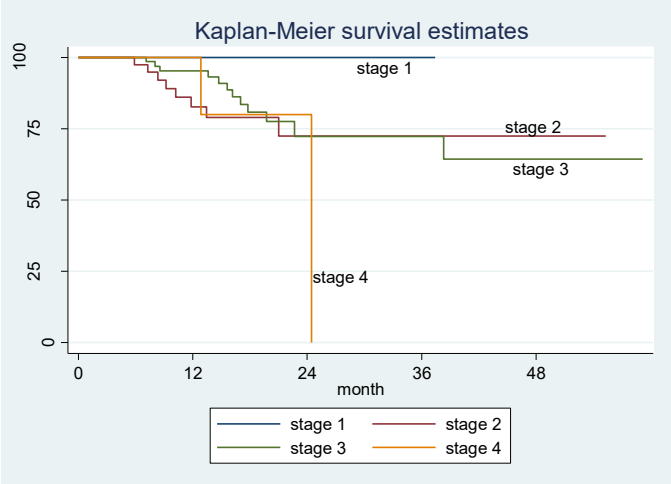
ตารางที่ 4 อัตรารอดชีพที่ 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี โดยจำแนกตามกลุ่มระยะของโรคมะเร็ง

Survival time	Survival rate %	95% CI
Stage 1		
1 ปี	100	
2 ปี	100	
3 ปี	100	
Stage 2		
1 ปี	82.61	65.09 – 91.85
2 ปี	72.44	50.06 – 86.05
3 ปี	72.44	50.06 – 86.85
Stage 3		

ตารางที่ 4 อัตรารอดชีพที่ 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี โดยจำแนกตามกลุ่มระยะของโรคมะเร็ง

Survival time	Survival rate %	95% CI
1 ปี	95.30	86.10 – 98.46
2 ปี	72.37	53.45 – 84.62
3 ปี	72.37	53.45 – 84.62
Stage 4		
1 ปี	100.0	
2 ปี	80.00	20.38 – 96.92
3 ปี	NA	

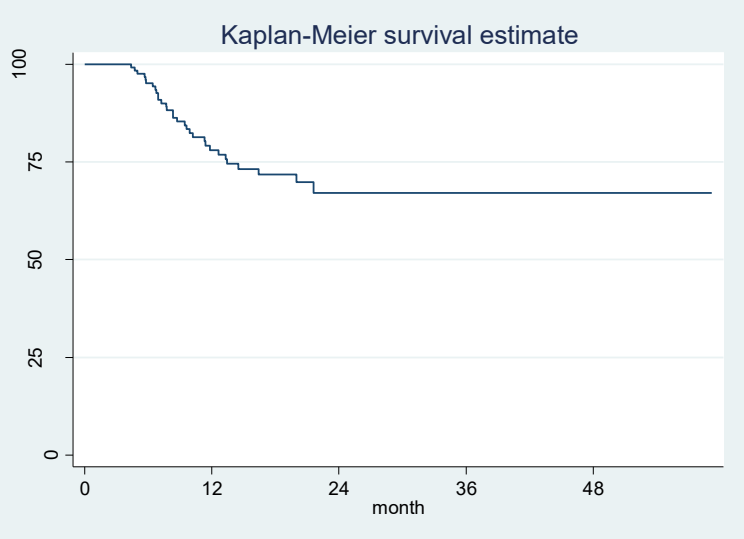
จากตารางที่ 4 พบว่า อัตรารอดชีพที่ 1 ปี จำแนกโดยกลุ่มระยะของโรค 1-4 เท่ากับ 100, 82.61, 95.30 และ 100 ตามลำดับ อัตรารอดชีพ 2 ปี จำแนกโดยกลุ่มระยะของโรค 1-4 เท่ากับ 100, 72.44, 72.37 และ 80 ตามลำดับ และอัตรารอดชีพ 3 ปี จำแนกโดยกลุ่มระยะของโรค 1-4 เท่ากับ 100, 72.44, 72.37 และ NA ตามลำดับ โดยแสดงเป็นกราฟ ดังนี้



ตารางที่ 5 อัตราการอยู่รอดโดยโรคสงบ (Progression-free survival, PFS)

PFS	PFS rate %	95% CI
1 ปี	78.05	68.92 – 84.79
2 ปี	67.04	55.23 – 76.38
3 ปี	67.04	55.23 – 76.38

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ทั้งหมด 132 ราย มีอัตราการอยู่รอดโดยโรคสงบ (progression-free survival, PFS) ที่ 1, 2 และ 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 78.05, 67.04 และ 67.04 ตามลำดับ โดยแสดงเป็นกราฟ ดังนี้



ตารางที่ 6 ร้อยละการเกิดผลข้างเคียง

	ระหว่างการให้ Induction CMT	ระหว่างการ CCRT	post treatment > 8 weeks
Any adverse event	76(57.58%)	125(94.70%)	58(43.94%)
Any grade 3-4 adverse event	19(14.39%)	40(30.30%)	15(11.36%)
Any hematological grade 3-4	16(12.12%)	29(21.97%)	3(2.27%)
Anemia	4(3.03%)	12(9.09%)	2(1.52%)
Neutrophil count decreased	12(9.09%)	16(12.12%)	1(0.76%)
Febrile neutropenia	1(0.76%)	1(0.76%)	0
Platelet count decreased	0	3(2.27%)	0
Any non-hematological grade 3-4	4(3.03%)	20(15.15%)	12(9.09%)
Acute kidney injury	2(1.52%)	9(6.82%)	0
Chronic kidney disease	0	0	3(2.27%)
Peripheral sensory neuropathy	1(0.76%)	0	0
Nausea	0	2(1.52%)	0
Vomiting	0	2(1.52%)	0
Diarrhea	0	7(5.30%)	0
Allergic reaction	0	0	0
Gastrointestinal pain	0	4(3.03%)	0
Cystitis	0	4(3.03%)	4(3.03%)
Proctitis	1(0.76%)	0	7(5.30%)

จากตารางที่ 6 พบว่าผลข้างเคียงระหว่างการให้ Induction CMT คิดเป็นร้อยละ 57.58 ผลข้างเคียงระหว่าง CCRT คิดเป็นร้อยละ 94.70 และผลข้างเคียงหลังการรักษาครบ 8 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 43.94 โดยผลข้างเคียงความรุนแรงสูง ระดับ 3-4 ระหว่างการให้ Induction CMT, ระหว่าง CCRT และหลังการรักษาครบ 8 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 14.39, 30.30 และ 11.36 ตามลำดับ เมื่อจำแนกดูผลข้างเคียงด้าน hematologic ความรุนแรงสูง ระดับ 3-4 ระหว่างการให้ Induction CMT, ระหว่าง CCRT และหลังการรักษาครบ 8 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 12.12, 21.97 และ 2.27 ตามลำดับ เมื่อจำแนกดูผลข้างเคียงด้าน non-hematologic ความรุนแรง

สูง ระดับ 3-4 ระหว่างการให้ Induction CMT, ระหว่าง CCRT และหลังการรักษาครบ 8 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 3.03, 15.15 และ 9.09 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 132 ราย มีลักษณะดังนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.88 ไม่มีโรคประจำตัว Squamous cell carcinoma เป็นชนิดเซลล์มะเร็งที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.48 ซึ่งสอดคล้องกับระบาดวิทยาของมะเร็งปากมดลูกในระดับสากล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.58 อยู่ในระยะ Stage IIB รองลงมาคือ Stage IIIC1 ร้อยละ 28.79 และ Stage IIIC2 ร้อยละ 15.91 ซึ่งเป็นระยะที่จัดอยู่ในกลุ่ม Locally Advanced Cervical Cancer (LACC) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี ECOG status ที่ดี เป็น ECOG 0 ถึงร้อยละ 85.61 ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความแข็งแรงและสามารถทนต่อการรักษาได้ดี และทำให้แพทย์ผู้รักษามั่นใจในการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด การที่ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกัน มีความสำคัญเนื่องจากช่วยลดปัจจัยรบกวน (confounding factors) เมื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษา

จากการศึกษานี้ พบว่าแนวทางการรักษา (Treatment Regimen) จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 64.39 ได้รับสูตรยา platinum/paclitaxel ทุก 3-4 สัปดาห์ Induction Chemotherapy (NACT) และโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 42.42 ได้รับ 2 รอบ (Cycles) โดยระยะเวลา Median Interval from biopsy to 1st induction chemotherapy เท่ากับ 32 วัน (IQR 20.25–41.00) และระยะเวลา Median Interval from last induction chemotherapy to radiotherapy เท่ากับ 28 วัน (IQR 23.00–34.75) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.55 ใช้ระยะเวลาในการทำ CCRT มากกว่า 56 วัน โดย Total RT dose at point A (EQD2Gy10) ส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 85 Gy คิดเป็นร้อยละ 86.36 ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีที่เพียงพอตามมาตรฐานตาม NCCN Guideline[8] โดยเทคนิคการฉายรังสีที่ใช้ส่วนใหญ่คือ 3D คิดเป็นร้อยละ 93.94 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.30 ไม่ได้รับ extended field EBRT สูตรยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี (CCRT) คือ platinum weekly คิดเป็นร้อยละ 93.18 ซึ่งเป็นยาเคมีบำบัดมาตรฐานที่ให้ร่วมกับการฉายรังสี ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 59.85 ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง

จากการศึกษานี้ อัตราการรอดชีพที่ 3 ปี (3-year survival rates) ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด เทียบเท่ากับ อัตราการรอดชีพที่ 3 ปี ของมะเร็งปากมดลูกทุกระยะโรค ของทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี[3] ปี 2562 คือ ร้อยละ 68.80 และ 68.58 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 2 ทั้งสองการศึกษา แต่เมื่อแยกดูตามระยะของโรคมะเร็งแล้ว ในการศึกษานี้มี อัตราการรอดชีพที่ 3 ปี ของระยะที่ 3 (Stage III) มีผลลัพธ์ดีกว่าค่าเฉลี่ยของทะเบียนมะเร็ง (ร้อยละ 72.37 vs ร้อยละ 55.81) ซึ่งบ่งชี้ว่าการใช้เคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด อาจช่วยเพิ่มการควบคุมโรคในผู้ป่วยระยะที่ 3 หรือพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่ไม่พร้อมเริ่มการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ในบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

จากการศึกษา GCIG INTERLACE[6] แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้ Induction chemotherapy + CCRT มีอัตราการรอดชีพที่ 3 ปี ร้อยละ 85 และอัตราการอยู่รอดโดยโรคสงบที่ 3 ปี (3-year Progression-free survival: 3-year PFS) ร้อยละ 75 ซึ่งสูงกว่าผลสูงกว่าผลการศึกษานี้ที่มีอัตราการรอดชีพที่ 3 ปี ร้อยละ 68.80 และ อัตราการอยู่รอดโดยโรคสงบที่ 3 ปี ร้อยละ 67.04 อาจเกิดจาก

ผู้ป่วยในการศึกษานี้ เป็นระยะที่ 3-4 มีจำนวนมากกว่า GCIG INTERLACE คิดเป็นร้อยละ 65.14 และ 49 ตามลำดับ อีกทั้งมีข้อจำกัดเรื่องสูตรการใช้ยาเคมีบำบัดและจำนวนรอบยาเคมีบำบัดที่แตกต่างกัน โดยการศึกษานี้ส่วนใหญ่ใช้สูตรยาเคมีบำบัด platinum/paclitaxel ทุก 3-4 สัปดาห์ และส่วนใหญ่ให้ 2 รอบ ส่วนใน GCIG INTERLACE ใช้สูตรยาเคมีบำบัด platinum/paclitaxel ทุกสัปดาห์ จำนวน 6 รอบ ซึ่งจะได้ปริมาณยาโดยรวมที่สูงกว่าการศึกษานี้ อีกปัจจัยที่มีผลต่ออัตรารอดชีพคือ ระยะเวลา CCRT จากการศึกษาในปี 2017 Lin SM และคณะ[9] ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตรารอดชีพที่ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทุกระยะ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เวลา CCRT เกิน 56 วัน มี อัตรารอดชีพที่ 5 ปี ต่ำกว่า ผู้ป่วยที่ใช้เวลา CCRT น้อยกว่า 56 วัน ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เวลา CCRT เกิน 56 วัน มีสูงถึงร้อยละ 54.55% อีกทั้งการศึกษานี้ส่วนใหญ่ฉายรังสีด้วยเทคนิค 3DCRT มีเทคนิค IMRT เพียงร้อยละ 5.30 ในขณะที่ GCIG INTERLACE ใช้เทคนิค IMRT ร้อยละ 42 อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมโรคและการลดผลข้างเคียงในระยะยาวได้

จากการศึกษานี้ วิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพที่ 3 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด คือ ระยะเวลาจากการตรวจชิ้นเนื้อจนถึงการให้ยา Induction chemotherapy ครั้งแรก ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 วัน มี (HRCrude = 2.94, 95% CI: 1.10 – 7.83, p = 0.0458) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น ชนิดของยา induction, จำนวน cycle ของ induction, การให้ extended field EBRT, ปริมาณรังสีรวม (≥85 Gy), ระยะเวลา CCRT (>56 วัน) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แม้ระยะเวลา CCRT ที่มากกว่า56 วัน ไม่ถึงนัยสำคัญ (p = 0.0743) แต่มีแนวโน้มที่ OS ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานสากล และการศึกษา Lin SM และคณะ[9] ที่แนะนำให้จบ CCRT ภายใน 56 วัน

จากการศึกษา GCIG INTERLACE[6] แสดงให้เห็นว่าผลข้างเคียงเฉียบพลันระดับที่ 3-4 พบสูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 59 เมื่อเทียบกับกลุ่มฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 31 โดยเฉพาะผลข้างเคียงทางโลหิตวิทยา คิดเป็นร้อยละ 39 และ 5 ตามลำดับ ส่วนผลข้างเคียงระยะยาวระดับ 3-4 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม คือร้อยละ 20 ส่วนในการศึกษานี้เป็นกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด พบผลข้างเคียงเฉียบพลันระดับที่ 3-4 ระหว่างการให้ Induction CMT, ระหว่าง CCRT คิดเป็นร้อยละ 14.39 และ 30.30 ตามลำดับ เป็นผลข้างเคียงทางโลหิตวิทยาระดับ 3-4 ระหว่างการให้ Induction CMT, ระหว่าง CCRT คิดเป็นร้อยละ 12.12 และ 21.97 ตามลำดับ ซึ่งผลข้างเคียงต่ำกว่า GCIG INTERLACE อาจเกิดจากปริมาณยาเคมีบำบัดโดยรวมที่ให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีของ GCIG INTERLACE สูงกว่าการศึกษานี้

สรุป

อัตรารอดชีพที่ 3 ปีของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดอยู่ที่ ร้อยละ 68.80 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตรารอดชีพโดยรวมของมะเร็งปากมดลูกทุกระยะในทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี[3] ในปี 2562 คือร้อยละ 68.58 ที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยในระยะที่ 3 (Stage III) ในการศึกษานี้ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดมีอัตรารอดชีพที่ 3 ปีสูงถึงร้อยละ 72.37 ซึ่งดีกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลมะเร็งในระยะที่ 3 คือร้อยละ55.81

ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ จากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยวพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่การตรวจชิ้นเนื้อจนถึงการให้เคมีบำบัดครั้งแรกที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 วัน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผล

ต่ออัตรารอดชีพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และปัจจัยระยะเวลา CCRT ที่มากกว่า 56 วัน มีแนวโน้มที่อัตรารอดชีพโดยรวมลดลง เป็นข้อค้นพบที่น่าสนใจและควรมีการวิเคราะห์เชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ระยะเวลาไม่เป็นตามกำหนด และหาแนวทางแก้ไขหากเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ แต่ด้วยข้อจำกัดของการวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการศึกษานี้จำกัดอยู่ที่การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (univariate analysis) อาจไม่สามารถแยกปัจจัยรบกวน (confounding factors) ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งควรศึกษาต่อไปในรูปแบบของ Randomized Controlled Trial เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม NACT + CCRT กับกลุ่ม CCRT เพียงอย่างเดียวในบริบทของโรงพยาบาล เพื่อยืนยันประโยชน์และประเมินความคุ้มค่าของการเพิ่ม NACT อีกทั้ง ศึกษาหาสาเหตุที่ทำให้ระยะเวลา CCRT ยาวนานกว่า 56 วัน และหาแนวทางในการลดระยะเวลาดังกล่าว เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Singh D, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. Lancet Glob Health. 2023;11(2): e197-e206.

2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. Cancer in Thailand volume 10, 2016-2018 [Internet]. Bangkok: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2018 [cited 2024 Dec 17]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html

3.งานทะเบียนมะเร็ง รพ.มะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์. ข้อมูล ณ วันที่ 26 ธันวาคม 2567

4.Mileshkin LR, Moore KN, Barnes EH, Gebski V, Narayan K, King MT, et al. Adjuvant chemotherapy following chemoradiotherapy as primary treatment for locally advanced cervical cancer versus chemoradiotherapy alone (OUTBACK): an international, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2023 May;24(5):468-82. doi: 10.1016/S1470-2045(23)00147-X. Epub 2023 Apr 17. PMID: 37080223; PMCID: PMC11075114.

5.Smith H, et al. Neoadjuvant Chemotherapy for Locally Advanced Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 21 randomised trials. Eur J Cancer. 2003 Nov;39(17):2470-86. doi: 10.1016/s0959-8049(03)00425-8. PMID: 14602133.

6.McCormack M, Reed N, et al. Induction chemotherapy followed by standard chemoradiotherapy versus standard chemoradiotherapy alone in patients with locally advanced cervical cancer (GCIG INTERLACE): an international, multicentre, randomised phase 3 trial. Lancet. 2024;404(10462):1525-35.

7.Li J, Li Y, Wang H, Shen L, Wang Q, Shao S, et al. Neoadjuvant chemotherapy with weekly cisplatin and paclitaxel followed by chemoradiation for locally advanced cervical cancer. BMC Cancer. 2023; 23:51. doi:10.1186/s12885-023-10517-x.

8.National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer. Version 4.2025. March 24, 2025. URL: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf

9.Lin SM, Ku HY, Chang TC, Liu TW, Hong JH. The prognostic impact of overall treatment time on disease outcome in uterine cervical cancer patients treated primarily with concomitant chemoradiotherapy: a nationwide Taiwanese cohort study. Oncotarget. 2017 Jul 27;8(49):85203-85213.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง

Factors affecting health-promoting behavior among female prisoners infected with HIV in a correctional institution.

(Received: September 21,2025 ; Revised: October 2,2025 ; Accepted: October 4,2025)

รุ้งรัศมี นามวงษ์[1]
Rungrutsame Namwong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง 2) ศึกษาปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ต้องขังหญิงที่มีโทษเด็ดขาดทุกระดับอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี ทั้งรายใหม่และรายเก่า ไม่มีอาการของโรคเอดส์ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (β = –.776, p<.001) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (β = .155, p<.05) การสนับสนุนทางสังคม (β = .212, p<.05) และความรู้เรื่องโรคเอดส์ (β = .055, p<.001) โดยปัจจัยทั้ง 4 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 61.3 (R^2 = .613, p<.001)

คำสำคัญ : พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้ต้องขังหญิง, การติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This survey research with the objectives: (1) to examine personal characteristics and individual experiences, including age, duration of HIV infection, duration of antiretroviral therapy (ART), knowledge about AIDS, and self-esteem, that influence health-promoting behaviors among female inmates living with HIV in a correctional facility; and (2) to explore cognitive and affective factors related to behavior, including perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy, and social support, that affect health-promoting behaviors in this population. The study sample consisted of 120 female inmates aged 18 years and over, diagnosed with HIV infection (both newly and previously diagnosed cases), receiving ART, and without AIDS symptoms. Research instruments included structured questionnaires on demographic information, AIDS knowledge, self-esteem, perceived benefits and barriers to action, perceived self-efficacy, social support, and health-promoting behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and multiple regression analysis, with the level of statistical significance set at .05.

Results indicated that four factors significantly predicted health-promoting behaviors among female inmates with HIV: perceived barriers to action (β = –.776, p<.001), perceived benefits of action (β = .155,

[1] โรงพยาบาลราชทัณฑ์ จังหวัดปทุมธานี

p<.05), social support (β = .212, p<.05), and AIDS knowledge (β = .055, p<.001). Together, these predictors explained 61.3% of the variance in health-promoting behaviors (R^2 = .613, p<.001).
Keywords: Health-promoting behaviors, Female inmates, HIV infection

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี(Human Immunodeficiency Virus: HIV) และโรคเอดส์(Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความรุนแรง และเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคเอดส์หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขมานานผู้ที่ติดเชื้อในระยะแรกที่เรียกว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักจะไม่มีอาการ แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสมีการแบ่งตัว ตลอดเวลาทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง หากระดับภูมิต้านทานถูกทำลายไปมากผู้ติดเชื้อก็จะเข้าสู่ระยะมีอาการ เช่น น้ำหนักลด มีฝ้าขาวในปากจากการติดเชื้อรา หรือท้องเสียเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการรักษาก็จะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ ระยะเอดส์[1]

สถานการณ์ปัญหาเอดส์ประเทศไทยการแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย ดำเนินมาเป็นระยะเวลานานกว่า 35 ปี นับตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นชาวไทยรายแรกของประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยผ่านช่วงการระบาดสูงสุดในช่วงทศวรรษพ.ศ. 2531 - 2540 และเริ่มลดลงในปัจจุบัน แต่การติดเชื้อเอชไอวียังคงสูงอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และประชากรที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ คู่ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประชากรข้ามชาติที่มีภาวะเสี่ยงสูง และผู้ต้องขัง[2]

สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 พบ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,100 ราย โดยมีจำนวนผู้ที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 12,000 ราย และจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 580,000 ราย กำลังรับยาต้านไวรัส จำนวน 474,675 รายซึ่งร้อยละ 97 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มของผู้ต้องขัง จากรายงานพบว่าในประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังจำนวน 3,668 ราย โดยพบผู้ต้องขังในเรือนจำแห่งหนึ่งติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 25 ของผู้ต้องขังทั้งหมด[2] เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ร้อยละ 4.2 และยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 ได้กำหนดเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2573 จากเดิมที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 6,500 รายในปี พ.ศ. 2559 ให้เหลือน้อยกว่า 1,000 ราย ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากเกือบ13,000 รายในปี พ.ศ. 2559 ให้เหลือน้อยกว่า 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพจากปี พ.ศ. 2559 ให้ได้ร้อยละ 90

ประเทศไทยมีความมุ่งมั่นที่จะยุติเอดส์ให้ได้ภายในปี 2573 จากยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 โดยกำหนดเป้าหมายในระดับประเทศ อันได้แก่ มีจำนวนผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่รายใหม่ต่ำกว่า 1,000 รายต่อปี ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักและผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง อันได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิงข้ามเพศ/สาวประเภทสอง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด คู่ของประชากรหลักและคู่ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ประชากรข้ามชาติที่มีภาวะเสี่ยงสูง และผู้ต้องขัง โดยกำหนดกรอบการทำงานให้อยู่ในรูปแบบของชุดบริการ RRTTPR ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์ป้องกัน (Reach - R) การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit - R) การคัดกรองและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test - T) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่พบผลเลือดบวก (Treat - T) การทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent - P)และการทำให้คงอยู่ในระบบบริการการดูแล

รักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain - R) จนสามารถลดปริมาณไวรัสได้ในระดับที่จะไม่ถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น[2] ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 แผนยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพ รอบด้าน และยั่งยืน ได้กำหนดโครงการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการและการคงอยู่ในระบบ การดูแลรักษาสำหรับกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้ต้องขัง โดยกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายได้ดำเนินการตามมาตรการ RRTTR ในกลุ่มผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นรูปธรรม[3] ผลการดำเนินงานตามมาตรการ RRTTR ของกลุ่มผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงได้ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 100 และผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 95.48 ซึ่งประสบความสำเร็จ แต่ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสได้สำเร็จเพียงร้อยละ 89.11[4] สาเหตุอาจเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น รับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้อง หรือรับเชื้อดื้อยามาจากผู้ต้องขังด้วยกัน เป็นต้น[5] ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง พัฒนาไปเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ และมีการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากยิ่งขึ้น เช่น โรคปอดอักเสบ วัณโรค เชื้อราขึ้นสมอง เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ต้องขังยังสามารถแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้[6] อีกทั้งการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของหน่วยงานที่รับผิดชอบ เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพมีความจำกัดแตกต่างจากสังคมภายนอก ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้การดูแลสุขภาพทำได้ไม่เต็มที่และการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ผู้ต้องขังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะหลายประการ เช่น สูบบุหรี่ ไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือหลังการเข้าห้องน้ำ พักผ่อนไม่เพียงพอ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอและไม่เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลายความเครียด ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งไม่ใช่เพียงพฤติกรรมการรับประทานยารักษาเท่านั้น แต่รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงยิ่งขึ้นลดการติดเชื้อฉวยโอกาส และลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย นั่นคือพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถานการณ์ผู้ต้องขังล้นคุกและสอดคล้องกับนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 "โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ (ด้านการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ในเรือนจำ)" ที่เน้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ[7]

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ Pender ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1996[8] ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ ตัดสินใจแก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคิดและอารมณ์ 2) ความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม เป็นมโนทัศน์ที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อย 6 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมและความเกี่ยวข้องที่ได้ผล อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาพในทางบวก โดยเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนเป็นแบบแผนการดำรงชีวิต จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและสืบไป ประกอบด้วย 6

ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ) 2) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (เช่น การออกกำลังกาย และกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ) 3) ด้านโภชนาการ (เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) 4) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (เช่น การมีสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง และมีส่วนร่วมทางสังคม) 5) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (เช่น การพัฒนาและเยียวยาทางจิตใจให้มีเป้าหมายในชีวิต) และ 6) ด้านการจัดการความเครียด (เช่น การเผชิญและจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม) จากข้างต้น หากผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงผู้ต้องขังสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ ไม่พัฒนาเป็นผู้ป่วยเอดส์ และมีชีวิตยืนยาวเทียบเท่าคนปกติ อีกทั้งยังไม่แพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่ผู้ต้องขังอื่น[5]

จากข้างต้น พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถานการณ์ผู้ต้องขังล้นคุก เพื่อส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกันมากขึ้น ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส มีชีวิตที่ยืนยาว และไม่แพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ต้องขังอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษา "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง" ผลการศึกษาจะทำให้พยาบาลในทัณฑสถานหรือบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ข้อมูล เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมและปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี นำไปเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยชะลอการดำเนินการของโรคระหว่างการใช้ชีวิตในทัณฑสถานจนนำไปสู่ผลลัพธ์ลดการเสียชีวิตจากโรคเอดส์และมีชีวิตยืนยาวเทียบเท่าคนปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อ เอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง

2. เพื่อศึกษาศึกษาระดับปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อ เอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง ที่มีโทษเด็ดขาดทุกระดับ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี ทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่มีอาการของโรคเอดส์ จำนวน 152 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานแห่งหนึ่งที่มีโทษเด็ดขาดทุกระดับ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี ทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่มีอาการของโรคเอดส์ จำนวน 152 คน ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ยามาเน่[9] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5%[10] จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างเท่ากับ *112* ตัวอย่าง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ของข้อมูลและป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง อีก ร้อยละ 7.1 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 ตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยการจับฉลากจากรายชื่อทั้งหมดของประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) ที่กำหนด

1) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้างานวิจัย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้ต้องขังหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี ทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่มีอาการของโรคเอดส์ (2) ไม่มีโทษทางวินัยที่ถูกกักขังแยก (3) ไม่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดติดเชื้อ เป็นต้น (4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ (5) ยินดีและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย - เมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่พึงประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ระหว่างดำเนินการวิจัย เช่น หายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สัญญาชีพผิดปกติ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยยึดหลักการตามแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุการรับเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ เป็นการประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์ ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการเลือก ถูกหรือผิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ โดยรวม วัดผลตามเกณฑ์การประเมินความรู้จากการเรียนรู้[11] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ได้ดังนี้[14]

คะแนนน้อยกว่า 0.00-8.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 9.00 - 11.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 12.00-15.00 คะแนน คือ มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบวัดความรู้สึกของผู้ต้องขังหญิง ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดจากการประเมินตนเองโดยรวม ว่าตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง ฉบับภาษาไทย (Thai version of Rosenberg Self- Esteem Scale) ของ Wongpakaran[12] ที่แปลจาก Rosenberg Self-Esteem Scale ของ Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ระดับน้อยที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ตามแบบของลิเคิร์ท[13] มีรายละเอียดดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น[14] สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบประเมินความคิดหรือความเชื่อของผู้ต้องขังหญิง ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เกี่ยวกับผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ระดับน้อยที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ตามแบบของลิเคิร์ท[13] มีรายละเอียดดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นแบบประเมินความคิดหรือความเชื่อของผู้ต้องขังหญิง ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ระดับน้อยที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ตามแบบของลิเคิร์ท[13] มีรายละเอียดดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น [14] สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นแบบประเมินความคิดหรือความเชื่อของผู้ต้องขังหญิง ที่ติดเชื้อเอชไอวีว่ามั่นใจหรือไม่มั่นใจใน ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ระดับน้อยที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ตามแบบของลิเคิร์ท[13] มีรายละเอียดดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้ต้องขังหญิง ที่ติดเชื้อเอชไอวีว่าได้รับหรือไม่ได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ระดับน้อยที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน ตามแบบของลิเคิร์ท[13] มีรายละเอียดดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น [14] สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย คะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน ตามแบบของลิเคิร์ท[13] มีรายละเอียดดังนี้

คะแนน 4 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 6-7 วัน/ สัปดาห์

คะแนน 3 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 3-5 วัน/ สัปดาห์

คะแนน 2 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/ สัปดาห์

คะแนน 1 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลย

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น [14] สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.01–4.00 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.01–3.00 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.00 หมายถึง ผู้ต้องขังหญิงปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) 1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาและสร้างขึ้นเองตรวจสอบและแก้ไขเบื้องต้นตามความถูกต้อง 2) ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) จำนวน 3 ท่าน 3) หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิผู้วิจัยนำเครื่องมือกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index = CVI) ซึ่งได้ค่าความตรงของเนื้อหา ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา 1.00 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา 1.00 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา .88 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา .85 การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา 1.00 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าความตรงของเนื้อหา 1.00 สำหรับแบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองนำมาจากแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานแล้วจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) 1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ต้องขังจำนวน 30 ราย ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานอีกแห่งหนึ่ง

เนื่องจากมีบริบทคล้ายคลึงกันก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูลจริง โดยผู้ต้องขังตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ทั้ง 30 ฉบับ 2) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) วิเคราะห์โดยใช้วิธี Cronbachs's Alpha Coefficient ส่วนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ คำนวณโดยใช้สูตร KR-20 ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป 3) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้เป็นสถิติในการทดสอบสมมติฐาน โดยวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Coefficient of Determination: R^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและขออนุมัติไปยังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน จังหวัดปทุมธานี เพื่อพิจารณารับรองการศึกษาวิจัย และได้รับใบรับรองจริยธรรมเลขที่ PPHO-REC 2568/53 วันที่รับรอง 20 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่อายุอยู่ช่วงระหว่าง อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 32.89 ปี ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.50 สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 43.30 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีอยู่ช่วงระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 52.50 เฉลี่ย 6.10 ปี สาเหตุของการได้รับเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ มีเพศสัมพันธ์กับเพศชายโดยไม่ได้ป้องกัน ร้อยละ 78.30 ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส อยู่ช่วงระหว่าง 1-5 ปี เฉลี่ย 5.80 ปี

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.70 และรองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.30 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างมี คะแนนรวมเฉลี่ย 9.60 คะแนน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 15.00 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.95, S.D = .38) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มากที่สุด คือ ข้อ 6. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (Mean = 2.37, S.D = .72) รองลงมา คือ ข้อ 7. รู้สึกว่าตนเองก็มีคุณค่าน้อยที่สุดก็เท่า ๆ กับคนอื่น (Mean = 2.11, S.D = .55) และข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง น้อยที่สุด คือ ข้อ 4. สามารถทำอะไรได้ดี เหมือนกับคนอื่น (Mean = 1.85, S.D = .61) ตามลำดับ

2. ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.44, S.D = .90) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า

ข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มากที่สุด คือ ข้อ 1. การกินยาต้านไวรัสที่ถูกต้อง ทำให้ร่างกายแข็งแรง (Mean = 3.55, S.D = .94) รองลงมา คือ ข้อ 5. การสังเกตความผิดปกติของร่างกาย ทำให้ตรวจพบความเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะแรก (Mean = 3.48, S.D = .86) และข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม น้อยที่สุด คือ ข้อ 2. หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่นสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Mean = 3.32, S.D = 1.14) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.44, S.D = .90) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ข้อ 4. การป้องกันตนเองจากเชื้อโรคเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก (Mean = 4.22, S.D = 1.21) รองลงมา คือ ข้อ 3. การหลีกเลี่ยงใกล้ชิดคนที่ติดเชื้อทางเดินหายใจทำได้ยากเพราะอยู่ในพื้นที่ที่จำกัด (Mean = 4.05, S.D = 1.26) และข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพน้อยที่สุด คือ ข้อ 10. การยอมรับและเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเรื่องที่ทำใจยาก (Mean = 3.52, S.D = 1.39) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.87, S.D = .98) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเอง มากที่สุด คือ ข้อ 1. สามารถกินยาต้านไวรัสได้ทุกวันครบถ้วนและตรงเวลาแม้จะเป็นเรื่องที่ยุ่ง (Mean = 2.90, S.D = 1.14) รองลงมา คือ ข้อ 10. สามารถยอมรับและเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง แม้จะเป็นสิ่งที่ทำใจยาก (Mean = 2.89, S.D = .97) และข้อที่ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง น้อยที่สุด คือ ข้อ 7. สามารถออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที แม้จะมีเวลาที่จำกัด (Mean = 2.41, S.D = .99) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.70, S.D = .55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม มากที่สุด คือ ข้อ 6. เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ แพทย์ พยาบาลในทัณฑสถาน ให้ข้อมูลคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ (Mean = 3.78, S.D = .58) รองลงมา คือ ข้อ 3. เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ แพทย์ พยาบาลในทัณฑสถาน ให้กำลังใจและปลอบใจเมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (Mean = 3.74, S.D = .71) และข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม น้อยที่สุด คือ ข้อ 4. เพื่อนผู้ต้องขังให้คำแนะนำเมื่อท่านมีปัญหาสุขภาพ (Mean = 3.35, S.D = .99) ตามลำดับ

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.34, S.D = .89) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มากที่สุด คือ ข้อ 1. รับประทานยาต้านไวรัส ตรงตามเวลา ตามที่แพทย์สั่ง (Mean = 2.80, S.D = .96) รองลงมา คือ ข้อ 2. รับประทานยาต้านไวรัสครบทุกเม็ด ตามที่แพทย์สั่ง (Mean = 2.76, S.D = 1.00) และข้อที่ผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ น้อยที่สุด คือ ข้อ 9. ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีหรือจนเหงื่อออก (Mean = 1.88, S.D = 1.03) ตามลำดับ

4. การวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลและปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง (n = 120)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	4.168	.212		19.694	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	-.582	.043	-.776	-13.391	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	.465	.215	.155	2.161	.032
การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติ	.212	.102	.150	2.084	.039
ความรู้เรื่องโรคเอดส์	.055	.014	.034	1.045	.000
$R=.783$, $R^2 = .613$, $R^2_{adj}= .606$, $F_{(4,118)} = 149.408$, $p< .001$					

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง ด้วยสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (β = -.776, p< .001) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (β = .155, p< .05) การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติ (β = .212, p< .05) และความรู้เรื่องโรคเอดส์ (β = .055, p< .001) โดยปัจจัยทั้งหมดมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 61.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .613, $F_{(4,118)}$ = 149.408, p< .001) จากผลการวิจัยในตารางที่ 4.10 สามารถเขียนเป็นสมการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง = 4.168 (ค่าคงที่) -.582 (การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ) + .465 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ) + .212 (การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติ) + .055 (ความรู้เรื่องโรคเอดส์)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ}}$ = -.766 ($Z_{\text{การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ}}$) + .155 ($Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ}}$) + .150 ($Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติ}}$) + .034 ($Z_{\text{ความรู้เรื่องโรคเอดส์}}$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง ด้วยสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (β = -.776, p< .001) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (β = .155, p< .05) การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติ (β = .212, p< .05) และความรู้เรื่องโรคเอดส์ (β = .055, p< .001) โดยปัจจัยทั้งหมดมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 61.30 อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (R^2 = .613, $F_{(4,118)}$ = 149.408, p< .001) สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al.[16] ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม สามารถมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และทางอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการรับรู้ถึงประโยชน์เป็นอย่างดีในทุกด้าน อาทิเช่น ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัส การป้องกันเชื้อโรค การออกกำลังกายการเข้าสังคม การทำกิจกรรมผ่านคลายความเครียด และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวี ในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานคร ก่อนเข้าระบบการรักษาจะต้องได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลทุกรายเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี ประโยชน์ของการรักษา และประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม[17] สอดคล้องกับงานวิจัยของพงศ์พล หนูดอนทราย, วรรณรัตน์ ลาวัง และพรนภา หอมสินธุ์[5] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านกิจกรรมทางกายและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (b= 0.409) การรับรู้อุปสรรค (b= -0.170) การรับรู้ประโยชน์ (b = 0.374) และการสนับสนุนทางสังคม (b=0.248) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 47.1(R^2= 0.482, R^2_{adj}= 0.471, P-value= <0.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรทางการแพทย์ในทัณฑสถาน สามารถนำผลวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ลดอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมในทัณฑสถานร่วมกับส่งเสริมให้บุคคลในทัณฑสถานทั้งพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) หรือเพื่อน สนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสม

2. บุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำควรมีการสนับสนุน หรืออำนวยความสะดวกการออกกำลังกาย และกิจกรรมลดความเครียดในผู้ต้องขัง โดยช่วยเหลือผู้ต้องขังให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตขณะอยู่ในเรือนจำและเมื่อพ้นโทษ เพื่อให้มีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และลดการรับรู้อุปสรรค ตลอดจนจัดให้บุคคลในเรือนจำสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมตามบริบทของเรือนจำ

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมองค์ความรู้ในกลุ่มผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มอื่น เช่น ผู้ต้องขังชายที่มีพฤติกรรมที่แตกต่างจากเพศหญิง ผู้ต้องขังเยาวชน ที่เป็นกลุ่มวัยของการเปลี่ยนแปลง อยากรู้อยากลองหาประสบการณ์ใหม่ ๆ และเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น เพื่อการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงยากได้ครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเชิงลึกในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม เพื่อให้เข้าใจปัญหา ข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรม และความต้องการของผู้ต้องขังได้อย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ต้องขังหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามในครั้งนี้จนทำให้งานสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้อำนวยการทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ที่สนับสนุนในงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สุเมธ องค์วรรณดี, ศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่เลขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2560. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. กรมราชทัณฑ์. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560–2573: แผนยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคม ให้มีคุณภาพ รอบด้าน และยั่งยืน. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์; 2562ก.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP WEB REPORT). 1 ตุลาคม 2563 [เข้าถึงได้จาก: http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/home.jsp]
5. พงศ์พล หนูดอนทราย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
6. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์. คู่มือการอบรมสร้างเสริมทักษะบุคลากรกรมราชทัณฑ์ ในด้านโรคเอดส์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี ตับอักเสบซี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย; 2562.
7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การขับเคลื่อนคุกไทยสู่เรือนจำสุขภาวะ. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา; 2560.
8. Pender N, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. London: Pearson Education Inc.; 2015.
9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
10. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
11. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: A report from northern Thailand. Psychogeriatrics. 2012; 12:11–7.
13. Likert R. The method of constructing an attitude scale. Archives of Psychology. 1932; 140:44–53.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
15. สุวรีย์ ศิริโภคาภิรมย์. การวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี; 2546.
16. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2011.
17. งานยาต้านไวรัส ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. รายงานผลการดำเนินงานบริการด้านการปรึกษาและการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์; 2564.

การพัฒนาระบบการสื่อสารการบริการผู้ป่วยนอกด้วยแอพพลิเคชั่นไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ; Development of communication system for the Out-patient Department by Line application at Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

วารีรัตน์ วงศ์ปฏิมาพร[1]
Wareerat Wongpatimaporn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอก ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ พัฒนาและทดลองใช้ระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ และประเมินประสิทธิผลของระบบต่อความพึงพอใจและประสิทธิภาพการสื่อสาร ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 12 เดือน โดยใช้กระบวนการ ADDIE Model และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะทำงานผู้ป่วยนอก จำนวน 12 คน สำหรับการพัฒนารูปแบบ และบุคลากรพยาบาล จำนวน 14 คน ผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน รวม 114 คน สำหรับการประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้งาน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินประสิทธิภาพระบบ สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบได้ระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย 6 เมนูหลัก ได้แก่ ข้อมูลโรงพยาบาล ความรู้สุขภาพ นัดหมาย ปรึกษาพยาบาล บันทึกอาการ และติดต่อเรา ผลจากผู้ลงทะเบียนใช้งาน พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการตอบกลับข้อความ 12.35 นาที การตอบกลับภายใน 30 นาทีร้อยละ 94.20 ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้เกี่ยวกับระบบการสื่อสารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.50 เป็นร้อยละ 92.80 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.20 เป็นร้อยละ 85.60 อัตราการมารักษาตรงนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.30 เป็นร้อยละ 91.70 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วันลดลงจากร้อยละ 12.40 เหลือร้อยละ 4.80 คิดเป็นการลดลงร้อยละ 61.29 ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.67 จาก 5.00 ความพึงพอใจของพยาบาลเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.45 จาก 5.00 ฟีเจอร์ที่ได้รับความนิยมสูงสุดคือการนัดหมาย ร้อยละ 89.40 รองลงมาคือการปรึกษาพยาบาล ร้อยละ 78.50 และความรู้สุขภาพ ร้อยละ 72.10 การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าตัวแปรทุกด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.001$)

คำสำคัญ: ระบบการสื่อสาร, แอปพลิเคชันไลน์, การพยาบาลผู้ป่วยนอก

Abstract

This research was an action research study. The objectives were to study the outpatient nursing communication situation, problems, obstacles, and needs in using the LINE application. The study aimed to develop and pilot an outpatient nursing communication system using the LINE application, and to evaluate the effectiveness of the system on satisfaction and communication efficiency. The study was conducted from October 2022 to September 2023, a total of 12 months, using the ADDIE Model and Orem's Self-Care Theory. The sample consisted of 12 outpatient staff members for model development, 14 nursing personnel, and 100 outpatients (114 total) for evaluation. The research instruments included focus group discussions, general information questionnaires, knowledge assessments, user behavior assessments, satisfaction assessments, and system efficiency assessments. Statistics used included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests for pre- and post-hoc comparisons.

The study results found that the development of the format resulted in a communication system for outpatient nursing using the Line application, consisting of 6 main menus: hospital information, health knowledge, appointments, nurse consultation, symptom recording, and contact us. The results from registered users found that the average time to respond to messages was 12.35 minutes, with 94.20 percent responding within 30 minutes. The results of using the format found that Knowledge of communication systems increased from 45.50% to 92.80%. Self-care behaviors increased from 58.20% to 85.60%. The appointment attendance rate increased from 76.30% to 91.70%. The seven-day readmission rate decreased from 12.40% to 4.80%, representing a 61.29% decrease. Patient satisfaction increased significantly, with an average score of 4.67 out of 5.00. Nurse satisfaction also increased significantly, with an average score of 4.45 out of 5.00. The most popular feature was appointment making at 89.40%, followed by nurse consultation at 78.50%, and health knowledge at 72.10%. A statistical test of difference revealed significant improvements in all variables at the .05 level ($p<.001$).

Keywords: communication systems, LINE application, outpatient nursing

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคอนสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั่วโลก ตลาดสุขภาพดิจิทัลทั่วโลกมีมูลค่าสูงถึง 96.50 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2020 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพเป็นแนวโน้มสำคัญที่เกิดขึ้นภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้การใช้บริการเทเลเมดิซีนเพิ่มขึ้นร้อยละ 154.00 ในไตรมาสแรกของปี 2020 เมื่อเทียบกับปี 2019 ตลาดเทเลเมดิซีนทั่วโลกมีมูลค่า 83.40 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2022 คาดการณ์เติบโตถึง 327.00 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2030 ด้วยอัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 19.00 ปี 2022 ผู้รับบริการร้อยละ 80.00 รายงานว่าเคยใช้บริการเทเลเมดิซีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.00 ในปี 2021 การใช้อุปกรณ์เฝ้าระวังผู้ป่วยทางไกลมีจำนวน 23.40 ล้านรายในสหรัฐอเมริกาในปี 2022 ผู้ชาวอเมริกันร้อยละ 80.00 สนับสนุนการเฝ้าระวังผู้ป่วยทางไกล[1] แพทย์ร้อยละ 93.00 ในปี 2022 เชื่อว่าเครื่องมือสุขภาพดิจิทัลช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.00 ในปี 2016 การเข้าถึงบริการปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 52.00 จากร้อยละ 4.00 เป็นร้อยละ 56.00 ประเทศสหรัฐอเมริกาและสวีเดนมีโรงพยาบาลที่ให้บริการออนไลน์สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 และร้อยละ 58.00 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพเป็นแนวโน้มสำคัญที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2]

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต 57.00 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 81.80 ของประชากรทั้งหมด ใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 9.00 ชั่วโมง 11.00 นาทีต่อวัน ติดอันดับ 1.00 ของโลก มีผู้ใช้งานโซเชียลมีเดีย 52.00 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74.90 ของประชากร แอปพลิเคชันไลน์เป็นแพลตฟอร์มยอดนิยมอันดับหนึ่งในประเทศไทย มีผู้ใช้งาน 49.00 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 94.00 ของผู้ใช้โซเชียลมีเดีย ผู้ใช้งานไลน์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25.00-34.00 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 35.00-44.00 ปี และช่วงอายุ 18.00-24.00 ปี [3] นโยบายกระทรวงสาธารณสุขปี 2566-2568 มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ เชิงรุก ทันสมัย ให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้องเป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว[4]

การพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์มีตัวแปรสำคัญ 3.00 ประการ ได้แก่ ระบบการสื่อสารการพยาบาล แอปพลิเคชันไลน์ และการบริการผู้ป่วยนอก ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดหลักที่เน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง ทฤษฎีนี้แบ่งระบบการพยาบาลเป็น 3.00 ระบบ คือ ระบบชดเชยทั้งหมด ระบบชดเชยบางส่วน และระบบสนับสนุนการศึกษา โดยเน้นให้ผู้ป่วยเสริมสร้างการดูแลตนเองขณะรับการพยาบาลมืออาชีพ เพื่อปรับปรุงความสามารถในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิได้จัดบริการเพิ่มเพื่อรองรับนโยบาย DMHTT เช่น คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน การส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกในจังหวัดชัยภูมิปี 2562-2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในปี 2564 เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 28.00-32.00 จากปี 2563 เนื่องจากการเพิ่มจุดบริการตามนโยบาย DMHTT[5] ช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและโรงพยาบาลยังมีข้อจำกัด การติดต่อทางโทรศัพท์พบปัญหาสายไม่ว่าง สายหลุดระหว่างการโอนสาย เว็บไซต์ให้บริการเฉพาะเรื่องประกาศต่าง ๆ เฟซบุ๊กไม่มีการตอบคำถามด้านสุขภาพ โรงพยาบาลคอนสวรรค์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 30.00 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ อำเภอคอนสวรรค์มีประชากร 62,875.00 คน[6] แผนกผู้ป่วยนอกให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น. จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกปี 2562-2564 เท่ากับ 48,824.00 ครั้ง 45,194.00 ครั้ง และ 60,638.00 ครั้ง ตามลำดับ (โรงพยาบาลคอนสวรรค์, 2564) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 34.16 ในปี 2564 เมื่อเทียบกับปี 2563 จากการเพิ่มจุดบริการตามนโยบาย DMHTT ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ บริการส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและแผนกผู้ป่วยนอกยังด้อยประสิทธิภาพ การติดต่อทางโทรศัพท์พบปัญหาความล่าช้า สายหลุดระหว่างการโอนสาย สายไม่ว่างต้องรอนาน เว็บไซต์ของโรงพยาบาลให้บริการเฉพาะเรื่องประกาศต่าง ๆ เช่น ประกาศจ้างงาน ประกาศจัดซื้อจัดจ้าง เฟซบุ๊กของโรงพยาบาลไม่มีการสอบถามข้อมูลสุขภาพ พบแต่ข้อความต่อว่า วิพากษ์วิจารณ์บุคลากรและโรงพยาบาล ในยุคสื่อสังคมออนไลน์และจากสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกในแบบเดิมไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในยุคปัจจุบัน

จากสถานการณ์ดังกล่าว การพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์จึงเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลคอนสวรรค์ เนื่องจากแอปพลิเคชันไลน์เป็นแพลตฟอร์มที่ผู้รับบริการใช้งานอยู่แล้ว สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ไม่จำกัดสถานที่ เวลา ช่วยลดภาระการทำงานของบุคลากร เพิ่มช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการยกระดับการสื่อสารด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอก ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อการสื่อสารการพยาบาล โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้ระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) และกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบ ADDIE Model ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลา 8 เดือน การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์ (Analysis) ระยะการออกแบบ (Design) ระยะการพัฒนา (Development) ระยะการนำไปใช้ (Implementation) และระยะการประเมินผล (Evaluation) โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประกอบด้วย ขั้นตอนพัฒนารูปแบบ ได้แก่ คณะทำงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ ในขั้นตอนประเมินผล ประกอบด้วย พยาบาลและผู้ให้บริการในงานผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนพัฒนารูปแบบ ได้แก่ คณะทำงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ จำนวน 12 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบ ประกอบด้วย พยาบาลและผู้ให้บริการในงานผู้ป่วยนอก จำนวน 14 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 100 คน รวมจำนวน 114 คน ของเครือข่ายหน่วยบริการจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคัดเลือกด้วยกระบวนการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อเจ้าหน้าที่ และสุ่มตามลำดับผู้มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วน โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากประชากร เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สูตรในการประมาณค่าสัดส่วน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร

จากผลการคำนวณ ได้ 99.84 ราย ปัดเป็น 100 ราย โดยคัดเลือกด้วยกระบวนการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ป่วยนอก จำนวนประชากร (N) = 14 ราย (พยาบาลและผู้ให้บริการในงานผู้ป่วยนอก) เนื่องจากจำนวนประชากรมีจำนวนน้อย จึงใช้การสำรวจแบบเต็มจำนวน (Census) โดยศึกษาจากบุคลากรพยาบาลทั้งหมด 14 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบ

ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับฟังข้อมูลเชิงลึกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค ความต้องการในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งเพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยมีประเด็นการสนทนาครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคของการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอก ความต้องการในการพัฒนาระบบการสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์ และข้อเสนอแนะในการออกแบบและพัฒนาระบบ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล ประกอบด้วย 5 ชุด ดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยนอก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ จำนวนครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยนอก (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) ประเภทโรคหรือการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับบุคลากรพยาบาล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงานในแผนกผู้ป่วยนอก ประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันไลน์

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มี 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้สำหรับผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากเอกสารวิชาการและแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารทางสุขภาพดิจิทัล มีลักษณะเป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการมีระบบการสื่อสารผ่านไลน์ การเพิ่มบัญชี LINE Official Account การขอข้อมูลสุขภาพ การนัดหมายการปรึกษา การรายงานอาการ การรับการแจ้งเตือน และเวลาทำการตอบกลับ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ค่าคะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ค่าคะแนนคือ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[7] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 7-8 คะแนน ความรู้ระดับดี
คะแนน 5-6 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน 0-4 คะแนน ความรู้ระดับต้องปรับปรุง

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้สำหรับบุคลากรพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากเอกสารวิชาการและแนวทางการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลดิจิทัล มีลักษณะเป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ค่าคะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ค่าคะแนนคือ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน ความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[7] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 7-8 คะแนน ความรู้ระดับดี
คะแนน 5-6 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน 0-4 คะแนน ความรู้ระดับต้องปรับปรุง

3) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้งานระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มี 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้งานสำหรับผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวคิดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 8 ข้อ ใช้มาตรวัด 3 ระดับ โดยกำหนดให้ ใช้บ่อย หมายถึง ผู้ตอบใช้งานฟีเจอร์นั้นบ่อยครั้ง ใช้เป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ตอบใช้งานฟีเจอร์นั้นเป็นบางครั้ง และไม่เคยใช้ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยใช้งานฟีเจอร์นั้นเลย เกณฑ์การให้คะแนน ใช้บ่อย ค่าคะแนน 3 คะแนน ใช้เป็นครั้งคราว ค่าคะแนน 2 คะแนน ไม่เคยใช้ ค่าคะแนน 1 คะแนน การแปลผลคะแนน พฤติกรรมการใช้งานใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[7] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 20-24 คะแนน พฤติกรรมการใช้งานระดับดี
คะแนน 15-19 คะแนน พฤติกรรมการใช้งานระดับปานกลาง
คะแนน 8-14 คะแนน พฤติกรรมการใช้งานระดับต้องปรับปรุง

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้งานสำหรับบุคลากรพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวทางปฏิบัติด้านการพยาบาลดิจิทัลและมาตรฐานการสื่อสารทางสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 7 ข้อ ใช้มาตรวัด 4 ระดับ โดยกำหนดให้ ใช้ทุกวัน หมายถึง ผู้ตอบใช้งานฟีเจอร์นั้นทุกวันทำงาน ใช้บ่อย หมายถึง ผู้ตอบใช้งานฟีเจอร์นั้นบ่อยครั้ง ใช้เป็นครั้งคราว หมายถึง ผู้ตอบใช้งานฟีเจอร์นั้นเป็นบางครั้ง และไม่เคยใช้ หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยใช้งานฟีเจอร์นั้นเลย เกณฑ์การให้คะแนน ใช้ทุกวัน ค่าคะแนน 4 คะแนน ใช้บ่อย ค่าคะแนน 3 คะแนน ใช้เป็นครั้งคราว ค่าคะแนน 2 คะแนน ไม่เคยใช้ ค่าคะแนน 1 คะแนน การแปลผลคะแนน พฤติกรรมการใช้งานใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[7] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 23-28 คะแนน พฤติกรรมการใช้งานระดับดี
คะแนน 17-22 คะแนน พฤติกรรมการใช้งานระดับปานกลาง
คะแนน 7-16 คะแนน = พฤติกรรมการใช้งานระดับต้องปรับปรุง

4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มี 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น โดยอ้างอิงจากแนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการและคุณภาพการบริการทางสุขภาพดิจิทัล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 23 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดให้ พึงพอใจมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับสูงสุด พึงพอใจมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับสูง พึงพอใจปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับกลาง พึงพอใจน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับต่ำ และพึงพอใจน้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับต่ำสุด เกณฑ์การให้คะแนน พึงพอใจมากที่สุด ค่าคะแนน 5 คะแนน พึงพอใจมาก ค่าคะแนน 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ค่าคะแนน 3 คะแนน พึงพอใจน้อย ค่าคะแนน 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด ค่าคะแนน 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ความพึงพอใจใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[7] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00	พึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	พึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.00	พึงพอใจระดับน้อย

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับบุคลากรพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อระบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น โดยอ้างอิงจากแนวคิดความพึงพอใจในการทำงานและการยอมรับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 23 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดให้ พึงพอใจมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับสูงสุด พึงพอใจมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับสูง พึงพอใจปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับกลาง พึงพอใจน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับต่ำ และพึงพอใจน้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความพึงพอใจในระดับต่ำสุด เกณฑ์การให้คะแนน พึงพอใจมากที่สุด ค่าคะแนน 5 คะแนน พึงพอใจมาก ค่าคะแนน 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ค่าคะแนน 3 คะแนน พึงพอใจน้อย ค่าคะแนน 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด ค่าคะแนน 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ความพึงพอใจใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[7] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00 พึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 พึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.00 พึงพอใจระดับน้อย

5) แบบประเมินประสิทธิภาพระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนาขึ้น โดยอ้างอิงจากแนวคิดการประเมินประสิทธิภาพระบบสารสนเทศทางการแพทย์และมาตรฐานการสื่อสารทางสุขภาพดิจิทัล แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินระยะเวลาในการตอบกลับข้อความ (5 รายการ) การประเมินความถูกต้องของข้อมูล (5 รายการ) การประเมินอัตราการใช้งานระบบ (8 รายการ) การประเมินความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (5 รายการ) และการประเมินความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย (5 รายการ) โดยเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ การแปลผลประสิทธิภาพระบบ ใช้เกณฑ์ดังนี้

ระยะเวลาในการตอบกลับข้อความ ประเมินจากร้อยละของข้อความที่ตอบกลับ 24 ชั่วโมง

≥ ร้อยละ 80.00 ประสิทธิภาพระดับดี,
ร้อยละ 60.00-79.00 ประสิทธิภาพระดับปานกลาง,
< ร้อยละ 60.00 ประสิทธิภาพระดับต้องปรับปรุง

ความถูกต้องของข้อมูล ประเมินจากร้อยละของข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

≥ ร้อยละ 95.00 ประสิทธิภาพระดับดี
ร้อยละ 85.00-94.00 ประสิทธิภาพระดับปานกลาง
< ร้อยละ 85.00 ประสิทธิภาพระดับต้องปรับปรุง

อัตราการใช้งานระบบ ประเมินจาก ร้อยละการใช้งานจริง

≥ ร้อยละ 80.00 ประสิทธิภาพระดับดี,
ร้อยละ 60.00-79.00 ประสิทธิภาพระดับปานกลาง
< ร้อยละ 60.00 ประสิทธิภาพระดับต้องปรับปรุง

ความสะดวกในการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องในการดูแล ประเมินจาก การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้ระบบ หากตัวเลขดีขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยพลาดนัดลดลง การติดตามอาการต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ข้อร้องเรียนลดลง หมายถึง ประสิทธิภาพระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เกณฑ์การพิจารณา ข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา สามารถนำไปใช้ได้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC < 0.5 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.86-1.00 ภาพรวม IOC=0.80 แสดงว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี จึงนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล **การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยแบ่งเป็น 1) กลุ่มทดลองใช้สำหรับผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลข้างเคียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดและลักษณะการให้บริการผู้ป่วยนอกใกล้เคียงกับโรงพยาบาลคอนสวรรค์ 2) กลุ่มทดลองใช้สำหรับบุคลากรพยาบาล จำนวน 15 คน จากพยาบาลวิชาชีพและผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลข้างเคียงในจังหวัดชัยภูมิ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า และใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) สำหรับแบบสอบถามความรู้ที่มีคำตอบแบบถูกหรือผิด โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น (Reliability Coefficient) ≥ 0.70 ถือว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ จากผลการทดสอบพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.78-0.94 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (≥ 0.70) เครื่องมือวิจัยนี้ในภาพรวม มีค่า Cronbach's Alpha = 0.87 แสดงว่าเครื่องมือที่สร้างขึ้นมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงได้ มีรายละเอียดการประเมินคุณภาพเครื่องมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการพัฒนาระบบ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนา

กลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการทบทวนเอกสาร โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอก ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อการสื่อสารการพยาบาล โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

การวิเคราะห์ (Analysis) จากการศึกษาสถานการณ์ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับคณะทำงานพัฒนาระบบ จำนวน 12 คน การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน การสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติการบริการ รวมทั้งการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล จากการศึกษาสถานการณ์การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอก ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าระบบการสื่อสารในปัจจุบันมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ช่องทางการสื่อสารที่ไม่เพียงพอและไม่ทันสมัย การเข้าถึงบริการที่ล่าช้าและไม่สะดวก การขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย อัตราการพลาดนัดและการมารับบริการซ้ำที่สูง และภาระงานของบุคลากรพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้รับบริการและบุคลากรพยาบาลมีความต้องการในการพัฒนาระบบการสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการข้อมูลสุขภาพและความรู้ ความต้องการการนัดหมายและการแจ้งเตือน ความต้องการการปรึกษาและการตอบคำถาม ความต้องการการติดตามอาการและการดูแลต่อเนื่อง ความต้องการความสะดวกในการขอรับบริการ และความต้องการด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์นี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบและพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ให้ตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ และสอดรับกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 9 ในการยกระดับการสื่อสารด้านสุขภาพให้ทันสมัย เข้าถึงง่าย และมีประสิทธิภาพ

2. การออกแบบและพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

2.1 การออกแบบ (Design) การออกแบบระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ฟีเจอร์การให้ข้อมูลสุขภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอ E-book และไลฟ์สด "ศุกร์สาระ" เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม 2) ฟีเจอร์การนัดหมายพร้อมระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติล่วงหน้า 1-3 วัน เพื่อลดอัตราการพลาดนัดและเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) ฟีเจอร์การปรึกษาโดยสหสาขาวิชาชีพพร้อม Chatbot ตอบคำถามทั่วไป กำหนดมาตรฐานการตอบกลับภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง 4) ฟีเจอร์การติดตามอาการผ่านแบบฟอร์มและรูปภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและตรวจจับปัญหาได้เร็วขึ้น 5) ฟีเจอร์การส่งต่อข้อมูลและบริการพิเศษ เช่น การขอใบส่งตัวเดิมล่วงหน้าซึ่งลดเวลารอคอยจาก 30-60 นาที เหลือเพียง 5 นาที สอดคล้องกับแนวคิดของ Aday & Andersen เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการประสานงานบริการ 6) ระบบรักษาความปลอดภัยข้อมูลตาม พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เพื่อสร้างความไว้วางใจ 7) Dashboard และระบบจัดการสำหรับบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและลดภาระงาน 8) โครงสร้างการจัดการที่ชัดเจนพร้อม SOP ครอบคลุมทุกกระบวนการ 9) การออกแบบส่วนติดต่อผู้ใช้ที่ใช้งานง่ายผ่าน Rich Menu และไอคอนที่เข้าใจง่าย และ 10) แนวทางสำหรับผู้ที่ไม่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์โดยคงให้บริการรูปแบบเดิมและเพิ่มโทรศัพท์มือถือหมายเลข 088-5656759 เพื่อรักษาหลักความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การออกแบบทั้งหมดใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แนวคิดของ Aday &

Andersen และกระบวนการ ADDIE Model เป็นพื้นฐาน พร้อมเหตุผลทางวิชาการพยาบาลที่สนับสนุนแต่ละองค์ประกอบ เพื่อให้ระบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ตอบสนองความต้องการ และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

2.2 การพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (Development) จากการออกแบบระบบ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ในระยะที่ 3 โดยเริ่มจากการจัดตั้งทีมพัฒนาระบบประกอบด้วย ผู้จัดการโครงการ นักพัฒนาระบบ นักออกแบบ UI/UX ผู้ดูแลระบบฐานข้อมูล และพยาบาลที่ปรึกษา จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนสวรรค์ และได้รับการอนุมัติให้จัดซื้อโทรศัพท์ Smart Phone ราคาหลักพันบาท พัฒนา LINE Official Account ชื่อบัญชี "สาระดีดีที่นี่ ไลน์ไทคอนสวรรค์" พร้อมจัดทำ QR Code สำหรับการเพิ่มเพื่อน พัฒนา Rich Menu ที่ประกอบด้วยเมนูหลัก 5 รายการ

2.3 ระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ขั้นสมบูรณ์ จากการพัฒนาผ่านกระบวนการ ADDIE Model ครบทั้ง 5 ระยะ ได้ระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ในรูปแบบสมบูรณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ส่วน

3. การประเมินประสิทธิผลของระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

การประเมินผล (Evaluation) หลังจากการนำระบบไปใช้งานจริง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลประสิทธิผลของระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้ข้อมูลสุขภาพ ด้านการนัดหมาย ด้านการปรึกษา ด้านการติดตามอาการ ด้านการใช้งานระบบ และความพึงพอใจโดยรวม และประเมินประสิทธิภาพของระบบการสื่อสารโดยวิเคราะห์ข้อมูล และประสิทธิภาพการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกหลังการใช้ระบบดีกว่าก่อนการใช้ระบบ เพื่อเป็นแนวทางในการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆ โดยโรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีษะเกษ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณในขั้นตอนประเมินผลระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในกลุ่มผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน และบุคลากรที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 14 คน รวม 114 คน

3.2 การประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ก่อน-หลัง การใช้ระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

1) การประเมินความรู้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก ต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการนำระบบไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก ความรู้เกี่ยวกับระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก มีคะแนนเฉลี่ย 3.59 ± 1.84 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 44.88 อยู่ในระดับต่ำ หลังการนำระบบไปใช้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 7.64 ± 0.62 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95.50 อยู่ในระดับสูง

2) การประเมินความรู้ในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรพยาบาลและผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ต่อ การพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการนำระบบไปใช้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 5.28 ± 1.54 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 66.00 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการนำระบบไปใช้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 7.86 ± 0.36 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 98.25 อยู่ในระดับสูง

3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้งานระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ก่อน-หลัง การใช้ระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

1) การเปรียบเทียบพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการนำระบบไปใช้ พบว่า พฤติกรรมการใช้งานระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก มีคะแนนเฉลี่ย 10.85 ± 2.64 คะแนน จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 45.21 อยู่ในระดับต่ำ หลังการนำระบบไปใช้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 20.93 ± 2.18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 87.21 อยู่ในระดับดี

2) การเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างบุคลากรพยาบาลและผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาล คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการนำระบบไปใช้ พบว่า พฤติกรรมการใช้งานระบบการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 12.07 ± 3.42 คะแนน จากคะแนนเต็ม 28 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 43.11 อยู่ในระดับต่ำ หลังการนำระบบไปใช้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 26.00 ± 1.52 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.86 อยู่ในระดับดี

3.4 การประเมินความพึงพอใจต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ก่อน-หลัง การใช้ระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

1) การประเมินความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการนำระบบไปใช้ พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก มีคะแนนเฉลี่ย 77.92 ± 12.45 คะแนน จากคะแนนเต็ม 115 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 67.76 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการนำระบบไปใช้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 106.52 ± 8.74 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.63 อยู่ในระดับมาก

2) การประเมินความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรพยาบาลและผู้ให้บริการในงานผู้ป่วยนอกต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเค โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนการนำระบบไปใช้ พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 83.36 ± 10.28 คะแนน จากคะแนนเต็ม 115 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 72.49 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการนำระบบไปใช้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 110.14 ± 6.52 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95.77 อยู่ในระดับมาก

3.5 การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการใช้งาน และความพึงพอใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก ก่อน-หลัง การพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับระบบการสื่อสาร พฤติกรรมการใช้งานระบบ และความพึงพอใจต่อระบบการสื่อสารการพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังการพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

3.6 การประเมินประสิทธิภาพระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ก่อน-หลัง การพัฒนาระบบ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ หลังการพัฒนาและนำระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้ ระบบมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านอัตราการใช้งานระบบที่เพิ่มขึ้นสูงสุด ด้านความถูกต้องของข้อมูลที่มีความแม่นยำสูงขึ้น ด้านระยะเวลาในการตอบกลับที่รวดเร็วขึ้น ด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการที่ลดภาระผู้ป่วยและบุคลากร และด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยประเมินจาก 5 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านระยะเวลาในการตอบกลับข้อความ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีจำนวนข้อความที่ได้รับทั้งหมดเพิ่มขึ้นจาก 245 เป็น 856 ข้อความต่อเดือน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 249.39)

2) ด้านความถูกต้องของข้อมูล พบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีจำนวนข้อมูลที่ส่งผ่านระบบทั้งหมดเพิ่มขึ้นจาก 198 เป็น 724 รายการ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 265.66) โดยจำนวนข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนเพิ่มขึ้นจาก 164 เป็น 701 รายการ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 327.44)

3) ด้านอัตราการใช้งานระบบ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ จำนวนผู้ป่วยที่ใช้งานจริงเพิ่มขึ้นจาก 38 เป็น 94 คน จากผู้ป่วยที่ลงทะเบียนทั้งหมด 100 คน (ร้อยละการใช้งานจริงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.00 เป็นร้อยละ 94.00 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 147.37)

4) ด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ จำนวนผู้ป่วยที่ติดต่อทางโทรศัพท์ลดลงจาก 285 เป็น 86 คนต่อเดือน (ลดลงร้อยละ 69.82)

5) ด้านความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังการพัฒนาระบบ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 45 เป็น 89 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 97.78)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอก ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการศึกษาสถานการณ์การสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคอนสวรรค์พบว่าพยาบาลทุกคนใช้โทรศัพท์เป็นช่องทางหลักในการติดต่อสื่อสาร แต่พบปัญหาติดต่อผู้ป่วยไม่ได้มากกว่าครึ่งหนึ่งและผู้ป่วยไม่รับสายเกือบหนึ่งในสาม ผลการศึกษาสอดคล้องกับนัฐยา พานิชย์ดี[8] ที่พบว่าการสื่อสารผ่านโทรศัพท์มีข้อจำกัดด้านเวลาและความไม่สะดวกในการเข้าถึง การที่ผู้ป่วยไม่รับสายอาจเกิดจากกิจกรรมประจำวันที่ไม่สามารถรับสายได้ทันที หรือไม่คุ้นเคยกับเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแล สอดคล้องกับ Bauer et al.[9] ที่ระบุว่าการสื่อสารแบบดั้งเดิมมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและความทันเวลา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาระงานหรือข้อจำกัดด้านเวลาปัญหาสำคัญอีกประการคือไม่มีระบบบันทึกการสื่อสารที่เป็นระบบชัดเจน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลและอาจเกิดข้อผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล

การพัฒนาระบบการสื่อสารการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแอปพลิเคชันไลน์ใช้กระบวนการ ADDIE Model ซึ่งเป็นแนวทางที่เป็นระบบและครบวงจร ผลการศึกษาสอดคล้องกับพัชรี ศรีพุทธาและคณะ[10] และนัฐยา พานิชย์ดี[8] ที่ใช้กระบวนการพัฒนาระบบอย่างเป็นขั้นตอนและมีการทดสอบก่อนนำไปใช้จริง การใช้

กระบวนการที่เป็นระบบช่วยให้ระบบที่พัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานทั้งสองฝ่ายและมีความเสถียร การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ระยะเริ่มต้นช่วยให้ระบบมีความเหมาะสมกับบริบท สอดคล้องกับดารัณ ธนะภูมิชัย และคณะ[11] ที่พบว่าฟีเจอร์การนัดหมายและการให้คำปรึกษาเป็นฟีเจอร์ที่ผู้ป่วยใช้งานบ่อยที่สุด การที่เมนูความรู้สุขภาพได้รับการใช้งานมากเป็นอันดับสาม สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินระบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุดโดยเฉพาะด้านความรวดเร็วในการตอบกลับและความสะดวกในการใช้งาน สะท้อนให้เห็นว่าระบบตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาเดิมได้ดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับดารัณ ธนะภูมิชัย และคณะ[11] และพัชรี ศรีพุทธา และคณะ[10]

ข้อเสนอแนะ

1. การปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท การนำระบบไปใช้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง โดยศึกษาความต้องการของผู้ป่วยนอก ความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยี และศักยภาพของบุคลากร ปรับองค์ประกอบของระบบให้สอดคล้องกับทรัพยากร ลักษณะของผู้รับบริการ และประเภทของโรค เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับตั้งแต่เริ่มต้น

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการใช้งานระบบ การสื่อสารผ่านช่องทางดิจิทัล มารยาทในการสื่อสารออนไลน์ การรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย และการจัดการปัญหาทางเทคนิค รวมทั้งส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย

3. การสร้างความรู้และทักษะให้ผู้ป่วย ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์แก่ผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี จัดทำคู่มือการใช้งานที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบชัดเจน และมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในช่วงเริ่มต้นใช้งาน

4. การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ควรมีระบบติดตามและประเมินผลการใช้งานเป็นระยะ วิเคราะห์ข้อมูลการใช้งาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ นำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานมากขึ้น

5. การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ควรกำหนดแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพอย่างชัดเจน มีการเข้ารหัสข้อมูล จำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล จัดทำข้อตกลงการใช้งาน (Terms of Service) และนโยบายความเป็นส่วนตัว (Privacy Policy) ที่ชัดเจน รวมทั้งให้ความรู้แก่บุคลากรและผู้ป่วยเกี่ยวกับการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล

6. การบูรณาการกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ควรพัฒนาการเชื่อมโยงระบบการสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์เข้ากับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) เพื่อลดภาระการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน เพิ่มความถูกต้องของข้อมูล และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. Rock Health. (2022). Digital health consumer adoption report 2022. San Francisco: Rock Health.
2. NCBI. (2022). Telemedicine adoption in healthcare facilities. National Center for Biotechnology Information. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
3. DataReportal. (2021). Digital 2021: Thailand. Retrieved from https://datareportal.com/reports/digital-2021-thailand
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566-2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
6. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). สถิติประชากร. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย. โรงพยาบาลคอนสวรรค์. (2564). Service profile โรงพยาบาลคอนสวรรค์. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลคอนสวรรค์. Market.us. (2022). Telemedicine statistics. Retrieved from https://media.market.us/telemedicine-statistics/
7. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.
8. นัฐยา พานิชย์ดี. (2566). การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(2):127-42.
9. Bauer G.R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. Social Science & Medicine. 2014;110:10–17. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.03.022.
10. พัชรี ศรีพุทธา และคณะ. (2566). การพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกทันตกรรมและการแจ้งเตือนนัดหมายอัตโนมัติ. วารสารวิชาการการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 (2023): กรกฎาคม-ธันวาคม
11. ดารัณ ธนะภูมิชัย และคณะ. (2566). การพัฒนาแนวทางการใช้ข้อมูลบริการออนไลน์รูปแบบ แอพพลิเคชันไลน์สำหรับผู้ป่วยแบหวานโรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (2566): กรกฎาคม - ธันวาคม 2566.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน;กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of teenage pregnant women in the community: Two case studies.

(Received: October 17,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

ไพฑูรย์ ไทยแท้[1]
Paithoon Thaitae[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ในชุมชน โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา-ทารก แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน การเยี่ยมบ้าน INHOMESS เป็นกรอบในการศึกษา โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับ บริการฝากครรภ์ที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชำสูง จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 16 ปี มารดา G1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก พร้อมสามี อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ครอบครัวของสามี มารดาของสามีเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 อายุครรภ์11 สัปดาห์ by date ผลตรวจเลือด 2 ครั้งพบว่า ความเข้มข้นเลือดมีแนวโน้มลดลง จนเกือบถึงภาวะซีด ตรวจพบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Ferrous Fumarate, Amoxicilline(500) มีความเครียดและวิตกกังวล ขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 16 ปี มารดา G1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7^{+5} สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว สามี โดยสามีเป็นผู้ดูแลหลัก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0อายุครรภ์ 7^{+5} สัปดาห์ by U/S ผลตรวจเลือดครั้งที่1 พบว่าผิดปกติ DCIP: Positive /MCV ต่ำ ส่งตรวจHb typing ผลเป็นSuspected homozygous HbE or Beta-Thallasemia without α-Thal ผลตรวจปัสสาวะ พบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Amoxicilline(500) มีค่าความดันโลหิตที่ค่อนข้างสูง SBP 128-145mmHg เฝ้าระวังภาวะครรภ์เป็นพิษ มีความเครียดและวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย

คำสำคัญ:การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การพยาบาล

Abstract

This study was a case study aimed to study nursing care for pregnant adolescents in the community by comparing two case studies. It used Gordon's health model, concepts and theories related to maternal-infant nursing, community participation concept, home visiting, and INHOMESS as the framework for the study. The target group was pregnant adolescents receiving antenatal care at the Primary and Integrated Care Unit, Sam Sung Hospital, Khon Kaen Province. Data were collected from medical records, interviews with patients and relatives, along with observation, determination of nursing diagnoses, planning nursing interventions, and evaluation of nursing outcomes. Content data was analyzed by comparing two case studies.

The study found that Case Study 1, 16 years old, mother G1P0A0L0, first antenatal care with husband, 11 weeks pregnant, currently living with husband's family, mother-in-law brought her for antenatal care. Doctor diagnosed G1P0A0L0, 11 weeks pregnant by date. 2 blood tests showed a tendency for blood concentration to decrease, almost reaching anemia. Found a urinary tract infection. Treated with Ferrous Fumarate, Amoxicilline (500). Suffered from stress and anxiety during pregnancy. Case Study 2, 16 years old, mother G1P0A0L0, first antenatal care with husband, 7+5 weeks pregnant. Currently living with husband's family, husband is the primary caregiver. First antenatal care with husband. Doctor diagnosed G1P0A0L0,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชำสูง

7+5 weeks pregnant by ultrasound. The first blood test result was abnormal, DCIP: Positive / MCV low. Sent for Hb typing, result suspected homozygous HbE or Beta-Thallasemia without **α**-Thal. Urine test result found urinary tract infection. Both women were treated with amoxicillin (500 mg) and had relatively high blood pressure (SBP) values of 128-145 mmHg. Pregnancy was monitored for preeclampsia. Both women experienced stress and anxiety during pregnancy.

Keywords: Adolescent pregnancy, Nursing

บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาทางสังคมที่ทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย สำหรับสถานการณ์ประเทศไทย อ้างถึงหนังสือสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จาก 1.7 ในปี พ.ศ.2556 เป็น 0.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี1000คน ในปี 2566 และอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 51.1 ในปี พ.ศ..2556 เป็น 20.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1000คนในปี พ.ศ. 2566 สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า จากปีพ.ศ.2562- พ.ศ.2566 มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี คิดเป็น อัตรา 1.4 , 0.9 ,0.9 ,0.8 และ 0.5ต่อประชากรหญิง 1000คน ตามลำดับ และอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็น อัตรา 29.9 , 26.5 , 20.7 , 17.5 และ 17.6 ต่อประชากรหญิง 1000คน ตามลำดับ ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเทียบกับอีก 3 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ จะเกิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยอื่น เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อีกทั้งมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่นการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ทารกเสียชีวิต ในขณะที่ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น ไม่เพียงแต่เกิดในหญิงวัยรุ่นและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังมีผลทางสังคมและเศรษฐกิจ ในระดับชาติด้วย ผลกระทบด้านจิตใจพบว่าอาจเกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่ รู้สึกผิด ภาวะอารมณ์ไม่มั่นคง ภาวะเครียด ซึมเศร้าได้เนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับการ ปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นแม่ และการดำเนินชีวิตครอบครัวมาก่อน ถือเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ขาดวุฒิภาวะในการเป็นแม่ ผลกระทบด้านสังคม ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวนมาก หยุดเรียนและเลิกเรียน กลางคัน แม้จะไม่มีบทบัญญัติที่ห้ามนักเรียนที่ ตั้งครรภ์ไปเรียนหนังสือ[1] ที่โรงเรียน แต่การตัดสินใจ ดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ได้รับการ ยอมรับจากเพื่อนและคนในชุมชนเพราะทำผิดจารีต ประเพณี ถูกผู้ปกครองห้ามไปโรงเรียนเนื่องจากเห็น ว่าเป็นความเสื่อมเสียของครอบครัว หรือมีความจำเป็นต้อง ออกจากโรงเรียนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงต้องการที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งจากคู่ครอง ครอบครัวและสังคม ทั้งการช่วยเหลือดูแลการให้คำปรึกษา การให้ กำลังใจ การยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงความ ต้องการที่จะได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ จากปัญหาและความต้องการดังกล่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ แตกต่างกันไป หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behaviors) ที่ถูกต้อง จะช่วย ให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน ที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกลดลง[3]

จากข้อมูลสถิติของคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลซำสูง มีหญิงที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดในปีงบประมาณพ.ศ. 2565- 2567 เท่ากับ 87 , 82 และ 73 รายตามลำดับ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มี

อายุ 10-19 ปี มารับบริการฝากครรภ์คิดเป็นร้อยละ 10.34 , 12.19 และ 20.55ตามลำดับ โดยพบความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2567 คิดเป็น ร้อยละ 66.67 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ เสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ขณะอยู่ใน ชุมชน และบางส่วนมาจากโรคทางพันธุกรรมที่ผิดปกติที่คัดกรองได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน จำนวน 2 ราย โดยศึกษา ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน[4] เพื่อนำมาพัฒนาในการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างถูกต้อง ตอบสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารกหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับบริการที่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลซำสูง มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือน ตุลาคม2566-พฤษภาคม 2567 การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการ พยาบาลวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล ลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดย การเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 16 ปี มารดา G1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก พร้อมสามี อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี มารดาของสามีเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 อายุครรภ์11 สัปดาห์ by date ผลตรวจเลือด 2 ครั้งพบว่า ความเข้มข้นเลือดมีแนวโน้มลดลง จนเกือบถึงภาวะซีด ตรวจพบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Ferrous Fumarate, Amoxicilline(500) มีความเครียดและวิตกกังวล ขณะตั้งครรภ์

กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 16 ปี มารดา G1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7^{+5} สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว สามี โดยสามีเป็นผู้ดูแลหลัก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0อายุครรภ์ 7^{+5} สัปดาห์ by U/S ผลตรวจเลือดครั้งที่1 พบว่าผิดปกติ DCIP: Positive /MCV ต่ำ ส่งตรวจHb typing ผลเป็น Suspected homozygous HbE or Beta-Thallasemia without α-Thal ผลตรวจปัสสาวะ พบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Amoxicilline(500) มีค่าความดันโลหิตที่ค่อนข้างสูง SBP 128-145mmHg เฝ้าระวังภาวะครรภ์เป็นพิษ มีความเครียดและวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา ผู้ดูแลหลัก วันที่เข้ารับการฝากครรภ์ ครั้งแรกในโรงพยาบาล วันแรกของระดูครั้งสุดท้าย วันกำหนดคลอด การวินิจฉัยโรค	หญิง 16 ปี คู่ นักเรียน 0 บาท/เดือน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต.บ้านโนน อ.ชำสูง จ.ขอนแก่น สามี 17 ตุลาคม 2566 18 กรกฎาคม 2566×4วัน 21 เมษายน 2567 G1P0 GA 11 wk. by date	หญิง 16 ปี คู่ นักเรียน 0 บาท/เดือน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต.คูคำ อ.ชำสูง จ.ขอนแก่น สามี 19 ธันวาคม 2566 28 ตุลาคม 2566×5วัน 20 กรกฎาคม 2567 G1P0 GA 7^{+5} wk. by date
ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจุบัน	มารดา G1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ น้ำหนักแรกรับ 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 44 กิโลกรัม ให้ ประวัติประจำเดือนขาดมาประมาณ 2^{+} เดือน LMP 18 กรกฎาคม 2566×4วัน ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี โดยพ่อแม่รับรู้แล้วยังไม่พร้อมจัดงานแต่งตามประเพณี สามีและแม่สามีเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 11 สัปดาห์ by date ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมตรวจเลือดสามี ส่งตรวจสุขภาพช่องฟัน การตรวจ U/S รับยาบำรุงครรภ์และนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน	มารดา G1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7^{+5} สัปดาห์ น้ำหนักแรกรับ 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 60กิโลกรัม ให้ประวัติประจำเดือนขาดประมาณ 1เดือนกว่า 28 ตุลาคม 2566×5วัน ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี โดย สามีเป็นผู้ดูแลหลัก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 7^{+5} สัปดาห์ by date ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมตรวจเลือดสามี ส่งตรวจสุขภาพช่องฟัน รับยาบำรุงครรภ์ ยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร และสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สาร เสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สาร เสพติด
ประวัติเจ็บป่วยใน ครอบครัว	บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติโรคประจำตัว	บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติโรคประจำตัว
อาการแรกรับ	หญิงตั้งครรภ์G1P0A0L0อายุ 16 ปี ฝากครรภ์ครั้ง แรกที่โรงพยาบาลชำสูง อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ตรวจร่างกายพบน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์44กิโลกรัม ปัจจุบันน้ำหนัก 44 กิโลกรั ม ความสูง 159 เซนติเมตร เยื่อบุตาไม่ซีด เต้านมปกติหัวนมบุ๋ม ทั้งสองข้างไม่มีอาการบวม ไม่มีปวดศีรษะ นอนหลับได้ มีสีหน้ากังวลเล็กน้อย ไม่มีท้องผูกอุจจาระและปัสสาวะ ปกติ มีตกขาวเพิ่มขึ้นไม่คัน รับประทานอาหารได้ ปกติ	หญิงตั้งครรภ์G1P0A0L0 อายุ 16 ปี ฝากครรภ์ครั้ง แรกที่โรงพยาบาลชำสูง อายุครรภ์ 7^{+5} สัปดาห์ ตรวจร่างกาย พบน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์60 กิโลกรัม ปัจจุบันน้ำหนัก 61 กิโลกรัม ความสูง 162 เซนติเมตร เยื่อบุตาไม่ซีด เต้านมปกติหัวนมยาวประมาณ 0.3 เซนติเมตรทั้งสองข้าง มีอาการผะอืดผะอมบางครั้ง เหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีอาการบวม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีท้องผูก อุจจาระและปัสสาวะปกติ มีตกขาวเพิ่มขึ้นไม่คัน
ตรวจครรภ์	ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอดมดลูกอยู่ที่ระดับ 1/3 เหนือSymphysis V/S แรกรับ BT 36.9 C PR 120 /min. RR 20 /min. BP 108/78 mmHg ให้นั่งพักวัดซ้ำ PR110/min BP114/72mmHg	ตรวจครรภ์พบว่า ยังคลำระดับยอดมดลูกไม่ได้ V/S แรกรับ BT 36.8 C PR 118 /min. RR 20 /min. BP 143/86 mmHg ให้นั่งพัก30 นาทีแล้ววัดซ้ำ PR124/min BP132/78mmHg และพักอีกวัดซ้ำ PR118/min BP128/67mmHg
พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	หญิงตั้งครรภ์ มีชีพจรค่อนข้างเร็วPR110-120/min ปัสสาวะขัดเล็กน้อย ปวดหน่วงบริเวณหัวหน่าว ตรวจ ปัสสาวะพบ wbc 20-30 cell/HPE	หญิงตั้งครรภ์มีอาการผะอืดผะอมเล็กน้อย ไม่คลื่นไส้ เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ปัสสาวะไม่ขัด ตรวจปัสสาวะพบ wbc 10-20 cell/ HPE ตรวจเลือด พบ DCIP :Positive MCV 63.6 fl /MCH 20.6 pg Hb typing ผลเป็น Suspected homozygous HbE or Beta-Thallasemia without α-Thal มีภาวะซีดในไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ 16^{+5} สัปดาห์. Hct 31.3 % (ลดลงจากตรวจครั้งแรก Hct 36.8%) มีSBP ค่อนข้างสูง SBP128-145mmHg เฝ้าระวังภาวะครรภ์เป็นพิษ
แบบแผนสุขภาพ	หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0อายุ 16 ปี ฝากครรภ์ครั้ง แรก อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนี มวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในระยะก่อนตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีบุคคลใน ครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และกังวลเกี่ยวกับพ่อแม่กลัวเสียใจ กลัวถูกปฏิเสธไม่ยอมรับ มีมารดาสามีและสามีเป็นผู้ดูแลหลัก การตัดสินใจบางอย่างต้องอยู่ในความดูแลของบิดามารดาสามี ด้านการบริโภคอาหารรับประทานอาหารได้ น้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน นอนหลับพักผ่อน ได้ ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ มีความเครียดเกี่ยวกับบิดาที่ไม่พึงพอใจในการตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุ 16 ปี ฝากครรภ์ครั้ง แรก อายุครรภ์ 7^{+5} สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนี มวลกายปกติตามเกณฑ์มาตรฐานในระยะก่อนตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีบุคคลใน ครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความกังวลเกี่ยวกับอาการแพ้ท้อง และไม่มีรายได้จากการหยุดงาน มีสามี เป็นผู้ดูแลหลัก มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี สามีทำงานรับจ้างในอำเภอเมือง จ. ขอนแก่น เป็นลูกสะใภ้ที่มาอาศัยอยู่กับครอบครัว สามี การตัดสินใจบางอย่างจึงอยู่ในความดูแลของ ครอบครัวสามีเป็นหลัก ด้านการบริโภคอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระปกติ นอนหลับพักผ่อนได้
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วันที่ 17 ตุลาคม 2566 CBC : Hct. 37.8 %,MCV 81.2 fL VDRL : non reactive , HBsAg : negative Anti-HIV : negative DCIP : negative, Blood gr. : B , Rh : positive , วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 Urine analysis (UA) : wbc 20-30 cell/HPE	วันที่ 19 ธันวาคม 2566 CBC : Hct.36.8 % ,MCV 63.6 fL ,VDRL :non reactive HBsAg :negative Anti-HIV:negative DCIP:Positive , Blood gr. : B Rh : positive วันที่ 6 กุมภาพันธุ์ 2567 Repeat CBC : Hct 31.3 % MCV 64.1 fl

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	วันที่ 6 ธันวาคม 2566 Hct 34% วันที่ 16 มกราคม 2567 50gm GCT:132 mg% Urine analysis (UA) : wbc 5-10 cell/HPE วันที่ 19 มีนาคม 2567 LabII : Hct 35% ,VDRL : non reactive , Anti-HIV : negative Urine analysis (UA) : wbc 10-20 cell/HPE	Hb typing : Suspected homozygous HbE or Beta-Thallasemia without **α**-Thal วันที่ 19 มีนาคม 2567 Urine analysis (UA) : wbc 10-20 cell/HPE วันที่ 9 เมษายน 2567 50gm GCT : 117 mg/dl วันที่ 21 พฤษภาคม 2567 Urine analysis (UA) : wbc 3-5 cell/HPE
ยาที่ได้รับ	-Obimin Az 1x1 oral pc เย็น -Folic acid 1x1 oral pc เช้า - CaCo3 1x1 oral pc เช้า - Amoxicilline(500) 1x3 oral pc - Ferrous Fumarate 1x1 oral pc เที่ยง	-Obimin Az 1x1 oral pc เย็น -Folic acid 1x1 oral pc เช้า - CaCo3 1x1 oral pc เช้า - Amoxicilline(500) 1x3 oral pc - Ferrous Fumarate 1x2 oral pc เที่ยง-เย็น
การมาฝากครรภ์ตามนัด	9 ครั้ง (รพ.ชำสูง)	7 ครั้ง(รพ.ชำสูง) 3 ครั้ง (รพศ.ขอนแก่น)มารดาเริ่มไปฝากครรภ์ต่อที่รพศ.ขอนแก่น เมื่อ GA 30^{+6} สัปดาห์. (ติดตามสามีทำงานในอำเภอเมืองขอนแก่น)
การคลอด	คลอด NL ที่รพ.ชำสูง GA 38^{+5} สัปดาห์. น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,320 กรัม , Apgar score 9-10-10	คลอด NL ,Preterm Labour ที่รพศ. ขอนแก่น GA 35^{+5} สัปดาห์น้ำหนักทารกแรกเกิด 2,405 กรัม ,Apgar score 9-10-10

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบ พบว่า

1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

กรณีศึกษารายที่ 1 ภายหลังได้รับความรู้การดูแลตัวเองและ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หญิงตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดในการตรวจเลือดครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นเป็น 35%จากที่เคยมีผลเลือดครั้งแรกปกติแล้วค่อยๆลดลงเป็น 34% เมื่อ GA 19^{+1}สัปดาห์ ซึ่งก็ถือว่าไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน พัฒนาการทารกในครรภ์ปกติ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์สัมพันธ์กับอายุครรภ์ก่อนตั้งครรภ์พบภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ไตรมาส 1 น้ำหนัก ยังไม่เพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย = 17.40 ไตรมาส 2 น้ำหนักเพิ่ม 11 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 21.76 ไตรมาส 3 น้ำหนักเพิ่ม 17 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 24.13 โดยไตรมาส 2และ3 พบน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ จากการฝากครรภ์ต่อเนื่อง แพทย์ตรวจร่างกาย และอัลตร้าซาวด์ทารก มีพัฒนาการในครรภ์ปกติ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์สัมพันธ์กับอายุ ครรภ์ และเมื่ออายุครรภ์ 37^{+5} สัปดาห์ วัดขนาดของมดลูกได้ 37 เซนติเมตร แพทย์จึงได้ยืนยันด้วยอัลตร้าซาวด์ คาดคะเนน้ำหนักทารก 2,969 กรัม

กรณีศึกษารายที่ 2 ตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ พบมีผล CBC : Hct.36.8 % ,MCV 63.6 fL DCIP:Positive, Hb typing : Suspected homozygous HbE or Beta-Thallasemia without **α**-Thal และผลเลือดสามี ผลปกติ ส่งพบแพทย์ และได้ติดตามความเข้มข้นของเลือดซ้ำ

พบว่ามีภาวะซีด Hct 31.3% เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย ให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพิ่ม เน้นโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย มีการติดตามอย่างเข้มข้น มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม ในไตรมาส 1 ค่าดัชนีมวลกาย = 24.0 ไตรมาส 2 น้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 27.05 โดยไตรมาส 1 พบน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ ส่วนไตรมาส 3 ประเมินไม่ได้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ย้ายไปอยู่กับสามีในอำเภอเมือง จ.ขอนแก่น เมื่อตอนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์และได้ฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จนถึงวันคลอด

หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตค่อนข้างสูงเล็กน้อย เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์(Pregnancy induced Hypertension : PIH)โดยค่าความดันโลหิต SBP ระหว่าง 128-145 มม.ปรอท และ ค่าความดันโลหิต DBP ระหว่าง 68-89 มม.ปรอท ไม่มีภาวะบวมตามร่างกาย ไม่มีปวดศีรษะ หลังให้ความรู้การดูแลตัวเอง ปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องตามนัด ผลการตรวจครรภ์ ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจปกติ แพทย์ทำการตรวจอัลตร้าซาวด์ใน ไตรมาส 3 กรณีศึกษารายที่ 1 คะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 2,969 กรัม กรณีศึกษารายที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ได้ไปฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จนถึงวันคลอด

2.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 ผลตรวจปัสสาวะในการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ผล Urine analysis (UA) : wbc 20-30 cell/HPE หญิงตั้งครรภ์ มีอาการปัสสาวะขัดเล็กน้อย ไม่ไข้ ปวดหน่วงท้องน้อยร่วมด้วย แพทย์ให้ การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ครบ 7วันและนัดติดตามผล Urine analysis (UA) : ปกติ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ ยังมีผลตรวจปัสสาวะที่แสดงถึงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะโดยไม่มีอาการ อาการแสดงใดๆร่วม มีเพียงผลตรวจปัสสาวะที่ผิดปกติ ในการฝากครรภ์ครั้งที่ 4 (อายุครรภ์ 24^{+5} สัปดาห์) และ 6 (อายุครรภ์ 34^{+5} สัปดาห์) โดยทุกครั้ง ได้รักษาให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ครบ7วันและนัดติดตามผล Urine analysis (UA) : ปกติ โดยไม่พบอาการท้องปั้นและไม่คลอดก่อนกำหนด จนถึงอายุครรภ์ 38+5 สัปดาห์ คลอดปกติ ที่โรงพยาบาลชำสูง ทารกแข็งแรงดี น้ำหนักแรกเกิด 3,320 กรัม

กรณีศึกษารายที่ 2 ผลตรวจปัสสาวะในการฝากครรภ์ครั้งที่ 5(อายุครรภ์ 22^{+6} สัปดาห์) ผล Urine analysis (UA) : wbc 10-20 cell/HPE ไม่มีอาการปัสสาวะขัด ไม่มีปวดหน่วงท้องน้อย แพทย์ให้การรักษาด้วยยา ปฏิชีวนะต่อเนื่องครบ7วัน นัดติดตามอาการ ตรวจปัสสาวะผลปกติ เช่นเดียวกับกรณีศึกษารายที่ 1 และในการฝากครรภ์ครั้งที่ 7 (อายุครรภ์ 30^{+6} สัปดาห์) มีผล Urine analysis (UA) : wbc 3-5 cell/HPE โดยไม่มีอาการ อาการแสดงใดๆ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต่อเนื่องครบ7วัน และนัดติดตามอาการ อีก1 สัปดาห์ แต่หญิงตั้งครรภ์ได้ย้ายไปพักอาศัยกับสามีที่อำเภอเมืองขอนแก่นและได้ไปฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นจนกระทั่งคลอด พบว่าเป็นคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 35^{+5} สัปดาห์ ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,405 กรัม แข็งแรงดี

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความรู้ความเข้าใจใน การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มาตรวจตามนัดทุกครั้ง มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมเครือข่ายสุขภาพ มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ดี

3.ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า เป็นหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ขณะตั้งครรภ์ ไม่มีความรู้ในการเลือกรับประทาน อาหาร การรับประทานยาบำรุง ข้อควรระวังและข้อ ห้ามระหว่างตั้งครรภ์ ภายหลังได้รับความรู้และคำแนะนำจากการลงติดตามเยี่ยมบ้านของทีม เครือข่ายสุขภาพ พบว่าหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลมีความเข้าใจในแบบแผนการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ มีสีหน้าสดชื่น และเข้าใจแผนการดูแลตนเองมากขึ้น

4.มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เนื่องจาก อายุน้อย ไม่มีประสบการณ์ในการ ตั้งครรภ์และการคลอด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ อารมณ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าในช่วงแรกๆ ที่มาฝากครรภ์ มีสีหน้ากังวล และพูดน้อย ก้มหน้าไม่ค่อยสบตา หลังจากที่ได้พูดคุยแบบเป็นกันเอง ใช้คำพูดเรียกหญิงตั้งครรภ์ว่าลูกทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีเสมือนแม่ดูแลลูก ส่งผลให้คลายความกังวลใจ กล้าซักถาม ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น การใช้เครื่องมือแบบคัดกรองซึมเศร้า(2Q plus)/แบบประเมินความเครียด (ST-5) ทุกครั้งเพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตและให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง2 รายมีสภาพจิตใจที่ดี มีความเครียดแต่สามารถจัดการได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

สรุปและอภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นถือเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จำเป็นจะต้องใช้กระบวนการที่ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อศึกษาการ พยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น เพิ่มความเสี่ยง ต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซีด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงโรคติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ระหว่างตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกายและจิตใจระหว่างการตั้งครรภ์ การไม่ได้สัดส่วนของส่วนนำทารกกับอุ้งเชิงกราน การคลอดก่อนกำหนด ส่วนในระยะคลอดอาจมีปัญหาคลอดยาก ผลสำเร็จของ การรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งสองรายมี ความปลอดภัย เนื่องจากมีการประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาลและ ประเมินผลโดยยึดหลักองค์รวม ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ[4] และ เยาวชน มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และค่านิยม เพื่อ นำไปสู่การเสริมพลังในการเลือกที่จะปรับพฤติกรรมตาม แผนสุขภาพของกอร์ดอน[5] แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่น ครอบครัว และชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ คลายความกังวล เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือใน การรักษาพยาบาล การพยาบาลเชิงป้องกัน เช่น ส่งเสริมการจัดการ เรียนรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ ให้แก่เด็กและเยาวชน เสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง เพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ช่วยให้เด็กมีความรอบรู้เกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์และการอนามัยเจริญพันธุ์[3]

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติพงศ์แซ่เจ็ง และคณะ.(2558).คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น.
2. สุพร อภินันทเวช. (2553). การให้คำปรึกษาในวัยรุ่นตั้งครรภ์. อ้างใน ธราธิป โละหัต และคณะ. (บรรณาธิการ), วัยรุ่นตั้งครรภ์และ ทารกคลอดก่อนกำหนด ปัญหาที่ท้าทาย (หน้า 107-112). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับบลิชชิ่ง.
3.กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ.2567 .กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.

4. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2563). การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด.แนวคิดและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์มรภาวะแทรกซ้อน ปรับปรุงใหม่.
5. วัฒนา ศรีพจนารถ.(2543). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์:แบบแผนสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์;2543

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of stroke patients with atrial fibrillation: 2 case studies.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

ขวัญอรุณ มักขุนทด[1]
Khwanarun Mugkuntod[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐาน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสังเกต ใช้การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด เป็นมา 2 ชั่วโมง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลมัญจาคีรี มีประวัติโรคหอบหืด แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ประเมิน NIHSS 18 คะแนน ผลตรวจ EKG พบ Atrial fibrillation ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้รับการพยาบาลครอบคลุม 7 ปัญหา ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออก มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล และการช่วยเหลือตนเองบกพร่อง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอนโรงพยาบาล 8 วัน ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ได้ เป็นมา 1 ชั่วโมง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลบ้านฝางปฏิเสธโรคประจำตัว แพทย์วินิจฉัย Acute cerebral infarction ประเมิน NIHSS 31 คะแนน ผลตรวจ EKG พบ Atrial fibrillation ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อนำลิ่มเลือดออก ได้รับการพยาบาลครอบคลุม 8 ปัญหา เพิ่มเติมจากรายที่ 1 คือ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง นอนโรงพยาบาล 14 วัน ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, หัวใจห้องบนเต้นระริก, การพยาบาล

Abstract

This comparative case study of two patients aimed to examine nursing care for stroke patients with atrial fibrillation and to develop efficient and standardized care guidelines. The study involved two stroke patients with atrial fibrillation who were admitted to the Stroke Unit at Khon Kaen Hospital between April and September 2025. Data collection tools included medical record reviews, patient interviews, and observations. A health assessment utilized Gordon's 11 Functional Health Patterns to establish nursing diagnoses. Orem's Self-Care Theory was applied in patient care.

Results: Case study 1 involved a Thai female with left-sided limb weakness and slurred speech for 2 hours. She was referred from Mancha Khiri Hospital and had a history of asthma. The physician diagnosed acute cerebral infarction with an NIHSS score of 18. EKG revealed atrial fibrillation. The patient received rt-PA thrombolytic therapy. Nursing care addressed 7 problems: risk of increased intracranial pressure, risk of inadequate cerebral tissue oxygenation, risk of bleeding, fluid and electrolyte imbalance, risk of inadequate

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

nutrition, patient and family anxiety, and self-care deficit. The patient experienced no complications. She was hospitalized for 8 days and was transferred back to a local hospital. Case study 2 involved a Thai female with right-sided limb weakness and an inability to speak for 1 hour. She was referred from Ban Fang Hospital and had no underlying diseases. The physician diagnosed acute cerebral infarction with an NIHSS score of 31. EKG revealed atrial fibrillation. The patient required mechanical ventilation and mechanical thrombectomy. Nursing care addressed 8 problems, including an additional risk of post-procedural complications. The patient experienced no severe complications, was hospitalized for 14 days, and was transferred back to a local hospital.

Keywords: Stroke, Atrial fibrillation, Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก (Atrial fibrillation) เป็นภาวะที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองด้วยลิ่มเลือดที่หลุดมาจากหัวใจห้องบนซ้าย โดยเฉพาะบริเวณ Left atrial appendage (ส่วนยื่นของหัวใจห้องบนซ้าย) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด[1] และมีความรุนแรงสูงกว่าโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น โดยมีอัตราการเสียชีวิตและความพิการที่สูงกว่าถึง 1.5-2 เท่า[2] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 5 เท่า และพบว่าร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีสาเหตุจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก[3] ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งพบความชุกของภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกร้อยละ 0.5-15 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบร้อยละ 17, 20 และ 40 ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี, 61-70 ปี และ 71-80 ปี ตามลำดับ[4,5]

เขตสุขภาพที่ 7 รายงานว่าในปี 2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 9,460 ราย คิดเป็น 189.49 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวน 472 รายคิด เป็นร้อยละ 3.57 ส่วนจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 3,263 ราย คิดเป็น 182.84 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตทั้งหมด 142 รายคิดเป็นร้อยละ 3.35[6] โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขั้นสูงที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ให้เข้าสู่การรักษาแบบช่องทางด่วนพิเศษ (Stroke fast track) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก ตั้งแต่การประเมินอาการในระยะเฉียบพลัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA การป้องกันภาวะเลือดออก และติดตามการทำงานของหัวใจอย่างต่อเนื่อง[7] นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ[8] การพยาบาลที่มีคุณภาพในระยะเฉียบพลันสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 30 และลดความพิการระยะยาว ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี[9]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก : กรณีศึกษา 2 รายและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกให้มีประสิทธิภาพ เกิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน พ.ศ.2568 โดยใช้กระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก ประกอบด้วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาการแรกรับ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจรังสีทรวงอก ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads และการตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลมัญจาคีรีด้วยแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลบ้านฝางด้วยแขนขาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ได้ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ไปโรงพยาบาลมัญจาคีรี ตรวจร่างกายแขนขาข้างซ้าย เกรด 1 แขนขาข้างขวาเกรด 5 ปากเบี้ยว กรอกตาไปทางด้านขวา จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลอาเจียน พูดไม่ได้ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลแขนขาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ได้ ไปโรงพยาบาลบ้านฝาง ตรวจร่างกายแขนขาข้างขวา เกรด 0 แขนขาข้างซ้ายเกรด 2 พูดไม่ได้ จึงใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เคยรักษาโรคหอบหืดที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี ไม่มียาพ่นประจำ	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
ประวัติโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยาที่เคยได้รับ	ปฏิเสธการแพ้ยาที่เคยได้รับ
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยหลับปลุกตื่น ทำตามคำสั่งได้ ใส่สายออกซิเจนทางจมูก (On oxygen cannula) 3 Lpm แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง GCS E4V5M6 Pupil 3 mm RTL BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24	ผู้ป่วยปลุกตื่น ใส่ท่อช่วยหายใจ ETT no.7 ลึก 20 เซนติเมตร on Ventilator PC-AC FiO_2 0.4 RR 20 PIP 20 PEEP 5 แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง GCS E4VTM5 Pupil 3 mm RTL BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อ

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 176/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 100 %	นาที ความดันโลหิต 125/66 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 100 %
ตรวจร่างกายแรกรับ	กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง แขนข้างซ้าย เกรด 1 แขนข้างขวาเกรด 5 ขาข้างซ้าย เกรด 1 ขาข้างขวาเกรด 5 กรอกตาไปทางด้านขวา (eye deviation to right) ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด NIHSS 18 คะแนน	กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวาอ่อนแรง แขนข้างซ้าย เกรด 2 แขนข้างขวาเกรด 1 ขาข้างซ้าย เกรด 2 ขาข้างขวาเกรด 0 NIHSS 31 คะแนน
การตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ	PT 11.9 sec. PTT 21.3 INR 1.03 sec.	PT 13.8 sec. PTT 29.8 INR 1.17 sec.
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	Acute infarction of right middle cerebral artery territory	Acute pontine infarction, Acute left cerebellar hemisphere infarction, Acute lacunar infarction at right cerebellar hemisphere, Subacute to chronic lacunar at right sided pons
รังสีทรวงอก	Cardiomegaly	Cardiomegaly
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads	Atrial fibrillation	Atrial fibrillation
echocardiography	Moderately dilated LA	Biatrial enlargment

2. การรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพ

แบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	- ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นอย่างดี	- ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำขณะที่อยู่โรงพยาบาลเป็นอย่างดี
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยไม่สามารถตักอาหารเข้าปากเองได้ งดน้ำงดอาหารและได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางจมูก งดน้ำงดอาหารและได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
3. การขับถ่าย	ไม่สามารถลุกไปปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีปัสสาวะราด ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะเฉลี่ย 1– 2.3 ml/kg/hr.	ไม่สามารถลุกไปปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีปัสสาวะราด ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะเฉลี่ย 1– 1.2 ml/kg/hr.
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ Barthal ADL index 0 คะแนน	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ Barthal ADL index 0 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ผู้ป่วยนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ ปลุกตื่นง่ายเมื่อตื่นตอบคำถามถูก ทำตามสั่งได้	ผู้ป่วยนอนหลับปลุกตื่น ตื่นขณะทำกิจกรรม
6. สติปัญญาและการรับรู้	มีความผิดปกติสูญเสียการรับความรู้สึกในระดับรุนแรง หรือไม่รู้สึกว่าถูกสัมผัสบริเวณใบหน้าและแขนขา	มีความผิดปกติสูญเสียการรับความรู้สึกในระดับรุนแรง หรือไม่รู้สึกว่าถูกสัมผัสบริเวณใบหน้าและแขนขา
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้ว่าแขนขาซ้ายอ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม	ผู้ป่วยรับรู้ว่าแขนขาขวาอ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพ

แบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	อยู่กับสามีและบุตรสาว บุตรเขย สามีผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว บุตรสาวอยู่เฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล	อยู่กับบุตรชาย สามีอยู่ต่างจังหวัด บุตรชายอยู่เฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เป็นเพศหญิง ไม่มีโรคทางเพศสัมพันธุ์	เป็นเพศหญิง ไม่มีโรคทางเพศสัมพันธุ์
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยและญาติเครียดเรื่องความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงด้านกิจวัตรประจำวัน มีสีหน้าวิตกกังวล	ผู้ป่วยและญาติเครียดเรื่องความเจ็บป่วยและบุตรชายซักถามอาการมารดาวันละ 4-5 รอบ
11. คุณค่าและความเชื่อ	เชื่อในแผนการรักษาปัจจุบัน	เชื่อในแผนการรักษาปัจจุบัน

3.ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็มมาใช้ในการพยาบาล โดยแบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู และระยะจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะวิกฤต	ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจาก 1.1 หลอดเลือดสมองอุดตันจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก (atrial fibrillation) 1.2 สมองบวม 1.3 ความดันโลหิตสูง ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองอุดตัน ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก	ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจาก 1.1 หลอดเลือดสมองอุดตันจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก (atrial fibrillation) 1.2 สมองบวม 1.3 ความดันโลหิตสูง ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองอุดตัน ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดแดง
ระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู	ปัญหาที่ 4 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกลืนลำบาก	ปัญหาที่ 5 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากกลืนลำบาก
ระยะจำหน่าย	ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย ปัญหาที่ 7 การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย ปัญหาที่ 8 การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. การพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุมเป้าหมายคือ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประเมินอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สัญญาณชีพ และ อาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด recombinant tissue-type plasminogen activator (rt-PA) ขณะให้ยาเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก และประเมินทุก 30 นาทีต่อเนื่องจนครบ 6 ชั่วโมง และต่อมาทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาลดสมองบวมและยาลดความดันโลหิต จัดท่านอนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2) การคงไว้ซึ่งระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางจมูก (on oxygen cannula) ในผู้ป่วยรายที่ 1 และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยรายที่ 2 จัดท่าศีรษะสูง 30-40 องศา เฝ้าระวังอาการของภาวะพร่องออกซิเจน 3) ปลอดภัยจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ดูแลให้ได้รับยารักษาภาวะเลือดออกตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Bleeding precaution ประเมินอาการและอาการแสดงของเลือดออกในสมอง ได้แก่ ซึมลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน บันทึกอาการแสดงของการมีเลือดออก 4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดแดง เพื่อนำลิ่มเลือดออกจากหลอดเลือดสมองที่อุดตัน ในผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมินตำแหน่งที่ทำหัตถการเพื่อเฝ้าระวังการเกิดก้อนเลือด (Hematoma) หรือเลือดออก (Bleeding) อาการปวด บวม แดง ร้อน ชีพจรส่วนปลาย อุณหภูมิและสีผิวของแขนขาส่วนปลาย Capillary refill time 5) การคงไว้ซึ่งสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ 6) เพื่อให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยาง ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการกลืน ป้องกันการสำลักอาหาร 7) การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแล 8) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกำลังของกล้ามเนื้อแขนขา การให้ความรู้และการให้ข้อมูล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การวางแผนจำหน่าย โดยนำกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ D-METHOD ของแมคคีฮานและคูลตัน (Mckeehan&Caulton's model) ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยไม่ลดลง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยและญาติเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษา ญาติผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มและสามารถวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์พิจารณาส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 นอนนาน 8 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนนาน 14 วัน

การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกทั้ง 2 ราย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นระบบ โดยผู้ป่วยทั้งสองรายมีความรุนแรงแตกต่างกัน (NIHSS 18 และ 31 คะแนน) การนำกรอบแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอนร่วมกับทฤษฎีของโอเร็มมาใช้ในการประเมินและวางแผนการพยาบาล ช่วยให้สามารถ

ระบุปัญหาและให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การแบ่งระยะการดูแลเป็นระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู และระยะจำหน่าย ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการส่งต่อกลับโรงพยาบาลใกล้บ้านโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แสดงถึงความสำเร็จของการพยาบาลที่มีคุณภาพ[7,8,9]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยครอบคลุมการประเมิน การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพในแต่ละระยะของการดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.ดามพันธ์ นิลายน.โรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดหัวใจในภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกที่ไม่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2563;12(2):447-56.

2.Cavallari I, Patti G. Early risk of mortality, cardiovascular events, and bleeding in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. Eur Heart J. 2020;22. doi: 10.1093/EURHEARTJ/SUAA147

3.World Stroke Organization. Global stroke fact sheet 2022 [Internet]. Geneva: World Stroke Organization; 2022 [cited 2025 Jan 15]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf

4.Phillips KP. Atrial fibrillation and stroke epidemiology. In: Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, editors. Atrial fibrillation. Cham: Humana Press; 2016. p. 3-16. doi: 10.1007/978-3-319-16280-5_1

5.Samuthpongtorn C, Jereerat T, Suwanwela N. Stroke risk factors, subtypes and outcome in elderly Thai patients. BMC Neurol. 2021;21(1):1-6. doi: 10.1186/S12883-021-02353-Y

6.กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลสุขภาพ HDC [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th

7.ไพรวัลย์ พรมที, กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม และสุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ.การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(1):128-37.

8.Desteghe L, Lee G, Antoniou S, Merino JL, Neubeck L, Ross CS, et al. A multidisciplinary team approach in the 2024 ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation - what is the role of nurses and allied professionals? A clinical consensus statement of the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP) and the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur J Cardiovasc Nurs. 2025. doi: 10.1093/eurjcn/zvaf083

9.Clare CS. Role of the nurse in acute stroke care. Nurs Stand. 2020;35(4):68-75. doi: 10.7748/NS.2020.E11482

การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

The Development of Triage Systems in Emergency and Forensic Medicine Department at Waengnoi Hospital Khon Kaen province.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

นิตยา กองสุข[1]
Nittaya Kongsuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ Deming (วงจร PDCA: Plan-Do-Check-Act) กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 10 คน (พยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 3 คน) และเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 400 แฟ้ม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2568 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบ แบบประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า หลังการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ความถูกต้องของการคัดแยกเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2568 มีแนวโน้มของความถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70.00, 75.00, 80.00, และ 86.00 และกลุ่มที่มีผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ยังไม่ถูกต้องมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) ลดลงจากร้อยละ 13.00, 10.00, 8.00 และ 6.00 และการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ลดลงจากร้อยละ 17.00, 15.00, 12.00 และ 8.00 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง จากการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแรกรับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดช่วงเวลาการศึกษา เริ่มจากร้อยละ 84.00, 86.00, 88.00, 91.00 และไม่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 16.00, 14.00, 12.00, 9.00 คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) คะแนนเฉลี่ยก่อนการให้ความรู้เท่ากับ 14.2 ± 1.99 และหลังการให้ความรู้เท่ากับ 16.5 ± 1.08 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.3 คะแนน ความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบการคัดแยกผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงมาก (ร้อยละ 91.00)

คำสำคัญ: การคัดแยกประเภทผู้ป่วย, งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

Abstract

This research was a Research and Development (R&D) study aimed at developing a patient triage system for the Emergency and Forensic Nursing Unit at Waeng Noi Hospital, Khon Kaen Province, using Deming's Continuous Quality Improvement framework (PDCA cycle: Plan-Do-Check-Act). The study sample included 10 healthcare personnel (7 registered nurses and 3 emergency medical officers) and 400 patient medical records. Data were collected between April and July 2025 through purposive sampling. Research instruments comprised questionnaires, knowledge tests, triage evaluation forms, and observation. Data analysis employed descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that after implementation of the triage system, accuracy of triage steadily improved over the four-month study period (70.00%, 75.00%, 80.00%, and 86.00, respectively). The proportion of incorrect triage decreased, with under-triage reduced from 13.00%, 10.00%, 8.00%, to 6.00% and over-triage reduced from 17.00%, 15.00%, 12.00%, to 8.00%. The proportion of patients receiving care

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

consistent with their severity level increased from 84.00%, 86.00%, 88.00%, to 91.00%, while those not receiving appropriate care decreased from 16.00% to 9.00%. Knowledge scores of registered nurses and emergency medical officers increased significantly ($p < 0.001$), with mean scores rising from 14.2 ± 1.99 before training to 16.5 ± 1.08 after training, showing an improvement of 2.3 points. Staff satisfaction with the triage system was rated at a very high level (91.00%).

Keywords: Patient triage, Emergency nursing, Forensic nursing

บทนำ

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเป็นหน่วยงานที่สำคัญในโรงพยาบาล เป็นด่านแรกที่ให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกประเภททุกเพศทุกวัย ตลอด 24 ชั่วโมง (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) ปัจจุบันผู้ใช้บริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยล้น (Overcrowding) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วโลก สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยล้นเนื่องจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน อีกทั้งการให้บริการที่รวดเร็วในการรักษาพยาบาลทำให้ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเท่านั้นที่ต้องการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่จะมีผู้ป่วยที่มีอาการไม่ฉุกเฉินมีความต้องการมารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชด้วยเช่นกัน เนื่องจากเวลาในการตรวจรวดเร็วกว่าการรอตรวจที่หน้าห้องตรวจโรคทั่วไป จึงทำให้ผู้ใช้บริการมีระดับความรุนแรงและความฉุกเฉินที่หลากหลาย[1]

ปัญหาผู้ป่วยล้นงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเป็นความท้าทายของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเนื่องจากความต้องการใช้บริการมีมากกว่าความสามารถในการให้บริการ ณ เวลานั้นๆ ด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ทางการแพทย์และเวลาทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีความฉุกเฉินเข้าถึงบริการยากมากขึ้น คือ ไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยรายใดที่มีความฉุกเฉินที่ต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างทันการณ์[1] กระบวนการคัดแยก (Triage) จึงถูกนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคคลากรทางการแพทย์ได้เหมาะสมและทันเวลา เพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พึงพอใจและลดการร้องเรียน โดยเฉพาะงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่มีผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งผู้รับบริการมาพร้อมกันในช่วงเวลาเดียวกันส่งผลให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่ล่าช้าและไม่ปลอดภัย[2] กรมการแพทย์ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน องค์กรและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System - ECS) ภายใต้ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ(ER คุณภาพ) เป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญ และเน้นการลดความแออัด การจัดมาตรฐานการบริการ และการพัฒนาบุคลากร กรมการแพทย์กำหนดให้โรงพยาบาลใช้ระบบ MOPH ED Triage เป็นเครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วยแบบ 5 ระดับ โดยใช้หลักการประเมินลักษณะ (acuity) และทรัพยากร (resources) เพื่อทำให้การคัดแยกมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยได้รับการรักษาตามลำดับความรุนแรง การนำระบบนี้ไปใช้ในหน่วยบริการต่างๆ ที่สอดคล้องกับแนวทางการคัดแยกและลำดับบริบาล จะช่วยลดอัตราการตายและความพิการที่สามารถป้องกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างทันเวลาและปลอดภัย[3]

โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นหน่วยงานที่สำคัญของโรงพยาบาล เพราะเป็นบริการด่านแรกในการให้บริการ รักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย 24 ชั่วโมง ทั้งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ และการ

เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจจากสถิติการให้บริการพบว่าในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อยจำนวน 21,414; 22,734; 24,843 รายตามลำดับ ซึ่งพบมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น ผลการประเมินการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยในปี 2564-2566 พบมีความถูกต้องของการคัดแยก ร้อยละ 87.97, 88 และ 89.2 ตามลำดับ คัดแยกระดับความฉุกเฉินต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) ร้อยละ 9.66, 8.5 และ 7.6 ตามลำดับ คัดแยกระดับความฉุกเฉินสูงกว่าความเป็นจริง (over triage) ร้อยละ2.37, 3.5 และ 3.2 ตามลำดับ[4] จากข้อมูลพบมีผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกัน ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินจริงได้รับการช่วยเหลือช้าลงเจ้าหน้าที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงระยะเวลาในการรอคอยแพทย์นานขึ้น พบจำนวนผู้ป่วยไม่รอรับบริการถึงแม้ว่าผลการคัดแยกเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วก็ตาม

จากการศึกษาสภาพปัญหาในการคัดแยกผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลแวงน้อยที่ผ่านมาพบว่า ด้านระบบบริการ คือ ในช่วงเวลาที่เริ่มมีการคัดแยกประมาณ 7.00-8.00 น. ไม่มีเจ้าหน้าที่คัดแยกและช่วง 12.00-13.00 น. ไม่มีพยาบาลหรือพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ให้เจ้าหน้าที่รับบัตรทำหน้าที่คัดแยกประเภท และในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. เจ้าหน้าที่ผู้คัดแยกไม่เฉพาะเจาะจงวิชาชีพ มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่จากแผนกต่าง ๆ มาคัดแยก ด้านผู้รับบริการมีจำนวนผู้ป่วยมากทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยมาตามนัดที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องนอนรถเข็นนอน ทัศนคติความเคยชินของผู้ป่วยต้องการตรวจอย่างรวดเร็วจึงเข้ามาห้องฉุกเฉินโดยไม่ผ่านจุดประชาสัมพันธ์ ไม่ทราบระดับความเร่งด่วน ลำดับการเข้าตรวจ ด้านผู้ให้บริการมีพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยไม่ครบทุกเวรอย่างชัดเจน และพยาบาลมีการสับเปลี่ยนใหม่ยังไม่ผ่านการอบรมการจำแนกประเภทผู้ป่วย ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการคัดแยก การซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น กระบวนการคัดแยกการซักประวัติและการตรวจร่างกายและการประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุม ขาดการประเมินผู้ป่วยซ้ำตามระดับความรุนแรงขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน ใช้ความรู้สึกและประสบการณ์การทำงานในการคัดแยก กระบวนการคัดแยกของพยาบาลห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอกไม่ตรงกันการให้ข้อมูลขณะคัดแยกผู้ป่วยมีน้อยไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมถึงยังไม่มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (job specification) หน้าที่ความรับผิดชอบ(job description) หรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (job assignment) ที่ชัดเจน และด้านเครื่องมือ เกณฑ์ในการคัดแยกประเภทที่ไม่ชัดเจนการเก็บข้อมูลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่เป็นระบบ เก็บไม่ครบและขาดการต่อเนื่องขาดคนรับผิดชอบในการเก็บข้อมูล ไม่มีการสะท้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ อุปกรณ์ในการคัดแยกไม่เพียงพอขาดการปรับปรุงพัฒนาคู่มือปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วย การแบ่งแยกพื้นที่รับผู้ป่วยหลังการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงไม่ชัดเจน ขาดกระบวนการทบทวนแนวทางการคัดแยกและการทำความเข้าใจประเภทผู้ป่วยระหว่างแผนกร่วมกันระหว่างห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอก โดยปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบคือทำให้ผู้ป่วย มีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตได้ การคัดแยกไม่ถูกต้องได้รับการเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างห้องฉุกเฉินและงานผู้ป่วยนอก บางครั้งเกิดการเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินอาจจะมารับบริการก่อน แต่ได้รับการดูแลช้ากว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำให้การวินิจฉัยการช่วยเหลือล่าช้าและไม่ถูกต้องเจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เหนื่อยล้าเนื่องจากภาระงานมาก และเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยและญาติร้องเรียนสำหรับหน่วยงานยังได้รับผลกระทบคือหน่วยงานขาด

มาตรฐานในการปฏิบัติงาน ห้องฉุกเฉินแออัดขึ้น ระยะเวลาให้บริการผู้ป่วยแต่ละประเภทนาน[5]

ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยอ้างอิงการคัดกรองของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED.TRIAGE) ร่วมกับสัญลักษณ์ Flow chart สี ป้ายพลิกสี เพื่อให้การบริการรักษาพยาบาลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินต่อระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เป็นการศึกษาสถานการณ์และ พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ใช้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลแวงน้อย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์และเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพและเวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย) และมีคณะกรรมการ PCT,ทีมแพทย์ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตระหนักถึงการพัฒนาความรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลแวงน้อยมากที่สุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานที่ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จำนวน 10 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินจำนวน 3 คน และเวชระเบียนของผู้มารับบริการที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย ระยะเวลาระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2568 จำนวน 400 แฟ้ม

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มบุคลากรพยาบาล

วิธีการเลือก: ใช้การเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานที่
งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

- พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น
- มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย น้อยกว่า 1 ปี

- อยู่ระหว่างการขอย้ายสถานที่ปฏิบัติงานลาศึกษาต่อ ลาคลอด

- ไม่ได้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องระหว่างที่มีการศึกษา

2. กลุ่มเวชระเบียนของผู้มารับบริการที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

วิธีการเลือก: ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

- ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น (เดือนเมษายน-กรกฎาคม 2568)

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ส่งมาจากแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อมาทำหัตถการ

- ผู้ป่วยมาตามนัด

- ผู้ป่วยทำแผลหรือฉีดยาตามนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วย พัฒนาจากการคัดแยกของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED Triage) 5 ระดับ ร่วมกับการใช้สัญลักษณ์คือ ป้ายพลิกสี, chartสี, สติ๊กเกอร์สี โดยระดับที่1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ใช้สัญลักษณ์สีแดงระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินกึ่งวิกฤต (Emergency) ใช้สัญลักษณ์สีชมพูระดับที่3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency) ใช้สัญลักษณ์สีเหลือง ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Semi-urgency) สัญลักษณ์สีเขียว และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non-urgency) ใช้สัญลักษณ์สีขาว โดยผู้ป่วยจะถูกคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางปฏิบัติตามรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สีโดยมีป้ายพลิกสีสัญลักษณ์พร้อมข้อความสถานะและ chart สีที่ติดเกณฑ์การคัดแยกตามความเร่งด่วนส่งเข้ามารับการรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน คือสีแดง สีชมพูและสีเหลือง ตามลำดับ ส่วนสีเขียวและสีขาวจะถูกส่งไปตรวจรักษาที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) ใช้เกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับตามแนวทาง MOPH ED TRIAGE ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2561

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของบุคลากร (2) แบบบันทึกการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ประกอบด้วย แบบบันทึก over/under triage, ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง (3) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (4) แบบประเมินการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย งานการอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับบริการแล้วมาตรวจสอบคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการขอจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูลวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สมาคมนิติศาสตร์และรัฐศาสตร์ ร่วมกับบริษัท ที่ปรึกษากฎหมายธุรกิจ และการวิจัย ไวท์ ไทเกอร์ จำกัด เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

1.จากการศึกษาสภาพปัญหาการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า การคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลแวงน้อยยังมีปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านระบบบริการที่ขาดเจ้าหน้าที่คัดกรองในบางช่วงเวลา และการหมุนเวียนบุคลากรที่ไม่เฉพาะเจาะจงวิชาชีพ ด้านผู้รับบริการมีจำนวนผู้ป่วยมากและไม่เข้าใจลำดับความเร่งด่วน ขณะที่ผู้ให้บริการบางส่วนยังไม่ผ่านการอบรม ขาดความรู้ทักษะ และความมั่นใจ ทำให้การคัดกรองไม่ครอบคลุมและไม่ตรงกันระหว่างห้องฉุกเฉินกับผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ เครื่องมือและเกณฑ์การคัดกรองไม่ชัดเจน การเก็บข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และไม่มีระบบทบทวนหรือคู่มือที่ทันสมัย ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลล่าช้า อาจเกิดการทรุดลงหรือเสียชีวิต บุคลากรมีภาระงานสูงและเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน ส่วนหน่วยงานขาดมาตรฐานและเกิดความแออัดในห้องฉุกเฉิน สำหรับบุคลากรที่ทำงานในหน่วย มีจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 34.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับการศึกษาปริญญาตรี และมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 8.3 ปี โดยครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จากการทำการทดสอบประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนจากการทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (Pre- Test) จากแบบทดสอบทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ทบสอบพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินทั้งหมดจำนวน 10 คน มีผลการทำแบบทดสอบก่อนให้ความรู้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 71% และคะแนนจากแบบทดสอบความรู้หลังการให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (Post - Test) ผลการทำแบบทดสอบถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 82.5%

2. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านระบบบริการและด้านเครื่องมือ ในด้านบุคลกร ได้กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภท กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ด้านระบบบริการ จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและแผนปฏิบัติ มีการติดตามกำกับและเก็บข้อมูลมีเป้าหมายในการพัฒนา ปรับกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย มีการกำหนดตัวชี้วัด นิเทศติดตามการคัดแยกประเภทอย่างเป็นระบบ ด้านวัสดุอุปกรณ์ จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ จัดทำอุปกรณ์ในการสื่อสาร เช่น จัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการใหม่,ป้ายแขวานสีสัญญาลักษณ์, Flow chart ตามระดับความเร่งด่วน จัดทำคู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม MOPH ED Trige และแนวทางการส่งต่อระหว่างแผนกและอบรมเชิงวิชาการ

3. การคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องและผลการคัดแยกรายเดือน มีแนวโน้มของความถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70.00, 75.00, 80.00, และ 86.00 ตามลำดับ และกลุ่มที่มีผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ยังไม่ถูกต้องมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) ลดลงจากร้อยละ 13.00, 10.00, 8.00 และ 6.00 และการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ลดลงจากร้อยละ 17.00, 15.00, 12.00 และ 8.00 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง จากการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแรกรับ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 400 ราย ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม มีผู้ป่วยร้อยละ 87.25 (349ราย) ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง โดยอัตราการได้รับการตรวจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดช่วงเวลาการศึกษา เริ่มจากร้อยละ 84.00, 86.00, 88.00, 91.00 ตามลำดับ และไม่ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 16.00, 14.00, 12.00, 9.00 ตามลำดับ การปฏิบัติตามการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี ผู้ปฏิบัติตามขั้นตอนครบถ้วนสูง แต่ยังมีบางด้าน เช่น การติดป้ายสีและการบันทึกข้อมูลบางครั้งไม่ครบถ้วน ซึ่ง

ควรปรับปรุงเพื่อความถูกต้องและความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

4. พยาบาลวิชาชีพและมีความพึงพอใจต่อระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จากแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ แบ่งระดับความพึงใจเป็น 5 ระดับ (คะแนน 1-5) โดยคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (4คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 30 และ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 70 จากการศึกษาพบว่าระดับความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ย (Mean score) เท่ากับ 4.55 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และระดับความพึงพอใจคำนวณเป็นร้อยละเท่ากับ 91% ซึ่งแปลผลระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินต่อระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่นที่พัฒนาขึ้นมาใช้อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น จาการศึกษาสถานการณ์ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเดิมมีข้อบกพร่องหลายประการ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรในช่วงเวลาสำคัญ ขาดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ ความไม่สอดคล้องของระบบการคัดแยกระหว่างแผนก และขาดเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเชิงระบบที่ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์[6] ,บุษบา กวีมูล[7]

2. พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยประกอบด้วย ด้านบุคลากร ได้กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภท กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ด้านระบบบริการ จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและแผนปฏิบัติมีการติดตามกำกับและเก็บข้อมูลมีเป้าหมายในการพัฒนา ปรับกระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย มีการกำหนดตัวชี้วัด นิเทศติดตามการคัดแยกประเภทอย่างเป็นระบบ ด้านวัสดุอุปกรณ์ จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ จัดทำอุปกรณ์ในการสื่อสาร เช่น จัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการใหม่,ป้ายแขวานสีสัญญาลักษณ์, Flow chart ตามระดับความเร่งด่วน จัดทำคู่มือการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม MOPH ED Trige และแนวทางการส่งต่อระหว่างแผนกและอบรมเชิงวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของบุษบา กวีมูล[7]

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยผลการวิจัยที่พบชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ผลลัพธ์ต่อคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หลังการพัฒนา พบว่าระดับความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็น 70.00 และไม่มีบุคลากรที่มีความรู้ระดับน้อยเลยหลังการพัฒนา แสดงให้เห็นว่าการอบรมและจัดระบบงานใหม่ มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้ให้แก่บุคลากร นอกจากนี้ผลการให้บริการจริง พบว่าการคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องและผลการคัดแยกรายเดือน มีแนวโน้มของความถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70.00, 75.00, 80.00, และ 86.00 ตามลำดับ และกลุ่มที่มีผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ยังไม่ถูกต้อง พบว่าการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Under triage) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องคือ 13.00, 10.00,

8.00 และ 6.00 ตามลำดับ แสดงถึงการนำความรู้ไปใช้ได้จริงในงานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ นวลฉวี พะโน[8], พรสวรรค์ พิมพ์ละมาศ[9] , เอกนรินทร์ แก้วเกตุ[10]

ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง จากการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแรกรับ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 400 ราย มีผู้ป่วยร้อยละ 87.25 (349ราย) ได้รับการตรวจตามประเภทความรุนแรง โดยอัตราการได้รับการตรวจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดช่วงเวลาการศึกษา เริ่มจากร้อยละ 84.00 ในเดือนเมษายน และสูงสุดที่ร้อยละ 91.00 ในเดือนกรกฎาคม ซึ่งสอดคล้องกับเทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์[6]

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินต่อระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินต่อระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย พบว่ามี ค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบคัดแยกประเภทผู้ป่วย มากที่สุด เท่ากับ 4.8(S.D.=0.6) รองลงมาพึงพอใจในสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เท่ากับ 4.6(S.D.=0.49) และค่าเฉลี่ยพึงพอใจแนวทางปฏิบัติการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงน้อยที่สุด เท่ากับ 4.4(S.D.=0.) มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.55(S.D.=0.58) ซึ่งสอดคล้องกับกงทอง ไพศาล (2562)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ผู้บริหารการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน โดยกำหนดให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น สมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะ (Specific Functional Competency) ของพยาบาล เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม อีกทั้งสามารถประยุกต์ใช้ในการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ลดความผิดพลาด และลดโอกาสในการร้องเรียนจากผู้รับบริการ

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดทำแผนอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการเรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ทันสมัยและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.กำหนดเป็นนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาลและโรงพยาบาลเนื่องจากการคัดแยกผู้ป่วยถือเป็นมาตรฐานสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการให้บริการ

4. นำเอากระบวนการพัฒนาคุณภาพของระบบการคัดแยกผู้ป่วย งานการอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพในงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล เพื่อยกระดับมาตรฐานบริการโดยรวมให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ต่อเนื่องระยะยาวเพื่อยืนยันผลลัพธ์การใช้ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

2. ศึกษาผลลัพธ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วย เช่น อัตราการเสียชีวิตภายใน 4 เดือน

3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น สำเร็จได้ด้วย การได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการให้ความรู้ให้คำแนะนำใน

กระบวนการการศึกษา การวางแผน เป็นแบบอย่างในกระบวนการการเรียนรู้การศึกษาและการปฏิบัติในการทำวิจัย เป็นผู้ที่คอยให้กำลังใจ ให้ข้อชี้แนะ ให้คำปรึกษา และปรารถนาดีจนนำมาสู่ความสำเร็จในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแวงน้อย ผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัย นายแพทย์ปัณณวิชญ์ มีธรรม นายแพทย์ชำนาญการรักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแวงน้อย ที่ให้ความอนุเคราะห์และอนุญาตให้ทำการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลแวงน้อย ให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆมาโดยตลอด และขอขอบคุณความร่วมมือของบุคลากร งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแวงน้อย ที่เอื้อเฟื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ความช่วยเหลือตลอดจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A.M., Cremonesi, P., Canale, F. & Cristina, M.L. (2022). Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. Healthcare,10(9), 1-13.
2. สุภารัตน์ วังศรีคูณ. (2561) การพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน. พยาบาลสาร, 45(3), 158- 169.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED. Triage. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
4. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช. (2566) ผลการประเมินการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยในปี 2564-2566. โรงพยาบาลแวงน้อย.
5. กงทอง ไพศาล. (2562). การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 12(1), มกราคม-เมษายน.
6. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. (2564). การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(36), 160-178.
7. บุษบา กวีมูล. (2567). การพัฒนาระบบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยร่วมกับสัญลักษณ์สี สำหรับจุดคัดกรองด่านหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสมเด็จ.วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5 (ฉบับเพิ่มเติม 1), มกราคม-เมษายน 2567.
8. นวลฉวี พะโน. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(1) มกราคม- กุมภาพันธ์.
9. พรสวรรค์ พิมพ์ละมาศ. (2564). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปลายมาศ.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10),เมษายน - กันยายน
10. เอกนรินทร์ แก้วเกตุ. (2567). ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาลจังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(2), เมษายน-มิถุนายน.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ

Development of Model for Promoting Practice to Prevent Tuberculosis Infection among Outpatient Department Nursing Personnel, Phon Charoen Hospital.

(Received: October 1,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

จุฑาทิพย์ ครองยุติ[1]
Juthathip khongyut[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางการพยาบาลเป็นทีมพัฒนา 6 คน ทีมผู้ปฏิบัติ 28 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแผนการพัฒนาคุณภาพ แบบสอบถามความคิดเห็นบุคลากร แบบสังเกตการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอกประกอบด้วย 9 กิจกรรมคือ1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค2)การสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติงาน3) การทบทวนความรู้ 4)การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ 5) การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์6) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจของบุคลากร 7)การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคแก่ผู้ป่วย 8)การรณรงค์การทำความสะอาดมือ9) การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติและภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริม ร้อยละของบุคลากรปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ97.1 จากก่อนการใช้รูปแบบที่ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ69.08 ผลการเปรียบเทียบ**คะแนนการปฏิบัติของบุคลากรก่อนและหลังใช้รูปแบบ**พบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติถูกต้อง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.05)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติ, การติดเชื้อวัณโรค บุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

Abstract

This research aimed to develop and evaluate a model aimed at promoting TB infection prevention practices among outpatient department nursing staff. This action research employed a collaborative quality improvement approach. The participants consisted of two groups: a development team of 6 nurses and an implementation team of 28 nurses. Research instruments included a quality improvement plan, a staff opinion questionnaire, and an observational checklist of practice behaviors. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were examined through content analysis.

Results: development of model for promoting practice to prevent tuberculosis infection among outpatient department nursing personnel comprised 9 key activities: 1) Conducting practical workshops on TB infection prevention procedures.2) Providing operational manuals.3) Offering knowledge review sessions.4) Conducting evaluations and providing feedback.5)Using posters as reminders.6) Supplying respiratory protective equipment for staff.7) Providing TB infection control equipment for patients.8) Promoting hand hygiene campaigns.9) Educating patients and their families. Following the implementation of the model, the proportion of staff performing procedures correctly rose from 69.08% to 97.1%. The average performance score after implementation was significantly higher than before, with significance at p = 0.05.

Keywords: model development, tuberculosis infection, outpatient department nursing staff

[1] งานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพรเจริญ

บทนำ

ในปัจจุบันวัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ข้อมูลในปี 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 10 ล้านคน เป็นชาย 5.7 ล้านคน หญิง 3.2 ล้านคนโดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่พบผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าภูมิภาคอื่นซึ่งอัตราผู้ป่วยวัณโรคในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คิดเป็นร้อยละ 45 ของอัตราผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่ปัญหาวัณโรคมีผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปสูง มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูงมากที่สุดในระดับโลก คาดประมาณว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ119,000 รายต่อปี คิดเป็นอัตรา 172 ต่อแสนประชากร โดยมีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยประมาณ 10,000 ราย และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB 4,700 คนต่อปี ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาวัณโรคโดยเฉพาะวัณโรคปอดในโรงพยาบาลมีโอกาสที่จะแพร่เชื้อให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เนื่องด้วยเชื้อวัณโรคสามารถติดต่อผ่านทางการหายใจ ซึ่งเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย จะสามารถอยู่ในร่างกายโดยไม่มีอาการแสดง ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคแฝงจำนวนร้อยละ 5 จะมีการพัฒนาเป็นวัณโรคภายใน 2 ปีหลังจากได้รับเชื้อ ส่วนอีกร้อยละ 5 จะป่วยเป็นวัณโรคต่อไปภายหลัง [3] บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลของรัฐ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคสูง เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยวัณโรคเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปีพ.ศ 2558-2560 มีผู้ป่วยวัณโรคเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเฉลี่ยร้อยละ 95 ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐมีโอกาสสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยที่มารับบริการสูงขึ้นตามไปด้วย สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นคือ สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ[4] ซึ่งจากการศึกษาความชุกของการเกิดวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า มีความชุกสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆถึง 1.5-4เท่า [(5)]จากรายงานของกองวัณโรคโดยกรมควบคุมโรคได้ดำเนินงานคัดกรองสุขภาพของบุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเฝ้าระวังระหว่างเดือนมีนาคม 2560- มีนาคม 2561 ในโรงพยาบาลจำนวน 137 แห่ง พบบุคลากรสุขภาพป่วยเป็นวัณโรคจำนวน 304 คน คิดเป็นอัตราป่วย 99.72 ต่อแสนประชากร[2]

เมื่อบุคลากรสุขภาพป่วยเป็นวัณโรคจะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยและบุคลากรอื่นได้ง่าย นอกจากนั้น ยังมีผลทำให้เสียสุขภาพกายเกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวล กลัวการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในที่ทำงานและบุคคลในครอบครัว ในส่วนของโรงพยาบาลขาดบุคลากรปฏิบัติงาน เนื่องจากบุคลากรต้องหยุดงานเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 14วันเพื่อรักษาตัว เกิดผลกระทบทำให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฝ้าระวังการติดเชื้อในบุคลากร จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ค่าใช้จ่ายในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในบุคลากร โดยการทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนังสูงถึง 92,886 -291,248 เหรียญสหรัฐต่อปี คิดเป็น 176-264 เหรียญสหรัฐต่อคน[2] การติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรทางด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ขนาดของโรงพยาบาล ลักษณะงานที่ให้บริการ ระยะเวลาที่ทำงาน จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่มาตรวจ รวมถึงมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของโรงพยาบาล[6] มีการศึกษาพบว่าปัญหาอุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่ได้ผลเท่าที่ควรเกิดจาก บุคลากรผู้ปฏิบัติยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ จึงเป็นปัญหาในการนำไปใช้ เช่นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินติดเชื้อวัณโรคมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานอื่น7-8 เท่า เนื่องจากไม่ได้คัดกรองผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาปะปนกับผู้ป่วยอื่น[7]

โรงพยาบาลพรเจริญเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีนโยบายป้องกันวัณโรคตามแนวทางทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข มีการคัดกรองผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคดำเนินการแยกผู้ป่วยส่งตรวจเสมหะ ตรวจX-ray ทรวงอก เมื่อพบเป็นวัณโรค ทำการรักษาต่อเนื่องแบบ One stop service ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ส่งเข้ารักษาในห้องแยกโรคผู้ป่วยใน ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคแต่ก็พบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลมีการติดเชื้อวัณโรค โดยในปีพ.ศ.2565 และพ.ศ.2567 มีบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอกติดเชื้อวัณโรค ปีละ 1 คน และจากการสังเกตการปฏิบัติงานพบว่า บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคค่อนข้างต่ำ รวมทั้งการปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้บุคลากรพยาบาลติดเชื้อวัณโรค มีการศึกษาพบว่าปัญหาอุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคไม่ได้ผลเท่าที่ควรเกิดจาก บุคลากรผู้ปฏิบัติยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ จึงเป็นปัญหาในการนำไปใช้ เช่นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินติดเชื้อวัณโรคมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานอื่น7-8 เท่า เนื่องจากไม่ได้คัดกรองผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาปะปนกับผู้ป่วยอื่น[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคของบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญต่อการลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลได้เช่น การศึกษาของการศึกษาของ พนิดา ว่าพัฒนวงศ์[8] พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานผล การศึกษาของ ยุวดี วานิชชัง[9] พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพโดยการอบรมให้ความรู้ การให้คู่มือปฏิบัติการติดโปสเตอร์แจ้งเตือน การให้จดหมายข้อมูลย้อนกลับทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมากขึ้น การศึกษาของธัญญธร เขียนปัญญา[10] พบว่ากลยุทธ์หลากหลายวิธี ได้แก่วิธีการให้ความรู้ ในการปฏิบัติการป้องกันวัณโรค การให้คู่มือ การติดโปสเตอร์เตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจอย่างเพียงพอทำให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติกิจการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลากรพยาบาลปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจึงมีความสำคัญต่อการลดการติดเชื้อในบุคลากรและลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างมาก ผู้วิจัยเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงมีความสนใจทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญเพื่อนำมาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากรและผู้รับบริการรวมทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรเจริญ

2. ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ทำการศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรเจริญ ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม พ.ศ.2568 พื้นที่ทำการศึกษาคือ**หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช** โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬการวิจัยครั้งนี้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ(The Institute for Healthcare Improvement :IHI2003) [11] มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาล มีกระบวนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอนคือ การเลือกประเด็นที่จะพัฒนา การเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในการพัฒนา การรับสมัครหน่วยงานที่ต้องการร่วมพัฒนาและจัดตั้งทีม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินการพัฒนา การประเมินการเปลี่ยนแปลง การวัดและการประเมินผล และการสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่ ร่วมกับแนวทางการป้องกันควบคุมวัณโรคแห่งประเทศไทย (NTP Thailand 2021)[2] และแผนการดูแลทางคลินิกเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไปของศศิประภา ตันสุวัฒน์[12] มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่บุคลากรทางการพยาบาลผู้ป่วยนอก คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลพรเจริญ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น2ทีม คือทีมพัฒนาและทีมบุคลากรผู้ปฏิบัติโดยทีมพัฒนาผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย แพทย์ประธานกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพโรงพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลควบคุมป้องกันการติดเชื้องานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กรรมการป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาล และพยาบาลคลินิกวัณโรค รวม6คน ทีมบุคลากรผู้ปฏิบัติได้แก่ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และคลินิกพิเศษ โรงพยาบาล พรเจริญ จำนวน 28 คน ที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือน มีนาคม 2568 - กรกฎาคม 2568 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพรเจริญมีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่1ปีขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือย้ายออกไปอยู่ที่อื่นหรือไม่อยู่ในระหว่างเก็บข้อมูล มีเหตุจำเป็นต้องออกจากโครงการและไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้วิจัย

1.1 แผนการประชุมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาการแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ มีกระบวนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วยการเลือกประเด็นที่จะพัฒนา การเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมในการพัฒนา การจัดตั้งทีม การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินการพัฒนา การประเมินการเปลี่ยนแปลง การวัดและการประเมินผลและการสรุปผลการดำเนินงานและการเผยแพร่สู่หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาล แผนการพัฒนาผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน3คนได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1คน พยาบาลหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอก 1คน และ

พยาบาลควบคุมป้องการติดเชื้อโรงพยาบาลบึงโขงหลง 1 คน พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าแผนการกล่าวมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ ร้อยละ 100

1.2 แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2564 นำมาใช้ทบทวนร่วมกับแผนการดูแลทางคลินิกเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไปของศศิประภา ตันสุวัฒน์[12] ซึ่งมีกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การคัดกรองวัณโรค การใช้อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจ การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก การติดโปสเตอร์การปฏิบัติในการป้องกันวัณโรค การให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล การให้ชุดสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันสำหรับบุคลากร

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรเจริญ ประกอบด้วยข้อมูล2 ส่วนคือ ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ประวัติการทดสอบการติดเชื้อวัณโรค ประวัติการป่วยและการรักษาวัณโรค ส่วนที่2 เป็นความรู้และการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงาน ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค การเข้ารับการอบรมความรู้การป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การใช้ N95 การขอคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงจากทรงคุณวุฒ 3 ท่านค่าดัชนีความความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2.2 แบบบันทึกการสังเกตในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ ของ ธัญญธร เขียนปัญญา[ ] ที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CV)เท่ากับ0.91 และมีค่าค่าความสอดคล้องของการปฏิบัติ (Inter rater Reliability) เท่ากับ 1.00 เป็นแบบ Check list ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป วันที่ เวลาที่สังเกต ประเภทบุคลากรพยาบาลที่ถูกสังเกต และกิจกรรมในการสังเกต 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด การแยกผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ การทำความสะอาดมือ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม/เครื่องมือเครื่องใช้ การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติถูกต้อง = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ= 0 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง= 0 คะแนน

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล โดยผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล (Appraisal of Guideline for research & Evaluation II; Agree II) ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด11 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนน Likert Scale 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน โดยการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง เห็นด้วยว่าเหมาะสมมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง เห็นด้วยว่าเหมาะสมมาก

ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง เห็นด้วยว่าเหมาะสมน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง เห็นด้วยว่าเหมาะสมน้อยที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬโดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.ศึกษาสถานการณ์ จากการค้นคว้าข้อมูลการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรจากข้อมูลรายงานสถิติของโรงพยาบาล ศึกษาข้อมูลการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของโรงพยาบาลโดยใช้แบบสอบถาม

2. พัฒนารูปแบบโดยผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการพัฒนา

1) ผู้วิจัย แพทย์ประธานกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรรมการป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค ร่วมกันเลือกประเด็นในการพัฒนา โดยผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์ที่ได้จากการศึกษาแก่ทีมพัฒนา และทีมทำการเลือกประเด็นปัญหาการติดเชื้อในบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดผลกระทบรุนแรงต่อบุคลากร ผู้ป่วยและโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก

2) ผู้วิจัยเชิญผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์ประธานกรรมการป้องกันการติดเชื้อ1คน พยาบาลป้องการควบคุมการติดเชื้อ 2 คนเข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติโดยเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาและแนะนำในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรผู้ป่วยนอกและเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ3ครั้ง

3) จัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรผู้ป่วยนอกประกอบด้วยแพทย์ประธานกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพโรงพยาบาลงานผู้ป่วยนอก 1คน ผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 1คน พยาบาลควบคุมป้องกันการติดเชื้อหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก1 คน พยาบาลควบคุมป้องกันการติดเชื้อหน่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช1 คน พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค 1คน โดยผู้วิจัยพบทีมพัฒนาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย บทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนา ประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย พร้อมกับนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ หลังจากนั้นให้ทีมพัฒนาลงนามในเอกสารแสดงความจำนงค์เข้าร่วมวิจัย

4) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้งเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกใช้เวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ การประชุมเชิงปฏิบัติการแต่ละครั้งห่างกัน 6 สัปดาห์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ตัวแทนทีมพัฒนาเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ ทบทวนแนวทางการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาล หาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ให้คำแนะนำและสรุปรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ประโยชน์ ปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ

5) ทีมดำเนินการพัฒนาโดยนำรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้จากการ

ประชุมเชิงปฏิบัติการในแต่ละครั้งไปดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติในหน่วยงานของตนเองโดยใช้ระยะเวลา6สัปดาห์ และนำผลการปฏิบัตินำเสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

6) สังเกตการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยผู้วิจัยพยาบาลควบคุมป้องกันการติดเชื้อและทีมพัฒนาของหน่วยงาน

7) ผู้วิจัยประเมินผลโดยสังเกตการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาล หลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติ และประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

8) สรุปผลการดำเนินการและสะท้อนผลแก่บุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และเผยแพร่ผลการดำเนินการแก่บุคลากรอื่นๆในหน่วยงานของโรงพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของแบบสอบถามการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การระดมสมอง การสังเกต นำมาวิเคราะห์สาระสำคัญแล้วนำเสนอเป็นการเขียนแบบเรียงความโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis Technique)

3. ข้อมูลการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลผู้ป่วยนอก **ประเมินความ**

เหมาะสมของรูปแบบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ t (t-test dependent)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เลขที่ BKPH 2025-005 ลงวันที่29 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกพบว่ารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติประกอบด้วย9กิจกรรม ดังนี้

1. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค เพื่อทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติให้แก่บุคลากรพยาบาลผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องหรืออย่างน้อยปีละ1-2ครั้งและจัดอบรมแก่บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ ครั้งละ3ชั่วโมงโดยคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดอบรมเนื้อหา ความรู้ที่ควรให้บุคลากรประกอบด้วย สถานการณ์การติดเชื้อวัณโรค ความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค วิธีการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค การทำความสะอาดมือและสิ่งแวดล้อม

2. การสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติงาน โดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลได้ดำเนินการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคบุคลการผู้ป่วยนอกและกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานนำไปปฏิบัติ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค วิถีการแพร่กระจายเชื้อ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล วิธีปฏิบัติในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยวัณโรค การแยกผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ป้องกัน

ระบบทางเดินหายใจ การทำความสะอาดมือ การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้นำไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ จุดคัดกรอง หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จุดซักประวัติผู้ป่วยนอก คลินิกวัณโรค เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรและทบทวนให้มีมาตรฐานและเป็นปัจจุบันทุกปี (รายละเอียดคู่มือในภาคผนวก)

3. การทบทวนความรู้ แบ่งออกเป็น2กิจกรรม คือ

3.1 การทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคโดยหัวหน้าหน่วยงานหรือICWN วิธีการนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานสามารถทำได้สัปดาห์ละ1 ครั้งในเวรเช้าเวลาราชการใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เป็นวิธีที่ช่วยให้บุคลากรพยาบาลมีความเข้าใจแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลและช่วยให้ทราบปัญหา อุปสรรคและประสานความเข้าใจของบุคลากรในหน่วยงานเพิ่มขึ้น

3.2 การทบทวนความรู้ในสิ่งที่ได้ปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อวัณโรคและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค สามารถทำได้ทั้งในเวลาราชการและเวรนอกเวลาราชการ เป็นวิธีที่ช่วยให้ทราบประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคของการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลและสามารถให้ความช่วยเหลือโดยพยาบาลผู้มีประสบการณ์ให้คำแนะนำและร่วมมือกันในการแก้ไขได้ทันต่อสถานการณ์

4. การประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับ แบ่งออกเป็น 3กิจกรรม ดังนี้

4.1 การประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับโดยผู้ร่วมงานแบบไม่เป็นทางการ(พี่สอนน้อง) บุคลากรสามารถกระทำได้ทันทีที่พบเหตุการณ์ช่วยแก้ไขการปฏิบัติให้ถูกต้องได้ทันที

4.2 การประเมินผลในหน่วยงานและให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานเกิดความตื่นตัวในการทบทวนแนวทางการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจึงควรทำอย่างต่อเนื่อง

4.3 การประเมินผลระหว่างหน่วยงานและให้ข้อมูลย้อนกลับทุกหน่วยงานเกิดความกระตือรือร้นมีการพัฒนาในการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

5. การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ แบ่งออกเป็น2ประเภทดังนี้

5.1 โปสเตอร์กระตุ้นเตือนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคการใช้ข้อความกระตุ้นเตือนและรูปภาพควรมีการประกวดหรือเปลี่ยนข้อความอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลภายในหน่วยงานให้ร่วมเสนอข้อความที่จะใช้เป็นโปสเตอร์

5.2 โปสเตอร์แสดงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจการปฏิบัติในการล้างมือ ควรเปลี่ยนให้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติและสวยงามเพื่อกระตุ้นความสนใจ

6. การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจของบุคลากร หน่วยงานควรควรสนับสนุนและจัดหาอุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจที่มีคุณภาพและเพียงพอเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น

7. การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคแก่ผู้ป่วย หน่วยงานควรทบทวน สอบถามความต้องการของบุคลากรพยาบาลและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ถังขยะติดเชื้อ การติดตั้งอุปกรณ์ทำความสะอาดมือ น้ำยาล้างมือให้เพียงพอเสมอ และควรสนับสนุนอปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับคนไข้ได้แก่กระดาษทิชชูถุงขยะและmaskสำหรับคนไข้ในจุดบริการคัดกรองผู้ป่วยและจุดตรวจรักษาผู้ป่วยคัดแยก เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคถูกต้องเพิ่มขึ้น

8. การรณรงค์การทำความสะอาดมือ หน่วยงานควรกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยมีรางวัล อาจเป็นคำชมเชยหรือการยกย่องเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ที่ตั้งใจในการปฏิบัติและเพื่อสร้าง

แรงจูงใจให้แก่ผู้ที่คิดจะปฏิบัติ ส่งเสริมการทำความสะอาดมือให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กรซึ่งจะเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

9. การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหน่วยงานควรมอบหมายให้บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคพร้อมกับให้เอกสารคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น

ผลการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรพยาบาลโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติจำนวน22ข้อพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมบุคลากรปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นทั้ง6ด้าน ด้านที่มากที่สุดได้แก่ด้านการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ร้อยละ100 รองลงมาคือด้านการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 97.5 ด้านการแยกผู้ป่วยร้อยละ97.1 ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ97.1 ด้านการทำความสะอาดมือ ร้อยละ97.1 และด้านการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติขณะรับบริการที่โรงพยาบาล ร้อยละ96.4 (ตามตารางที่1) และค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติถูกก่อนใช้รูปแบบเท่ากับ 16.85 (SD=4.49) หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติถูกต้อง เท่ากับ21.26 (S.D=1.05) ผลการเปรียบเทียบ**คะแนนการปฏิบัติของบุคลากรก่อนและหลังใช้รูปแบบ**พบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.05)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค โดยใช้สถิติ Paired t-test (N=22)

ปฏิบัติถูกต้อง	n	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผลต่างค่าเฉลี่ย	t-test	P-value
ก่อน	22	16.85	4.49	4.41	6.55	<.001
หลัง	22	21.26	1.05			

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

4.4 ผลการศึกษา พบว่าความเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรผู้ป่วยนอกมีความเหมาะสมในระดับมากและมากที่สุด โดยข้อที่มากที่สุดได้แก่ ผู้ร่วมพัฒนามีอิสระในการให้ข้อมูลและความรู้โดยไม่มีการถูกบังคับหรือชี้นำ ($\bar{X}$=3.85 S.D.=.36) รองลงมาได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อวัณโรคของหน่วยงาน($\bar{X}$=3.76 S.D.=.60) มีการดำเนินการที่ระบุวิธีการได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม ($\bar{X}$=3.74 S.D.=.45)มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน($\bar{X}$=3.71 S.D.=.52) มีวิธีการพัฒนาโดยใช้แนวทางการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล ($\bar{X}$=3.68 S.D.=.45)ครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในในโรงพยาบาล($\bar{X}$=3.56 S.D.=.71) มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง($\bar{X}$=3.41 S.D.=.82) ช่วยให้หน่วยงานใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ($\bar{X}$=3.32 S.D.=.58) ช่วยให้บุคลากรตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น($\bar{X}$=3.26 S.D.=.75) ในระดับมากได้แก่รูปแบบการส่งเริมช่วยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค($\bar{X}$=3.15 S.D.=.43) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบมาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย($\bar{X}$=2.9 S.D.=.63)

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกประกอบด้วย 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค 2)การสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติงาน 3) การทบทวนความรู้วิธีปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค 4) การประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยผู้ร่วมงานแบบไม่เป็นทาง การประเมินผลในหน่วยงานและการประเมินผลระหว่างหน่วยงาน 5) การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ข้อความ รูปภาพ และโปสเตอร์แสดงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง 6) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจมีคุณภาพและเพียงพอ 7) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคแก่ผู้ป่วย 8) การรณรงค์การทำความสะอาดมือ 9) การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลผู้ป่วยนอกปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและพบว่าบุคลากรพยาบาลทั้งหมดเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีความเหมะสมในการนำไปใช้ส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลทั้งนี้เกิดจากกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมทั้งหมดได้จากการระดมสมองของบุคลากรซึ่งเป็นตัวแทนหน่วยงานเพื่อให้ได้มาซึ่งการส่งเสริมการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาล และเมื่อได้ผลสรุปในการประชุมเชิงปฏิบัติการแต่ละครั้งทีมพัฒนาได้นำวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการดำเนินการและแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงรูปแบบ ทำให้มีวิธีการหลากหลายวิธีและเหมาะสมกับสภาพปัญหามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงและพบว่าบุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาลที่พบว่าการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยใช้หลายวิธีจะมีส่วนช่วยให้บุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น เช่น การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรแผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิของปิยะฉัตร วิเศษศิริ[13] ที่พบว่ารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก คือ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การทบทวนความรู้ การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การแพทย์และการรณรงค์ทำความสะอาดมือ ทำให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาถูกต้องเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรมเช่นเดียวกับผลการศึกษาการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายวิธีต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ของธัญญธร เขียนปัญญา[10]โดยใช้วิธีการส่งเสริมที่หลากหลายได้แก่ การให้ความรู้โดยการบรรยาย อภิปราย สาธิตและการสาธิตย้อนกลับ การแจกคู่มือป้องกันวัณโรค การแจกและติดโปสเตอร์เตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการป้องกันวัณโรค การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจ ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้กลยุทธ์การปฏิบัติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนใช้กลยุทธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาผลการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขต่อความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัยของ ยุวดี วานิชชัง[9]โดยใช้การสร้างเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยแผนการอบรมให้ความรู้ ให้คู่มือการปฏิบัติประกอบด้วยการจัดการสิ่งแวดล้อมการใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อการสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกัน N95 การใช้โปสเตอร์ และจดหมายให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในเครือข่าย

มีคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรมมากกว่าก่อนได้รับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อบุคลากรในแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้จริงบุคลากรมีความพึงพอใจและเห็นว่าเหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานปลอดภัยจากการติดเชื้อและปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้นำรูปแบบการส่งเสริมไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงานอื่นๆให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาลและขยายผลสู่เครือข่าย พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมและทบทวนการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านบริหาร ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการบริหารการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนา

3. ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยเชิงผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่นๆ และศึกษาถึงพฤติกรรมของพยาบาลในการนำเอารูปแบบลงไปปฏิบัติเพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งประยุกต์ใช้ในการศึกษาการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva; Switzerland: WHO.
2. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. นนทบุรี:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. Pongpant, S. Healthcare personnel safety and tuberculosis. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2018; 8(3): 319-325.
4. อะเคื้อ อุณหเลขกะ, สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์, และจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. การดำเนินการอุปสรรคและความ ต้องการของโรงพยาบาลในประเทศไทยในการป้องกันการแพร่กระจายวัณโรค. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข2561;11(4):529-539.
5. Uden, L., Barber, E., Ford, N., & Cooke, G. S. (2017). Risk of tuberculosis infection and disease for health care workers: An updated meta-analysis. Infectious Diseases Society of America2017; 4(3): 1-7. (Accessed October 28, 2024 at http://doi.org./ 10.1093%2Fofid%2Fofx137
6. Center for disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care setting. Morbidity and Mortality Weekly Report2005;54(17):13-25
7. Trakultaweesuk, P., Niyompattama, A., Boonbamroe, S., &Chaiear, N. Tuberculosis among hospital staffs in a tertiary care hospital, Northeastern Thailand. Srinagarind Med J.2017;32(3):204-213. (Accessed october 28, 2024, at https://li01. tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/90589.)
8. พนิดา ว่าพัฒนวงศ์, ชมพูนุช สุภาพวานิช, อรรณพ สนธิไชย. พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการ ทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2560; 9 (1): 74-85.

9. ยุวดี วานิชชัง, จารุวรรณ บุญศล, อาภรณ์ ถนัดค้า. ผลการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มี ต่อความรู้และการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเกษตรวิสัย ตามแนวคิดการเสริมแรงทางพฤติกรรมของฮัลล์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7ขอนแก่น 2561;25(3):31-41.
10. ธัญญธร เขียนปัญญา,วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, อะเคื้อ อุณหเลขกะ.ผลของการใช้กลยุทธ์หลากหลายวิธีต่อการปฏิบัติเพื่อปองกันวัณโรคของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์.วารสารพยาบาลสาร 2564;48(3):128-139.
11. Institute for Healthcare Improvement The Breakthrough Series: IHI's Collaborative model for achieving breakthrough improvement. [อินเทอร์เน็ต]. 2003. Retrieved October 2, 2023. Fromhttp://www.ihi.org/NR/rdonlyres/3F1925B7-6C47-48ED-AA83- C85DBABB664D/0/ The BreakthroughSeriespaper.pdf10.
12. ศศิประภา ตันสุวัฒน์,วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น. การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป. วารสารพยาบาลสาร 2557; 41(4): 1-10.
13. ปิยะฉัตร วิเศษศิริ, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลแผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. พยาบาลสาร; 42(3): 119-134.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

The relationship between health literacy, health awareness and health behavior for the prevention of diabetes and hypertension among people in health behavior modification village, Tha Phraya Subdistrict, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

วีร์สุดา นาคหล่อ[1]
Veesuda Narklo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โควิด- 19 ของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 345 คน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี คะแนนเฉลี่ย (3.53 ± .526) ระดับความตระหนักด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย (3.41 ± .359) ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดี คะแนนเฉลี่ย (3.51 ± .735) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย (4.71 ± .565) ด้านความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ในระดับปานกลาง (r=.442, p < 0.01) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อในระดับต่ำสุด (r=.117, p < .05) และความตระหนักด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อ (r=. 357 , p < .001), (r=.252 , p < .001)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This research was cross-sectional study with the objective of investigating the level of health literacy, health awareness, health behavior, and the relationship between health literacy, health awareness, and health behavior in the prevention of diabetes, hypertension, and emerging infectious diseases (specifically COVID-19) among a sample population of 345 people in a Health Behavior Modification Village in Tha Phraya Sub-district, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province.

The research found that the sample group had a good level of health literacy, with a mean score of 3.53 ± 0.526. The level of health awareness was fair, with a mean score of 3.41 ± 0.359. The health behaviors for the prevention of diabetes and hypertension were at a good level, with a mean score of 3.51 ± 0.735. The health behaviors for preventing COVID-19 were at a very good level, with a mean score of 4.71 ± 0.565. Health literacy had a moderate relationship with health behavior concerning non-communicable disease prevention (r=.442,p<0.01), health literacy had the lowest level of relationship with infectious disease prevention behavior (r=.117,p<.05), and health awareness had a low relationship with both non-communicable disease prevention behavior (r=.357,p<.001) and infectious disease prevention behavior (r=.252,p<.001).

Keywords: Health literacy, Health awareness, Health behavior

[1] ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรค (Non Communicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญอันดับหนึ่งของโลก ทั้งมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ มีสาเหตุปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัยหรือร่วมหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิก[1,2] ข้อมูลรายงานจากองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตประมาณ 354,000 คนต่อปี (หรือร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) เกือบครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นวัยที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญ มักเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวและคนวัยทำงาน ในปีพ.ศ. 2565 พบว่า อัตราป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เท่ากับ 541.0 และ 1,113.9 ต่อประชากรแสนคน[1,3] ข้อมูลรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค NCDs มีแนวโน้มสูงขึ้น พบคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 หรือประมาณ 6.5 ล้านคน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน ภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.4 ภาวะไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 23.5 พบความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7 รับประทานเกลือโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำที่ 2 กรัมต่อวัน ถึง 2 เท่า ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.9[4]

ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง โดยปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัยและทันสมัย เพื่อให้ประชาชนรับรู้และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงชุมชนเข้มแข็งรวมพลังสร้างสุขภาพดี ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเอง ให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกาย ได้รับอาหารปลอดภัย อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะที่ดี สามารถลดการเจ็บป่วยได้[1] ซึ่งในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ห่างไกลโรคไม่ติดต่อ ประชาชนมีความจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการดำเนินชีวิต โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้จนเกิดความตระหนักและสามารถตัดสินใจ ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม[4] มีการศึกษาพบว่าการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 และระดับพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 74.19[5] พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.23 โดยในด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.31 รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเองและด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูล (คะแนนเฉลี่ย 3.30 และ 3.29 ตามลำดับ)[6] และการศึกษาที่พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ด้านความรู้ ความเขาใจทางสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตัว การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (ร้อยละ 37.6, 40.1 และ 46.6 ตามลำดับ)[7] กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส.ในภาพและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การ

จัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพตาม ตาม 3อ 2ส อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.68, 32.50 และ 21.67 ส่วนระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 9.88[8] กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 50.98 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 22.15 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$[9] ซึ่งโดยสรุปพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา บริบทด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล และบริบทด้านสังคม การมีผู้ดูแล การเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุราและสูบบุหรี่) การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันโรคอ้วน เป็นต้น[10]

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยั่งยืน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำสู่สุขภาวะ[10] องค์การอนามัยโลก (WHO)[11] ได้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลและทรัพยากรทางสังคมที่จำเป็นสำหรับบุคคลและชุมชนในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลและบริการต่างๆ เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการสื่อสารและดำเนินการตามการตัดสินใจเหล่านั้น ซึ่งบุคคลมีทักษะการอ่านและการทำความเข้าใจที่ดีพอ ที่จะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งอาจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือวิธีการให้บริการด้านสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลไปใช้พัฒนาด้านสุขภาพตนเองได้[12] หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับสูง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น สุขภาวะที่ดี ลดอัตราป่วย การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ [10] มีข้อแนะนำถึงความตระหนักรู้ ดูแลตัวเอง ซึ่งเรื่องของการดูแลตนเอง หรือ Self-Care หมายถึงความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้และความเข้าใจที่มีจึงสำคัญ เพื่อสร้างความตระหนักด้านสุขภาพ และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในอนาคต การดูแลตนเอง ประกอบด้วยมิติต่างๆ ได้แก่ การดำเนินวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นภัยต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุราเกินขนาด การใช้ยาอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและรับผิดชอบ การตระหนักรู้ถึงอาการของโรคต่างๆ ด้วยตนเอง หรือร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อจำเป็น[12] ระบบสุขภาพในประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้า สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุมประชาชนและพื้นที่ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการใกล้บ้าน การส่งเสริมพัฒนาและบูรณาการการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ทั้งระบบการจัดการสุขภาพชุมชนและระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในรูปแบบ “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาคุณภาพการบริการตามมาตรฐานสุขศึกษาใน รพ.สต. โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติและหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนทั้งในกลุ่มวัยทำงาน วัยเรียนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นการร่วมคิด

ร่วมวางแผน ร่วมออกแบบกิจกรรมพัฒนา ร่วมดำเนินการ รวมถึงร่วมประเมินผลลัพธ์ความสำเร็จของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน หากทุกๆ พื้นที่ดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องให้กับประชาชนไปพร้อมๆ กันทั่วทุกชุมชน ย่อมส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน[13] ความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างครอบคลุมและเท่าเทียมกัน และถูกกำหนดโดยปัจจัยทางสังคมที่หลากหลาย ดังนั้นจึงไม่ใช่ความรับผิดชอบของบุคคลเพียงผู้เดียวในการพัฒนาและรักษาไว้ ผู้ให้ข้อมูลทุกคน รวมถึงภาครัฐ ภาคประชาสังคม และบริการสุขภาพ ควรเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้ ในรูปแบบที่เข้าใจได้ และนำไปปฏิบัติได้จริง ทรัพยากรทางสังคมสำหรับความรู้ด้านสุขภาพเหล่านี้รวมถึงการควบคุมสภาพแวดล้อมของข้อมูลและสื่อ (วาจา สิ่งพิมพ์ การกระจายเสียง และดิจิทัล) ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ ความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้คนสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลและช่วยให้ผู้คนสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าใจได้และเชื่อถือได้ของประชาชน และความสามารถในการใช้ข้อมูลดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อสถานการณ์ปัญหาการเกิดโรคที่มีมากในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แนวโน้มสูงขึ้น ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคภัยไข้เจ็บให้ลดลงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (ปัจจัยนำ) เช่น ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยแวดล้อม (ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม) อย่างเหมาะสม ในการพัฒนาปัจจัยภายในจะต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิด “Health Literacy” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน[14,15]

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษา 1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ความตระหนักด้านสุขภาพ 3) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 4) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอุบัติใหม่ โควิด - 19 5) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอุบัติใหม่ โควิด - 19 ของประชาชน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชากรวัยทำงาน อายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 2,480 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan[16] จำนวนตัวอย่าง 345 คน โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร ได้แก่ เป็นประชากร อายุ 18 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าพระยา อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย มีความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟนระดับพื้นฐาน และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง)ของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา[17] ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ_ซึ่งประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นคำถามประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง แบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เท่ากับ 5 ถึง 1 คะแนน 3) ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ เป็นคำถามประเมินจากการรับรู้ ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ประโยชน์และอุปสรรคด้านสุขภาพของตนเอง แบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เท่ากับ 5 ถึง 1 คะแนน 4) พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อ ข้อคำถามประเมินการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. เพื่อป้องกันโรคไร้เชื้อ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เท่ากับ 5 ถึง 1 คะแนน และ 5) พฤติกรรมป้องกันโรคอุบัติใหม่ ข้อคำถามประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อโควิด – 19 เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เท่ากับ 5 ถึง 1 คะแนน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ.2568 – เดือนกันยายน พ.ศ.2568

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.62 เพศชาย ร้อยละ 46.38 ช่วงอายุระหว่าง 40 - 49 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.56 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 25.51 การศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.84 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 20.58 อาชีพส่วนใหญ่ คือ พนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 33.91 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 27.25 บทบาทในชุมชน ส่วนใหญ่คือ ประชาชน ร้อยละ 92.75 อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 5.51 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 1.74 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[18] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.80 อายุเฉลี่ย 51.02 ปี การศึกษา[19] ที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 45 – 54 ปี ส่วนการศึกษา[20] พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.40 อายุระหว่าง 30 – 44 ปี ร้อยละ 51.60 ร้อยละ 94.90

การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.53 ± .526 ส่วนการวิเคราะห์รายด้าน ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (3.94 ± .988) ได้แก่ ข้อคำถามว่า ฉันปฏิเสธเพื่อสุขภาพของฉันเมื่อถูกชักชวนให้ทานอาหารหวาน

มันเค็ม สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา คะแนน 78.78 ระดับดี โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.81 ซึ่งบ่งชี้ที่สำคัญว่าประชาชนมีความตระหนักและมีวินัยในตนเองสูง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการป้องกันโรค ส่วนความรอบรู้ระดับดี รองลงมา คือ ข้อคำถามว่า ฉันสามารถค้นหาข้อมูลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากแหล่งต่างๆ เช่นจากผู้รู้สื่อสิ่งพิมพ์สื่อออนไลน์เป็นต้น คะแนนเฉลี่ย (3.92 ± .921) คะแนน 78.49 ระดับดี โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.64 และ ข้อคำถามว่าฉันพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อนำมาปฏิบัติตาม คะแนนเฉลี่ย (3.88 ± .912) คะแนน 77.62 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 67.83

ด้านความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความตระหนักด้านสุขภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย (3.41 ± .359) จากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่าระดับความตระหนักด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยข้อคำถามที่อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (4.10 ± .835) คือ ข้อคำถามว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิตได้ คะแนนรวม 81.91 โดยส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดีและดีมาก (ร้อยละ 44.93, 34.78 ตามลำดับ) และ รองลงมาคือ ข้อคำถามว่า ฉันคิดว่าที่กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิเนื้อติดมันเป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่นานๆ กินครั้งหรือไม่กินเลย คะแนนเฉลี่ย (3.97± .866) คะแนนรวม 79.42 คืออยู่ในระดับดี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 48.12 และ ข้อคำถามว่า ฉันเชื่อว่าฉันออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ คะแนนเฉลี่ย (3.93 ± .872) คะแนนรวม 78.67 คืออยู่ในระดับดี โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.96

ด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ ได้แก่ การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การสูบบุหรี่, และการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยระดับพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี ระดับคะแนนเฉลี่ย (3.51 ± .735) โดยมีคะแนนรวม 73.84 การวิเคราะห์รายด้านพบว่า พฤติกรรมที่ดีมาก คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (3.88 ± 2.043) ได้แก่ พฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ยาสูบ หรือบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนเฉลี่ย (3.88 ± 2.043) คะแนนรวม 91.13 โดยส่วนใหญ่ ตอบพฤติกรรมไม่สูบ ดีมากร้อยละ 75.94 รองลงมาคือ พฤติกรรมไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นสุราเบียร์ ไวน์เหล้าขาว ยาดองเหล้าโซจูเป็นต้น คะแนนเฉลี่ย (3.50 ± 2.203) คะแนนรวม 90.32 ระดับดีมาก พฤติกรรมส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ระดับดีมาก ร้อยละ 66.09 และข้อคำถาม ฉันได้รับควันบุหรี่ยาสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากคนใกล้ชิดหรือคนรอบข้าง คะแนนเฉลี่ย (3.07± 2.362) คะแนนรวม 85.57 อยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมส่วนใหญ่ ระดับดีมาก ร้อยละ 57.68 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหลักได้อย่างดี สะท้อนถึงการรับรู้ถึงอันตรายและพยายามที่จะป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่ เพราะเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโครงการรณรงค์เรื่องงดเหล้าและบุหรี่ในชุมชนน่าจะประสบความสำเร็จอย่างสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในเรื่องการลดอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรค เช่น ฉันกินขนมที่มีรสหวาน หรือของเชื่อม เช่นทองหยอด ฝอยทอง ขนมชั้นมันเชื่อมกล้วยเชื่อมเป็นต้น คะแนนเฉลี่ย 3.70 ± 1.128 (74.09 คะแนน), ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่นน้ำอัดลม น้ำแดง น้ำเขียวเป็นต้น คะแนนเฉลี่ย 3.68± 1.124 (73.68 คะแนน), และฉันกินอาหารแปรรูปเช่นไส้กรอก กุนเชียงบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแหนมเป็นต้น คะแนนเฉลี่ย 3.78 ± 1.073 (75.54 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ดี

ในเรื่องการหาเวลาผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย นั่งสมาธิในระหว่างวัน 3.55 ± 1.115 (70.96 คะแนน) และการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ 7- 8 ชั่วโมง คะแนนเฉลี่ย 3.66 ± 1.045 (73.10 คะแนน)

พฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคติดเชื้อโควิด - 19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การประเมินพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย (4.71 ± .565) คะแนนรวม 94.32 พฤติกรรมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (4.79 ± .554) คือ พฤติกรรมฉันล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย คะแนนรวม 95. ร้อยละ 84.93 รองลงมาคือ พฤติกรรม ฉันกินอาหารที่ปรุงสุกและสะอาดคะแนนเฉลี่ย (4.71 ± .713) คะแนนรวม 94.20 ร้อยละ 81.74 และพฤติกรรม ฉันสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วยส่วนใหญ่ คะแนนเฉลี่ย (4.71 ± .655) คะแนนรวม 94.14 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.45 และพฤติกรรม ฉันสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัดหรือพื้นที่ปิด เช่น รถโดยสารประจำทาง ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ หรือช่วงที่มี PM2.5 คะแนนเฉลี่ย (4.66 ± .715) คะแนนรวม 93.16 ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.55

ด้านการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความตระหนักด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ($r = .442$, $p < 0.01$) รองลงมาคือ ความตระหนักด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างมากกับพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r = .417$, $p < 0.01$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพรวม และความตระหนักด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพรวมมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ ($r = .354$ และ $r = .367$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.62 เพศชาย ร้อยละ 46.38 ซึ่งอาจสะท้อนว่าในพื้นที่นี้ ผู้หญิงมีความสนใจหรือมีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย หรืออาจเป็นลักษณะประชากรในพื้นที่โดยทั่วไป ช่วงอายุระหว่าง 40 - 49 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.56 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 25.51 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังเข้าสู่ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่สูงนัก คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.84 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 20.58 อาชีพส่วนใหญ่ คือ พนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 33.91 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 27.25 ซึ่งอาจมีผลต่อระดับความเข้าใจด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงอาจมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มอาชีพอื่น บทบาทในชุมชน ส่วนใหญ่คือ ประชาชน ร้อยละ 92.75 อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 5.51 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 1.74 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[18] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.80 อายุเฉลี่ย 51.02 ปี การศึกษา[19] ที่พบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 45 – 54 ปี ส่วนการศึกษา[20] พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.40 อายุระหว่าง 30 – 44 ปี ร้อยละ 51.60 ร้อยละ 94.90

การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.53 ± .526 แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตัวเองได้ดี ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล มีความสามารถในการประเมินข้อมูล แยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องจากข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้ แสดงให้เห็นถึงทักษะในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในยุคที่มีข้อมูลมากมายจากหลายแหล่ง

ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ ที่สำคัญที่สุดคือ พวกเขาสามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ส่วนการวิเคราะห์รายด้าน ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (3.94 ± .988) ได้แก่ ข้อคำถามว่า ฉันปฏิเสธเพื่อสุขภาพของฉันเมื่อถูกชักชวนให้ทานอาหารหวาน มันเค็ม สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา คะแนน 78.78 ระดับดี โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.81 ซึ่งบ่งชี้ที่สำคัญว่าประชาชนมีความตระหนักและมีวินัยในตนเองสูง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการป้องกันโรค ส่วนความรอบรู้ระดับดี รองลงมา คือ ข้อคำถามว่า ฉันสามารถค้นหาข้อมูลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากแหล่งต่างๆ เช่นจากผู้รู้สื่อสิ่งพิมพ์สื่อออนไลน์เป็นต้น คะแนนเฉลี่ย (3.92 ± .921) คะแนน 78.49 ระดับดี โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.64 และ ข้อคำถามว่าฉันพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อนำมาปฏิบัติตาม คะแนนเฉลี่ย (3.88 ± .912) คะแนน 77.62 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 67.83 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รอรับข้อมูลจากคนอื่นเพียงอย่างเดียว แต่มีความกระตือรือร้นและทักษะในการจัดการข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งมีการศึกษาที่สอดคล้องกันได้แก่[20] การศึกษาที่พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ 2ส ในระดับดี ร้อยละ 85.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.6 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 0.7 โดยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ขณะที่ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 3อ 2ส อยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนวัยทำงานกลุ่มนี้มีความสามารถในการรับรู้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม การศึกษา[8]กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส.ในภาพและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพตาม ตาม 3อ 2ส อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.68, 32.50 และ 21.67 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และการศึกษา[21] พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.80 ระดับดีมาก ร้อยละ 45.20 และการศึกษา[9] ที่พบกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 50.98 ส่วนการศึกษาที่พบว่าสอดคล้องน้อย[21] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมระดับดีมาก ร้อยละ 60.3 และการศึกษา[22] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องจนเชี่ยวชาญและยั่งยืน ร้อยละ 45.74 ระดับดี คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้องร้อยละ 39.01 ส่วนการศึกษาที่ไม่สอดคล้องในบางประเด็น พบว่า[18] ระดับความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยในด้านความรู้ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44.20 และการศึกษา[19] พบกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และ[23] พบว่าระดับความรอบรู้ในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ รวมทั้งการศึกษา[24] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระดับพอใช้ 2.15 ร้อยละ 51.35

ด้านความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความตระหนักด้านสุขภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย (3.41 ± .359) จากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่าระดับความตระหนักด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยข้อคำถามที่อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (4.10 ± .835) คือ ข้อคำถามว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงและเสียชีวิตได้ คะแนนรวม 81.91 โดยส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดีและดีมาก (ร้อยละ 44.93, 34.78 ตามลำดับ) และ รองลงมาคือ ข้อคำถามว่า ฉันคิดว่าที่กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิเนื้อติดมันเป็น

ประจำ มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่นานๆ กินครั้งหรือไม่กินเลย คะแนนเฉลี่ย (3.97± .866) คะแนนรวม 79.42 คืออยู่ในระดับดี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 48.12 และ ข้อคำถามว่า ฉันเชื่อว่าฉันออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ คะแนนเฉลี่ย (3.93 ± .872) คะแนนรวม 78.67 คืออยู่ในระดับดี โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.96 ผลการวิเคราะห์รายด้านชี้ให้เห็นว่าประชาชนมีความตระหนักในเรื่อง ผลลัพธ์เชิงลบ ที่รุนแรงของโรคได้อย่างดี ยังมีความตระหนักในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่มาจากพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายได้อย่างชัดเจน แสดงว่าประชาชนตระหนักและรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกันการศึกษา[8] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 9.88 และการศึกษา[25] ที่พบว่า การตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.08 และการศึกษา[24] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ความตระหนักด้านสุขภาพมีระดับพอใช้ 2.17 ร้อยละ 79.28 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงถึงความตระหนักด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความตระหนักด้านสุขภาพในหลายๆ ด้านที่สำคัญ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการควบคุมสุขภาพของตนเอง การรับรู้ว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอาจเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวาย หรือโรคหลอดเลือดสมอง และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วย และข้อแนะนำ[26] ว่าความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคเรื้อรังและการเข้าถึงการรักษา เป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทั่วโลก และยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 5 หมวดหมู่ ได้แก่ การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การสูบบุหรี่, และการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยระดับพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดี ระดับคะแนนเฉลี่ย (3.51 ± .735) โดยมีคะแนนรวม 73.84 การวิเคราะห์รายด้านพบว่า พฤติกรรมที่ดีมาก คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (3.88 ± 2.043) ได้แก่ พฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ยาสูบ หรือบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนเฉลี่ย (3.88 ± 2.043) คะแนนรวม 91.13 โดยส่วนใหญ่ ตอบพฤติกรรมไม่สูบ ดีมากร้อยละ 75.94 รองลงมาคือ พฤติกรรมไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่นสุราเบียร์ ไวน์เหล้าขาว ยาดองเหล้าโซจูเป็นต้น คะแนนเฉลี่ย (3.50 ± 2.203) คะแนนรวม 90.32 ระดับดีมาก พฤติกรรมส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ระดับดีมาก ร้อยละ 66.09 และข้อคำถาม ฉันได้รับควันบุหรี่ยาสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากคนใกล้ชิดหรือคนรอบข้าง คะแนนเฉลี่ย (3.07± 2.362) คะแนนรวม 85.57 อยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมส่วนใหญ่ ระดับดีมาก ร้อยละ 57.68 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหลักได้อย่างดี สะท้อนถึงการรับรู้ถึงอันตรายและพยายามที่จะป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่ เพราะเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโครงการรณรงค์เรื่องงดเหล้าและบุหรี่ในชุมชนน่าจะประสบความสำเร็จอย่างสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในเรื่องการลดอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรค เช่น ฉันกินขนมที่มีรสหวาน หรือของเชื่อม เช่นทองหยอด ฝอยทอง ขนมชั้นมันเชื่อมกล้วยเชื่อมเป็นต้น คะแนนเฉลี่ย 3.70 ± 1.128 (74.09 คะแนน), ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่นน้ำอัดลม น้ำแดง น้ำเขียวเป็นต้น คะแนนเฉลี่ย 3.68± 1.124 (73.68 คะแนน), และฉันกินอาหารแปรรูปเช่นไส้กรอก กุนเชียงบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแหนม

เป็นต้น คะแนนเฉลี่ย 3.78 ± 1.073 (75.54 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ดีในเรื่องการหาเวลาผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย นั่งสมาธิในระหว่างวัน 3.55 ± 1.115 (70.96 คะแนน) และการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ 7- 8 ชั่วโมง คะแนนเฉลี่ย 3.66 ± 1.045 (73.10 คะแนน) พฤติกรรมเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความตระหนักและนำความรู้ด้านสุขภาพไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างจริงจัง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผลการวิจัยในส่วนนี้เป็นภาพสะท้อนที่ชัดเจนว่าประชาชนในพื้นที่นี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในหลายด้าน โดยเฉพาะการควบคุมอาหารและการจัดการความเครียด บ่งบอกถึงความสำเร็จของโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา และเป็นพื้นฐานที่แข็งแกร่งในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษา[22] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ร้อยละ 53.36 รองลงมาอยู่ในระดับดี คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 36.77และระดับพอใช้ คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเล็กน้อยร้อยละ 9.87 การศึกษา[27] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 59.00 ระดับดี ร้อยละ 29.30 การศึกษา[21] มีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61.9 และการศึกษา[9,20] พบว่าการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 3อ 2ส อยู่ในระดับดี การศึกษา[28] พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์ ออกกำลังกาย ร้อยละ 62.87 คลายเครียดด้วยการพักผ่อนมากที่สุด ร้อยละ 86.83 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.12 และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.59 และการศึกษา[24] ที่ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่) มีค่าเฉลี่ยดีมาก 3.47 ร้อยละ 64.87 รองลงมาคือ พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์(ไม่ดื่ม) ค่าเฉลี่ยดีมาก 3.10 ร้อยละ 44.15 และข้อมูลรายงานระดับประเทศที่พบความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.7 รับประทานเกลือโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำที่ 2 กรัมต่อวัน ถึง 2 เท่า ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.94

พฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคติดเชื้อโควิด - 19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การประเมินพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย (4.71 ± .565) คะแนนรวม 94.32 พฤติกรรมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (4.79 ± .554) คือ พฤติกรรมฉันล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย คะแนนรวม 95. ร้อยละ 84.93 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการล้างมือเป็นพฤติกรรมที่ฝังลึกและกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันในการป้องกันโรคแล้ว รองลงมาคือ พฤติกรรม ฉันกินอาหารที่ปรุงสุกและสะอาดคะแนนเฉลี่ย (4.71 ± .713) คะแนนรวม 94.20 ร้อยละ 81.74 แสดงถึงความระมัดระวังในการเลือกอาหารเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ และพฤติกรรม ฉันสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วยส่วนใหญ่ คะแนนเฉลี่ย (4.71 ± .655) คะแนนรวม 94.14 ส่วนใหญ่ร้อยละ 81.45 และพฤติกรรม ฉันสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่นแออัดหรือพื้นที่ปิด เช่น รถโดยสารประจำทาง ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ หรือช่วงที่มี PM2.5 คะแนนเฉลี่ย (4.66 ± .715) คะแนนรวม 93.16 ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.55 แสดงให้เห็นถึงการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองตามสถานการณ์ที่เสี่ยง เช่น ในพื้นที่แออัดหรือเมื่อต้องเผชิญกับมลภาวะ PM 2.5 และบ่งชี้ว่าประชาชนส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่เชื้อในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน เป็นพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างสูง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเข้มแข็งในการป้องกันตนเองจากโรค ผลการวิจัยชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด - 19 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน

ระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงถึง 4.71 ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จอย่างสูงของมาตรการและการรณรงค์ด้านสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษา[29] ที่พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด - 19 โดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่อยู่ในระดับมาก ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย (4.16 ± 0.69) ระดับพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (4.10 ± 0.47) และการศึกษา[30] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษา[31] ที่แสดงว่า การระบาดใหญ่ของโควิด -19 ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาสุขภาพที่ดี เป็นที่ประจักษ์แล้วว่าความตระหนักด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี การป้องกันโรค และความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของแต่ละบุคคล ระดับความตระหนักด้านสุขภาพที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ที่ดีขึ้น และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น ความตระหนักด้านสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสุขภาพที่สะท้อนถึงระดับความใส่ใจในสุขภาพของแต่ละบุคคล

ด้านการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความตระหนักด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ($r = .442$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลอย่างมากต่อการเลือกพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ความตระหนักด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างมากกับพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r = .417$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าการที่ประชาชนตระหนักถึงผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพจะช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพรวม และความตระหนักด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพรวมมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ ($r = .354$ และ $r = .367$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) ตัวเลขนี้บ่งชี้ว่าแม้ความรู้และความตระหนักจะเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ก็ไม่ใช่ทั้งหมดที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ถูกวัดในการศึกษาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, การสนับสนุนจากคนรอบข้าง หรือสภาพแวดล้อม การที่เรามีความรู้ว่าอะไรดีต่อสุขภาพ ไม่ได้หมายความว่าเราจะมีกำลังทรัพย์หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เราทำสิ่งนั้นได้เสมอไป แม้ความสัมพันธ์จะไม่สูงมากนัก ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = .403$) ซึ่งสูงกว่าพฤติกรรมด้านอื่น ๆ สะท้อนให้เห็นว่ายิ่งประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่มากเท่าไหร่ ก็จะยิ่งมีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุหรี่มากขึ้น ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์ในระดับ ต่ำมาก ($r = .184$ และ $r = .152$ ตามลำดับ) ความตระหนักด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภค มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = .287$ และ $r = .207$ ตามลำดับ) ซึ่งหมายความว่าการตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายและการกินอาหารที่ดีมีส่วนช่วยให้เกิดพฤติกรรมเหล่านั้น แต่ก็ยังมีความสัมพันธ์ไม่สูงมากนัก ส่วนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r = .136$) ซึ่งสะท้อนว่าแม้จะตระหนักถึงผลเสีย แต่การดื่มยังคงเกิดขึ้น อาจเป็นเพราะปัจจัยทางสังคมหรือวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา ได้แก่ การศึกษา[18] ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.2ส. มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.38$) การศึกษา[21] ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับปานกลางกับ

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 การศึกษา[27] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r= .337) และ และการศึกษา[24] พบว่าความตระหนักด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง (r = .676, P-value = 0.000) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกาลังกาย (r = .220, P-value = 0.020) และพฤติกรรมการจัดการความเครียดระดับต่ำ (r = .214, P-value = 0.024) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 การศึกษา[9] พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p <0.05 ส่วนการศึกษาที่พบว่าสอดคล้องน้อย[22] ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อ มีความสัมพันธ์ในระดับ ต่ำมาก (r = .117) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอาจไม่ได้เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อ โดยอาจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ เช่น การล้างมือหรือการสวมหน้ากาก อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นมากกว่าความรู้เชิงลึก เช่น ความเคยชิน, บรรทัดฐานทางสังคม หรือนโยบายสาธารณะที่ถูกกำหนดในช่วงเวลานั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษา[29] ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ ปานกลางกับ พฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .59, p < .01) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 กับ พฤติกรรมสุขภาพ แบบชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มตัวอย่าง และพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .59, p < .01) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการป้องกัน โรคโควิด-19 ด้านการสื่อสารข้อมูลเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการตัดสินใจเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r= .46, .50, .42, .44 และ .40 ตามลำดับ) และด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายผลสู่พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ โดยความสำเร็จนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ได้ เช่น การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารและการรณรงค์ที่คล้ายคลึงกัน

2. ควรมีการรณรงค์และให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีเหล่านี้ยังคงอยู่ต่อไปในระยะยาว แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะคลี่คลายลงแล้วก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีNCDs 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://online.fliphtml5.com/hvpvl/evzj/

2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://old.nationalhealth.or.th/th/node/5015

3. องค์การอนามัยโลก. โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก มกราคม 2560 - ธันวาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/docs/default-source/thailand/ncds/ccs-ncd-proposal-thai.pdf
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประชาชนรอบรู้ สู้โรคไม่ติดต่อ Health Literacy: Together Fight NCDs. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://anyflip.com/labww/ovxo/
5. จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564; 6(3): 121 - 30.
6. รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, จงกลนี ตุ้ยเจริญ, สุรีพร แสงสุวรรณ, สุระพงษ์ ฝ่ายเคนา, นลป์ธนัญศ์ ไชยวงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสุขศึกษา. 2568; 48(1): 88 - 101.
7. พรภัทรา แสนเหลา, สุวารี ทวนวิเศษกุล, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, สมัคร ตาปราบ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล. 2565; 71(4): 20 - 8.
8. พรศรี สิงคะปะ, วงศกร ราชปันติ๊บ. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอิสาน. 2564; 36(1): 16 - 23.
9. กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, สุภิสา ขำเอนก, อภิสรากรณ์ หิรัณย์วิชญกุล, สุวรัตน์ ธีระสุต, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 17(1): 1 - 12.
10. ปาจรา โพธิหัง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564; 29(3): 115 - 30.
11. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Health Literacy Toolkit. New Delhi: WHO; 2014. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://library.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/4/2023/06/Health-Literacy-Toolkit.pdf
12. กรมสุขภาพจิต. ตระหนักรู้ "ดูแลตัวเอง" ชีวิตดีระยะยาวรับ "สังคมสูงอายุ". [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31528
13. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษา ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ.2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hed.go.th/.
14. World Health Organization. ความรู้ด้านสุขภาพ.[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy
15. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. 2561. บริษัท สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด.
16. เขตสุขภาพที่ 11. โปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc11.go.th/me-working-age/krejcie-morgan/index.
17. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนวัยทำงาน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hed.go.th/.
18. กัญญาพัชร บัดแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/13802/1/2645000643.pdf
19. พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จุ้ย, สัญญา สุขขำ, เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2567; 4(1): 84 – 93

20. หนึ่งฤทัย ศรีภิรมย์, สาโรจน์ เพชรมณี, ธณกร ปัญญาใสโสภณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2568; 8(2): 59 – 80
21. กฤษณี ศรีเมือง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ir.stou.ac.th/
22. เบญจวรรณ บัวชุ่ม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจี้ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563; 16(3): 49 - 58.
23. ศิรินทร ปัญจะทองคำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงาน ในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4 วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(2) ; 1 – 8
24. ปัทมา คงบุญรักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568; 10(2): 905 -918
25. อนัญลักษณ์ เชาวลา. การตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจซื้ออาหารที่เน้นพืชเป็นหลักของผู้บริโภคเจเนอเรชันเอกซ์. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=12240&context=chulaetd
26. Chimezie R.O. Health Awareness: A Significant Factor in Chronic Diseases Prevention and Access to Care. J Bio-Sci & Med. 2023;11(2): [Internet]. [cited 2025 May 21]. Available from: doi: 10.4236/jbm.2023.112005.
27. กฤศภณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2565; 14(1): 206 - 18.
28. จิตติยา ใจคำ , จักรกฤษณ์ วังราษฎร์ , อักษรา ทองประชุม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564; 8(2): 1 – 24
29. ณัฐริกา พร้อมพูน, กฤษิณี เหลื่อง, วรางคณา คงสวัสดิ์, กฤติญา เส็งนา, ภูษณิศา มีนาเขตร. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกนโรคโควิด-19 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565; 1(1): 16 - 27
30. บุบผา ทรงกิจ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางจัก อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://atg-h.moph.go.th/sites/default/files/2024-เอกสารเผยแพร่.pdf
31. Remr J.. Validation of the Health Consciousness Scale among the Czech Population. Healthcare 2023, 11(11), 1628; https://doi.org/10.3390/healthcare11111628

ประสิทธิผลโปรแกรมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานโรงโม่หิน จังหวัดเพชรบูรณ์

Effectiveness of a Health Literacy Program on Lung Health Literacy and Pulmonary Function among Stone Mill Workers in Phetchabun Province.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 26,2025)

สุดารัตน์ รอดมณี[1] เยี่ยมณัฐ ชัยพฤกษ์ไพรวัน[2] สุรศักดิ์ ตั้งสมบัติกุล[1] นิภาวรรณ สุจริตธรรม[2]
Sudarut Rodmanee[1] Yiamnut Chaiyaprukpraiwan[2] Surasak Tungsombutkul[1] Nipawan Sujarittam[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้สุขภาพ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันตนเองและสมรรถภาพปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มพนักงานโรงโม่หินจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 40 คน ระยะเวลาการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้การสร้างเสริมความรอบรู้ มีกิจกรรม 3 ครั้งในสัปดาห์ที่1-4และกลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ตามมาตรฐาน ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมด้านความรอบรู้สุขภาพ ได้แก่ 1)การให้ความรู้เพื่อสร้างทักษะความรอบรู้ 2)สนทนากลุ่มเกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1)แบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินการรับรู้และแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน 2)การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด 3)เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Chi Square test, Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรอบรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลตรวจสมรรถภาพปอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพ, ระดับความรอบรู้สุขภาพปอด, โรคปอดฝุ่นหิน

Abstract

This quasi-experimental, two-group study, with pre- and post-test measurements, aimed to compare health literacy levels, perceptions, self-protective behaviors, and lung function. The sample consisted of 80 stone mill workers, divided into an experimental group (40 participants) and a control group (40 participants). The experimental period was 4 weeks. The experimental group received a health literacy promotion program, which included 3 activities during weeks 1-4. The control group received standard education during weeks 1 and 4. The research tools included a health literacy program consisting of: 1) providing knowledge to build health literacy skills, and 2) group discussions about silicosis. Data collection tools included: 1) a general questionnaire, health literacy assessment, behavior assessment, perception assessment, and knowledge interview on silicosis; 2) lung function testing using a spirometer; and 3) data analysis tools including Chi-square test, Paired t-test, and Independent t-test, with a statistical significance level set at 0.05.

The study found that the group receiving the program had significantly higher health literacy than the control group after the intervention ($p<0.001$). The experimental group, after receiving the program, exhibited significantly higher dust prevention behaviors than the control group ($p<0.001$). However, there was no statistically significant difference in lung function between the experimental and control groups ($p<0.001$).

Keywords: Health literacy, Lung health literacy level, Silicosis

[1] โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
[2] โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

บทนำ

โรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis) คือ โรคที่เกิดจากการสูดหายใจเอาฝุ่นละอองเล็กๆของผลึกซิลิก้าหรือซิลิคอนไดออกไซด์หรือฝุ่นหินทรายเข้าไปในปอด แล้วทำให้เกิดเป็นเนื้อเยื่อพังผืดเป็นจุดเล็ก ๆ ในปอดทั้งสองข้างทำให้มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ทรวงอกขยายตัวได้น้อยลง ทำงานเหนื่อยง่าย ไม่มีไข้ พบความชุกร้อยละ 30 - 50 ในประเทศที่กำลังพัฒนา ได้แก่ จีน ไทย เวียดนาม บราซิลและแอฟริกา จากการสัมผัสฝุ่นซิลิก้าผ่านระบบทางเดินหายใจยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหอบหืด หลอดลมอุดกั้นเรื้อรังและโรคหลอดลมอักเสบ เป็นต้น[1]

จากการการสืบค้นระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคปอดฝุ่นหินในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นอัตรา 0.53 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2566 คิดเป็นอัตรา 0.67 ต่อแสนประชากร และในปีพ.ศ. 2567 คิดเป็นอัตรา 0.63 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับรายงานพบอัตราป่วยด้วยโรคปอดฝุ่นหินย้อนหลัง ปี พ.ศ.2565-2567 โดยเฉลี่ย 3 ปี จำแนกตามเขตสุขภาพที่มีอัตราป่วยมากที่สุด 3 อันดับ มีดังนี้ เขตสุขภาพที่ 9 คิดเป็นอัตรา 1.53 ต่อแสนประชากร เขตสุขภาพที่ 7 คิดเป็นอัตรา 1.17 ต่อแสนประชากรและเขตสุขภาพที่ 2 คิดเป็นอัตรา 1.15 ต่อแสนประชากร ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดที่พบอัตราป่วยด้วยโรคปอดฝุ่นหิน ปีพ.ศ.2565-2567 โดยเฉลี่ย 3 ปี มากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ จังหวัดอุตรดิตถ์ คิดเป็นอัตรา 3.59 ต่อแสนประชากร จังหวัดตาก คิดเป็นอัตรา 1.98 ต่อแสนประชากรและจังหวัดเพชรบูรณ์ คิดเป็นอัตรา 0.58 ต่อแสนประชากรโดยจังหวัดเพชรบูรณ์มีสถานประกอบการประเภทโรงโม่หินอยู่ประมาณ 4 แห่งที่ยังมีการดำเนินกิจการอยู่ มีพนักงาน 96 คน ส่วนใหญ่จะมีช่วงอายุประมาณ 30-50 ปี พนักงานโรงโม่หินส่วนใหญ่จะเป็นคนในพื้นที่ มีอายุงานเฉลี่ยประมาณ 5-10 ปี[2]

สถานประกอบกิจการโรงโม่หินเป็นอุตสาหกรรมอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดฝุ่นละอองเป็นจำนวนมากซึ่งในทุกกระบวนการของโรงโม่หิน โดยเฉพาะฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนไม่ว่าจะเป็น การขนส่ง การโม่หิน การจัดเก็บ เป็นต้น ฝุ่นละอองนั้นมีองค์ประกอบของผลึกซิลิกาอยู่ ซึ่งฝุ่นประเภทนี้มีอีกชื่อหนึ่งว่าฝุ่นหินหรือฝุ่นหินทราย เมื่อหายใจเข้าไปในระยะเวลานานๆ จะก่อให้เกิดโรคที่เรียกว่า โรคปอดฝุ่นหิน ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจไม่สามารถรักษาให้หายขาด สามารถตรวจพบได้ด้วยการตรวจเอกซเรย์ปอดและการตรวจสมรรถภาพปอด ซึ่งปัจจุบันการตรวจสมรรถภาพปอดเป็นที่นิยมมากที่สุดและถือว่าเป็นวิธีการตรวจพื้นฐานที่ใช้ดำเนินการตรวจในกรณีที่คนทำงานมีโอกาสสัมผัสพวกฝุ่นซิลิก้า ฝุ่นไม้ ฝุ่นฝ้ายและถ่านหิน เนื่องจากเป็นการตรวจที่ง่าย ผู้รับการาตรวจไม่เจ็บตัวและถ้าทำการตรวจได้ถูกเทคนิคจะให้ผลการตรวจที่น่าเชื่อถือ[3]

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน โดยมีการศึกษาจาก 2 พื้นที่ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิลิโคซิสของคนงานโรงโม่หิน อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี[4] กล่าวว่า ทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคซิลิโคซิส การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นหิน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานและการควบคุมแหล่งกำเนิดฝุ่น สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคซิลิโคซิสของคนงานได้ ควรส่งเสริมคนงานให้มีทัศนคติด้านการป้องกันโรคมากขึ้น โดยเฉพาะการสร้างความตระหนักในผลเสียการเจ็บป่วยต่อการทำงานและการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง(r = .47) การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดฝุ่นหินและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดฝุ่นหินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .01 (r = .33, .31 ตามลำดับ) ความรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นหินของพนักงานโรงโม่หินในอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)[5] จากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความรู้ ทัศคติส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน ผู้วิจัยจึงนำการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health literacy)เป็นทักษะที่จำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการรักษาสุขภาพที่ยั่งยืน[6] โดยผู้วิจัยสร้างโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพปอด เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางกระบวนการพัฒนาทักษะความรอบรู้ ลดโอกาสการป่วยด้วยโรคปอดฝุ่นหินในกลุ่มพนักงานโรงโม่ ซึ่งนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคปอดฝุ่นหินในพนักงานโรงโม่หินต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานโรงโม่หิน ในการสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานโรงโม่หิน เพื่อสร้างทักษะในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการทำงาน ช่วยป้องกันการป่วยด้วยโรคปอดฝุ่นหินและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้สุขภาพการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นและสมรรถภาพปอดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้สุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้สุขภาพการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่น และสมรรถภาพปอดในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้สุขภาพและสมรรถภาพปอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้สุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับความรอบรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องงกันอันตรายจากฝุ่น และผลตรวจสมรรถภาพปอด ก่อนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่ำกว่าหลังการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มคนงานโรงโม่หินที่ได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. ระดับความรอบรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องงกันอันตรายจากฝุ่น และผลตรวจสมรรถภาพปอด ก่อนการดูแลตามปกติ ต่ำกว่า หลังการดูแลตามปกติ ในกลุ่มคนงานโรงโม่หินที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. โปรแกรมด้านความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มคนงานโรงโม่หิน มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองและผลตรวจสมรรถภาพปอดของกลุ่มคนงานโรงโม่หิน

วิธีการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นหิน มีผลต่อการป้องกันโรคซิลิโคซิส ผู้วิจัยจึงใช้โดยใช้แนวคิดการสร้าง Health literacy ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1.เข้าถึง 2.เข้าใจ 3.ไต่ถาม 4.ตัดสินใจ 5.นำไปใช้[7] เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 สิ้นสุด 31 มีนาคม 2567 สถานที่ดำเนินการวิจัยโรงโม่หิน 2 แห่งในจังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานพนักงานโรงโม่หินที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้งหมด 96 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานพนักงานโรงโม่หินที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงโม่ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

จากสถานประกอบกิจการทั้ง 2 แห่ง คือ กลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ให้การสอนตามปกติ จำนวน 40 คน และกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดTest Family เป็นt-test, Statistical test เป็น Mean: Difference Between Two Independent Means (Two Group) กำหนด Two Tail กำหนดให้ Effect size = 0.72, Power analysis = 0.8 และให้ค่าความคาดเคลื่อน (Q) = 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 32 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกัน Drop out 20% = 7 คน รวม 39 คน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 คนต่อกลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน จากนั้นได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจัดกลุ่มทดลองอยู่โรงโม่หินแห่งที่ 1และกลุ่มควบคุมอยู่โรงโม่หินแห่งที่ 2 ตามเกณฑ์ดังนี้

<u>เกณฑ์การคัดเข้า</u>

1. เป็นพนักงานโรงงานโม่หินและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ทำงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. ผลการตรวจ Spirometry แปลผลว่า Normal
5. ผล Chest X-ray แปลผลว่า Normal
6. ไม่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรควัณโรค โรคโควิด-19 โรคหอบหืด โรคหัวใจ
7. ไม่มีภาวะเจ็บป่วย ดังนี้ (เนื่องจากการเป่า Spirometry จะก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ)

7.1 ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด

7.2 มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภายใน 1 สัปดาห์

7.3 มีภาวะหลอดเลือดแดงที่ปอดอุดตัน หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองใน ทรวงอก ท้อง สมอง

7.4 ได้รับการผ่าตัดสมอง ทรวงอกหรือช่องท้องในช่วง 4 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

7.5 ผ่าตัดตา หู จมูก ในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

7.6 มีแผลที่ตา ความดันลูกตาสูง

<u>เกณฑ์การคัดออก</u>

1. มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
2. มีภาวะความดันโลหิตสูง > 180/ >100 mmHg.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงานต่อวัน ประวัติการทำงานที่สัมผัสฝุ่น การใช้อุปกรณ์ป้องกัน ประวัติการดื่มสุรา

1.2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ[5] ซึ่งประกอบด้วย คำถามที่ประเมินเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ การให้คะแนน โดยให้คะแนนตามระดับความเป็นจริงที่ตรงกับท่านดังนี้

ตอบ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน
ตอบ มาก ให้ 4 คะแนน
ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
ตอบ น้อย ให้ 2 คะแนน
ตอบ น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

1.3 แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากฝุ่น จำนวน 13 ข้อ โดยประยุกต์ จิราภรณ์ หลาบคา, จินตนา ศิริบูรณ์พิพัฒนา และธนาพร ทองสิม[5] ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการเลือกอุปกรณ์สวมใส่เพื่อป้องกันฝุ่น การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร การให้คะแนน โดยให้คะแนนตามความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ดังนี้

ตอบ 6 – 7 วัน ให้ 5 คะแนน

ตอบ 4 – 5 วัน ให้ 4 คะแนน
ตอบ 3 วัน ให้ 3 คะแนน
ตอบ 1 – 2 วัน ให้ 2 คะแนน
ตอบ ไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

1.4 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้การป้องกันอันตรายจากฝุ่น จำนวน 10 ข้อโดยประยุกต์จาก จิราภรณ์ หลาบคา, จินตนา ศิริบูรณ์พิพัฒนา และธนาพร ทองสิม[5] ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน สาเหตุการเกิดโรคปอดฝุ่นหิน อาการของโรคปอดฝุ่นหิน การป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน

<u>กลุ่มเชิงบวก</u>
ตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน
ตอบ ผิดและไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน
<u>กลุ่มเชิงลบ</u>
ตอบ ผิดและไม่ทราบ ให้ 1 คะแนน
ตอบ ถูก ให้ 0 คะแนน

การแปลผล แบบประเมินทั้ง 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากฝุ่น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มาตราวัด 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับ ต่ำ เท่ากับ ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 1.7
ระดับ พอใช้ เท่ากับ ค่าเฉลี่ย 1.8-3.4
ระดับ ดี เท่ากับ ค่าเฉลี่ย 3.5 ขึ้นไป

การแปลผล แบบประเมินการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มาตราวัด 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับ ต่ำ เท่ากับ ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 0.33
ระดับ พอใช้ เท่ากับ ค่าเฉลี่ย 0.34-0.66
ระดับ ดี เท่ากับ ค่าเฉลี่ย 0.67 ขึ้นไป

1.5 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้จัดการโรงโม่หิน จำนวน 5 ข้อ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน วิธีการป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน แนวทางการรักษาและส่งต่อพนักงานในสถานประกอบการที่เจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ของสถานประกอบการในด้านต่าง ๆ แหล่งสนับสนุนทางสุขภาพที่สถานประกอบการประสานงาน

1.6 เครื่องมือทางสรีรวิทยา เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) ยี่ห้อ Sibelmed รุ่น DATOSIR TOUCH EASY model T,D,F โดยสอบเทียบมาตรฐานด้วยอุปกรณ์สอบเทียบ Calibration Syringes S3000 โดยสอบเทียบเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2567และครบกำหนดวันปรับเทียบวันที่ 27 สิงหาคม 2568และ Calibration ด้วย Syring calibrate 3 lit ก่อนใช้เป่าปอดทุกครั้ง การแปลผลเป่าปอดดัดแปลงมาจากแนวทางของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2545 และ ACOEM ค.ศ. 2011[8] โดยการแปลผลจะสรุปผลการตรวจได้เป็น ปกติ (Normal), ผิดปกติแบบอุดกั้น (Obstructive abnormality), ผิดปกติแบบจำกัดการขยายตัว (Restrictive Abnormality), หรือ ผิดปกติแบบผสม (Mixed Abnormality) อย่างใดอย่างหนึ่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมด้านความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มคนงานโรงโม่หิน โดยพัฒนามาจากแนวคิดการสร้าง Health literacy ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1.เข้าถึง 2.เข้าใจ 3.ไต่ถาม 4.ตัดสินใจ 5.นำไปใช้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ,2558) ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 รอบรู้ ปลอดภัย ห่างไกลจากโรคปอดฝุ่นหิน โดยจัดมีกิจกรรม ให้ความรู้ด้วยการสอนเกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน (ใช้องค์ประกอบ เข้าถึง เข้าใจ ในการสร้างการรับรู้ เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน)

ครั้งที่ 2 เล่าสู่กันฟัง ทำยังไงดีนะกับโรคปอดฝุ่นหินทราย โดยจัดกิจกรรมรวมกลุ่มพนักงานโรงโม่ได้แลกเปลี่ยน ปัญหาหรือข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน ประสบการณ์ การใส่อุปกรณ์ป้องกัน การตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมสุขภาพที่พนักงานโม่นำมาปรับใช้เพื่อป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน (ใช้องค์ประกอบ ไต่ถาม เพื่อกระตุ้นการรับรู้ถึง

ความสามารถในการนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

ครั้งที่ 3 ติดตาม สร้างความมั่นใจ ปลอดภัยจากโรคปอดฝุ่นหิน โดยจัดมีกิจกรรม รวมกลุ่มพนักงานโรงโม่และผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยน ปัญหาหรือข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมทักษะความรอบรู้สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหินและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานโรงโม่ (ใช้องค์ประกอบ ตัดสินใจ นำไปใช้ ในการกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจในความรอบรู้ของตนนำไปใช้และติดตามผล)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรอาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน 1ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านอาชีวเวชกรรมสาขาคลินิก 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา ความครอบคลุมของค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index (CVI)) และใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence (IOC)) เท่ากับ 0.67และในส่วนของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ ความครอบคลุมของค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index (CVI)) และใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence (IOC)) เท่ากับ 0.69

2.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เครื่องมือใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) การประเมินพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่น และ 3) การประเมินการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่น วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรอัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach'sCoefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76,0.75และ0.74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานไปยังพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษา โดยติดต่อผู้จัดการโรงโม่ทั้งสองแห่ง ทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมแจ้งคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยจะชี้แจงต่อกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วันละ 40 คน รวมเป็น 2 วัน โดยเชิญอาสาสมัครเข้ามาในห้องสร้างสัมพันธ์ภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการและการพิทักษ์สิทธิ์ ใช้ระยะเวลา 30-45 นาทีและสัมภาษณ์ผู้จัดการของโรงโม่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมีเนื้อหารายละเอียด ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน วิธีการป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน อุปกรณ์ป้องกันโรคปอดฝุ่นหินตาม นโยบายของสถานประกอบการและที่ใช้ในปัจจุบัน แนวทางการรักษาและส่งต่อพนักงานในสถานประกอบการแหล่งประโยชน์ของสถานประกอบการในด้านต่าง ๆ แหล่งสนับสนุนทางสุขภาพที่สถานประกอบการประสานงาน ติดต่อหรือขอรับคำแนะนำด้านสุขภาพ เพื่อให้ทราบแหล่งประโยชน์ที่หนักงานโรงโม่หินจะได้รับและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ดำเนินการตามระยะเวลาการดำเนินการดังต่อไปนี้ต่อไปนี้

<u>สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</u>

1.ผู้วิจัยจะชี้แจงต่อกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทำแบบสอบถาม วันละ 40 คน ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที รวมเป็น 2 วัน(เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมปฏิบัติงานอยู่โรงโม่คนละแห่ง) ในการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากฝุ่น แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่น

หินและแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้สุขภาพการป้องกันอันตรายจากฝุ่น

2. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้ารับการตรวจสมรรถภาพปอด ต้องไม่มีข้อต้องห้ามตามเกณฑ์คัดออกและเกณฑ์การยุติ ทำการเป่าปอดที่บริเวณลานประชุมในสถานประกอบการ เป็นพื้นที่โล่ง อากาศถ่ายเทห่างไกลบริเวณที่มีฝุ่นฟุ้งกระจาย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเรียกอาสาสมัครเข้ามาทดสอบสมรรถภาพปอด ครั้งละ 1 คน วันละ 40 คน

3. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน การใส่อุปกรณ์ป้องกัน แนวทางการสังเกตอาการป่วยและการแจ้งต่อนายจ้าง โดยการสอนในห้องประชุม การแจกแผ่นพับและการให้ความรู้ทางป้ายไวนิล วีดีโอความรู้หัวข้อความรู้ที่บรรยายมีเนื้อหา ได้แก่ กายวิภาคของระบบทางเดินหายใจ ความสำคัญของระบบทางเดินหายใจ สาเหตุใดบ้างที่ทำให้เกิดผลกระทบจากระบบทางเดินหายใจ ประเภทของฝุ่นแต่ละชนิด ฝุ่นประเภทไหนที่ทำให้เกิดอันตราย ฝุ่นประเภทไหนที่ทำให้เกิดโรคปอดฝุ่นหิน อาการของระบบทางเดินหายใจที่ควรเฝ้าระวัง โรคทางเดินหายใจที่สำคัญและโรคปอดฝุ่นหิน การป้องกันโรคระบบทางเดินหายใจและโรคปอดฝุ่นหินและแนวทางการดูแลเมื่อเกิดโรคปอดฝุ่นหินในสถานประกอบการ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง วันละ 40 คน

<u>สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรม ครั้งที่ 1</u>

กลุ่มทดลองได้รับการสอนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามโปรแกรมด้านความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มคนงานโรงโม่หิน ตามการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 รอบรู้ ปลอดภัย ห่างไกลจากโรคปอดฝุ่นหิน ในกลุ่มทดลองทั้ง 40 คน โดยมีรายละเอียดที่แตกต่างกันคือ การนำทักษะแนวคิด Health literacy นำมาสอน ฝึกให้กลุ่มทดลองได้แสวงหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่ถูกต้อง_แนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่น การเลือกใช้ข้อมูลอย่างถูกต้อง การนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยตัวอย่างทั้งหมดจะเกี่ยวข้องกับโรคปอดฝุ่นหิน กลุ่มทดลองทิ้งช่วงจากการได้รับความรู้ร่วมกับกลุ่มควบคุม 1 สัปดาห์ ใช้เวลาเป็นเวลา 3 ชั่วโมง

<u>กลุ่มควบคุม</u> ไม่มีการจัดกิจกรรม

<u>สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรม ครั้งที่ 2 และ 3</u>

กลุ่มทดลองเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 หัวข้อ โดยรวมครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 ไว้ด้วยกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาของกลุ่มทดลอง โดยสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 3 ชั่วโมง มีหัวข้อดังนี้ ปัญหาหรือข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน ประสบการณ์ การใส่อุปกรณ์ป้องกัน การตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมสุขภาพที่พนักงานโม่นำมาปรับใช้เพื่อป้องกันโรคปอดฝุ่นหิน ปัญหาหรือข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมทักษะความรอบรู้สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดฝุ่นหิน และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานโรงโม่

<u>กลุ่มควบคุม</u> ไม่มีการจัดกิจกรรม

<u>สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม</u>

1. ผู้วิจัยจะชี้แจงต่อกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทำแบบสอบถาม วันละ 40 คน รวมเป็น 2 วัน ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที ในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นและแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้การป้องกันอันตรายจากฝุ่น อีกหนึ่งครั้งเพื่อประเมินการรับรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ภายหลังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมและการทำแบบสอบถามแล้ว ตรวจสมรรถภาพปอดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 80 คน วันละ 40 คน รวมเป็น 2 วัน โดยกลุ่มเปรียบเทียบต้องไม่มีข้อต้องห้ามตามเกณฑ์คัดออกและเกณฑ์การยุติ ทำการเป่าปอดที่บริเวณลานประชุมในสถานประกอบการเป็นพื้นที่โล่ง อากาศถ่ายเท ห่างไกลบริเวณที่มีฝุ่นฟุ้ง

กระจาย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเรียกอาสาสมัครเข้ามาทดสอบสมรรถภาพปอด ครั้งละ 1 คน เพื่อเปรียบเทียบผลการเป่าปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลไปประมวลหรือวิเคราะห์ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการตรวจสมรรถภาพปอดและข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลแล้วนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง การรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่น และสมรรถภาพปอด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังการสอน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการเป่าปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test .ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลเป่าปอดทั้งสองกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัย ได้จัดทำโครงร่างการวิจัยเสนอการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ได้รับเอกสารการรับรอง เลขที่ IEC-030-

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของคนงานที่สัมผัสฝุ่น

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 48-59 ปีร้อยละ50 น้ำหนัก 61-70 kg.ร้อยละ37.5 ส่วนสูง 161-170 ซม. ร้อยละ62.5 การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ62.5 ระยะเวลาทำงานในสถานประกอบการ มากกว่า 15 ปีร้อยละ55 ระยะเวลาทำงานต่อวัน 7-8 ชั่วโมงร้อยละ100 ประวัติโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ60 ประวัติการสูบหรี่ ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ62.5 ประวัติผิดปกติระบบทางเดินหายใจ ไม่มีประวัติผิดปกติระบบทางเดินหายใจร้อยละ77.5

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 77.5 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 48-59 ปีร้อยละ32.5 น้ำหนัก 51-60 kg.ร้อยละ35 ส่วนสูง 161-170 ซม. ร้อยละ47.5 การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ52.5 ระยะเวลาทำงานในสถานประกอบการ มากกว่า 15 ปีร้อยละ32.5 ระยะเวลาทำงานต่อวัน 7-8 ชั่วโมงร้อยละ 87.5 ประวัติโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ70 ประวัติการสูบหรี่ ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ62.5 ประวัติผิดปกติระบบทางเดินหายใจ ไม่มีประวัติผิดปกติระบบทางเดินหายใจร้อยละ100

หลังทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นประวัติผิดปกติระบบทางเดินหายใจที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในคนงานที่สัมผัสฝุ่นของกลุ่มทดลอง (n=40)และกลุ่มควบคุม(n=40) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 2.19 (S.D. = 0.24) ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 3.75 (S.D. = 0.32) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) กลุ่มควบคุมก่อนการได้รับความรู้ตามมาตรฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 2.31 (S.D. = 0.40) ภายหลังการได้รับความรู้ตามมาตรฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 2.64 (S.D. = 0.26) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพก่อนและหลังได้รับความรู้ตามมาตรฐาน พบว่าภายหลังได้รับความรู้ตาม

มาตรฐาน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) 3. เปรียบเทียบระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นในคนงานที่สัมผัสฝุ่นของกลุ่มทดลอง (n=40) และกลุ่มควบคุม(n=40) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมมีระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นเท่ากับ 0.60 (S.D. = 0.20) ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นเท่ากับ 0.92 (S.D. = 0.09) เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

กลุ่มควบคุมก่อนการได้รับความรู้ตามมาตรฐานมีระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นเท่ากับ 0.59 (S.D. = 0.22) ภายหลังการได้รับความรู้ตามมาตรฐานมีระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นเท่ากับ 0.63 (S.D. = 0.23) เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นก่อนและหลังได้รับความรู้ตามมาตรฐาน พบว่าภายหลังได้รับความรู้ตามมาตรฐาน กลุ่มควบคุมมีคะแนนระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) 4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นในคนงานที่สัมผัสฝุ่นของกลุ่มทดลอง (n=40)และกลุ่มควบคุม(n=40) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นเท่ากับ 2.50 (S.D. = 0.35) ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นเท่ากับ 4.23 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

กลุ่มควบคุมก่อนการได้รับความรู้ตามมาตรฐานมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นเท่ากับ 2.44 (S.D. = 0.47) ภายหลังการได้รับความรู้ตามมาตรฐานมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นเท่ากับ 2.48 (S.D. = 0.46) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นก่อนและหลังได้รับความรู้ตามมาตรฐาน พบว่าภายหลังได้รับความรู้ตามมาตรฐาน กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นไม่แตกต่างกับก่อนได้รับความรู้ตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.339) 5. เปรียบเทียบผลตรวจสมรรถภาพปอดในคนงานที่สัมผัสฝุ่นของกลุ่มทดลอง (n=40)และกลุ่มควบคุม(n=40) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยผลตรวจสมรรถภาพปอดเท่ากับ 0.80 (S.D. = 0.41) ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลตรวจสมรรถภาพปอดเท่ากับ 0.90 (S.D. = 0.30) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลตรวจสมรรถภาพปอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลตรวจสมรรถภาพปอดไม่มีความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.253)

กลุ่มควบคุมก่อนการได้รับความรู้ตามมาตรฐานค่าเฉลี่ยผลตรวจสมรรถภาพปอดเท่ากับ 0.83(S.D. = 0.38) ภายหลังการได้รับความรู้ตามมาตรฐานมีค่าเฉลี่ยผลตรวจสมรรถภาพปอดเท่ากับ 0.93(S.D. = 0.27) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลตรวจสมรรถภาพปอดก่อนและหลังได้รับความรู้ตามมาตรฐาน พบว่าภายหลังได้รับความรู้ตามมาตรฐาน กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยผลตรวจสมรรถภาพปอดไม่มีความแตกต่างก่อนได้รับความรู้ตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.103) 6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้การป้องกันอันตรายจากฝุ่น พฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่น

และผลการตรวจสมรรถภาพปอด หลังการสอนของคนงานที่สัมผัสฝุ่น ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนความรู้ตามมาตรฐานกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ(n=80)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐาน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้การป้องกันอันตรายจากฝุ่นของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐาน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้การป้องกันอันตรายจากฝุ่นสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐาน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

7. ผลการตรวจสมรรถภาพปอดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐาน พบว่าผลการตรวจสมรรถภาพปอดไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.711)

สรุปและอภิปรายผล

จากประสิทธิผลโปรแกรมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอดในกลุ่มพนักงานโรงโม่หิน จังหวัดเพชรบูรณ์ จากการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้สุขภาพ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่น และสมรรถภาพปอดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้สุขภาพ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น การรับรู้มีระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นสูงขึ้น คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคปอดฝุ่นหินการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดฝุ่นหินและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดฝุ่นหินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดฝุ่นหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] เมื่อเปรียบเทียบ ระดับความรอบรู้สุขภาพ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่น และสมรรถภาพปอดภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น การรับรู้มีระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นสูงขึ้น คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องอันตรายจากฝุ่นไม่แตกต่างจากเดิม ซึ่งสนับสนุนการใช้แนวคิดการสร้าง Health literacy ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1.เข้าถึง 2.เข้าใจ 3.ไต่ถาม 4.ตัดสินใจ 5.นำไปใช้[7] ในการนำไปใช้เพื่อเพิ่มทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมกับสุขภาวะของพนักงาน ทั้งนี้ผลการตรวจสมรรถภาพปอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผลการตรวจสมรรถภาพปอดไม่มีความแตกต่างทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม รวมไปถึง ก่อนและหลังการได้รับความรู้ตามมาตรฐาน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเป่า Spirometry ของพนักงาน สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ที่คลินิกอาชีวเวชศาสตร์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี[10] ที่กล่าวว่าประสบการณ์ในการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ในการตรวจทำการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์มีคุณภาพ เมื่อเทียบกับผู้รับบริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ที่ไม่มีประสบการณ์ 2.36 เท่า ทำให้สรุปได้ว่าการให้โปรแกรมหรือการให้ความรู้ไม่มีผลต่อผลการตรวจสมรรถภาพปอด

จากผลการวิจัย จึงแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น การรับรู้มีระดับการรับรู้ในการป้องกันอันตรายจากฝุ่นสูงขึ้น แนวทางการกระตุ้นทักษะการใช้แนวคิด Health literacy ทำให้กลุ่มทดลองสามารถค้นหาข้อมูล วิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลได้เหมาะสมกับสุขภาวะของตนเอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้ มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาการพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการให้กระบวนการต่างๆในการวิจัย เนื่องจากทั้งสองกลุ่มอยู่โรงโม่คนละแห่งกันและมีระยะเวลาในการทำกิจกรรมค่อนข้างจำกัด เนื่องจากมีหน้างานที่ต้องปฏิบัติงานประจำและในส่วนของกิจกรรมมีระยะเวลาค่อนข้างสั้น ทำให้การเปรียบเทียบการรอบรู้กับผลตรวจสมรรถภาพปอดอาจจะยังมีความไม่ชัดเจนว่าตัวโปรแกรมในระยะยาวจะมีผลต่อสมรรถภาพปอดมากน้องเพียงใด ในการศึกษาอนาคตอาจจะมีความจำเป็นที่จะต้องขยายระยะเวลากิจกรรม เพื่อการติดตามความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้และผลตรวจสมรรถภาพปอดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้ไป พัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้ กับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของ ประชาชนในแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับสถานประกอบการต่างๆที่มีพนักงานเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดฝุ่นหิน และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความรู้ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน เรื่อง รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังโรคปอดฝุ่นหินในกลุ่มคนงานที่สัมผัสฝุ่นด้วย Application จากผลการวิจัยที่พบว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มความรอบรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นในคนงานที่สัมผัสฝุ่นได้ในทางปฏิบัติ จะพบว่าการสอนและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้บุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดที่ปฏิบัติได้เพียงปีละ 1 ครั้ง ตามที่เจ้าของกิจการอนุญาตเนื่องจากมีผลต่อเวลาการทำงานของบุคคลเหล่านี้ การป้องกันและเฝ้าระวังโรคปอดฝุ่นหินด้วย Application จึงเป็นการพัฒนา Application เพื่อให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ข้อมูลและบุคลากรสาธารณสุข เกิดการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผลเพื่อศึกษาถึงระยะความคงทนของความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะ ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณากร นิราราช, และคณะ. (2563). สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซิลิโคซิส ในผู้ที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติจากระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคซิสในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา. วารสารควบคุมโรค, 46(3), 347-358.
2. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม. (2568) ข้อมูลจากการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง. รงพยาบาลเพชรบูรณ์
3. มูลนิธิสัมมาอาชีวะ. (2561). แนวทางการตรวจและแปลผลสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ในงานอาชีวอนามัย.มูลนิธิสัมมาอาชีวะ.

4. บุปพา โพธิกุล, สุรินธร กลัมพากร, & วีณา เที่ยงธรรม. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิลิโคซิสของคนงานโรงโม่หินในอำเภออู่ทองจังหวัดสุพรรณบุรี.https://gsbooks.gs.kku.ac.th./57/grc15/iles/mmp76
5. จิราภรณ์ หลาบคา, จินตนา ศิริบูรณ์พิพัฒนา, & ธนาพร ทองสิม. (2560). พฤติกรรมการป้องกันฝุ่นหินของพนักงานโรงโม่หินของอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 19(1), 71–83.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพของไทยปี พ.ศ.2562. http://dohhl.anamai.moph.go.th
7. กองสุขศึกษา. (2558) แนวคิดการสร้าง Health literacy. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เขตสุขภาพที่ 2. (2568). อัตราป่วยโรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis) . https://hdc.moph.go.th.
9. จิตรประภา รุ่งเรือง. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดจากการทำงานของลูกจ้างโรงงาน อุตสาหกรรมไม้ จังหวัดสมุทรปราการ.http://www.ir.buu.ac.th/dspace/bitsream/1515/ 183/1/59920422.pdf
10. นุจรีย์ ปอประสิทธ, และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ ที่คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์และสุขภาพ, **27**(3), 69–82.

การประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง ในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

Non-Obstructive Dysphagia Diagnosis Using High-Resolution Esophageal Manometry (HREM): A Retrospective Study at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 26,2025)

พัชรพล ชูวงศ์โกมล[1]
Pacharapol Choovongkomol[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง ในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมากลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย 65 คนที่มีภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันในหลอดอาหารที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ในช่วงปีพ.ศ. 2566-2568 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า การตรวจวัดการทำงานของหลอดอาหารเพื่อตรวจหาภาวะหลอดอาหารทำงานผิดปกติ ผู้ป่วย 18 คน (27.7%) มีผลตรวจปกติ และผู้ป่วย 47 คน (72.3%) ตรวจพบภาวะผิดปกติของการทำงานของหลอดอาหาร โดยภาวะที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษานี้คือ ภาวะกล้ามเนื้อหูรูดส่วนล่างของหลอดอาหารไม่คลายตัว 28 คน (43.1%) ภาวะหลอดอาหารไม่บีบตัว 4 คน (6.2%) ภาวะหลอดอาหารส่วนล่างเกร็งตัว 5 คน (7.7%) ภาวะหลอดอาหารบีบตัวรุนแรง 1 คน (1.5%) ภาวะหลอดอาหารบีบตัวน้อยกว่าปกติ 8 คน (12.3%) ภาวะกลืนลำบากในช่องคอหอย จำนวน 1 คน (1.5%)

คำสำคัญ: การประเมิน ผู้ป่วยภาวะกลืนลำบาก ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหาร การตรวจวัด
การเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร การบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง

Abstract

This study was survey research by retrospective study aimed to evaluate patients with dysphagia without esophageal obstruction using high-resolution esophageal motility and esophageal sphincter contraction measurements at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The sample consisted of 65 patients with dysphagia without esophageal obstruction at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during 2023-2025. Data were collected from medical records and analyzed using descriptive and inferential statistics.

The study found that esophageal function tests to detect esophageal dysfunction were normal in 18 patients (27.7%), and 47 patients (72.3%) had esophageal dysfunction. The most common conditions in this study were esophageal sphincter insufficiency (28 patients (43.1%), esophageal dystonia (4 patients (6.2%), esophageal dystonia (5 patients (7.7%), severe esophageal dystonia (1 patient (1.5%), hypoesophageal dystonia (8 patients (12.3%), and pharyngeal dysphagia (1 patient (1.5%).

Keywords: Assessment of dysphagia patients, non-esophageal obstruction, measurement,
esophageal motility, high-resolution esophageal sphincter contraction

บทนำ

อาการกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นหนึ่งในอาการของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางระบบทางเดิน

[1] แผนกอายุรกรรมทางเดินอาหาร โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

อาหารส่วนต้นที่พบได้บ่อย ไม่น้อยไปกว่ากลุ่มโรคกระเพาะอาหาร /อาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) หรือโรคกรดไหลย้อน (Gastroesophageal reflux disease, GERD) ซึ่งภาวะกลืนลำบากนี้มักจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้งทางสภาวะร่างกายและสภาวะทางจิตใจ (Quality of life) รวมถึงยังมีผลนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมามากมาย เช่น ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) โรคปอดอักเสบที่เกิดจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) โดยส่วนมากผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากมักจะเกิดจากรอยโรคที่บริเวณหลอดอาหาร (Esophagus)[1] ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการลำเลียงส่งต่ออาหารหรือน้ำที่กินจากทางปากเข้าไปสู่กระเพาะอาหารเพื่อทำการย่อยและดูดซึมต่อไป ความผิดปกติของบริเวณหลอดอาหารที่เราพบได้บ่อยมักจะเกิดจากการอุดตัน เช่น มะเร็งที่หลอดอาหาร (Esophageal cancer) ภาวะหลอดอาหารตีบแคบ (Esophageal stricture) มีก้อนกดหลอดอาหารจากอวัยวะข้างเคียง (External compression) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวสามารถตรวจพบความผิดปกติได้จากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy, EGD) ซึ่งเรียกรวมในกลุ่มนี้ว่า ‘ภาวะกลืนลำบากจากการอุดตันของหลอดอาหาร’ (Obstructive dysphagia) แต่ก็ยังมีกลุ่มผู้ป่วยบางส่วนที่มีอาการกลืนลำบากและได้ทำการตรวจด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นแล้วไม่พบความผิดปกติ ซึ่งเรียกผู้ป่วยที่มีภาวะเช่นนี้ว่า ‘ภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหาร’ (Non-obstructive dysphagia)[2]

สาเหตุสำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารมักจะเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของหลอดอาหาร (Motility disorder of esophagus) ที่ทำให้มีการบีบตัวของหลอดอาหาร (Esophageal peristalsis) หรือการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Lower esophageal sphincter, LES) เปลี่ยนแปลงไป เช่น หลอดอาหารไม่มีการบีบตัว หลอดอาหารบีบตัวน้อย/มากกว่าปกติ หูรูดหลอดอาหารไม่คลายตัวเมื่อมีการกลืน จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาหารหรือน้ำค้างอยู่ภายในหลอดอาหาร นำไปสู่ความรู้สึกกลืนติด กลืนไม่ลง อาเจียนอาหารที่กินเข้าไป มีภาวะอาหารไหลย้อนกลับขึ้นมา (Regurgitation) หรือเกิดอาการแน่นหน้าอกที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางหลอดเลือดหัวใจ (Non-cardiac chest pain) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังควรได้รับการตรวจเบื้องต้นด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร[3] เนื่องจากอาการกลืนลำบากนี้ ไม่สามารถแยกได้ชัดเจนกับผู้ป่วยที่ภาวะกลืนลำบากจากการอุดตันของหลอดอาหาร ในกรณีนี้การตรวจที่เหมาะสมและสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สำคัญและแม่นยำไปสู่การวินิจฉัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ‘การตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง’ (High Resolution Esophageal Manometry, HREM) ซึ่งจะเป็นการวัดค่าการทำงานต่างๆของหลอดอาหารและกล้ามเนื้อหูรูดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร เช่น ลักษณะการบีบตัว รวมถึงความแรง การคลายตัวของหูรูดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร[4]

‘การตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง’ (High Resolution Esophageal Manometry) คือ เครื่องมือที่ประกอบไปตรวจหน่วยประมวลผล (Processing unit) และสายตรวจหลอดอาหาร (Catheter) โดยจะใส่สายตรวจเข้าทางจมูกเพื่อผ่านเข้าไปถึงหลอดอาหารและใส่ถึงจนถึงกระเพาะอาหาร เพื่อวัดการทำงานของหลอดอาหารตลอดความยาว วัดการทำงานของหูรูดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร[5] นอกจากนี้ยังสามารถวัดการเคลื่อนที่ของน้ำ/อาหาร (Bolus transit) ได้ด้วยการวัดความต่างศักย์ที่เกิดขึ้นภายในหลอดอาหาร (Intraluminal impedance) โดยค่าต่างๆที่ตรวจวัดได้ก็จะได้รับการแปลผลตามมาตรฐานกลาง (Standard protocol) คือ

Chicago classification version 4.0 ทำให้ได้รับการวินิจฉัยภาวะการทำงานที่ผิดปกติของหลอดอาหาร (Motility disorder of esophagus) ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาของผู้ป่วยตามมา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการประเมินผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง ในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

วิธีกานวิจัย

เป็นการวิวัยเชิงสำรวจโดศึกษาแบบ การศึกษาย้อนหลัง (Survey research by retrospective study) ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึง มกราคม 2568 ผู้ป่วยจำนวน 65 คน ที่มีอาการกลืนติดกลืนลำบากโดยที่ทำการตรวจเบื้องต้นด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นแล้วไม่พบความผิดปกติ และได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วย ‘การตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง’ (High Resolution Esophageal Manometry)[6]

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria):

1. ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี
2. มีอาการกลืนติดกลืนลำบาก
3. ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจเบื้องต้นด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
4. ได้รับ ‘การตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง’ (High Resolution Esophageal Manometry)

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion Criteria):

1. ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติผ่าตัด หรือฉายแสงที่บริเวณหลอดอาหาร
2. ข้อมูลไม่ครบถ้วนจากเวชระเบียนอิเลกทรอนิกซ์ (Electronic medical record)

การเก็บข้อมูล (Data collection)

1. อายุ เพศ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI)
2. ระยะเวลาของการกลืนลำบากก่อนมาตรวจที่โรงพยาบาล
3. โรคประจำตัว
4. ข้อมูลจากการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง[6]

4.1 ค่าเฉลี่ยแรงรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ในท่านั่งและท่านอน (Mean resting Lower esophageal sphincter (LES) pressure in upright and supine position)

4.2 ค่ามัธยฐานของค่าเฉลี่ยการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ในท่านั่งและท่านอน (Median Integrated relaxation pressure (IRP) in upright and supine position)

4.3 อัตราส่วนร้อยละการบีบตัวของหลอดอาหารที่ปกติ เบากว่าปกติ หรือไม่มีการบีบตัว (Percent of normal peristalsis, weak peristalsis, failed peristalsis)

4.4 ค่าเฉลี่ยความแรงในการบีบตัวของหลอดอาหาร ในท่านั่งและท่านอน (Mean Distal contractile integral (DCI) in upright and supine position)

4.5 ค่ามัธยฐานของค่าเฉลี่ยการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ขณะการตรวจด้วยการกลืนน้ำต่อเนื่อง 100 มิลลิลิตร (IRP of rapid drink challenge (RDC))

4.6 ค่ามัธยฐานของค่าเฉลี่ยการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ขณะการตรวจด้วยการกลืนน้ำต่อเนื่อง 5 คำ (IRP of multiple rapid sallow (MRS))

4.7 การบีบตัวของหลอดอาหารหลังการกลืนน้ำต่อเนื่อง 5 คำ (Contractile preserve in MRS)

4.8 ภาวะไส้เลื่อนกระบังลม (Hiatal hernia)

4.9 วินิจฉัยภาวะหลอดอาหารทำงานผิดปกติอ้างอิงจาก Chicago classification 4.0

อุปกรณ์การตรวจ (Equipment)

1. อุปกรณ์การตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง (High Resolution Esophageal Manometry) (Diversatek, USA)

2. Software ZVU version 3.3.0 (Diversatek, USA)

3. ของเหลวที่ใช้ในการตรวจการกลืนน้ำ (น้ำเปล่า ผสมกับ normal saline solution ตราส่วน 1:1)

4. กระบอกฉีดยาสำหรับป้อนน้ำให้กับผู้ป่วยในการทดสอบ

การเตรียมตัวผู้ป่วย (Patient preparation)

1. งดยาที่มีผลต่อการทำงานของหลอดอาหารและลำไส้ อย่างน้อย 7 วัน ตัวอย่างเช่น Domperidone (Motilium™), Itopride (Ganaton™), Mosapride (Gasmotin™), Baclofen เป็นต้น

2. งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน วันก่อนตรวจ

ขั้นตอนการตรวจ (Study protocol)

1. เริ่มตรวจในท่านั่ง ใส่สายวัดการทำงานของหลอดอาหาร (Catheter) ทางจมูก จนปลายสายเข้าสู่กระเพาะอาหารสังเกตได้จากหน้าจอวัดการทำงานของกล้ามเนื้อจะพบว่าสายผ่านกล้ามเนื้อหูรูดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Lower esophageal sphincter, LES)

2. ให้ผู้ป่วยพักเพื่อปรับตัวให้คุ้นชินกับสายเป็นเวลาอย่างน้อย 1 นาที

3. เริ่มตรวจโดยการป้อนน้ำทีละ 5 มิลลิลิตร ผ่านทางกระบอกฉีดยา (Syringe) และให้ผู้ป่วยกลืนตามสัญญาณจากแพทย์ แต่ละการกลืนห่างกันอย่างน้อย 20 วินาที เป็นจำนวน 10 คำ (Wet swallow)

4. ให้ผู้ป่วยดูดน้ำ 100 มิลลิลิตร ผ่านทางหลอดให้เร็วที่สุดจนหมด (Rapid drink challenge, RDC)

5. เปลี่ยนเป็นการตรวจในท่านอน และพักอย่างน้อย 1 นาที

6. เริ่มตรวจโดยการป้อนน้ำทีละ 5 มิลลิลิตร ผ่านทางกระบอกฉีดยา (Syringe) และให้ผู้ป่วยกลืนตามสัญญาณจากแพทย์ แต่ละการกลืนห่างกันอย่างน้อย 20 วินาที เป็นจำนวน 10 คำ (Wet swallow) เช่นเดิม

7. ป้อนน้ำจากกระบอกฉีดยาทีละ 2 มิลลิลิตร และกลืนต่อเนื่องกัน 5 คำ ในระยะเวลาห่างกันคำละไม่เกิน 3 วินาที (Multiple rapid swallow)

8. ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นมาสู่ท่านั่งเพื่อถอดสายออก

9. แปลผลด้วยโปรแกรม Zvu Version 3.3.0, Diversatek, USA

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติ Chi-square test สำหรับ categorical data, Independent T-test สำหรับ continuous data, ANOVA สำหรับ ลักษณะประชากร (Demographic characteristics) อาการนำ อาการแสดง (clinical presentation) ข้อมูลจากการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง (Parameters from high resolution esophageal manometry)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้า

ร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 65 คน ที่มีอาการกลืนติดกลืนลำบากและทำการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแล้วไม่พบการอุดตันของหลอดอาหาร พบว่าผู้ป่วย 18 จาก 65 คน (27.7%) มีผลปกติจากการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง และผู้ป่วย 47 จาก 65 คน (72.3%) พบว่ามีผลตรวจที่ผิดปกติ โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระยะเวลาของอาการกลืนลำบากก่อนมาพบแพทย์ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (Non-statistical significant) (ตารางที่ 1)

ความผิดปกติที่ตรวจพบจากการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง (ตารางที่ 2) ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหูรูดส่วนล่างของหลอดอาหารไม่คลายตัว (Achalasia) พบมากที่สุดจากการศึกษา โดยมีจำนวน 28 คน (43.1%) ชนิดที่ 1 จำนวน 21 คน (32.3%) ชนิดที่ 2 จำนวน 6 คน (9.2%) ชนิดที่ 3 จำนวน 1 คน (1.5%) ภาวะหลอดอาหารไม่บีบตัว (Absent Contractility) จำนวน 4 คน (6.2%) ภาวะหลอดอาหารส่วนล่างเกร็งตัว (Distal Esophageal Spasm, DES) จำนวน 5 คน (7.7%) ภาวะหลอดอาหารบีบตัวรุนแรง (Hypercontractile Esophagus, HE) จำนวน 1 คน (1.5%) ภาวะหลอดอาหารบีบตัวน้อยกว่าปกติ (Ineffective Esophageal Motility, IEM) จำนวน 8 คน (12.3%) ภาวะกลืนลำบากในช่องคอหอย (Oropharyngeal Dysphagia) จำนวน 1 คน (1.5%) โดยค่าต่างๆที่วัดได้จากการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูงนอกจากค่าเฉลี่ยแรงรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Mean resting LES pressure) ค่าต่างๆจะมีความแตกต่างกันในระหว่างทั้งสองกลุ่มอย่างความสำคัญทางนัยยะสถิติ (Statistical significant, p-value <0.05) เช่น ค่ามัธยฐานของค่าเฉลี่ยการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Median IRP) อัตราส่วนร้อยละการบีบตัวของหลอดอาหาร (% of peristalsis) ค่าเฉลี่ยความแรงในการบีบตัวของหลอดอาหาร (Mean DCI) ซึ่งสอดคล้องกับภาวะที่วินิจฉัย

ตารางที่ 1 คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (Baseline Characteristics)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (Baseline Characteristics)	ผู้ป่วยทุกคน (n=65)	ผู้ที่ผลตรวจปกติ (n=18)	ผู้ที่ผลตรวจผิดปกติ (n=47)	p-value
- อายุ	54.95 ± 14.77	51.39 ± 16.64	56.32 ± 13.93	0.231
- เพศหญิง (n, n%)	40, 61.5%	13, 72.22%	27, 57.45%	0.273
- น้ำหนัก	54.42 ± 14.77	58.67 ± 11.03	52.79 ± 10.10	0.045
- ส่วนสูง	158.4 ± 7.80	159.56 ± 7.01	157.96 ± 8.12	0.464
- ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI)	21.7 ± 3.87	23.07 ± 4.15	21.17 ± 3.66	0.077
- โรคประจำตัว (n, n%)				
- เบาหวาน	4, 6.15%	2, 11.11%	2, 4.26%	0.305
- ความดันโลหิตสูง	10, 15.38%	2, 11.11%	8, 17.02%	0.555

ตารางที่ 1 คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (Baseline Characteristics)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (Baseline Characteristics)	ผู้ป่วยทุกคน (n=65)	ผู้ที่ผลตรวจปกติ (n=18)	ผู้ที่ผลตรวจผิดปกติ (n=47)	p-value
- ไขมันในเลือดสูง	7, 10.77%	2, 11.11%	5, 10.64%	0.956
- โรคเส้นเลือดหัวใจ	4, 6.15%	0	4, 8.51%	0.569
- โรคเส้นเลือดสมอง	3, 4.62%	0	3, 6.38%	0.520
- ระยะเวลาของอาการก่อนมาพบแพทย์, เดือน	20.02 ± 29.48	19.17 ± 15.84	20.34 ± 33.41	0.887

ตารางที่ 2: ข้อมูลการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง (HREM)

การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหาร	ผู้ป่วยทุกคน (n=65)	ผู้ที่ผลตรวจปกติ (n=18)	ผู้ที่ผลตรวจผิดปกติ (n=47)	p-value
การวินิจฉัยจากการตรวจการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร (n, n%)				
- ปกติ	18, 27.69%	18, 100%	0	
- ภาวะกล้ามเนื้อหูรูดส่วนล่างของหลอดอาหารไม่คลายตัว (Achalasia)	28, 43.08%	0	28, 59.57%	
- ชนิดที่ 1	21, 32.31%	0	21, 44.68%	
- ชนิดที่ 2	6, 9.23%	0	6, 12.77%	
- ชนิดที่ 3	1, 1.54%	0	1, 2.13%	
- ภาวะหลอดอาหารไม่บีบตัว (Absent contractility)	4, 6.15%	0	4, 8.51%	
- ภาวะหลอดอาหารส่วนล่างเกร็งตัว (Distal Esophageal Spasm, DES)	5, 7.69	0	5, 10.64%	
- ภาวะหลอดอาหารบีบตัวรุนแรง (Hypercontractile Esophagus, HE)	1, 1.54%	0	1, 2.13%	
- ภาวะหลอดอาหารบีบตัวน้อยกว่าปกติ (Ineffective Esophageal Motility, IEM)	8, 12.31%	0	8, 17.45%	
- ภาวะกลืนลำบากในช่องคอหอย (Oropharyngeal Dysphagia)	1, 1.54%	0	1, 2.13%	
Manometric parameters				
- Mean resting LES pressure in upright position	27.93 ± 14.79	24.28 ± 13.83	29.58 ± 15.08	0.210
- Mean resting LES pressure in supine position	25.62 ± 12.76	24.12 ± 10.95	26.34 ± 13.65	0.561
- Median IRP in upright position	20.28 ± 12.33	13.0 ± 6.97	23.55 ± 12.87	<0.001
- Median IRP in supine position	18.98 ± 13.70	12.29 ± 3.60	17.37 ± 12.94	<0.001
- % normal peristalsis	36.33 ± 41.65	81.94 ± 16.73	18.48 ± 34.14	<0.001
- % weak peristalsis	9.62 ± 19.41	12.50 ± 15.17	8.51 ± 20.85	0.463
- % failed peristalsis	54.62 ± 46.29	5.56 ± 10.13	73.40 ± 40.51	<0.001
- Mean DCI in upright position	730.64 ± 1023.53	1442.75 ± 805.76	730.64 ± 1023.51	<0.001
- Mean DCI in supine position	1084.57± 1465.40	1543.93 ± 1006.54	1084.57 ± 1465.40	0.155

ตารางที่ 2: ข้อมูลการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง (HREM)

การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหาร	ผู้ป่วยทุกคน (n=65)	ผู้ที่ผลตรวจปกติ (n=18)	ผู้ที่ผลตรวจผิดปกติ (n=47)	p-value
- IRP-RDC	14.36 ± 11.70	8.0 ± 3.9	14.36 ± 11.70	<0.001
- IRP-MRS	14.74 ± 9.88	10.8 ± 4.89	14.74 ± 9.88	0.049
- Contractile preserve in MRS	19, 29.23%	9, 50%	10, 21.28%	0.004
- ไส้เลื่อนกระบังลม (Hiatal hernia) (n, n%)	2, 3.08%	2, 11.11%	0	0.074

Data expressed as mean ± SD

LES=Lower esophageal sphicnter, IRP=Intergrated relaxation pressure, DCI=Distal contractile integral, RDC=Rapid drink chanllenge, MRS=Multiple rapid swallowing

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหาร (Non-obstructive dysphagia) เป็นกลุ่มโรคที่อาจถูกละเลยในการวินิจฉัย เนื่องจากได้รับการตรวจเบื้องต้นโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นแล้วไม่พบความผิดปกติ รวมถึงอุปกรณ์และวิธีในการตรวจที่ยังไม่แพร่หลายในปัจจุบัน ทำให้การวินิจฉัยในกลุ่มนี้จะน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (Under diagnosis) มีผลทำให้มีการพยากรณ์โรคที่เปลี่ยนแปลงไปและการวางแผนรักษาได้ไม่เหมาะสมตรงกับภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอย่างแท้จริง จากการศึกษานี้ในผู้ป่วย 65 คน เมื่อตรวจเพิ่มเติมแล้วพบว่ามีผู้ป่วยถึง 47 คน (73.1%) ที่มีภาวะหลอดอาหารทำงานผิดปกติจากการตรวจดังกล่าว ซึ่งค่อนข้างมากเมื่อเทียบจากการศึกษาก่อนหน้านี้จะมีรายงานของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากโดยไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารที่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของหลอดอาหารอยู่ที่ประมาณ 20-51%[7] โดยพบว่าคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รวมถึงระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาพบแพทย์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ปกติและผิดปกตินั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ จึงไม่สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการแยกเบื้องต้นได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สำคัญในการวินิจฉัยภาวะความผิดปกติของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดอาการกลืนลำบาก[8]

จากการศึกษานี้พบว่าข้อมูลจากการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูงเมื่อเทียบระหว่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติ ค่าต่างๆก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มโรค เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหูรูดส่วนล่างของหลอดอาหารไม่คลายตัว (Achalasia) ก็จะตรวจพบค่ามัธยฐานของค่าเฉลี่ยการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ในท่านั่งและท่านอน (High median IRP) ร่วมกับตรวจพบว่ามีการบีบตัวของหลอดอาหารผิดปกติ ภาวะหลอดอาหารบีบตัวน้อยกว่าปกติ (IEM) ก็จะตรวจพบความแรงในการบีบตัวของหลอดอาหาร (DCI) ที่น้อยกว่าปกติหรือไม่มีการบีบตัวของหลอดอาหารเลย[9]

ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตรวจทำให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ ส่งผลให้แพทย์และผู้ป่วยได้มีการวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหูรูดส่วนล่างของหลอดอาหารไม่คลายตัว (Achalasia) ต้องได้รับการทำหัตถการขยายหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหารด้วยบอลลูนลม (Pneumatic balloon dilatation) หากไม่ตอบสนองจากการรักษาอาจจะต้องมีการรักษาเพิ่มเติมด้วยการผ่าตัดกล้ามเนื้อหลอดอาหารและหูรูด (Myotomy) ซึ่ง

จะต้องส่งตัวไปรักษาต่อ นอกจากนี้ในกลุ่มภาวะหลอดอาหารส่วนล่างเกร็งตัว (Distal Esophageal Spasm, DES) หรือ ภาวะหลอดอาหารบีบตัวรุนแรง (Hypercontractile Esophagus, HE) ก็สามารถรักษาเบื้องต้นด้วยกลุ่มยาคลายการบีบตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant) หากไม่ตอบสนองก็อาจจะต้องส่งปักษาต่อในสถานที่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อแก้ไขความผิดปกติดังกล่าวให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด หากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติดังกล่าว ผู้ป่วยยังจะคงมีอาการต่อเนื่อง นำสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่แย่ลง (Quality of life) และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากภาวะกลืนลำบากตามมา (Complications)[10]

ข้อจำกัด

จากการศึกษานี้ยังมีประชากรค่อนข้างน้อย แม้ว่าจากการศึกษาต่างๆก่อนหน้านี้จะพบว่าภาวะกลืนลำบากจะพบได้บ่อย แต่เนื่องจากการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูงยังเป็นวิธีที่ค่อนข้างใหม่ ยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย ทำให้มีการส่งตรวจยังไม่มาก และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจก็มีไม่มากเช่นกัน จึงทำให้มีประชากรเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ไม่มากเท่าที่ควร ซึ่งเป็นจุดที่สามารถพัฒนาและศึกษาต่อเพิ่มเติมได้ในอนาคต เนื่องจากในปัจจุบันนี้การตรวจดังกล่าวเริ่มเป็นที่แพร่หลายและเป็นที่รู้จักเพิ่มมากขึ้น ทำให้ในอนาคตจะได้ข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นไปอีก

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหาร (Non-obstructive dysphagia) หากได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและการบีบรัดตัวของหูรูดหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง (High resolution esophageal manometry) ก็อาจจะทำให้พบความผิดปกติเพิ่มเติม อย่างเช่นในการศึกษานี้ที่มีผู้ป่วยตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจที่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของหลอดอาหารถึง 47 จาก 65 คน (72.3%) และทำให้รู้ถึงการพยากรณ์โรค การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละโรค เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of life) และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Adkins C, et al. Prevalence and Characteristics of Dysphagia Based on a Population-Based Survey. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020 Aug;18(9):1970-1979.e2.
2. Chakra S, et al P. Swallowing Problems among Community-Dwelling Elderly in Northeastern Thailand. J Prim Care Community Health. 2021 Jan-Dec;12:21501327211019596.
3. P. Salee Daeng. Swallowing problems and oral health status among dwelling older adults in the community. Journal of Associated Medical Sciences 2025; 58(2): 102-108
4. Roden DF, et al. Causes of dysphagia among different age groups: a systematic review of the literature. Otolaryngology Clin North Am. 2013 Dec;46(6):965-87.
5. Yeh CC, et al. Etiologies and clinical characteristics of non-obstructive dysphagia in a Taiwanese population: A prospective study based on high-resolution impedance manometry. J Formosa Med Assoc. 2019 Nov;118(11):1528-1536.
6. Alapati R, et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0©. Neurogastroenterol Motil. 2021 Jan;33(1): e14058.

7. Zaghloul MS, et al. Different patterns of esophageal motility disorders among patients with dysphagia and normal endoscopy: A 2-center experience. Medicine (Baltimore). 2022 Sep 23;101(38):e30573.
8. Brian T Johnston, Oesophageal dysphagia: a stepwise approach to diagnosis and management, The Lancet Gastroenterology & Hepatology, Volume 2, Issue 8, 2017, Pages 604-609.
9. Carucci LR, Turner MA. Dysphagia revisited: common and unusual causes. Radiographics. 2015 Jan-Feb;35(1):105-22.
10. Bogte A, et al. Sensation of stasis is poorly correlated with impaired esophageal bolus transport. Neurogastroenterol Motil. 2014 Apr;26(4):538-45.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมุกดาหาร
Development of a model for caring for stroke patients in the Accident and Emergency Department Mukdahan Hospital.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 26,2025)

วรรษษาสินี อุปัญ[1]
Wassasinee Upan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ1) ทีมสหสาขาวิชาชีพในการศึกษาสภาพปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 55 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) จำนวน 50 ราย ที่เข้ารับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบฯ และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ในการใช้รูปแบบฯ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ (1) ด้านระบบสุขภาพ พบการเข้าถึงระบบบริการน้อย การประสานงานระหว่างหน่วยงานขาดประสิทธิภาพ การดูแลรักษาล่าช้า แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน (2) ด้านทีมสุขภาพ พบขาดทักษะในการดูแล ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน (3) ด้านผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล พบไม่ทราบอาการเตือนของโรค ไม่ทราบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย (1) แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเอง (Walk in) (2) กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบส่งต่อ (Refer) (3) กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และ 3) ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ (1) การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น (2) ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดลง (3) พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (4) ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดสมอง, การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This research was action research aimed to current problems in stroke patient care; 2) To develop a stroke care model; and 3) To study the results of developing a stroke care model for the Accident and Emergency Department at Mukdahan Hospital. Two groups of subjects were used: 1) a multidisciplinary team to study the current problems and develop a care model for stroke patients, recruited through purposive sampling; and 2) 50 acute ischemic or occlusive stroke patients receiving intravenous thrombolytic therapy (RT-PA) who attended Accident and Emergency Department services at Mukdahan Hospital. Purposive sampling was used to collect data. The research instruments included: 1) a focus group discussion guide, a general information questionnaire, a stroke

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

knowledge test, a satisfaction assessment form, and a model implementation observation record. and a data recording form for the results of using the model. 2) The experimental tools included the guidelines and activities for nursing care for acute stroke patients and the stroke care manual. The study was conducted between October 2024 and March 2025. Data were analyzed using descriptive statistics to determine frequency, percentage, and standard deviation. Paired t-tests were used to compare differences.

Results : 1) Stroke patient care problems were: (1) In the health system, access to services was limited, coordination between agencies was inefficient, care was delayed, and guidelines were unclear. (2) In the health team, care was lacking skills, non-compliance with guidelines, and incomplete data recording. (3) In the patient and family or caregiver sectors, patients were unaware of warning signs of the disease and were unaware of the emergency medical services system. 2) The stroke patient care model consisted of: (1) guidelines and activities for nursing care for suspected acute stroke patients. In the case of patients coming to the hospital by themselves (Walk in), (2) in the case of patients coming to the hospital by the referral system (Refer), (3) in the case of patients coming to the hospital by the emergency medical services (EMS) system, and 3) the results of developing a care model for stroke patients found that after developing the model, (1) receiving treatment with blood thinning medication within 60 minutes increased, (2) complications after receiving blood thinning medication decreased, (3) professional nurses had a significantly higher average knowledge and compliance with the guidelines at the 0.05 level, and (4) the health team had the highest level of satisfaction with using the model.

Keywords : Stroke patients, stroke care, model development

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย จากการสำรวจในปี 2563 ทั่วโลกพบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 80 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี ซึ่ง 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และสาเหตุความพิการอันดับ 3 เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ[1] โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาต หรือ Cerebrovascular disease หรือ Stroke เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หรือมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ อาการของโรคมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง[2] ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใดเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง[3] แบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการเกิดคือ โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน (Ischemic stroke) ทำให้สมองขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ทำให้เลือดออกในสมอง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับจากทั่วโลก ได้แก่ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (intravenous rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ การรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีเนื้อสมองตายเป็นบริเวณกว้าง (decompressive hemi-craniectomy in large hemispheric infarction) และการรักษาผ่านสาย

ส ว น ห ล อ ด เ ลื อ ด ส ม อ ง (mechanical thrombectomy) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อมีอาการของโรคจำเป็นจะต้องเข้ามารับบริการอย่างทันท่วงที จะต้องได้รับการประเมินที่รวดเร็ว ถูกต้อง รวมถึงการให้การรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม จึงจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและช่วยชะลอความรุนแรงของการเกิดความพิการได้

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร มีขอบเขตการให้บริการผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Stroke, Sepsis, STEMI, Multiple Trauma โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็น 1 ใน 5 กลุ่มโรคสำคัญที่มีผู้ป่วยมารับบริการมากที่สุด จากสถิติการให้บริการย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2564 - 2566) พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการจำนวน 747 ราย, 806 ราย และ 920 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เข้าระบบ Stroke fast track ร้อยละ 40.29 , 26.99 และ 28.86 ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ร้อยละ 69.43 , 28.16 และ 45.25 โดยได้รับยาภายใน 60 นาที หลังเข้ารับบริการร้อยละ 48.33 , 50.00 และ 61.73 พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 1.66, 1.53 และ 2.57 ตามลำดับ (ฐานข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลมุกดาหาร : 2566) จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการล่าช้า ไม่เข้าระบบ Stroke fast track เนื่องจากป่วยและญาติไม่ทราบอาการของโรคหลอดเลือดสมองและถึงแม้งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้วก็ตามแต่ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาล่าช้ามากกว่า 60 นาที โดยพบว่าระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล ระบบการนำส่งผู้ป่วย ระยะเวลาที่เจาะเลือด ระยะเวลาที่ส่งตรวจ ระยะเวลาที่ได้ทำและระยะเวลาอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระยะเวลาในการวินิจฉัย ระยะเวลาที่ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ระยะเวลาที่ตัดสินใจให้ยาและระยะเวลาเตรียมยาละลายลิ่มเลือดมีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะเวลาที่ได้รับการคัดกรองและระยะเวลาที่ควบคุมความดันโลหิตก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด มีแนวโน้มส่งผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือด[4]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่แนวทางการคัดกรอง การรายงานแพทย์ การประเมินสภาพและตรวจร่างกาย การพยาบาลและทำหัตถการ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ การส่งต่อและการบันทึกตามแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดรูปแบบการพยาบาลใหม่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาและนิเทศติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ 1) ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น 2) อัตราตายลดลง 3) ลดระยะเวลาส่งต่อลงจากเดิม[5] ดังนั้นการมีระบบที่มีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานและการกำกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทันเวลา จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีขึ้น ลดการเกิดความสูญเสียซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตามมา

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและมีบทบาทในการกำหนดรูปแบบบริการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการในหน่วยงาน จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยเน้นพัฒนาระบบบริการให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพและมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการได้ทันเวลาและรวดเร็วมากขึ้น มีระบบการให้บริการและกระบวนการดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดความพิการหรือเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ที่มารับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ในระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568

ประชากรที่ศึกษา คือ

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก จำนวน 55 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร 2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ที่เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง[7] ด้วยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 50 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) 2) มีอาการแสดงของโรคไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงก่อนเข้ารับบริการ 3) ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) 4) ยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) จากหน่วยบริการอื่น 2) Recurrent stroke

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพและอาสาฉุกเฉินการแพทย์ แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามและคู่มือ ด้านความถูกต้องความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พบว่าแบบทดสอบความรู้ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.89 แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เท่ากับ 0.89 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร เท่ากับ 0.86 นำแบบทดสอบและแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลวิชาชีพได้เท่ากับ 0.85 และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพได้เท่ากับ 0.86

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ดำเนินการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis; & Mc Taggart)[6] ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

2. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนที่จะเริ่มดำเนินการปรับปรุงแก้ไข โดยการทบทวนเวชระเบียน การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและการสังเกตเพื่อค้นหาปัญหา

3. วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ

2. ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อขอความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

3. นำเสนอร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯต่อทีมสหสาขาวิชาชีพในการประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วย (PCT) เพื่อให้ความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ ปรับแก้รูปแบบฯให้มีความถูกต้องเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง

4. จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่พยาบาลวิชาชีพ พร้อมชี้แจงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯก่อนลงสู่การปฏิบัติ

5. ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ สังเกตและสะท้อนปัญหาที่พบโดยการสอบถามและประชุมร่วมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันปรับปรุงวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ภายหลังปรับปรุงแก้ไขมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) จำนวน 50 ราย กำกับติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ที่พัฒนาขึ้นและให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลและสรุปผลการศึกษา ประกอบด้วย 1) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันและได้รับการรักษา

ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 60 นาที และภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือด 2) ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ และ 3) ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. ใช้สถิติเชิงบรรยายเพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test เป็นแบบการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[8] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร รหัสการวิจัย MEC 28/67 วันที่ 13 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า 1) ด้านระบบสุขภาพ พบปัญหาผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย การประสานงานระหว่างห้องฉุกเฉินกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลขาดประสิทธิภาพ การให้บริการในแต่ละกระบวนการใช้เวลานานเกินไปทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านทีมสุขภาพ พบปัญหาการซักประวัติอาการสำคัญไม่ชัดเจน เกิดการ Under Triage ขาดทักษะการเตรียมยาละลายลิ่มเลือด ไม่ได้ปฏิบัติตามลำดับขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนดในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เรียบร้อย 3) ด้านผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล พบว่าไม่ทราบอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มารับบริการล่าช้า ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและประโยชน์ของการใช้บริการ ใช้เวลาในการตัดสินใจรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดค่อนข้างนาน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 แนวทาง คือ 1) แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอด เลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเอง (Walk in) 2) แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบส่งต่อ (Refer) และ 3) แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) (ตารางที่ 1 – 3)

ตารางที่ 1 แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอด เลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเอง (Walk in)

ภายในเวลา	ขั้นตอน/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
3 นาที	- ซักประวัติและประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 1. การทรงตัวผิดปกติ เดินทรงตัวไม่ได้ บ้านหมุนทันทีทันใด 2. มองเห็นไม่ชัดทันทีทันใด เห็นภาพซ้อน ตาเหล่ โดยเฉพาะตาข้างเดียว 3. ชาที่ใบหน้า หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว 4. แขน ขาอ่อนแรงครึ่งซีกทันทีทันใด 5. พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดจาสับสนทันทีทันใด - ชั่งน้ำหนัก แขวนป้าย STROKE FAST TRACK และนาฬิกาจับเวลา - ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน (Zone Resuscitation) พร้อมกดกริ่งแจ้งทีม	พยาบาลจุดคัดแยก/เวชกิจฉุกเฉิน
10 นาที	- ประเมินอาการผู้ป่วย V/S , N/S , Pupils - Basic life Support - Order CT brain Emergency - เปิดเส้นเลือดดำ 2 เส้น เส้นหนึ่งให้ NNS อีกหนึ่งเส้น On NNS.lock เตรียมไว้สำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด - ส่ง Lab : CBC , PT , PTT , INR , BUN , Cr , Electrolyte , DTX - ติดต่อ CT brain , X – ray - ติดต่อประสานเตียง Stroke Unit	แพทย์เวร/พยาบาลห้องฉุกเฉิน
20 นาที	- ทำ CT Brain Emergency และรายงานผลอ่านภายใน 25 นาที	CT scan
30 นาที	- รายงานผลทางห้องปฏิบัติการภายใน 30 นาที หลังส่งตรวจ	ห้อง Lab
45 นาที	- ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำและแก้ไขภาวะฉุกเฉิน - ประเมิน NIHSS ข้อห้ามข้อเลี่ยงในการให้ยาละลายลิ่มเลือด - ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อวางแผนการรักษาตามชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง - ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมรักษา - ให้รักษาตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	แพทย์เวร
60 นาที	- ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน - ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา	พยาบาล
90 นาที	- ประสานงานหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและนำส่งผู้ป่วย Admit	พยาบาล

ตารางที่ 2. แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบส่งต่อ (Refer)

ภายในเวลา	ขั้นตอน/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
30 นาที	- ให้การดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันระดับ รพช. - ประสานศูนย์ส่งต่อฯ โรงพยาบาลมุกดาหารทันทีหลังสิ้นสุดกระบวนการดูแล พร้อมส่งเอกสาร Refer , ผล Lab ผ่านทางแอปพลิคชัน line ในกลุ่ม “REFER MUKDAHAN” - เขียนใบส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและประเมิน NIHSS แนบมาพร้อมกับเอกสารส่งต่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ	รพช.
30 นาที	- ส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลมุกดาหาร ภายใน 30 นาที	รพช.

ตารางที่ 2. แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบส่งต่อ (Refer)

ภายในเวลา	ขั้นตอน/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
	- ใน Case Stroke fast track ให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อลดระยะ เวลาการตัดสินใจเมื่อมาถึง รพ.มุกดาหาร - โทรแจ้งศูนย์ส่งต่อฯ ก่อนถึงโรงพยาบาลมุกดาหาร 5 นาที	
10 นาที	- รับประสานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก รพช. - แจ้งออกประวัติผู้ป่วย - แจ้งห้องฉุกเฉินว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งตัวมาจาก รพช.	พยาบาลศูนย์ส่งต่อฯ
10 นาที	- โทรประสาน CT Scan แจ้งมี Case Stroke Fast Track จาก รพช. - ส่ง CT Brain , CXR ในระบบ Hos Xp. , Lab ใช้ผลของ รพช.	พยาบาลห้องฉุกเฉิน
5 นาที	- เมื่อผู้ป่วยมาถึงชั่งน้ำหนัก แขวนป้าย Stroke Fast Track และนาฬิกาจับเวลากำกับที่เปลผู้ป่วย - ส่งผู้ป่วยทำ CT Brain Emergency รับส่งต่อข้อมูลอาการผู้ป่วยจากพยาบาล รพช.	พยาบาลจุดคัดแยก
20 – 90 นาที	ปฏิบัติเช่นเดียวกับแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเอง (Walk in)	

ตารางที่ 3 แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

ภายในเวลา	ขั้นตอน/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
5 นาที	**หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน** - ประเมินอาการตามแบบประเมินอาการผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน - ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น - ประสานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดมุกดาหาร เพื่อแจ้งอาการและออกประวัติผู้ป่วย - นำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล/ส่งต่อให้หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง	หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน
	หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง - ประเมินอาการตามแบบประเมินอาการผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน - ประสานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดมุกดาหาร ผ่าน Telemedicine ให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล	/หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง
5 นาที	- แพทย์อำนวยการประเมินอาการผู้ป่วยผ่าน Telemedicine และอำนวยการรักษาให้กับหน่วยปฏิบัติการและเขียนใบส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง - ประสานห้องบัตรเพื่อออกประวัติผู้ป่วย - ประสานห้องฉุกเฉินว่าหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงกำลังนำส่งผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดมุกดาหาร
5 นาที	- ประสาน CT Scan เพื่อเตรียมทำ CT Brian Emergency - ส่ง CT Brain , CXR , Lab ในระบบ Hos Xp.	พยาบาลห้องฉุกเฉิน

ตารางที่ 3 แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

ภายในเวลา	ขั้นตอน/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
3 นาที	- เมื่อผู้ป่วยมาถึงชั่งน้ำหนัก แขวนป้าย Stroke Fast Track และนาฬิกาจับเวลา - กรณีผู้ป่วย Stable ส่งผู้ป่วยทำ CT Brain Emergency - กรณีผู้ป่วย Unstable ส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน	พยาบาลจุดคัดแยก/พนักงานเปล
20 – 90 นาที	ปฏิบัติเช่นเดียวกับแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเอง (Walk in)	

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.37 มีอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคืออายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 32.73 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 81.82 และประสบการณ์การทำงาน 1 – 5 ปี ร้อยละ 34.55

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.00 มีอายุอยู่ในช่วง 70 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 24.00 ส่วนใหญ่มารับบริการโดยระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (Refer) ร้อยละ 58.00

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่า ก่อนการพัฒนา (ข้อมูล ต.ค. 2566 - ก.ย. 2567) อัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ร้อยละ 75.92 เวลาเฉลี่ย 56.81 นาที หลังการพัฒนา (ข้อมูล ต.ค. 2567 - มี.ค. 2568) อัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ร้อยละ 82.00 เวลาเฉลี่ย 49.90 นาที อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนการพัฒนา ร้อยละ 25.93 ส่วนหลังการพัฒนาอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.00 เมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) เพิ่มมากขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับยาเร็วมากขึ้น และภาวะแทรกขณะได้รับยาน้อยกว่าก่อนการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) และภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยา

การได้รับยาละลายลิ่มเลือด	ก่อนพัฒนา (n=108)	หลังพัฒนา (n=50)
1. อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 60 นาที	75.92 ($\bar{x}$ 56.81, SD 10.59)	82.00 ($\bar{x}$ 49.09, SD 10.03)
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA)	25.93	20.00

3. ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =18.42, SD=2.95) หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเยี่ยม ($\bar{x}$ =23.44, SD=1.46) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ **5**

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ

หัวข้อ	ก่อนพัฒนา (n=30)			ก่อนพัฒนา (n=30)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้ในภาพรวม	ปานกลาง	19.53	1.63	ดีเยี่ยม	23.90	1.06	-31.27	29	<.001

4. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =22.17, SD=1.12) หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =25.63, SD=0.93) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ

หัวข้อ	ก่อนพัฒนา (n=30)			หลังพัฒนา (n=30)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
การปฏิบัติในภาพรวม	ปานกลาง	22.17	1.12	ดี	25.63	0.93	-18.84	29	<.001

5. ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่าก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.80, SD=0.40) หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.35, SD=0.48) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

หัวข้อ	ก่อนพัฒนา (n=55)			หลังพัฒนา (n=55)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจภาพรวม	มาก	3.80	0.40	มากที่สุด	4.35	0.48	-6.11	54	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ (1) ด้านระบบสุขภาพ พบการเข้าถึงระบบบริการน้อย การประสานงานระหว่างหน่วยงานขาดประสิทธิภาพ การดูแลรักษาล่าช้า แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน (2) ด้านทีมสุขภาพ พบขาดทักษะในการดูแล ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน (3) ด้านผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลพบไม่ทราบอาการเตือนของโรค ไม่ทราบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ สิริประภาพล

และคณะ[9] พบว่าด้านระบบการดูแลผู้ป่วย การคัดกรองไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง มีความล่าช้าในการส่งตรวจ ขาดความต่อเนื่องในการประเมินผู้ป่วยและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานไม่ครบถ้วน ด้านทีมสุขภาพพบว่าพยาบาลวิชาชีพขาดความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยและทักษะการประเมินอาการทางระบบประสาท และการศึกษาของกชพรรณ ศรีท้วมและนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์[10] พบว่า ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่ได้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทันทีทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้า

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย (1) แนวทางปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเอง (Walk in) (2) กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบส่งต่อ (Refer) (3) กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) สอดคล้องกับการศึกษาของเรืองลักษณ์ จันทรุทิน[11] พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ประกอบด้วยโปรแกรมการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพและเครือข่าย และแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันทำให้การเข้าถึงช่องทางด่วนสูงขึ้นและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉินลดลง และการศึกษาของนวรัตน์ บุญนานและคณะ[12] พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ 2) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ช่องทางด่วน 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 5) ระบบให้คำปรึกษาโรงพยาบาลแม่ข่ายและการส่งต่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐานมากขึ้น

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบฯ (1) การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น (2) ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดลดลง (3) พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (4) ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวัชราพร ดวงแก้วและคณะ[13] พบว่าการพัฒนารูปแบบสามารถลดได้ทั้ง Onset-to-needle time และ Door-to needle time อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลดการเกิดทุพพลภาพได้มากขึ้นแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ระดับดีเยี่ยมและมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของธารารัตน์ ส่งสิทธิกุลและอรวรรณ อนามัย[14] พบว่าหลังการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางอยู่ในระดับมาก ทีมสหสาขาวิชาชีพความพึงพอใจในระดับมากที่สุดและเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของจีรานันท์ ชูช่วยและธัญมา หลายพัฒน์[15] (2562) พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของอภันตรี กองทอง[16] พบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วเพิ่มมากขึ้น

2. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ขับเคลื่อนลงสู่หน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เขตบริการจังหวัดมุกดาหารต่อไป

ด้านการบริการ

ควรขยายผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการ 4.5 – 6 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการของหลอดเลือดสมองแดงใหญ่อุดตัน (Large vessel Occlusion) เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) เพิ่มมากขึ้น

ด้านการศึกษาวิจัย

ควรมีการเพิ่มการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนท้องถิ่นให้มีบทบาทสำคัญและการเพิ่มศักยภาพให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในลักษณะภาคีเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ.(2565). สาร**รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก (World Stroke Day)**. กรมควบคุมโรค.เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th.
2. อาคม อารยาวิชานนท์, อาคม อารยาวิชานนท์. (2556). โรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์ศิริ ธรรมออฟเซ็ท.
3. World Stroke Organization: (WSO). Campaign Advocacy Brochures 2017. Retrieved from http://www.world-stroke.org/assets/downloads/Advocacy_priorities_online.pdf.
4. ฐิมพ์กมล เสฐียฐวัฒนะ. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี.วารสารแพทย์เขต 4–5. ปีที่ 42 ฉบับที่ 4 ตุลาคม–ธันวาคม 2566:563–574.
5. เขมจิรา มิตพะมา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซกา.สำนักงานสาธารณสุขบึงกาฬ. เข้าถึงได้จาก: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20171016095148.pdf.
6. Kemmis, S & McTaggart, R.(1988). The Action Research Planer (3rd ed.).Victoria : Deakin University.
7. สุธาวัลย์ สัญจรดี พนิดา พวงไพบูลย์ นิสากร เห็มชนาน. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects Model of Care. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565:1-18
8. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, เบญจา ยอดดำเนิน-แอตติกจ์.(2544). จริยธรรม สำหรับการศึกษาวิจัยในคน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. สุดารัตน์ สิริประภาพลและคณะ.(2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับเพิ่มเติม 2 กรกฎาคม - สิงหาคม 2565:353–364.
10. กชพรรณ ศรีท้วมและนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์.(2561). รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม–กันยายน 2561.
11. เรืองลักษณ์ จันทรุทิน.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โรงพยาบาลป่าติ้ว. ยโสธรเวชสาร. ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566: 15 – 26.
12. นวรัตน์ บุญนานและคณะ. (2566). การพัฒนารูปแบบช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน–ธันวาคม 2566:386–395.
13. วัชราพร ดวงแก้วและคณะ. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม–มิถุนายน 2567:450–461.

14. ธารารัตน์ ส่งสิทธิกุลและอรวรรณ อนามัย. (2559). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2559:142–153.
15. จีรานันท์ ชูช่วยและธัญมา หลายพัฒน์. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารสหศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566:128 –141.
16. อภันตรี กองทอง. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข วิทยาลัยพบาลาบรมราชชนนี พุทธชินราช. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน–ธันวาคม 2565:1–17.

ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

Health Care of Diabetes Mellitus Patients with Chronic Kidney Disease Complications : Two Case study in Sirindhorn Province Khonkaen Hospital Ban Haet District, Khonkaen Province.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 26,2025)

ฐิติชญาน์ สิทธิศิริสาร[1]
Thitichaya Sittisirisan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแล และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้เบาหวานอยู่ในระยะสงบ DM Remission เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดจากแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการติดต่อประสานงานพยาบาลที่รับผิดชอบงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) ในการประเมินสภาพของผู้ป่วย การศึกษากระบวนการ และการปฏิบัติการตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการเกิดภาวะ แทรกซ้อน คือ ไตเรื้อรังเนื่องจากปัจจัยหลายสาเหตุ และการป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เป็นมานาน 10 ปี ร่วมกับ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน รับประทานขนม ลูกอม และผลไม้รสหวาน โดยส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจนนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 เดินทางเข้าสู่ระยะที่ 5 ซึ่งเป็นภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลดอาการเครียดหรือความวิตกกังวล และอาการแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และลดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, โรคเบาหวาน, โรคไตวายเรื้อรัง, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This study was two case study, purpose is to research nursing care for diabetes mellitus patients with chronic kidney disease complications, to develop appropriate nursing care guidelines, and to enhance the quality of care for achieving to diabetes mellitus remission. The research instruments were used such as, patient medical record review forms, interviews, behavioral observations, and nursing care record forms. The conceptual framework was based on Gordon's 11 functional health patterns, data collections, study of statistics on diabetes mellitus patients with kidney complications, literature and related research studies, and contact to coordinate information with nurses responsible at non-communicable clinic (specifically diabetes mellitus and hypertension) to assess the patient's conditions and apply the nursing process.

The results of the research demonstrated that the first patient has knowledge and understanding about diseases and complications with chronic kidney disease due to multiple contributing factors and suffering diabetes mellitus to ten years included inappropriate dietary behaviors such as, frequent consumption of sweet foods, desserts, candies and sweet fruits that results in increased hyperglycemia cause the patient's chronic kidney disease progressed from stage three to

[1] โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

stage five which indicating end-stage renal disease. And the second patient has knowledge and understanding about diseases and complications with chronic kidney disease as the first patient. However, the second patient successfully implemented behavioral changes including dietary adjustments, stress reduction, and anxiety management. These changes effectively led to decreased hypoglycemia and fewer other complications.

Keywords: Nursing process, Diabetes Mellitus, Chronic Kidney Disease and Complications

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเกือบทุกประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศ ที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจมากมาย (American Diabetes Association: ADA, 2005) จากการสำรวจสถิติปี พ.ศ. 2565 กรมควบคุมโรค พบว่า สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน [1] ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที โดยในไทยพบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 3.15 ล้านคน, 3.3 ล้านคน และ 3.6 ล้านคน ตามลำดับ หรือพบเป็น 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่กำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี โดยจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 40 ที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วย ขณะที่ผู้ได้รับการวินิจฉัย และดูแลรักษามีเพียงร้อยละ 54.1 หรือจำนวนประมาณ 2.5 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา และทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยเสียชีวิตมากถึง 200 รายต่อวัน[2] สิ่งที่น่ากังวล คือ ความชุกของเบาหวานที่เกิดขึ้นจากปัญหาโรคอ้วน และพฤติกรรมสุขภาพ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิด โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดเรื้อรัง (Non - communicable disease: NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น[3]

จากการศึกษาสถิติโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 33.57 ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 28.50 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 28.28 ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 22.47 ปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 22.70 ตามลำดับ พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตามการทำงานของไต ปีงบประมาณ 2565 และ 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด 703 และ 659 ราย โดยระยะที่ 1 (eGFR > 90) คือ ภาวะไตปกติที่มีการทำงานของไตเต็มที่ ร้อยละ 8.2 และ ร้อยละ 9.1 ระยะที่ 2 (eGFR 60-89) คือ การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย ร้อยละ 15.08 และ ร้อยละ 15.33 ระยะที่ 3 (eGFR 30-59) คือ การทำงานของไตลดลงปานกลาง ร้อยละ 38.12 และ ร้อยละ 37.78 ระยะที่ 4 (eGFR 15-29) คือ การทำงานของไตลดลงอย่างรุนแรง ร้อยละ 21.91 และ ร้อยละ 20.49 และระยะที่ 5 (eGFR < 15) คือ ภาวะไตวายที่ต้องได้รับการรักษาทดแทนไต เช่น การฟอกไต หรือปลูกถ่ายไต ร้อยละ 16.64 และร้อยละ 17.3 ตามลำดับ ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขโดยส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ นำไปสู่ครอบครัวมีภาระการดูแล ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้[5]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างเป็นระบบเชื่อมประสานทั้งเครือข่ายบริการ เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อรักษาการทำงานของไตให้นานที่สุด ลดการสูญเสียคุณภาพชีวิต ลดภาระค่าใช้จ่าย และลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง: กรณีศึกษา 2 ราย

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแล และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปสู่เบาหวานอยู่ในระยะสงบ (DM Remission)

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจและต้องการศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ได้ให้การดูแล 2 ราย

2. ศึกษาค้นคว้าตำรา หรือเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาล และใช้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง รวมถึงปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูล และนำมาเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. รวบรวมเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา และแบบแผนการดำเนินชีวิตตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน พร้อมทั้งประเมินสภาพของผู้ป่วย

4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

6. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน

7. สรุปผลการดำเนินการ จากกรณีศึกษา จัดทำเป็นเอกสารวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	- เพศหญิง อายุ 55 ปี - สถานภาพ สมรส - เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย - จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 - จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย สามีและบุตรสาว - มีรายได้มาจากสามี ประกอบอาชีพเป็นพนักงานขับรถของบริษัท และบุตรสาว ซึ่งเพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว	- เพศหญิง อายุ 53 ปี - สถานภาพ สมรส - เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย - จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 - จำนวนสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย สามี ส่วนบุตรสาวแต่งงานแยกบ้านไปอยู่อีกหลัง แต่อยู่ภายในหมู่บ้านเดียวกัน - มีรายได้มาจากสามี ประกอบอาชีพเป็นเป็นผู้รับเหมาก่อสร้าง และอาชีพค้าขายของตนเอง เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	- มารับบริการตามนัด - มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ ไม่อาเจียน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน	- มารับบริการตามนัด - มีอาการวิงเวียนศีรษะ ไม่อาเจียนคอแห้ง กระหายน้ำ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- 10 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น - 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น - 2 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็น CKD stage 2 - 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยวเป็น CKD stage 3 - เดือน กรกฎาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหนังแข็ง	- 6 ปีได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น - 2 ปีได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น - เดือน กรกฎาคม 2566 ได้รับการวินิจฉัยเป็น CKD stage 3
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดาป่วยด้วยโรคเบาหวาน (เสียชีวิตแล้ว)	ไม่มีบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคอื่น ๆ
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารเสพติด	ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่มีประวัติการแพ้อาหาร	ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่มีประวัติการแพ้อาหาร
ประวัติการผ่าตัด	ไม่มีประวัติการผ่าตัด	ไม่มีประวัติการผ่าตัด
การวินิจฉัย	- Diabetes mellitus, - Essential (primary) hypertension, - Scleroderma with renal complications	- Diabetes mellitus, - Essential (primary) hypertension with renal complications
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	**6 กุมภาพันธ์ 2567** BUN = 74 mg% NaF-blood sugar = 127 mg/dl Na+ = 162.6 mg% K+ = 5.24 mmol/L Cl- = 94 mmol/L CO2- = 26 mmol/L Albumin = 2.9 g/dl Calcium = 8.1 mg/dl Magnesium = 2.8 mg/dl Phosphorus = 5.6 mg/dl Creatinine = 5.38 mg%	**19 กุมภาพันธ์ 2567** BUN = 18 mg% NaF-blood sugar = 106 mg/dl Na+ = 143.7 mg% K+ = 4.48 mmol/L Cl- = 107.4 mmol/L CO2- = 26.3 mmol/L Creatinine = 1.06 mg% eGFR = 60.67 mL/min

	eGFR = 13.26 mL/min	
การรักษา	**6 กุมภาพันธ์ 2567** 1. Atorvastatin (40) 1x1 O hs 2. Manidipine 1/2x1 O pc. 3. Hydralazine HCL (25) 1x4 O pc. 4. Insulin glargine inj (300/ml. 100 units/ml.) 10unit ก่อนอาหารเช้า	**19 กุมภาพันธ์ 2567** 1. Amlodipine (5) 1x1 O pc. 2. Glipizide (5) 1x1 O ac. 3. Metformin (500) 1x2 O pc. 4. Simvastatin (20) 1x1 O hs. 5. Losartan (50) 2x1 O pc.

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการวิเคราะห์ปัญหาตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการวิเคราะห์ปัญหาตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการปรับตัวกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ บกพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว **แบบแผนที่ 2** โภชนาการอาหาร และการเผาผลาญ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้น้ำตาลสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายไม่ดี **แบบแผนที่ 3** การขับถ่าย และการขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ แต่การขับถ่ายปัสสาวะออกน้อยลงประมาณ 500 ซีซี **สรุปปัญหาจากการประเมิน** 1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม 2. บกพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว และการฉีดยาเข้าใต้ผิวหนังด้วยตนเอง 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และอาการที่เป็นอยู่ และภาวะแทรกซ้อน 4. มีภาวะของเสียคั่ง ในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน 5. ความทนต่อกิจกรรมลดลงจากการเจ็บป่วย 6. ภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากมีการสลายตัวของโปรตีน ผลของการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน	**แบบแผนที่ 1** การรับรู้และการดูแลสุขภาพ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการปรับตัวกับปัญหาความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว **แบบแผนที่ 2** โภชนาการและการเผาผลาญ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้น้ำตาลสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายไม่ดี **สรุปปัญหาจากการประเมิน** 1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม 2. ดูแลตนเองไม่ถูกต้องเนื่องจากบกพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ 4. มีภาวะของเสียคั่ง ในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน

3. การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 3 การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แผนการพยาบาล 1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคกับโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน	**แผนการพยาบาล** 1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค กับโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อน

เพื่อการรักษาสมดุลของร่างกาย ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ 3.สังเกต และบันทึกอาการเกี่ยวกบระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลดอ่อนเพลีย คลื่นอาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ 4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ความสัมพันธ์กับโรคไตวายเรื้อรัง และระยะโรคไตเรื้อรัง เพื่อลดความวิตกกังวล 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่อง ต่อไปนี้ - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้อินซูลิน - วิธีการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง - การเก็บรักษา - ผลข้างเคียงของการใช้อินซูลิน - การทิ้งหัวเข็ม อุปกรณ์การฉีดยา **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดอันตราย หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรคซึ่งจะส่งผลต่อร่างกายเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู้ภาวะแทรกซ้อนในระยะต่าง ๆ มีความเข้าใจในการการฉีดยารักษาเบาหวาน การกำจัดอุปกรณ์หลังการฉีดยา แต่ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องซึ่งต้องดูแลการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง	เพื่อการรักษาสมดุลของร่างกาย ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ 3. สังเกต และบันทึกอาการเกี่ยวกบระดับความรู้สึกตัวและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลดอ่อนเพลีย คลื่นอาเจียน หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติ 4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ความสัมพันธ์กับโรคไตวายเรื้อรัง ระยะโรคไตเรื้อรัง เพื่อลดความวิตกกังวล **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดอันตราย หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรคซึ่งจะส่งผลต่อร่างกายเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู้ภาวะแทรกซ้อนในระยะต่างๆ การดำเนินของโรคมีแนวโน้มที่ดีขึ้นจากค่าการกรองของเสียของไตที่เพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลที่ลดลง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี รูปร่างผอม ผิวขาวเหลือง ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มาประมาณ 10 ปี รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะเวลา 7 เดือน 5 วัน รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีระดับน้ำตาล ไขมันและความดันในเลือดสูง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4 กรกฎาคม 2566 ตรวจพบ NaF - blood sugar = 257 mg/dl (ค่าปกติ 70 - 110 mg/dl) BUN = 24 mg% (ค่าปกติ 6 - 21 mg%) Creatinine = 2.02 mg% (ค่าปกติ 0.6 - 1.1mg%), eGFR = 31.03 ไตวายระยะที่ 3 และ 6 กุมภาพันธ์ 2567 ตรวจพบ NaF-blood sugar = 127 mg/dl (ค่าปกติ 70 - 110 mg/dl) BUN = 74 (ค่าปกติ 6-21 mg%), Creatinine = 5.38 (ค่าปกติ 0.6 - 1.1mg%) และ eGFR = 8.26 ไตระยะที่ 5 ผู้ป่วยมีความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับยังคงรับประทานอาหารที่ชื่นชอบคือ ขนมหวาน ขนมขบเคี้ยว ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ เพียงการทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้านถูบ้าน ผู้ป่วยคิดว่าการทำงานทุกวันก็เสมือนเป็นการออกกำลังไปด้วยอยู่แล้ว มียารับประทานสำหรับโรคเบาหวาน คามดันโลหิตสูง และมีการปรับเปลี่ยนยารักษาเบาหวานจากยารับประทานมาเป็นยาฉีด เนื่องมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของ Hba1c คือ 10.2 (ค่าปกติ 3 - 7%) สูงเกินเป้าหมายของโรค มีการดูแล ให้ความรู้เรื่องอาหารการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเรื่องการใช้ยาชนิดต่าง ๆ รวมถึงการฉีดยาอินซูลิน การให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆที่มีกับผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการให้การดูแลและหลังการให้การดูแลการฉีดยาอินซูลิน และการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย แต่ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค ร่วมกับผู้ป่วยป่วยด้วยโรคเบาหวานมานานถึง 10 ปี ซึงจะเป็นสาเหตุร่วมที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้นได้อีก มีการทบทวนการให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสม ให้กำลังใจเพื่อให้พฤติกรรมที่ดียังคงอยู่ และเพื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยพบไตวายระยะที่ 5 มีการวางแผนร่วมกันทั้งผู้ป่วย ญาติ และ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยตัดสินใจการญาติตัดสินใจการบำบัดทดแทนไต ด้วยการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD)

ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 53 ปี รูปร่างสมส่วน ผิวขาวเหลือง ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มาประมาณ 6 ปี รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะเวลา 7 เดือน 11 วัน รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีระดับน้ำตาล ไขมันและความดันในเลือดสูง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 11 กรกฎาคม 2566 ตรวจพบ NaF - blood sugar = 226 mg/dl (ค่าปกติ 70-110 mg/dl) BUN = 28 mg% (ค่าปกติ 6-21 mg%) Creatinine = 1.7 mg% (ค่าปกติ 0.6 - 1.1 mg%), eGFR = 30.4 ไตระยะที่ 3 และ 11 กุมภาพันธ์ 2567 ตรวจพบ NaF - blood sugar = 106 mg/dl (ค่าปกติ 70 - 110 mg/dl) BUN = 18 (ค่าปกติ 6-21 mg%) Creatinine = 1.06 (ค่าปกติ 0.6-1.1mg%) และ eGFR = 60.67 ไตระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหารคือรับประทานตามปกติ รสหวานมัน ไม่ได้มีการออกกำลังกาย เพราะคิดว่าการทำงานประจำคือการออกกำลังกาย มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาแบบรับประทาน การเจ็บป่วยใน การมาโรงพยาบาลได้รับการดูแลจากสามีและบุตรสาว หลังให้การดูแล การให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติมีความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค ลดอาหารมัน หวาน การได้รับกำลังใจจากสามี บุตรสาวโดยเฉพาะหลานชาย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงของโรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้นซึ่งผลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นจากเดิม ค่าน้ำตาลสะสม ในเลือด Hba1c คือ 6.2 (ค่าปกติ 3 - 7%) ค่า eGFR = 30.4 ไตวระยะที่ 3ดีขึ้นเป็น eGFR = 60.67 ไตระยะที่ 2 ชื่นชม หรือให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้พฤติกรรมที่ดียังคงอยู่อย่างยั่งยืน เพื่อการดูแลสุขภาพของตัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีสุขภาวะที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่อายุยังน้อย มีพฤติกรรมการดูแลตัวเองไม่เหมาะสม ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต รวมทั้งไขมันไม่ดี ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เปรียบเทียบกับ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ที่มีการดูแลตัวเองที่เหมาะสมกับโรคและภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่งผลให้การดำเนินของโรคมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลง ระดับน้ำตาล ไขมันดีขึ้น การนำกระบวนการแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาช่วยในการให้การพยาบาลจะสามารถประเมินปัญหาได้อย่างรอบด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และบริบททางสังคม ทำให้สามารถวางแผนการดูแลตรงจุด และเหมาะสมกับแต่ละบุคคล[6,7,8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดการอบรมส่งเสริม และพัฒนาสมรรถนะบุคลากร เพื่อฟื้นฟูและเพิ่มพูนทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตแบบต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. เสนอให้มีทีมการสอนสุขศึกษาเรื่องโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในด้านต่างๆ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังทุกราย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง เพื่อทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและเมื่อมีอาการจะได้เข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

3. มีระบบการคัดกรองโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ในทุกจุดบริการในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจะได้ให้การตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาอย่างรวดเร็ว

4. มีระบบการทบทวน ส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ที่สนใจ

5. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีต่างๆ ควรติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ Home Health Care อย่างน้อยปีละ 1 เพื่อจะทำให้ทราบถึงปัญหา และนำมาวางแผน ทบทวนแก้ไขปัญหา และตอบสนองต่อปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สมาเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2561.
2. นิพาวรรณ ไวศยะนันท์ และเบญจมาศ สุขสถิต. “การบริหารอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1”, พยาบาลทหารบก. 18(1) : 12 - 15; มกราคา - เมษายน 2560.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ฯ. รู้จักคาร์บ รู้จักนาร์บ ปรับสมดุล ควบคุมเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัท คอนเซ็พท์ เมดิคัส จำกัด, 2562.
4. งานเวชสถิติ. (2565). ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2565. สถิติเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, 2565
5. สุนีย์ เนตรภิญโญ. หนังสืออ้างอิง เอกสารประกอบการสอน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ม.ป.ป.
6. สันต์ ใจยอดศิลป์. (2567). ตำราเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Textbook of Lifestyle Medicine). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์สวย.
7. นริสา ตัณฑัยย์ และคนอื่น ๆ. ข้อมูลประชาชน : ฉลากยาเสริม และข้อมูลความปลอดภัยในการใช้ยา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2561
8. โสมพันธ์ เจือแก้ว และศิราณี เครือสวัสดิ์. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่มารับการผ่าตัดใส่สายสวนระยะยาวเพื่อฟอกเลือดในระยะเตรียมก่อนผ่าตัดและระยะตรวจติดผลหลังผ่าตัด. คู่มืองานพยาบาลผ่าตัด คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557.

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

Development of a clinical supervision model for prevention of urinary tract infections to catheter-associated urinary tract infection at the Medical and Surgical Intensive Care Unit, Mukdahan Hospital.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 26,2025)

แสงไทย ไตรยวงค์[1]
Saengthai Triyawong[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และ 3) เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ทีมสุขภาพเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 15 คน และ 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 42 คน และผู้ป่วยหนักที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 710 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการ 5) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 6) แบบประเมินความรู้ 7) แบบประเมินการปฏิบัติ และ 8) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร 2) สื่อวีดีทัศน์ “รอบรู้ก้าวไกล ป้องกันภัยจาก CAUTI” และ 3) คู่มือการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ chai-square และ Paired t-test

ผลการศึกษา : สภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า 1) อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะไม่ลดลง จากการขาดระบบนิเทศ ผู้นิเทศไม่ระบบการนิเทศและผู้รับการนิเทศขาดความตระหนัก 2) รูปแบบการนิเทศทางคลินิกประกอบด้วย การส่งเสริมฟื้นฟูเชิงวิชาชีพ การสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ และการรับรองผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะ 3) ผลของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ และการปฏิบัติหลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และความพึงพอใจหลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ: การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ, การนิเทศทางคลินิก, การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

Abstract

This research was an action research. Objectives : 1) To study the current situation and the need for a clinical supervision model for the prevention of UTIs associated with indwelling catheters; 2) To develop a clinical supervision model for the prevention of UTIs associated with indwelling catheters; and 3) To evaluate the results of the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมุกดาหาร

development of a clinical supervision model for the prevention of UTIs associated with indwelling catheters.The sample consisted of: 1) a multidisciplinary healthcare team working in the medical and surgical intensive care units. Mukdahan Hospital, 15 persons; 2) 42 nurses working in the medical and surgical intensive care unit, Mukdahan Hospital; and 710 critically ill patients with indwelling urinary catheters in the medical and surgical intensive care unit, Mukdahan Hospital. The research instruments consisted of data collection tools: 1) general information questionnaire, 2) problem and need questionnaire, 5) self-efficacy assessment form, 6) knowledge assessment form, 7) practice assessment form, and 8) satisfaction assessment form for the development of a clinical supervision model for the prevention of urinary tract infections associated with indwelling urinary catheters. The experimental instruments were 1) the clinical supervision model for the prevention of urinary tract infections associated with indwelling urinary catheters in the medical and surgical intensive care unit, Mukdahan Hospital, 2) the video media “Knowledgeable, Progressive, Preventing from CAUTI”, and 3) the manual for the prevention of urinary tract infections associated with indwelling urinary catheters. Data were analyzed by descriptive statistics to find frequency, percentage, and standard deviation. Differences were compared using chai-square and paired t-tests.

Results : Problems and needs revealed that: 1) the rate of urinary tract infections associated with indwelling urinary tract infections (UTIs) did not decrease due to a lack of supervision systems, supervisors lacking a supervision system, and supervisors lacking awareness. 2) The clinical supervision model consisted of professional rehabilitation, practice-based learning, and competency-based performance certification. 3) The results of the clinical supervision model development revealed that self-efficacy, knowledge, and practice perceptions after system development were significantly higher than before system development, with a statistical significance of 0.05. Satisfaction after system development was also significantly higher than before system development, with a statistical significance of 0.05.

Keywords: Urinary tract infections associated with indwelling urinary tract infections, clinical supervision, prevention of urinary tract infections associated with indwelling urinary tract infections.

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-Associated Infection [HAI]) ปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของทุกประเทศ[1] การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI]) เป็นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ของผู้ป่วยขณะนอนอยู่ในโรงพยาบาล[2] เป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1-3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 30-40 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทั่วโลกพบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ 2.2 – 6.7 ครั้ง ต่อ 1,000 วันที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ[3] ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 13,000 ราย พบผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ย 1.2 รายต่อวัน[4] ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์การสูงถึงร้อยละ 20 โดยพบอุบัติการณ์ทั้งในหอผู้ป่วยที่วิกฤตและไม่วิกฤติ[5] เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20[6] เพิ่มอัตราการครองเตียง[3] จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญควรดำเนินการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรงพยาบาลมุกดาหาร พบสถิติผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรมและศัลยกรรมที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม ปี 2565-2567 จำนวน 1,821, 1,986 และ 2,273 คนตามลำดับ เป็นผู้ป่วยหนักที่สวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 97.30, 97.48 และ 97.80 ตามลำดับ เป็น

ผู้ป่วยหนักที่ไม่ได้สวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 2.70 , 2.52 และ 0.32 ตามลำดับ พบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนด้วยการเป็นผู้ป่วยหนักที่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 3.76, 3.12 และ 2.04 ต่อ 1,000 วันที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะตามลำดับ ถึงแม้ว่าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม มีรูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ แต่ยังพบอุบัติการณ์การเกิดติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลที่กำหนด จากการวิเคราะห์หาสาเหตุโดยการศึกษานำร่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า 1) ปัญหาด้านรูปแบบ คือ การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะไม่ได้ครอบคลุมพยาบาลประจำการทั้งหมด ขาดการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องทุกปี พยาบาลบางส่วนมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ลืม ขาดความตระหนักรู้และไม่มั่นใจ 2) ด้านบุคลากรที่ให้การดูแล คือ บุคลากรปฏิบัติไม่ถูกต้องไม่ถูกหลักการ 3) ด้านผู้ป่วย คือ มีระยะเวลาใส่สายสวนปัสสาวะนาน ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวและโรคร่วม ดังนั้นการป้องกันหรือลดความรุนแรงจากปัจจัยต่างๆ ข้างต้น จึงจะสามารถป้องกันการเกิด CAUTI ได้ ซึ่งพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวปฏิบัติและนวัตกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และติดตามอัตราการเกิด CAUTI เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การนิเทศทางการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามการนิเทศทางคลินิกที่เน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นอีกปัจจัยร่วมที่จะส่งผลให้เกิดกระทำพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้สำเร็จตามที่คาดได้ จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจและมีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและองค์กรในการดูแลมาตรฐานระบบบริการ รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและให้บริการดูแลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร จึงมีความสนใจที่จะการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อป้องกันการเกิดลดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร
3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis & McTaggart)[7] ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Acting) 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Observing) และ 4) ขั้นประเมินผล (Reflecting) โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิก ตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor)[8] ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[9] มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติจริง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพและสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการศึกษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลมุกดาหาร ศึกษาในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) เป็นทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบไปด้วย แพทย์ และพยาบาล 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร และ 3) ผู้ป่วยหนักที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง : ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา 1) การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ 2) การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบไปด้วย แพทย์ และพยาบาล จำนวน 15 คน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) 2) การประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 42 คน และผู้ป่วยหนักที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน 2568 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง[10] ดังนี้

ทีมสุขภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบไปด้วย แพทย์ และพยาบาล 2) ปฏิบัติงานในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ 3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพย้ายหน่วยงานขณะทำการศึกษา

วิจัย 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร 2) มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร 1 ปี ขึ้นไป 4) มีความยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร น้อยกว่า 1 ปี 3) พยาบาลย้ายหน่วยงานขณะทำการศึกษาวิจัย 4) พยาบาลที่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination Criteria for the Study) ประกอบด้วย1) กลุ่มเป้าหมายขอถอนตัวออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการเกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวน กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดมาตั้งแต่แรกเข้าร่วมโครงการ 2) พยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล 6) แบบประเมินความรู้ของพยาบาล 7) แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาล และ 8) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ 2) สื่อวีดีทัศน์ “รอบรู้ก้าวไกล ป้องกันภัยจาก CAUTI” และ 3) คู่มือการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.76 แบบประเมินความรู้เท่ากับ 0.82 แบบประเมินการปฏิบัติ เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.91

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร

2. ผู้ศึกษาเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

และเจ้าหน้าที่ในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก

3. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยหนักที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม

4. การดำเนินการศึกษาตามรูปแบบการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา ทีมสุขภาพร่วมวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการที่จะนำไปสู่การกำหนดแผนพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหารในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ ทีมสุขภาพร่วมพัฒนาระบบบริการด้านการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ คู่มือการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม และพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (PLAN) เพื่อสำรวจการวิเคราะห์สภาพปัญหา กระบวนการวางแผนพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (ACTION) ลงมือปฏิบัติตามแผนและรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตุการณ์ (OBSERVEATION) ดำเนินการตรวจสอบ กำกับติดตามและศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหารโดยการสังเกต และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามรูปแบบฯ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหานำสู่การพัฒนาระบบฯ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (REFLECTION) นำรูปแบบหรือแนวทางภายหลังการปรับปรุงแก้ไขระบบฯ มาใช้กับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนด ประกอบด้วย 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2) ความรู้ 3) การปฏิบัติ 4) อุบัติการณ์การ 5) ความพึงพอใจ และนำข้อมูลจากการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคการสะท้อนกลับเป็นกระบวนการกลุ่มที่ประเมินผลการปฏิบัติงานจากแบบสอบถาม หรือการประเมินผลร่วมกันกับทีมวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนางานในวงรอบถัดไป

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของชุดข้อมูลครอบคลุมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาสภาพปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ หาค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการปฏิบัติ และความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ chai-square ส่วนค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5. คำนวณอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนและหลังการทดลองจากเวชระเบียนของผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[11] ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยวันที่ 30 พฤษภาคม 2568 รหัสการวิจัย MEC 59/68

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 46.66 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 ด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหรือศัลยกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหรือศัลยกรรมในช่วง 6-10 ปีและช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.66 เท่ากัน นอกจากนั้นร้อยละ 93.33 กลุ่มตัวอย่างเคยการได้รับความรู้หรือการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลทั่วไปของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.24 มีอายุในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 47.62 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหรือศัลยกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหรือศัลยกรรมในช่วง 6-10 ปี

ร้อยละ 40.48 และร้อยละ 78.57 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยการได้รับความรู้หรือการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลทั่วไปของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหนักที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.54 มีอายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 93 ปี อายุเฉลี่ย 61 ปี ด้านจำนวนครั้งที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ พบว่า ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 2 ครั้ง เฉลี่ยจำนวน 1.24 ครั้ง

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ

1. สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ดังนี้

1) ด้านผลลัพธ์ (Outcomes) พบว่า อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะไม่ลดลงในบางหอผู้ป่วย เช่น SICU และบางหอผู้ป่วยมีอัตราต่ำกว่าเป้าหมายแต่ไม่ลดลง ความต้องการคือ อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลงทุกหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2) ด้านระบบการนิเทศ (Supervision System) พบว่า 1) ระบบการนิเทศที่มีอยู่ยังไม่เข้มแข็ง 2) ขาดรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน 3) การนิเทศไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง 4) เมื่อพบปัญหาเน้นบอกหรือสั่งการให้ทำให้ถูกต้อง 5) ICWN สุ่มติดตามแต่ไม่ได้สะท้อนผลให้ผู้ปฏิบัติทราบแบบเจาะจง แต่รายงาน IC เป็นรายเดือน และ 6) ปัญหาที่พบไม่ได้รายงานให้หัวหน้าทราบ แต่ส่งรายงานไปที่ IC ด้านความต้องการคือ 1) มีมาตรฐานขั้นตอน และเครื่องมือชัดเจนในการติดตามการปฏิบัติ 2) มีรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน 3) มีการสะท้อนผลการปฏิบัติที่เจาะจงรายบุคคลและต่อเนื่อง 4) มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาเป็นประเด็นในการนิเทศ 5) ส่งเสริมบทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 6) มีระบบการสะท้อนข้อมูลให้กับบุคลากรที่เจาะจงกับผู้ปฏิบัติ

3) ด้านผู้นิเทศ (Supervisors) พบว่า 1) ผู้นิเทศไม่มีความมั่นใจที่จะนิเทศผู้ที่อยู่ในระดับต่ำกว่า 2) หัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นเป็นหัวหน้าใหม่ ขาดประสบการณ์นิเทศ 3) หัวหน้าหอยังไม่เคยอบรมการนิเทศ และ 4) การสื่อสารในทีมไม่ชัดเจน หัวหน้าเวร หัวหน้าทีมไม่กล้าที่จะนิเทศ ความต้องการคือ 1) ผู้นิเทศได้รับการสอนและมั่นใจในการนิเทศ 2) มีการนิเทศอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ และ 3) เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนแก้ปัญหาร่วมกัน

4) ด้านผู้รับการนิเทศ (Supervisees) พบว่า 1) พยาบาลปฏิบัติจนเคยชิน ขาดความตระหนักในการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ขาดความรู้ในการประเมินอาการและอาการแสดงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 3) ไม่พบการบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล 4) พยาบาลไม่ได้ประเมินความจำเป็นในการถอดสายสวนตามเกณฑ์ความจำเป็น ผู้ป่วยจะได้ถอดสายสวนต่อเมื่อมีคำสั่งของแพทย์ 5) พยาบาลขาดความตระหนักในเทคนิคปลอดเชื้อขณะดูแลสายสวน การล้างมือ ขณะตวงปัสสาวะ ปฏิบัติไม่เคร่งครัดทุกครั้ง และ 6) การจัดเก็บถุงปัสสาวะไม่ถูกหลักการ เช่น วางสูงกว่าปัสสาวะขณะเคลื่อนย้ายและไม่ clamp สาย วางถุงปัสสาวะต่ำหรือสัมผัสพื้น ความต้องการคือ 1) สร้างแรงจูงใจและตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกัน CAUTI แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 2) ส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความรู้เกณฑ์การติดเชื้อ CAUTI มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อขณะคาสายสวนต่อเนื่อง และการบันทึกทางการพยาบาลอย่างครอบคลุมและครบถ้วน 3) ผู้รับการนิเทศได้รับการสะท้อนผลการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจากผู้นิเทศสม่ำเสมอในทุกครั้งที่ได้รับการนิเทศ 4) ผู้ปฏิบัติตระหนักและเคร่งครัดในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ทุกครั้ง 5) มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น อัตราการเกิด CAUTI, ความครบถ้วนของการบันทึก, การประเมินความจำเป็นในการคาสายสวน 6) มีการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ อย่างต่อเนื่อง เช่น อัตราการเกิด CAUTI, ความครบถ้วนของการบันทึก, การประเมินความจำเป็นในการคาสายสวน เป็นต้น

2. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ดังนี้

1) มิติการส่งเสริมฟื้นฟูเชิงวิชาชีพ (Restorative Function) ด้วยวิธีการคือ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ (1) การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายสัปดาห์ และ (2) การให้คำปรึกษาเชิงบวก และ 2) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ (1) การให้กำลังใจที่เจาะจง และ (2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้

2) มิติการสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Formative Function) ด้วยวิธีการคือ 1) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ (1) การสาธิตการปฏิบัติที่ถูกต้อง และ (2) การศึกษาจากแม่แบบและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ 2) การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ (1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ และ (2) Case Conference และ Journal Club

3) มิติการรับรองผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะ (Normative Function) ด้วยวิธีการคือ 1) การประสบความสำเร็จในการกระทำ (Mastery Experience) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ (1) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ (2) การสร้างประสบการณ์สำเร็จ และ 2) ระบบการติดตามและประเมินผล ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ (1) การประเมินรายบุคคล และ (2) การประเมินผลลัพธ์ระดับหอผู้ป่วย

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ดังนี้

1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง X=67.14, SD=6.85 หลังพัฒนาระบบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง X=87.90, SD=5.47 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าหลังการพัฒนาระบบด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การถอดสายสวนปัสสาวะ (X=91.15, SD=6.12) รองลงมาคือ การดูแลสายสวนปัสสาวะ (X=90.42, SD=5.83) และ วิธีการสวนปัสสาวะ (X=88.75, SD=6.92) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะ (X=84.60, SD=8.27) รองลงมาคือ วิธีการสวนปัสสาวะ (X=85.30, SD=7.15) และ การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ (X=87.20, SD=7.45) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล (n = 42 คน)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ก่อนพัฒนา (n=42)			หลังพัฒนา (n=42)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาพรวม	ปานกลาง	67.14	6.85	สูง	87.90	5.47	-18.95	41	0.001

* p<0.05

2) ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง X=16.17, SD=2.58 หลังพัฒนาระบบค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง X=25.05, SD=1.98 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล (n = 42 คน)

ความรู้ในการป้องกัน CAUTI	ก่อนพัฒนา (n=42)			หลังพัฒนา (n=42)			X^2	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้ในการป้องกัน CAUTI ภาพรวม	ปานกลาง	16.17	2.58	สูง	25.05	1.98	21.34	41	0.001

* p<0.05

3) การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง X=34.10, SD=3.04 หลังพัฒนาระบบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง X=44.13, SD=2.40 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล (n = 42 คน)

การปฏิบัติในการป้องกัน CAUTI	ก่อนพัฒนา (n=42)			หลังพัฒนา (n=42)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
การปฏิบัติในการป้องกัน CAUTI ภาพรวม	ปานกลาง	34.10	3.04	สูง	44.13	2.40	19.45	41	0.001

* p<0.05

4) ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง X=88.67, SD=13.54 หลังพัฒนาระบบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง X=127.10, SD=16.61 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล (n = 42 คน)

ความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (n=42)			หลังพัฒนา (n=42)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจภาพรวม	ปานกลาง	88.67	13.54	สูง	127.1	16.61	-18.76	41	0.001

* p<0.05

5) อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ต่อ 1,000 วันนอน พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเท่ากับ 1.29 ต่อ 1,000 วันนอน หลังการพัฒนาระบบมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเท่ากับ 0.85 ต่อ 1,000 วันนอน และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะต่อ 1,000 วันนอน

อุบัติการณ์การ	ก่อนพัฒนา (ปีงบประมาณ 2567)	หลังพัฒนา (ก.ค. - ก.ย. 68)
อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ	1.29 ต่อ 1,000 วันนอน	0.85 ต่อ 1,000 วันนอน

สรุปและอภิปรายผล

สภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า 1) อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะไม่ลดลง จากการขาดระบบนิเทศ ผู้นิเทศไม่ระบบการนิเทศและผู้รับการนิเทศขาดความตระหนัก 2) รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย การส่งเสริมฟื้นฟูเชิงวิชาชีพ การสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ และการรับรองผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะ 3) ผลของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ และการปฏิบัติหลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และความพึงพอใจหลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 นอกจากนั้นยังพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะหลังการพัฒนาระบบลดลง

กว่าก่อนการพัฒนาระบบ สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิก ตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor)[8] โดยการ 1) ด้านการส่งเสริมฟื้นฟูเชิงวิชาชีพ 2) การสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ และ 3) การรับรองผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะ ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[9] 5 องค์ประกอบ คือ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การประสบความสำเร็จในการกระทำ และ 4) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด มาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ดังการศึกษาของมธุรส ตันติเวสส , อารีรัตน์ ขำอยู่ และประนอม โอทกานนท์[12] ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของกันยาพร ไชยศักดิ์, ประกอบ ทองจิบ, เนตรนภา เทพชนะ, อรอุมา พินธ์สุวรรณ์, ขัตติยา เสมอภพและกุลธลีย์ ชายเกตุ[13] ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร รุ่งเรือง, พัชราภรณ์ อารีย์และเนตรชนก ศรีทุมมา[14] ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองในระยะหลังการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนมีการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของมัสลินภร จู่มา[15] ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิกต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกันยาพร ไชยศักดิ์, ประกอบ ทองจิบ, เนตรนภา เทพชนะ, อรอุมา พินธ์สุวรรณ์, ขัตติยา เสมอภพและกุลธลีย์ ชายเกต[16] (2568) พบว่า ผลลัพธ์การบริหารการพยาบาล ผลิตภาพการพยาบาล ระยะเวลานอน การปฏิบัติตามแนวทางหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเท่ากับเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง การเกิดแผลกดทับ การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้บริหาร กำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับทุติยภูมิ ในเขตจังหวัดมุกดาหารนำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับชุมชนต่อไป

2. ด้านการบริการ สามารถนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ไปใช้ได้ในหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อ CAUTI

3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้นิเทศทางการพยาบาล หรือ พัฒนาศักยภาพผู้นิเทศทางคลินิกในการพยาบาล เน้นครอบคลุมระดับผู้บริหารทางการพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่าย หัวหน้ากลุ่ม หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับหน่วยงาน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ ทักษะในการนิเทศทางการพยาบาลอย่างเหมาะสมและยั่งยืนในระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. National Healthcare Safety Network (NHSN). (2022). Urinary tract infection (Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) and non-catheter-associated urinary tract infection (UTI)) events. Retrieved 26 March 2022 from https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/ pscmanual/7psccauticurrent.pdf
2. Allegranzi, B., Nejad, S. B., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., & Pittet, D.
(2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: Systematic review and meta-analysis. The Lancet, 377(9761), 228-241.
3. Rosenthal, V. D., Bat-Erdene, I., Gupta, D., Belkebir, S., Rajhans, P., Zand, F.,...& Leblebicioglu, H. (2020). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2012-2017: Device-associated module. American Journal of Infection Control, 48, 423-432.
4. Crouzet J., Bertrand X., Venier AG., Badoz, M., Husson, C., & Talon, D. (2007). Control of the urinary catheterization: impact on catheterassociated urinary. Journal of Hospital Infection 2007; 67: 253-7.
5. กาญจนา ชวนไชยสิทธิ์, กิตติรัตน์ สสัสติวัดษ์, และ ศันสนีย์ ชัยบุตร. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1): 224-233.
6. วาสินี ชาญศรี และพรเลิศ ชุมชัย. (2562). บทบาทพยาบาลชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการเคลื่อนไหว. เวชบันทึกศิริราช, 12(2), 101-107.
7 . Kemmis, S., McTaggart, R., and Nixon, R.(2014). The action research planner: Doing criticalparticipatory action research.New York: Springer.
8. Proctor, B. (2001). Contracting in supervision. Contracts in Counselling and Psychotherapy, 161-17.
9. Bandura A. (1997). Self-efficacy: Exercise of control. Eaglewood cliffs: Practice.
10. วรรณชนก จันทชุม. (2545). การวิจัยทางการพยาบาล : การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแกน: คณะพยาบาลศาสตร, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. มธุรส ตันติเวส, อารีรัตน์ขำอยู่ และประนอม โอทกานนท. (2560). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการโรงพยาบาลสงฆ์. วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา, 25(3), 41-50.
13. กันยาพร ไชยศักดิ์, ประกอบ ทองจิบ, เนตรนภา เทพชนะ, อรอุมา พินธ์สุวรรณ์, ขัตติยา เสมอภพ, กุลธลีย์ ชายเกตุ. (2025), การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก, วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 17(1), 137-155.
14. อุมาพร รุ่งเรือง, พัชราภรณ์ อารีย์และเนตรชนก ศรีทุมมา. (2567). ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการปฏิบัติการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 30(2), 18-32.
15. มัสลินภร จู่มา. (2564). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
16. กันยาพร ไชยศักดิ์, ประกอบ ทองจิบ, เนตรนภา เทพชนะ, อรอุมา พินธ์สุวรรณ์, ขัตติยา เสมอภพ และกุลธลีย์ ชายเกต. (2568). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก, วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 17(1), 137-155.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเขาวง

Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Knowledge, Attitudes, and Skills in Emergency Medical Service Practice among Emergency and Forensic Nursing Staff at Khaw Wong Hospital.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 26,2025)

สว่างศิลป์ ภูหนองโอง[1]
Sawangsin Phu Nong Ong

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pretest–posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะ (ทั้งด้าน technical และ non-technical skills) ในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ณ โรงพยาบาลเขาวง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 17 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน–หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ t-test แบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์ (paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.5 ± 3.2 เป็น 17.3 ± 2.1 ($t = 6.12$, $p < .001$) ทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 49.2 ± 8.1 เป็น 63.5 ± 6.4 ($t = 7.45$, $p < .001$) และทักษะเพิ่มขึ้นจาก 11.8 ± 3.5 เป็น 18.2 ± 1.9 ($t = 8.21$, $p < .001$) โดยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูงมาก (เฉลี่ย 4.41–4.71 คะแนน)

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การแพทย์ฉุกเฉิน, พยาบาล, ความรู้, ทัศนคติ, ทักษะ

ABSTRACT

This quasi-experimental research using a one-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on knowledge, attitudes, and skills (both technical and non-technical) in providing emergency medical services among emergency and forensic nurses at Khao Wong Hospital. Data were collected from February to July 2025. The participants were 17 purposively selected emergency and forensic nurses. Research instruments included the self-efficacy enhancement program, a knowledge assessment, an attitude assessment, an emergency medical service performance skill assessment, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests to compare the mean scores before and after the intervention.

The results showed that after participating in the program, the nurses' mean knowledge scores significantly increased from 12.5 ± 3.2 to 17.3 ± 2.1 ($t = 6.12$, $p < .001$). Their attitude scores significantly increased from 49.2 ± 8.1 to 63.5 ± 6.4 ($t = 7.45$, $p < .001$), and their skill scores significantly increased from 11.8 ± 3.5 to 18.2 ± 1.9 ($t = 8.21$, $p < .001$). Moreover, the participants reported very high satisfaction with the program (mean 4.41–4.71).

Keywords: self-efficacy, emergency medical services, nurses, knowledge, attitudes, skills

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

บทนำ

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS) เป็นหนึ่งในระบบสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งมีเป้าหมายหลักในการลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยที่ประสบเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์หรืออุบัติเหตุรุนแรงทั่วโลก โดยกระบวนการ EMS ประกอบด้วยการประสานงานรับแจ้งเหตุ การประเมินสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ การปฐมพยาบาล การลำเลียง และการดูแลต่อเนื่องในสถานพยาบาล ซึ่งทุกขั้นตอนต้องมีความรวดเร็ว แม่นยำ และมีมาตรฐาน ความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน EMS เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากงานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการตอบสนองใน "นาทีทอง" (Golden Minute) สามารถช่วยชีวิตและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือโรคฉุกเฉิน เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ภาวะช็อก (shock) และภาวะหายใจล้มเหลวได้[1]

ในประเทศไทย ระบบ EMS ถูกพัฒนาขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดบทบาท หน้าที่ และมาตรฐานการให้บริการฉุกเฉินที่ครอบคลุมทั่วประเทศ[2] โดยหน่วยงานสำคัญได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยพยาบาลฉุกเฉิน (EMS units) ที่กระจายอยู่ในพื้นที่ทั้งเมืองและชนบท อย่างไรก็ดี ความท้าทายในการดำเนินงาน EMS ในประเทศไทยยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและจังหวัดที่อยู่ห่างไกลจากเมืองใหญ่ เช่น จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งสภาพภูมิศาสตร์และโครงสร้างสาธารณูปโภคจำกัดส่งผลกระทบต่อความรวดเร็วและประสิทธิภาพของการให้บริการ (พรหมทอง, 2562) นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วย EMS โดยเฉพาะพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการและช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน แต่ยังเผชิญกับความท้าทายด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง

โรงพยาบาลเขาวง ตั้งอยู่ในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จำนวนเตียงให้บริการ 60 เตียง พร้อมหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชที่รองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ต่างๆ 1 หน่วย ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด 95 กิโลเมตร ทำให้โรงพยาบาลเขาวงเป็นด่านหน้าที่สำคัญสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน หากมีอาการรุนแรงหรือทรุดหนักและเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง ต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าตามความจำเป็น โดยโรงพยาบาลเขาวงได้ให้บริการครอบคลุม 10,370 ครัวเรือน ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 31,922 คน และยังให้บริการประชาชนเขตรอยต่อตำบลบ้านค้อและตำบลคำชะอีซึ่งเป็นพื้นที่ของจังหวัดมุกดาหาร มีประชากรใน 2 ตำบลนี้ประมาณ 10,000 คน ในพื้นที่ทั้งหมดนี้ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีการกระจายตัวในพื้นที่ชนบท การให้บริการแต่ละครั้ง มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลจนถึงจุดเกิดเหตุค่อนข้างไกล ในอำเภอเขาวงมี 6 ตำบลซึ่งแต่ละตำบลมีพื้นที่ห่างไกลกันดังนี้ ตำบลคุ้มเก่าห่างจากโรงพยาบาลเขาวง 5 กิโลเมตร ตำบลกุดปลาค้าว 5 กิโลเมตร ตำบลสระพังทอง 9 กิโลเมตร ตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ 10 กิโลเมตร ตำบลหนองผือ 12 กิโลเมตร ตำบลสงเปลือย 15 กิโลเมตร รวมทั้งบางครั้งยังต้องออกให้บริการประชาชนในเขตรอยต่อซึ่งมีพื้นที่ติดภูเขา เข้าถึงจุดเกิดเหตุได้ยาก มีระยะห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 20 - 30 กิโลเมตร ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฐมพยาบาล การดูแลขณะนำส่ง ข้อมูลจากปี 2567 พบว่า หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลเขาวง มีผู้ป่วยรับบริการ 37,885 ราย เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน 11,411 โดยประมาณ 15% เป็นผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งต้องการการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีคุณภาพและทันท่วงที[3]

พยาบาลในหน่วย EMS มีบทบาทสำคัญทั้งในแง่การประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและแม่นยำ การดำเนินการช่วยชีวิตตามมาตรฐานสากล เช่น Advanced Trauma Life Support (ATLS), Basic Life Support (BLS) และ Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) รวมถึงการ

สื่อสารและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ (American Heart Association [AHA], 2020) สมรรถนะของพยาบาลในการออก EMS ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การช่วยชีวิต ทัศนคติ (Attitude) ที่เหมาะสมต่อการตัดสินใจและความพร้อมทางจิตใจ ทักษะ (Skills) ในการปฏิบัติ เช่น การทำ CPR การหยุดห้ามเลือด การใช้เครื่องมือช่วยหายใจ เป็นต้น แม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะได้รับการอบรมและมีความรู้เบื้องต้นที่ดี แต่ยังมีปัญหาในด้านความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ฉุกเฉินจริง ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์จำกัด การฝึกทักษะที่ไม่ต่อเนื่อง และการขาดกลไกการเรียนรู้เชิงรุก[4]

ทฤษฎี Self-Efficacy ของ Bandura[5] อธิบายว่า Self-Efficacy คือความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานหรือจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจ การลงมือทำ และความมุ่งมั่นในการเผชิญปัญหา การเสริมสร้าง Self-Efficacy ในพยาบาล EMS จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้พยาบาลสามารถตัดสินใจและปฏิบัติในสถานการณ์วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบหลักในการเสริมสร้าง Self-Efficacy ตาม Bandura คือ Mastery Experiences การได้ลงมือทำจริงและประสบความสำเร็จ Vicarious Experiences การเรียนรู้ผ่านการสังเกตผู้อื่น Verbal Persuasion การได้รับกำลังใจและคำแนะนำเชิงบวก และPhysiological and Emotional States – การจัดการภาวะอารมณ์ เช่น ความเครียดและความวิตกกังวล

จากการสำรวจภายในโรงพยาบาลเขาวง พบว่าพยาบาลในหน่วยฉุกเฉินมีความรู้และทักษะในระดับปานกลาง แต่ยังขาดความมั่นใจในตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริงที่ซับซ้อนและกดดันสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยพร้อมกันหลายราย หรือสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การฝึกอบรมและการฝึกซ้อมที่มีอยู่อาจยังไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง ขาดระบบการติดตามประเมินผลทักษะและการให้ feedback ที่เหมาะสม ส่งผลให้พยาบาลอาจไม่สามารถพัฒนาศักยภาพได้เต็มที่ ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เน้นการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริง การฝึกซ้อมด้วยสถานการณ์จำลอง และการให้กำลังใจเชิงบวก จึงมีความจำเป็นอย่างมากต่อการยกระดับความรู้ ทัศนคติ และทักษะของพยาบาลในหน่วย EMS ของโรงพยาบาลเขาวง การวิจัยนี้มุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริม Self-Efficacy สำหรับพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลเขาวง ซึ่งมีศักยภาพช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพการปฏิบัติในสถานการณ์ฉุกเฉินได้จริง ทั้งยังช่วยเสริมสร้างระบบการเรียนรู้ภายในองค์กร และเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลระดับชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลัก: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ , ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเขาวง

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ:

2.1เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.2เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.3เปรียบเทียบคะแนนทักษะ (ทั้ง technical & non-technical) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.4ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สมมุติฐานการวิจัย

1. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีคะแนนความรู้ในการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีคะแนนทัศนคติในการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีคะแนนทักษะทั้ง technical และ non-technical ในการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

4. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด Self-Efficacy Theory ของ Bandura[5] มาเป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยเน้นที่การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยแนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมความพยายาม การตั้งเป้าหมายและความอดทนต่ออุปสรรคในการปฏิบัติงานจริง จากการทบทวนการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเขาวง พบว่า มีข้อจำกัดด้านความมั่นใจในตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินจริง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านประสิทธิภาพการให้บริการฉุกเฉินและการตัดสินใจที่อาจล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al.[4] ที่พบว่าความมั่นใจและทักษะเชิงปฏิบัติมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติงานฉุกเฉินของพยาบาลโดยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้น จะประกอบด้วยกิจกรรมที่สนับสนุนองค์ประกอบของ Self-Efficacy ได้แก่ Mastery Experiences การฝึกปฏิบัติจริงและรับมือกับสถานการณ์จำลอง เพื่อสร้างความมั่นใจผ่านประสบการณ์ ความสำเร็จ Vicarious Experiences การเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ Verbal Persuasion การให้กำลังใจและคำแนะนำเชิงบวกจากผู้ฝึกสอนและเพื่อนร่วมงาน Physiological and Emotional States การจัดการความเครียดและอารมณ์ในสถานการณ์กดดัน ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ การเพิ่มขึ้นของ ความรู้ (Knowledge), ทัศนคติ (Attitude) และ ทักษะ (Skills) ทั้งด้าน technical และ non-technical ของพยาบาลในหน่วย EMS ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และช่วยลดข้อผิดพลาดในสถานการณ์ฉุกเฉิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลผู้ปวยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลผู้ปวยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 17 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอุบัติเหตุ–ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวง

2. ปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าวมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอม (Informed consent)

4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. พยาบาลที่ลางานต่อเนื่องตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไปในระหว่างดำเนินโครงการ

2. พยาบาลที่ย้ายงานหรือเปลี่ยนตำแหน่งระหว่างการวิจัย

3. พยาบาลที่ปฏิเสธหรือถอนความยินยอมในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

ขนาดตัวอย่าง

ขนาดและวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากประชากรพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในกลุ่มงานอุบัติเหตุ–ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาวงมี จำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงใช้วิธี สำมะโน/ครอบคลุมทั้งหมด (total population sampling) คัดเลือกผู้ที่เข้าเกณฑ์ทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมสูงสุดและลดอคติจากการสุ่มตัวอย่างในประชากรขนาดเล็ก ผลคือได้กลุ่มตัวอย่าง 17 คน ซึ่งเป็นพยาบาลที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าและไม่เข้าเกณฑ์คัดออกตามที่กำหนด

เหตุผลเชิงระเบียบวิธี

1. สอดคล้องกับแบบแผนวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล,

2. บริบทการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานหนึ่งที่มีขนาดบุคลากรจำกัด

3. ลดความเสี่ยง selection bias จากการสุ่มเฉพาะบางคนในหน่วยเล็ก

ข้อจำกัดและการจัดการทางสถิติ

ด้วยขนาดตัวอย่าง 17 คน อำนาจการทดสอบมีข้อจำกัด การวิเคราะห์จึงเน้นทั้ง “นัยสำคัญทางสถิติ” และ “นัยสำคัญทางปฏิบัติ” โดย รายงานขนาดอิทธิพล และ ช่วงความเชื่อมั่น 95% ควบคู่ไปด้วย

การตรวจสมมติฐานการกระจายปกติของส่วนต่างคะแนนก่อน–หลังจะใช้ Shapiro–Wilk หากไม่เป็นไปตามสมมติฐานจะใช้สถิติไม่อาศัยพารามิเตอร์ คือ Wilcoxon signed-rank test แทน Paired t-test

การประเมินกำลังการทดสอบโดยคร่าว ๆ ระบุว่า n = 17 ให้กำลังพอที่จะตรวจจับผลแบบขนาดกลาง–ออกไปทางใหญ่ (ประมาณ dz ≈ 0.7) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ใกล้เคียง 0.80 ดังนั้นผลที่พบควรตีความร่วมกับขนาดอิทธิพลและบริบททางคลินิก

สรุป ใช้วิธีครอบคลุมทั้งประชากรที่เข้าเกณฑ์ในหน่วยงาน (17 คน) เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนที่สุดภายใต้ข้อจำกัดประชากรขนาดเล็ก พร้อมระบุแนวทางวิเคราะห์และรายงานผลที่เหมาะสมกับขนาดตัวอย่างดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยให้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเขาวง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (Self-efficacy theory) และแนวทางปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐาน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) การบรรยาย (Lecture) เนื้อหาด้านแนวคิดการแพทย์ฉุกเฉิน บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉิน การสื่อสารและการประสานงานในทีม ใช้สื่อ PowerPoint วิดีทัศน์ และเอกสารประกอบ

2) การฝึกปฏิบัติ (Workshop & Hands-on) ฝึกทักษะสำคัญ เช่น การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support) และขั้นสูง (Advanced life support) ฝึกการใช้อุปกรณ์ฉุกเฉิน เช่น Defibrillator, Bag valve mask, เครื่องช่วยหายใจ

3) การจำลองสถานการณ์ (Simulation-based Training) ใช้สถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับเหตุการณ์จริง เช่น อุบัติเหตุทางถนน ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น การห้ามเลือด มีการประเมินผลการปฏิบัติแบบเรียลไทม์และให้ข้อเสนอแนะ

4) การอภิปรายกลุ่มและสะท้อนผล (Group discussion & Reflection) ให้ผู้เข้าร่วมแบ่งปัน

ประสบการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไข ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและตอกย้ำความมั่นใจในตนเอง

5) การติดตามผล (Follow-up coaching) หลังจบโปรแกรม มีการติดตามการนำความรู้และทักษะไปใช้จริงในสถานที่ทำงาน ให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ

ระยะเวลาโปรแกรมรวม 3 วัน (วันละ 6 ชั่วโมง) โดยดำเนินการภายในห้องประชุมและห้องฝึกปฏิบัติของโรงพยาบาลเขาวง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในกลุ่มงานอุบัติเหตุ–ฉุกเฉิน/นิติเวช การผ่านการอบรมด้านการแพทย์ และการปฏิบัติหน้าที่เวรในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร หนังสือ คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัดระดับความรู้ของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ (Positive & Negative statements) เพื่อป้องกันการตอบแบบคาดเดาโดยไม่พิจารณา จำนวนข้อทั้งหมด 20 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ได้แก่ หลักการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน (Primary Survey, Secondary Survey) การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ฉุกเฉิน การควบคุมภาวะเลือดออกและการบาดเจ็บ การสื่อสารและประสานงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หลักการส่งต่อและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การให้คะแนน

คำตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

คะแนนเต็ม 20 คะแนน ยิ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้สูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติในการปฏิบัติงานฉุกเฉิน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura[5] จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) คือ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 = เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ , 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลงคะแนน

รวมคะแนนจาก 15 ข้อ แต่ละข้อให้ 1–5 คะแนน

คะแนนรวมเต็ม = 75

คะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามี **ทัศนคติบวกต่อการปฏิบัติงานฉุกเฉินมาก**

สำหรับการวิเคราะห์ สามารถแปลงค่าเป็นร้อยละ

การแปลงคะแนนทัศนคติ

หลังจากรวมคะแนนทั้งหมดจากแบบสอบถามทัศนคติ 15 ข้อ (แต่ละข้อ 1–5 คะแนน) รวมคะแนนเต็ม 75 คะแนน สามารถแปลผลตามเกณฑ์ของ Best[6] ดังนี้

ช่วงคะแนนการให้คะแนนรวม		ระดับทัศนคติ
60 – 75	สูง	ทัศนคติบวกมาก
45 – 59	ปานกลาง	ทัศนคติบวกปานกลาง
15 – 44	ต่ำ	ทัศนคติต่ำ

ตัวอย่างการแปลงคะแนน

ผู้ตอบได้คะแนนรวม 62 อยู่ในช่วง 60–75 ทัศนคติบวกมาก

ผู้ตอบได้คะแนนรวม 50 อยู่ในช่วง 45–59 ทัศนคติบวกปานกลาง

ผู้ตอบได้คะแนนรวม 40 อยู่ในช่วง 15–44 ทัศนคติต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร หนังสือ คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัดระดับความรู้ของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ การแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การประเมินผู้ป่วย (Primary Survey), การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR), การใช้เครื่องมือฉุกเฉิน, การควบคุมเลือดออก, การจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บ แบบสอบถามเป็น เลือกตอบ 2 ตัวเลือก“ปฏิบัติ” / “ไม่ปฏิบัติ” ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวนข้อ 20 ข้อ ผู้ประเมิน ผู้วิจัยและหัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุ–ฉุกเฉิน

การให้คะแนน

ปฏิบัติได้ถูกต้อง = 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ / ปฏิบัติไม่ถูกต้อง = 0 คะแนน

คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ยิ่งคะแนนสูง แสดงว่ามี **ทักษะการปฏิบัติสูง**

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมฯ จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เกณฑ์การประเมินตามแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ด โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับความพึงพอใจ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ระดับความพึงพอใจ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ระดับความพึงพอใจ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

ระดับความพึงพอใจ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ระดับความพึงพอใจ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

เกณฑ์การพิจารณาความกว้างของอันตรภาคชั้น แบ่งช่วงคะแนนเกณฑ์ประเมิน[6] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช แบบประเมินความรู้ของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบประเมินทัศนคติในการปฏิบัติงานฉุกเฉิน แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมฯ ไปตรวจสอบความตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 1 ท่านผู้วิจัยนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินความรู้ของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบประเมินทัศนคติในการปฏิบัติงานฉุกเฉิน แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงาน

ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมฯ เท่ากับ 0.80 0.89, 0.88 และ 0.96 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่า 0.85 และแบบประเมินทัศนคติในการปฏิบัติงานฉุกเฉิน แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมฯ ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.89, 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จะถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และค่าเฉลี่ย (Mean) พร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์คะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะ โดยคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) **การวิเคราะห์ความแตกต่างก่อน–หลังการเข้าร่วมโปรแกรม** ใช้ **การทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบ Paired t-test** เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะของพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการวิจัย KLS.REC 480/2568

ผลการศึกษา

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 17 คน โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวัยทำงานตอนต้น อายุเฉลี่ย 28.1 ปี เมื่อพิจารณาช่วงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ได้แก่ อายุ ≤25 ปี และ 26–30 ปี สัดส่วนเท่ากันที่ 35.3% รวมแล้วคิดเป็นร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่าง ขณะที่กลุ่มอายุ 31–40 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 23.5 และมีเพียงร้อยละ 5.9 ที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงานตอนต้น

ด้านประสบการณ์ทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงาน 5–10 ปี มีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 35.3 รองลงมาคือกลุ่มที่มีประสบการณ์ ≤1 ปี และ >1–5 ปี มีสัดส่วนเท่ากันที่ร้อยละ 23.5 และมีเพียงร้อยละ 17.7 ที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานไม่มากนัก

เมื่อพิจารณาตำแหน่งปัจจุบัน พบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มีสัดส่วนเท่ากันที่ร้อยละ 29.4

สำหรับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.6 ยังไม่เคยเข้ารับการอบรม ขณะที่ร้อยละ 29.4 เคยอบรมหลักสูตรเฉพาะทางมาก่อน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดความรู้หรือทักษะเฉพาะทาง ซึ่งอาจส่งผลต่อความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานและการพัฒนาศักยภาพทางวิชาชีพ

2. ผลการประเมินความรู้ของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเกี่ยวกับการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าก่อนการฝึกอบรมความรู้โดยรวมของพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ–ปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 12.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน หากจำแนกระดับความรู้ พบว่า ร้อยละ 47.1 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.3 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 17.6 อยู่ในระดับสูง

หลังจากเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าความรู้โดยรวมของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ค่าเฉลี่ยหลังฝึกอบรม

เท่ากับ 17.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.1 คะแนน การจำแนกระดับความรู้หลังฝึกอบรม พบว่าร้อยละ 52.9 ของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.3 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 11.8 อยู่ในระดับต่ำ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังฝึกอบรม พบว่ามีค่า t = 6.12 และค่า p-value < 0.001 ซึ่งแสดงว่าความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังฝึกอบรม มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าการฝึกอบรมสามารถเพิ่มระดับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้จำนวนพยาบาลที่มีความรู้ในระดับสูงเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน

3. การประเมินทัศนคติของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผลการวิเคราะห์พบว่า **ก่อนเข้ารับการฝึกอบรม** ทัศนคติของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง–ต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 49.2 ± 8.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน หากจำแนกระดับทัศนคติ พบว่า ร้อยละ 29.4 ของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.9 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 17.6 อยู่ในระดับสูง

หลังจากเข้ารับการฝึกอบรม พบว่า ทัศนคติของพยาบาลปรับตัวไปในทิศทางบวกมากขึ้น ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 63.5 ± 6.4 คะแนน และเมื่อจำแนกระดับทัศนคติหลังฝึกอบรม พบว่า ร้อยละ 58.8 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.3 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 5.9 อยู่ในระดับต่ำ
ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนทัศนคติระหว่างก่อนและหลังฝึกอบรม พบว่า t = 7.45 และค่า p-value < 0.001 ซึ่งแสดงว่าความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ทักษะการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนเข้ารับการฝึกอบรม ทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง–ต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 11.8 ± 3.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน หลังจากเข้ารับการฝึกอบรม พบว่าค่าเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นเป็น 18.2 ± 1.9 คะแนน ซึ่งสะท้อนว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ในงานฉุกเฉินได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนทักษะก่อนและหลังฝึกอบรมด้วย Paired t-test พบว่า t = 8.21 และค่า p-value < 0.001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของทักษะการปฏิบัติงานก่อนและหลังการฝึกอบรมมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมฝึกอบรม ผลการวิเคราะห์พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจ สูงมากในทุกด้าน ของโปรแกรมฝึกอบรม โดยแต่ละข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.41 – 4.71 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับ “มากที่สุด” เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า: ความพึงพอใจต่อเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหาโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 4.65 ± 0.48 คะแนน ความพึงพอใจต่อวิธีการสอนและกิจกรรมในโปรแกรม 4.53 ± 0.51 คะแนน ความพึงพอใจต่อเวลาและความยาวของโปรแกรม 4.41 ± 0.50 คะแนน ความพึงพอใจต่อความสามารถของผู้สอนในการถ่ายทอดความรู้ 4.71 ± 0.46 คะแนน ความพึงพอใจต่อเอกสาร/สื่อประกอบการเรียนการสอน 4.62 ± 0.49 คะแนน ความพึงพอใจต่อความสามารถในการนำความรู้และทักษะไปใช้ปฏิบัติงานจริง 4.53 ± 0.51 คะแนน ความพึงพอใจต่อบรรยากาศและความร่วมมือระหว่างผู้เข้าร่วม 4.59 ± 0.50 คะแนน ความพึงพอใจต่อโอกาสในการฝึกปฏิบัติและทำกิจกรรมจริง 4.62 ± 0.49 คะแนน ความพึงพอใจต่อความชัดเจนของการประเมินผลและข้อเสนอแนะ 4.56 ± 0.50 คะแนน ความพึงพอใจรวมต่อโปรแกรมโดยรวม 4.65 ± 0.47 คะแนน

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อเนื้อหา วิธีการสอน กิจกรรม เอกสารประกอบ และโอกาสในการฝึกปฏิบัติอย่างสูงสุด ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมฝึกอบรมนี้ตอบสนองความต้องการของผู้เข้าร่วมได้อย่างเหมาะสม และสามารถเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ

รวมถึงทัศนคติและทักษะในการปฏิบัติงานฉุกเฉินของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัยเชิงปริมาณดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลในรูปแบบการบรรยายเชิงลึก ดังนี้

ด้านความรู้ ก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับค่อนข้างต่ำ-ปานกลาง (เฉลี่ย 12.5 คะแนน) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่พึงระวังในงานที่ต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและถูกต้อง อย่างไรก็ตาม หลังการอบรมคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็น 17.3 คะแนน สะท้อนว่าเนื้อหาการอบรมมีความครอบคลุมและสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้มีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Stolpe, et al.[7] ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉินในพยาบาลห้องฉุกเฉิน และพบว่าคะแนนความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการอบรมเช่นเดียวกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการออกแบบเนื้อหาที่เน้นการปฏิบัติและสถานการณ์จำลองเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต ยังสอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาต่อเนื่องของ Ford, et al.[8] ที่ได้สรุปไว้ว่าโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล (Continuing Nursing Education) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้เฉพาะทางที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น การแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งต้องอาศัยการอัปเดตองค์ความรู้และแนวปฏิบัติอยู่เสมอ การที่โปรแกรมในงานวิจัยนี้สามารถยกระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์และไม่เคยอบรมเฉพาะทาง จึงเป็นหลักฐานที่บ่งชี้ว่าโปรแกรมได้เติมเต็มช่องว่างทางความรู้ได้อย่างตรงจุด

จากข้อมูลที่พบว่าคะแนนความรู้ก่อนการอบรมอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง และเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการอบรม จึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมฝึกอบรมนี้มีประสิทธิภาพสูงในการถ่ายทอดความรู้และยกระดับศักยภาพของบุคลากร ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาในระดับสากลที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในงานที่ต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างฉับไว

ด้านทัศนคติ ก่อนการอบรมพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องการความพร้อมทางจิตใจสูง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็น 63.5 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการอบรมไม่ได้มุ่งเน้นเพียงความรู้และทักษะ แต่ยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงานที่ท้าทาย ผลการวิจัยนี้ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมช่วยเพิ่มทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินนั้น สอดคล้องกับแนวคิดและผลการศึกษาในหลายงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาบุคลากรที่ครอบคลุมไม่ควรจำกัดอยู่แค่ด้าน องค์ความรู้และทักษะ แต่ควรรวมถึง ด้านทัศนคติ หรือ พฤติกรรม ด้วย

1. การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy):

ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Stolpe, et al.[9] ที่พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมที่เน้นการจำลองสถานการณ์ (Simulation-based training) ไม่เพียงแต่ช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจในภาวะวิกฤตเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง (Self-Efficacy) ของพยาบาลด้วย การที่พยาบาลได้ฝึกปฏิบัติและแก้ไขปัญหาในสภาพแวดล้อมที่ควบคุมได้ (Controlled environment) ทำให้พวกเขามีความพร้อมและรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ทัศนคติเชิงบวกเพิ่มสูงขึ้น

2. การลดความเครียดและความวิตกกังวล:

งานวิจัยของ Adair, et al.[10] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมต่อระดับความเครียดและความ

วิตกกังวลในพยาบาลห้องฉุกเฉิน และพบว่าการอบรมที่ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะการรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน สามารถลดความรู้สึกกดดันและทัศนคติในแง่ลบต่อการทำงานได้ เนื่องจากพวกเขารู้สึกว่าตนเองมีเครื่องมือและความสามารถที่เพียงพอในการจัดการกับปัญหา การที่ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นหลังการอบรมจึงอาจเป็นผลมาจากการที่ความวิตกกังวลลดลง และมีความรู้สึกพร้อมในการเผชิญกับความท้าทายในงาน

3. การปรับเปลี่ยนทัศนคติผ่านประสบการณ์การเรียนรู้:

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Bandura[11] ที่กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ทางสังคม (Social learning) และการมีประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery experiences) การที่พยาบาลได้ผ่านโปรแกรมฝึกอบรมที่ทำให้พวกเขารู้สึกว่าตนเองทำได้ดีขึ้นและประสบความสำเร็จในการพัฒนาทักษะ เป็นการสร้างประสบการณ์เชิงบวกที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติในระยะยาว

ด้านทักษะการปฏิบัติงาน ทักษะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง-ต่ำ (เฉลี่ย 11.8 คะแนน) แต่หลังจากอบรม ทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เป็น 18.2 คะแนน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากทักษะภาคปฏิบัติคือหัวใจของการพยาบาลฉุกเฉิน การที่โปรแกรมสามารถพัฒนาทักษะได้จริงถือเป็นความสำเร็จที่โดดเด่น การที่คะแนนทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการอบรม ตอกย้ำถึงประสิทธิผลของการฝึกอบรมที่มุ่งเน้น การลงมือปฏิบัติจริง (Hands-on training) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ว่าการเรียนรู้ทักษะที่ซับซ้อนนั้นต้องอาศัยการฝึกฝนซ้ำ ๆ ไม่ใช่เพียงแค่การรับรู้ทฤษฎี

1. การเรียนรู้จากการจำลองสถานการณ์ (Simulation-based learning):

งานวิจัยนี้มีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Stolpe, et al.[9] ที่พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมที่ใช้การจำลองสถานการณ์ (Simulation-based training) สามารถยกระดับทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลในห้องฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนทักษะในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและควบคุมได้ ทำให้พวกเขาสามารถเรียนรู้จากข้อผิดพลาดและพัฒนาความแม่นยำในการปฏิบัติงานจริงได้ดีขึ้น

2. การพัฒนาสมรรถนะ (Competency-based training):

ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ตามที่ Ford, et al.[8] ได้กล่าวไว้ว่า โปรแกรมการศึกษาต่อเนื่องควรออกแบบมาเพื่อพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานโดยตรง ไม่ใช่เพียงแค่การเพิ่มพูนความรู้ทั่วไป การที่คะแนนทักษะของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจึงแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาทักษะหลักที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลในภาวะวิกฤต

3. การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Experiential learning):

นอกจากนี้ ผลที่ได้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่เน้นว่าการเรียนรู้ที่ดีที่สุดเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนมีโอกาสได้ลงมือปฏิบัติ (Concrete Experience) สะท้อนคิด (Reflective Observation) สร้างแนวคิด (Abstract Conceptualization) และนำไปทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation) การที่คะแนนทักษะของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมได้ให้โอกาสในการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะอย่างยั่งยืน

ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ

นอกเหนือจากประสิทธิผลด้านการเรียนรู้แล้ว ความพึงพอใจสูงมาก ของผู้เข้าร่วมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จของโปรแกรม โดยเฉพาะด้านความสามารถของผู้สอนในการ

ถ่ายทอดความรู้ (เฉลี่ย 4.71 คะแนน) และความเหมาะสมของเนื้อหา (เฉลี่ย 4.65 คะแนน) สิ่งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Knowles, M. S. [12] ที่ว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมขึ้นอยู่กับความสามารถของวิทยากรในการจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียนและความต้องการในการทำงานจริงของผู้เข้าร่วม

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่า โปรแกรมฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับศักยภาพพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างครบวงจร ทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติงาน การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลรุ่นใหม่ที่ยังขาดความรู้เฉพาะทางและประสบการณ์ ทำให้พวกเขากลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมอย่างยิ่งต่อการพัฒนา และเมื่อโปรแกรมได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม จึงสามารถตอบสนองความต้องการและสร้างความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพยาบาลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องใช้ทักษะการตัดสินใจที่รวดเร็วและแม่นยำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชอย่างต่อเนื่องในหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความมั่นใจและตระหนักในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายหรือแนวทางสนับสนุนการจัดอบรมโปรแกรมลักษณะนี้อย่างสม่ำเสมอ พร้อมจัดสรรทรัพยากร เวลา และบุคลากรที่เหมาะสม เพื่อให้พยาบาลทุกคนมีโอกาสพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่จำเป็นสำหรับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรจัดทำคู่มือหรือเอกสารแนวปฏิบัติจากโปรแกรมที่พัฒนาแล้ว เพื่อใช้เป็นสื่อประกอบการเรียนรู้ในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ และเผยแพร่ในเวทีวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในระดับกว้าง

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และหลากหลายมากขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม รวมถึงควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น การคงอยู่ของความรู้ ทัศนคติ และทักษะหลังการอบรมในช่วงเวลา 3–6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. Deakin, C. D., Koster, R. W., Smith, G. B., & Jacobs, I. (2010). The golden minute: Early defibrillation improves survival after cardiac arrest. *Resuscitation*, 81(6), 736–741. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.03.005
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). รายงานสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. สำนักพิมพ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
3. สถิติข้อมูลโรงพยาบาลเขาวง, (2567)). สถิติและรายงานประจำปีหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเขาวง.
4. Lee, H. J., Kim, J. S., & Park, J. Y. (2018). Effects of emergency nursing simulation on confidence and performance of nursing students. Journal of Nursing Education, 57(6), 352–356. https://doi.org/10.3928/01484834-20180522-07
5. Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
6. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
7. Stolpe, T. L., et al. (2018). Improving emergency department nurses' triage decision-making with a simulation-based training program. Journal of Emergency Nursing, 44(4), 361-367.

8. Ford, T. C., et al. (2017). The impact of a continuing education program on the knowledge and skills of emergency nurses. Journal of Continuing Education in Nursing, 48(6), 263-268.
9. Stolpe, T. L., et al. (2018). Improving emergency department nurses' triage decision-making with a simulation-based training program. Journal of Emergency Nursing, 44(4), 361-367.
10. Adair, J. L., et al. (2019). The effect of simulation training on stress and anxiety in emergency room nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 154-159.
11. Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
12. Knowles, M. S. (1984). The adult learner: A neglected species. Houston: Gulf Publishing Company.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

Effectiveness of a Home-Based Palliative Care Program for Terminal Cancer Patients on Quality of Life and Care Outcomes Sawangdandin Crown Prince Hospital.

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

พิศาล สีสถาน[1]
Phisan Srisatan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group Pretest–Posttest Design) โดยพัฒนาและนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้านมาใช้ เพื่อเสริมสร้างการดูแลอย่างมีระบบ มีการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัคร และเครือข่าย รพ.สต. ในชุมชน ผลการศึกษามุ่งเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมีมาตรฐาน ครอบคลุม และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 54) เพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 66) สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวยังคงเป็นกำลังหลักในการดูแลผู้ป่วยในบริบทชุมชนชนบท หลังการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในด้านสมรรถนะการดำเนินชีวิต การบรรเทาอาการทางกาย เช่น อาการปวด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และท้องผูก รวมถึงด้านอารมณ์ เช่น ความกังวลและความหงุดหงิดลดลงอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแลอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านความเอาใจใส่ ความเข้าใจต่อความต้องการของผู้ป่วย การสื่อสารที่ดี และความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่ (ค่าเฉลี่ย 4.0–5.0 คะแนน) ทั้งนี้ ความพึงพอใจต่อการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับ “ดีมาก” (ค่าเฉลี่ย 9.23 จาก 10 คะแนน)

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย, การดูแลที่บ้าน, คุณภาพชีวิต, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design to assess the effects of implementing the home-based palliative care program. The program emphasized family participation, collaboration with community health volunteers, and integration with Subdistrict Health Promoting Hospitals (Health Centers). The outcomes focused on comparing patients’ quality of life and care satisfaction before and after the intervention, aiming to improve the standard, continuity, and holistic quality of home-based end-of-life care.

The results revealed that among 50 terminal cancer patients participating in the home-based palliative care program at Sawangdandin Crown Prince Hospital, most were older adults (over 60 years, 54%), with an equal distribution of males and females (50%). The majority had a monthly income below 10,000 baht, and their primary caregivers were spouses (66%), indicating that family members play a crucial role in patient care within rural communities. After receiving the home-based palliative care program, patients demonstrated a statistically significant improvement in overall quality of life ($p < 0.05$). Notable

[1] กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

improvements were found in physical functioning, symptom relief (such as pain, loss of appetite, insomnia, and constipation), and emotional well-being, with reduced levels of anxiety and irritability. Furthermore, the satisfaction level of patients and their families toward the care received was high, especially regarding attentiveness, understanding of patient needs, effective communication, and professional competence of the care team (average scores ranging from 4.0–5.0). Overall satisfaction with the home-based care was rated as “very good,” with a mean score of 9.23 out of 10.

Keywords: Palliative care, Terminal cancer patients, Home-based care, Quality of life, Sawangdendin Crown Prince Hospital

บทนำ

จากรายงานของ Worldwide Palliative Care Alliance (2020) พบว่าทั่วโลกมีประชากรมากกว่า 56.8 ล้านคน ที่เสียชีวิตจากโรคซึ่งต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และในจำนวนนั้นกว่า 25.7 ล้านคน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ประกาศแนวทางให้ทุกประเทศบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพตลอดช่วงชีวิตของประชาชน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ประเทศไทยได้ตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าว โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำ แผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557–2559 และเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา[1] โดยมุ่งให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิตหรือโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ใกล้ชิด ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก[2] มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเน้นหลักการสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1.การยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2.การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทุกด้าน 3.ความต่อเนื่องของการดูแล 4.การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ 5. การส่งเสริมระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และ 6. เป้าหมายสูงสุดคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ในระดับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน “Service Plan สาขาโรคมะเร็ง” โดยจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2561–2565 เพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการได้ทั่วประเทศ[1]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในอำเภอสว่างแดนดินและพื้นที่ใกล้เคียง เช่น อำเภอเจริญศิลป์ อำเภอส่องดาว อำเภอวาริชภูมิ อำเภอบ้านม่วง และอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร รวมถึงพื้นที่รอยต่อจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลมีการพัฒนา ศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care Center) และหอผู้ป่วยเฉพาะทาง เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม มีการจัดระบบการส่งต่อข้อมูลและการติดตามดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม COC และช่องทาง Line กลุ่มเครือข่าย Palliative Care ซึ่งครอบคลุมทั้งระดับโรงพยาบาลและชุมชน อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2562–

2567 พบว่าโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 1,000 ราย โดยมีผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการดูแลเฉลี่ย 50–80 รายต่อเดือน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5–10 รายต่อเดือน แต่ทีมผู้ดูแลหลักยังมีจำนวนจำกัด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ทั่วถึง อีกทั้งการติดตามผู้ป่วยภายหลังกลับบ้านยังไม่ต่อเนื่องตามมาตรฐานมากกว่าร้อยละ 30 ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในทักษะการดูแล และมีอัตราการไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านมากกว่าร้อยละ 20[3] ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองโดยตรง จึงได้เล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนา “โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน” โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน (รพ.สต.) ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับนโยบาย “Palliative Home Ward” ของกระทรวงสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ “Seamless Comprehensive Health Care” ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อในทุกระดับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน

2 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน

3 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

สมมติฐานการวิจัย

1.หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2.ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (ด้านอาการ ความทุกข์ และความต่อเนื่องในการดูแล) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในระดับสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (One-group Pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน และศึกษาความพึงพอใจ ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ คือ 1) คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้าร่วมโปรแกรมเยี่ยมบ้าน 2) ประเมินคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์การดูแล และความพึงพอใจก่อนเริ่มโปรแกรม 3) ดำเนินโปรแกรมเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 4) ประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมและเปรียบเทียบผลก่อน–หลัง 5) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2568 ถึงเดือน สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา: ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินและได้รับการวินิจฉัยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน อำเภอสว่าง

แดนดิน จังหวัดสกลนคร ที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยประคับประคอง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพในครอบครัว สิทธิ์การักษา การวินิจฉัยโรค ระดับ PPS (Palliative Performance Score) เก็บครั้งเดียว คือครั้งที่ 1 คือการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยประคับประคอง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Qualty of Life Questionnaire Core 30 EORTC-QLQ-C30) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่1 ทันทีที่บ้าน ครั้งที่ 2 หลังจากเก็บครั้งที่ 1 อย่างน้อย 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome Scale (POS)

เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 เป็นวันที่เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทันที

ครั้งที่ 2 เก็บหลังจากเยี่ยมครั้งที่ 1 อย่างน้อย 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน 3 ด้าน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว กระบวนการเยี่ยมบ้าน ใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของสำนักการพยาบาลมาประยุกต์ใช้โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ก่อนการเยี่ยมบ้าน ระหว่างการเยี่ยมบ้าน และหลังการเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดการเยี่ยมจำนวน 3 ครั้ง ต่อผู้ป่วย 1 ราย รายละเอียด ดังนี้

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 ทันที

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 เยี่ยมตามระดับ PPS ได้แก่ PPS < 30 (ระยะสุดท้าย) เยี่ยมทุกสัปดาห์ ,ระดับPPS = 40-60 (ระยะเปลี่ยนผ่าน) เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์,ระดับ PPS =70-100 (ระยะคงที่) เยี่ยมทุก 4 สัปดาห์

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 ภายหลังเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 อย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยเยี่ยมบ้าน ตามระดับ PPS

เยี่ยมตามระดับ PPS ได้แก่ PPS < 30 (ระยะสุดท้าย) เยี่ยมทุกสัปดาห์, ระดับPPPS = 40-60 (ระยะเปลี่ยนผ่าน) เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์, ระดับ PPS =70-100 (ระยะคงที่) เยี่ยมทุก 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliablity) ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ตามขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมวิจัยและสิทธิ์ในการตัดสินใจก่อนสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการเป็นรายบุคคล หลังจากผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอม ให้

ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทันที ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC-QLQ-C30) และประประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประดับประคอง โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale (POS-C) ฉบับถามผู้ดูแลครั้งที่1 จากนั้นประเมินปัญหาความต้องการและให้การพยาบาลตามปัญหาพร้อมสอน สาธิตการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัคร มอบสื่อความรู้ และส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัคร รพ.สต.และนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เยี่ยมตามระดับ PPS ดังนี้ ระดับ PPS < 30 % เยี่ยมทุกสัปดาห์, ระดับPPS = 40-60 % เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์,ระดับ PPS=70-100 % เยี่ยมทุก 4 สัปดาห์ โดยประเมินอาการรบกวนต่างๆ และให้การพยาบาลตามปัญหาให้คำแนะนำกาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครในปัญหาใหม่ที่พบส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายอย่างน้อย 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC-QLQ-C30) ครั้งที่2 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale (POS-C) ครั้งที่2 และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล พร้อมทั้งประเมินอาการรบกวนต่างๆ และให้การพยาบาลตามปัญหาให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครในปัญหาใหม่ที่พบส่งต่อปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายแก่อาสาสมัครและนัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตามอย่างต่อเนื่อง

5 วิเคราะห์ข้อมูล

6 สรุปและจัดทำรายงานผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้ Thematic Analysis เพื่อสรุปประสบการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ส่วนเชิงปริมาณใช้ สถิติเปรียบเทียบก่อน–หลัง ประเมินคุณภาพชีวิตและอาการรบกวน ผลลัพธ์ทั้งสองด้านชี้ว่าโปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบประคับประคองช่วย เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอาการทางร่างกายและจิตใจ และเสริมความพึงพอใจในการดูแล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน SWDCPH 2025-002 รหัสโครงการ 003/2558 ระยะเวลาดำเนินการรับรองระหว่าง วันที่ 17 เมษายน 2568 ถึง 16 เมษายน 2569

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองและระยะท้ายที่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 50 ราย ซึ่งได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่า ผู้เข้าร่วมมีเพศชายและหญิงในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 50 กลุ่มอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 54) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 51–60 ปี (ร้อยละ 20) ด้านการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62) สอดคล้องกับบริบทของชุมชนชนบท และทุกคนมีศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ซึ่งอาจส่งผลต่อทัศนคติและแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ยึดโยงกับความเชื่อวัฒนธรรมดั้งเดิม ใน

ด้านอาชีพ พบว่าเกินครึ่งของผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 62) และอีกร้อยละ 16 รับจ้างทั่วไป สถานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 72) โดยร้อยละ 78 ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และแหล่งรายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือพิการ (ร้อยละ 66) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดทางเศรษฐกิจที่อาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 50) โดยมีคู่สมรสทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 66) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของระบบครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในส่วนของสถานภาพด้านสุขภาพและการรักษา พบว่าระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale: PPS) ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 50% (ร้อยละ 32) ซึ่งสะท้อนถึงภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งตับ (รหัส C221) ร้อยละ 24 และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (C189) ร้อยละ 18 โดยส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาล 3–4 ครั้ง (ร้อยละ 46) และแผนการรักษาหลักที่ได้รับคือการดูแลแบบประคับประคองอย่างเดียว (ร้อยละ 64) และรักษาแบบควบคู่กันหลายแบบ

โดยสรุป กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยมีลักษณะเป็นผู้สูงอายุ รายได้น้อย อยู่ในบริบทครอบครัวที่ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และอยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการสนับสนุนจากระบบสุขภาพและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ตอบสนองบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ชนบทอย่างแท้จริง

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองและระยะท้าย พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.05) การวิเคราะห์ผลของแบบสอบถาม EORTC QLQ-C30 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนอาการและปัญหาด้านร่างกายอารมณ์ และกิจวัตรประจำวันดีขึ้นในหลายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ในด้านสมรรถนะการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกลดลง และความจำเป็นต้องพักผ่อนระหว่างวันลดลง ซึ่งสะท้อนถึงการคงไว้ซึ่งความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน

ในด้านอาการทางกาย พบว่า อาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อาการเบื่ออาหารลดลง อาการท้องผูกลดลง และอาการปวดที่รบกวนกิจวัตรประจำวันลดลง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยบรรเทาอาการสำคัญที่รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้อย่างชัดเจน

ในด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวลและหงุดหงิดลดลง รวมทั้งความรู้สึกว่าการรักษามีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันลดลง สะท้อนถึงการปรับตัวและการลดความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การประเมินสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวม แม้จะมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน”มีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการที่สำคัญ และลดปัญหาด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น แม้การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

แต่มีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังการได้รับโปรแกรม

การวิเคราะห์ผลของแบบสอบถาม EORTC QLQ-C30 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน" พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนอาการและปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์ และกิจวัตรประจำวันดีขึ้นในหลายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ในด้านสมรรถนะการทำกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกลดลง และความจำเป็นต้องพักผ่อนระหว่างวันลดลง ซึ่งสะท้อนถึงการคงไว้ซึ่งความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน

ในด้านอาการทางกาย พบว่า อาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อาการเบื่ออาหารลดลง อาการท้องผูกลดลง และอาการปวดที่รบกวนกิจวัตรประจำวันลดลง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยบรรเทาอาการสำคัญที่รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้อย่างชัดเจน

ในด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวลและหงุดหงิด ลดลง รวมทั้งความรู้สึกว่าการรักษามีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันลดลง สะท้อนถึงการปรับตัวและการลดความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การประเมินสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวม แม้จะมีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน"มีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการที่สำคัญ และลดปัญหาด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น แม้การประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังการได้รับโปรแกรม

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน" ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการสื่อสารและการบริการเชิงวิชาชีพของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ความสุภาพอ่อนน้อม และมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ความเอาใจใส่ในการรับฟังปัญหา การให้บริการด้วยความกระตือรือร้นและเต็มใจ รวมทั้งความเชี่ยวชาญในการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูง (4.0–5.0 คะแนน) และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนถึงการสร้างความไว้วางใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างชัดเจน

ในด้านความสะดวกในการติดต่อและการเข้าถึงบริการ พบว่า ผู้ป่วยประเมินว่ามีช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูลหรือร้องเรียนที่สะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งสามารถยืมใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ที่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (3.5–5 คะแนน) แม้ว่าบางรายการ เช่น ความสะดวกในการยืมอุปกรณ์การแพทย์ จะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่โดยภาพรวมผู้ป่วยยังคงมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มาก ในส่วนของการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองและครอบครัวได้ ส่งผลให้มีความรู้สึกมั่นใจและเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ขณะเดียวกันยังมีรายงานว่าผู้ป่วยหลายรายมีอาการทั่วไปดีขึ้นหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน แม้ผลการทดสอบทางสถิติในบางด้านจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญก็ตาม

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการเยี่ยมบ้านมีประสิทธิผลในการยกระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านการ

สื่อสาร การให้บริการที่มีคุณภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการดูแล อีกทั้งยังช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีคะแนนความพึงพอใจภาพรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน สะท้อนถึงความพึงพอใจในระดับสูงมากแสดงผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน พบว่า

ความพึงพอใจในแต่ละด้านอยู่ในระดับ **มากที่สุด** ได้แก่ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.66, SD = 0.36) ด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.73, SD = 0.23) ด้านคุณภาพของการให้บริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.46, SD = 0.46) สำหรับความพึงพอใจในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับ **มากที่สุด** เช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.23 (SD = 0.57)

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน จำนวน 50 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 54) มีเพศชายและหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62) และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 66) แสดงถึงบริบททางเศรษฐกิจและครอบครัวที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแล

การประเมินคุณภาพชีวิตด้วย EORTC QLQ-C30 พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถนะการทำกิจกรรมและอาการทางกาย เช่น อาการปวด การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และท้องผูก ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันอารมณ์และความรู้สึกกังวล ความหงุดหงิด และความเครียดเกี่ยวกับการรักษาลดลง

ผลการประเมิน อาการและความรู้สึกเฉพาะบุคคล พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดและความเศร้าใจลดลง สามารถระบายความรู้สึกกับครอบครัวได้ดีขึ้น และครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง พร้อมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

ในด้าน ความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร ความสุภาพและความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่ การติดต่อและขอรับบริการสะดวก รวดเร็ว และเท่าเทียม รวมถึงสามารถปฏิบัติตนเพื่อตัวเองได้ดี

โดยสรุป โปรแกรมการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายสามารถ ยกระดับคุณภาพชีวิต ลดอาการทางร่างกายและจิตใจ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสร้างความพึงพอใจต่อกระบวนการบริการ ได้อย่างมีประสิทธิผล เหมาะสมกับบริบทครอบครัว ชุมชน และเศรษฐกิจของผู้ป่วยในพื้นที่ชนบท

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดำเนินโปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมาน และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม

1. ผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านหน้าที่ทางสังคม การเพิ่มขึ้นของคะแนนสะท้อนถึงการลดอาการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานทางร่างกาย เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย หรือปัญหาการนอนหลับ รวมทั้งการปรับปรุงสภาพจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเศร้า และความเครียด ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่

ชี้ให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแม้ในระยะท้ายของโรค การวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวสนับสนุนผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึก ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเยี่ยมบ้านเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความกังวลและช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวิธีการดูแลที่เหมาะสม การมีทีมสุขภาพคอยให้คำปรึกษาและติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญกับโรคเพียงลำพัง และสามารถรักษาความเป็นปกติในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น[4]

2. ผลต่อผลลัพธ์การดูแลที่บ้าน สามารถช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการจัดการอาการของผู้ป่วย เช่น การควบคุมอาการปวด การให้ยา การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ผลลัพธ์เชิงปริมาณแสดงให้เห็นว่าอัตราการเข้าโรงพยาบาลฉุกเฉินลดลงอย่างชัดเจน ขณะที่ผลลัพธ์เชิงคุณภาพชี้ว่าผู้ดูแลมีความมั่นใจและลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การมีทีมสุขภาพเข้าถึงและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องยังช่วยให้ครอบครัวสามารถ ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม[5]

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผลลัพธ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเสริมซึ่งกันและกัน ผลเชิงปริมาณช่วยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่วัดได้ เช่น คะแนนคุณภาพชีวิตและอัตราการเข้าโรงพยาบาล ส่วนผลเชิงคุณภาพช่วยให้เข้าใจ ประสบการณ์ ความรู้สึก และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อรวมข้อมูลทั้งสองมิติ การวิเคราะห์ชี้ชัดว่าโปรแกรมไม่เพียงช่วยปรับปรุงสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วย แต่ยังช่วยเสริมความมั่นใจและทักษะในการดูแลที่บ้าน ลดภาระของครอบครัว และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมสุขภาพ[6,7,8]

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาสะท้อนถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ การฝึกอบรมผู้ดูแล และการให้คำปรึกษาที่ครอบคลุมทุกด้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับมือกับความท้าทายของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ควรพิจารณาขยายโปรแกรมไปยังพื้นที่อื่น ๆ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง พร้อมพัฒนาการอบรมและสนับสนุนผู้ดูแลให้ต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน นอกจากนี้ การวิจัยเพิ่มเติมควรประเมินความคุ้มค่าและผลระยะยาว ของโปรแกรมเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าใคร่ขอขอบพระคุณและแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และให้คำปรึกษาในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์.
2. World Health Organization. (2020). WHO guideline: Integrated care for older people (ICOPE) in community and primary care settings. Geneva: World Health Organization.
3. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care Center) และหอผู้ป่วยเฉพาะทาง (2566). การจัดระบบการส่งต่อข้อมูลและการติดตามดูแลต่อเนื่อง. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน.

4. กรมอนามัย. (2564). แนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมระบบสุขภาพผู้สูงอายุ.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2563). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง. กรุงเทพฯ: สวรส.
6. ศูนย์การุณรักษ์. (2562). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย (Palliative Care) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.
7. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033
8. Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (1999). Juran's Quality Handbook (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

Development of a model for controlling blood sugar levels in type 2 diabetes patients at Thaicharoen Hospital, Thaicharoen District, Yasothon Province.

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

ยุพาภรณ์ สุทธิประภา[1]
Yuphaporn Sutthiprapa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 15 คน และ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 115 คน โดยมีเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม - ตุลาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละ เปรียบเทียบสถิติความรู้ พฤติกรรม และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังวิจัยด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร พบว่าหลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ โดยมีการทดสอบความรอบรู้ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังวิจัยพบว่าหลังวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

คำสำคัญ: กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This action research aimed to develop a blood sugar control model for type 2 diabetes patients at Thai Charoen Hospital, Thai Charoen District, Yasothon Province. The sample was divided into two groups: 15 participants involved in developing the blood sugar control model for type 2 diabetes patients and 115 participants with type 2 diabetes. The research instruments used were focus group discussions and interviews. The research was conducted between May and October 2025. Descriptive data were analyzed, including means, standard deviations, and percentages. Pre- and post-test statistics on knowledge, behavior, and HbA1c values were compared using a paired t-test.

The results of the study on the development of a blood sugar control model for type 2 diabetes patients at Thai Charoen Hospital, Thai Charoen District, Yasothon Province, found that after the 13-week activity, the patients with type 2 diabetes participated in a knowledge test, health behavior assessment, and HbA1c assessment before and after the study. The results showed that the sample group had significantly increased health literacy and had significantly lower HbA1c levels after the study (p-value <0.05).

Keywords: Health literacy promotion activities, health behaviors, blood sugar levels in patients with type 2 diabetes

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 33.9 ในปี พ.ศ. 2566 สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้กำหนดประเด็นสื่อสารหลัก “Diabetes: Know your risk, Know your response” หรือ “เบาหวานรู้ว่าเสี่ยง รู้แล้วต้องเปลี่ยน” เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยงและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม[2]

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ประมาณ 4.8 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 5.3 ล้านคนภายในปีพ.ศ. 2583[3] โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2559–2561 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของคนไทยอยู่ที่ 1,292.79, 1,344.95 และ 1,439.04 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นกว่า 300,000 ราย

จังหวัดยโสธร พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 มีค่าเท่ากับ 487.54, 573.06 และ 985.00 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สำหรับอำเภอไทยเจริญ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 679.20, 689.09 และ 693.07 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสะท้อนแนวโน้มการป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 31.71[4] เท่านั้น

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอไทยเจริญ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานร้อยละ 53.90 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 80.91 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ไม่ดีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคเบาหวาน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการลดพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิต[4]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจดำเนินการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร” เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนา “รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2” ที่พัฒนาขึ้น ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ

อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ระหว่างเดือน พฤษภาคม - ตุลาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มได้แก่

1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)ประกอบด้วยตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนดำเนินงาน ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข , อสม., อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ตัวแทนผู้นำชุมชน, ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 15 คน

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลไทยเจริญ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยสำรวจตามเวชระเบียนผู้ป่วยนอก กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีอายุระหว่า 15 – 80 ปี มีค่า FBS > 130 mg/dl มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่าง ≥7.1 mg.% มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างโดย Rule of Thumb ที่กำหนดให้การวิจัยขนาดตัวอย่างไม่ควรน้อยกว่าร้อยละ 30 จากประชากรกลุ่มเป้าหมาย 372 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดได้จำนวน 115 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยโดยการศึกษาและทบทวน วรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล บบสอบถามในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนาระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และโรคประจำตัวข้อคำถามมีจำนวน 8 ข้อ คำถามเป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ(Open End)

ๆส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามที่ตอบ “ใช่” และ ข้อคำถามที่ตอบ “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 3 ด้านจำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 14 ข้อ การออกกำลังกาย 8 ข้อ และการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์ในการให้คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อใช้สำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและการรับประทานยา มีจำนวนคำถาม 27 ข้อ มีคำถามเชิงบวกและเชิงลบในแต่ละข้อแบ่งเป็น 3 ระดับ พฤติกรรม คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

Positive question

ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน
Negative question
ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ = 3 คะแนน
แบ่งคะแนนในแต่ละด้าน

1. ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 14 ข้อ คะแนน รวม 28 คะแนน

ได้คะแนน 23 คะแนนขึ้นไป ควบคุมอาหารได้ดีมาก = 3 คะแนน

ได้คะแนน 16–22 คะแนน ควบคุมอาหารปานกลาง = 2 คะแนน

ได้คะแนน < 16 คะแนน ไม่ได้ควบคุมการรับประทานอาหาร = 1 คะแนน

2. ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน

ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไปออกกำลังกายสม่ำเสมอ = 3 คะแนน

ได้คะแนน 9-11 คะแนน ออกกำลังกายปานกลาง = 2 คะแนน

ได้คะแนนน้อยกว่า 9 คะแนนออกกำลังกายน้อย = 1 คะแนน

3. ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

ได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไปรับประทานยาถูกต้อง = 3 คะแนน

ได้คะแนน 6-7 คะแนน รับประทานยาถูกต้องปานกลาง = 2 คะแนน

ได้คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน รับประทานยาไม่ถูกต้อง = 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 5 ด้าน 12 ข้อคำถามประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนข้อความดังนี้

Positive question
ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน
Negative question
ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ = 3 คะแนน

3. กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะ เวลา 13 สัปดาห์

4. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและบริบทในพื้นที่

ในระยะนี้ เป็นการดำเนินงานเพื่อเตรียมทีมเตรียมพื้นที่ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่ ลักษณะทางสังคม สิ่งแวดล้อม ตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1) เชิญประชุมกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตัวแทนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สำหรับเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบท การดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนดำเนินงาน จำนวน 15 คน

2) ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา **ในพื้นที่อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร โดยการศึกษาเอกสาร** การทบทวนข้อมูลที่มีอยู่ระบบและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเป็นข้อมูลใน

การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3) วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษาในขั้นการศึกษาสภาพปัญหา ได้แก่ ขนาดของปัญหา ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้นทุนทรัพยากร สภาพปัญหาหรือบริบทการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart [5] และกระบวนการมีส่วนร่วมดำเนินการ มีอยู่ 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นวางแผน (Planning)

1. เตรียมการ เตรียมชุมชน, เนื้อหา, คน

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรคในประเด็นการวิจัยเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมการวิจัยและสร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและประเมินองค์ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (Pre-test)

3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ประเมินสภาพการณ์ปัญหาและอุปสรรค ถอดบทเรียนในการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการประชุม (Workshop) เพื่อวางแผนปฏิบัติ พัฒนารูปแบบกิจกรรมโดยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Planning Method) เนื้อหาสาระสำคัญจะประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยได้นำเอากระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย[6] และรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) [7] มาปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่ และนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและบริบทการดำเนินงานสู่การวางแผนแก้ไขปัญหา

ขั้นปฏิบัติการ (Action)

เป็นการดำเนินงานตามแผน และกำกับติดตามการดำเนินงาน ทีมวิจัยและอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนหาจุดร่วมในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลา 13 สัปดาห์โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้

1.ประชุมวางแผนวิเคราะห์สถานการณ์ปรับปรุงรูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย รู้ตนเอง สร้างสรรค์ความเข้าใจ, ปรับมุมเปลี่ยนมองป้องกันตนเอง, แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู้ภัยโรค

2. บันทึกข้อมูลทั่วไปและทดสอบความรู้ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)

3. จัดกิจกรรมการเรียนรู้

3.1 จัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 1 รู้ตนเอง เสริมสร้างความเข้าใจ ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง

เนื้อหา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พยาธิสภาพของโรค

2. แนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยา ภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นต้น

3. ข้อมูลและปรับพื้นฐานทางการแพทย์และตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะกิจกรรม

1. กิจกรรมสร้างสัมพันธ์เพื่อเตรียมความพร้อมทำความรู้จักคุ้นเคยกัน

2. กิจกรรมเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน

3. ฝึกประเมินความสามารถในการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์และความเข้าใจตัวเลขทางคณิตศาสตร์

4. ฝึกทักษะสื่อสารด้วยการฝึกถาม-ตอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนกลับกิจกรรมต้นไม้ของฉัน

5. ฝึกทักษะตั้งเป้าหมายและกำกับตัวเอง

3.2 จัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ปรับมุมเปลี่ยนมอง ป้องกันตนเอง ระยะเวลา 5 ชั่วโมง

เนื้อหา

1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2. การรู้เท่าทันสื่อและแหล่งข้อมูลความรู้และการบริการที่เกี่ยวกับโรครวมถึงการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

3. การควบคุมกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง

ลักษณะกิจกรรม

1. สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

2. ฝึกการวิเคราะห์แยกแยะผลดี-ผลเสียและความสามารถในการที่จะนำไปปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน

3. ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริงและจำลอง

4. สร้างแรงจูงใจและเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย

3.3 จัดกิจกรรมเรียนรู้สู้ภัยโรคระยะเวลา 5 ชั่วโมง

เนื้อหา

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและแนวทาง/วิธีปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

ลักษณะกิจกรรม

1. ฝึกทักษะการถ่ายทอดแบ่งปันความรู้

2. ฝึกทบทวนและกำกับตนเอง

4. จัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ติดตามเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ โดยใช้หลักการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน(Motivational Interviewing for DM; MI DM)[8]

5. สัปดาห์ที่ 13 ตรวจเลือด เพื่อวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ทดสอบความรู้และสรุปผลการดำเนินงาน

ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)

เป็นกระบวนการที่ใช้ในการเฝ้าดูหรือติดตามสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อเก็บข้อมูลและทำความเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน ดังนี้

1. การสังเกตโดยตรง (Direct Observation)

- การใช้ประสาทสัมผัส (สายตา, การได้ยิน, การสัมผัส ฯลฯ) เพื่อรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น

- การเฝ้าดูพฤติกรรมของบุคคลหรือเหตุการณ์จริง สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างดูวิธีการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

2. การสังเกตโดยอ้อม (Indirect Observation)

- เครื่องบันทึกภาพ เครื่องบันทึกเสียง

- การเก็บข้อมูลจากเอกสาร รายงาน หรือสถิติที่มีอยู่ เป็นการกำกับติดตามการดำเนินงานด้วยการ

ออกเยี่ยมติดตามในชุมชน การสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Post test) รวบรวมและวิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน

ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)

เป็นการสรุปผล คืนข้อมูล และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานตามแผนให้แก่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับฟังข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ/ถอดบทเรียน

2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังดำเนินการ

3. สรุปปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหา

4. สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ

5. สรุปแนวทางการพัฒนา/ปรับปรุงงาน

ระยะที่ 3 การประเมินผล และพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผลการดำเนินงานประเด็นต่าง ๆ ทั้ง 4 ขั้นตอน แล้วนำจุดอ่อนมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้ดียิ่งขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุดค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความ แตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย สถิติ Paired Samples T test ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis) โดยอาศัยเทคนิคหลักในการวิเคราะห์ ข้อมูล ได้แก่ 1. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การสังเคราะห์และแปลความข้อมูลจากเอกสาร, คำพูด, หรือภาพ เพื่อหาแนวโน้ม แนวคิด หรือหัวข้อหลัก[9] 2. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Credibility and Validity) ใช้เทคนิคเช่น การเลือกข้อมูลแบบระมัดระวัง การตรวจสอบซ้ำและการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้ข้อมูลน่าเชื่อถือ[10]

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) พบว่าสถานการณ์ ปัญหาและบริบทในพื้นที่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร มีลักษณะดังนี้:

1) ด้านผู้ป่วย มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง.

2) การเข้าถึงบริการสุขภาพ อำเภอไทยเจริญเป็นพื้นที่ชนบทที่บางครั้งอาจมีข้อจำกัดด้านการการเดินทาง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุขาดญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง.

3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยบางรายมีฐานะยากจน และรายได้ต่ำส่งผลต่อการเดินทางไปรับบริการ รวมถึงความขาดแคลนด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม.

4. ด้านความรู้ ขาดความรู้เรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกวิธี ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย.

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรคชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 7 ทักษะ โดยให้อาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ ได้แก่ 1. กิจกรรมเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2. เพิ่มความรู้การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3. เพิ่มความรู้การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 4. กิจกรรมเพิ่มความรู้ทักษะการสื่อสารสุขภาพเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง 5. เพิ่มความรู้ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 6. เพิ่มทักษะความรู้ทักษะการจัดการตนเอง 7. กิจกรรมให้กำลังใจเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้หลักการเสวนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (Motivational Interviewing For NCDs ; MI NCDs) หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนน เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากค่าคะแนนเฉลี่ย 5.60 เพิ่มขึ้นเป็น 8.29 และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อการเกิดโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น จาก 46.17 เป็น 55.59 และมีระดับน้ำตาลHbA1c ลดลง จาก 8.82 mg/dl เหลือ 7.08 mg/dl(p-value<0.05) สรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี ความเหมาะสม สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่น หรือในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มตัวอย่าง (HbA1c≥7 mg%) จำนวน 115 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.48 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.39 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.52 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75.65 ครอบครัว มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 72.54 ผู้ป่วยมีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 37.39

หลังจากอาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ โดยมีการทดสอบความรู้ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นที่ระดับมาก โดยได้รับการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่ตามกิจกรรม ได้สื่อสารและซักถามประเด็นปัญหาต่างๆ แลกเปลี่ยนเรียนรู้สนทนากลุ่ม (Focus Group) เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในกลุ่มตัวอย่าง โดยนัดร่วมกันทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ นอกจากนี้ยังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ และ อสม. สร้างแรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก ผลของระดับค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก็ลดลงจาก 8.82 mg% เหลือ 7.08 mg% สรุปได้ว่ารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เพิ่มมากขึ้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา บุตรศรีและคณะ[11] ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มตัวอย่าง 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการให้ความรู้สร้างความตระหนักรู้ สร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ระยะเวลาทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าจากนั้นจับคู่เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองแล้วจึงส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้อยู่ในระดับปกติ ดังที่สมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (Healthy behaviors) ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานยา และการงดการบริโภคแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ สำหรับในประเทศไทย กรมควบคุมโรค ได้กำหนดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้อยู่ในภาวะเหมือนหรือใกล้เคียงภาวะปกติของคนทั่วไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อันเป็นผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้กำหนดแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเป็นการปรับ วิถีชีวิตประจำวันเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่เหมาะสมร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ลดเวลาอยู่นิ่งกับที่นาน ๆ (Sedentary time) นอนให้เพียงพอ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา

โดยสรุป กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย อำเภอไทยเจริญควรสนับสนุนงบประมาณและกำหนดเป็นนโยบายขยายพื้นที่วิจัย นำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ดำเนินการแก้ไขปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานนำไปพัฒนาและปรับใช้ในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังสามารถนำกิจกรรม

ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเชิงคุณภาพ NCD Clinic Plus ของหน่วยบริการด้านสาธารณสุขได้

3. ข้อจำกัดของการศึกษา การวิจัยการพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร ต้องใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 13 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งซึ่งผู้วิจัย และ อสม.ได้แก้ปัญหาโดยการออกเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Organization annual report 2019 [อินเตอร์เน็ต]. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2019. แหล่งข้อมูล: https://apps.who.int/iris/handle/10665/333249
2. World Health Organization(WHO). International Diabetes Federation. Vol. 266, The Lancet. 2019. 134–137 p.
3. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. Health Data Center [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]. แหล่งข้อมูล: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
5. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University press; 1990.
6. กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน(สขรส.); 2561.
7. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2560;37(2): 154–159.
8. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมป์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. 2nd ed. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, editor. กรุงเทพมหานคร; 2560.
9. Krippendorff, K. (2013). Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Sage.
10. Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic Inquiry. Sage.
11. วรางคณา บุตรศรีล, รัตนา บุญพาและชาญณรงค์, สิงห์บรรณ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2564;18(1):13–25.
12. มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน(ภาคเหนือ). 2567;34(2):46–53.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Development of nursing care model for tuberculosis patients with alcohol and drug addiction in Kongkrailas Hospital, Sukhothai Province.

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

จันทนา เชื้อผู้ดี[1]
Jantana Cheuphudee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบการดูแล และศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด ระหว่างเดือนมกราคม ถึง กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เจ้าหน้าที่งานคลินิกวัณโรค งานยาเสพติด กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติผู้ป่วย จำนวน 24 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด จำนวน 38 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องวัณโรค แบบประเมินทัศนคติต่อการรักษา แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตน และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Qualitative content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การประชาคมหมู่บ้าน 2) การกำกับดูแลการกินยา (DOT) 3) การติดตามเยี่ยมบ้าน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อม 5) การค้นหาผู้สัมผัส 6) การบังคับบำบัดสารเสพติด 7) การรักษาโรคร่วม ประสิทธิผลของการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ความรู้เรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก 5.59±2.38 เป็น 8.97±1.23 คะแนน ทัศนคติต่อการรักษาดีขึ้นจาก 31.73±4.58 เป็น 38.76±3.21 คะแนน พฤติกรรมการปฏิบัติตนดีขึ้นจาก 32.51±5.43 เป็น 40.89±4.12 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.58, 7.89, 7.68 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยวัณโรค, การติดสุราและสารเสพติด, การดูแลแบบบูรณาการ

Abstract

This study was action research aimed to investigate the situation and problems, develop a care model, and study the effectiveness of caring for tuberculosis patients with alcohol and substance addiction. The study was conducted from January 2025 to September 2025, lasting 9 months. The qualitative sample included health network partners for tuberculosis patient care, including the Communicable Disease Control Unit (CDCU) team, tuberculosis clinic staff, substance abuse clinic staff, community medicine group staff, village health volunteers, and patient relatives, totaling 24 people. The quantitative sample consisted of 38 tuberculosis patients with alcohol and substance addiction. Research instruments included semi-structured interview guides, general information questionnaires, tuberculosis knowledge assessment forms, treatment attitude assessment forms, self-care behavior assessment forms, and satisfaction assessment forms. Data analysis employed descriptive statistics and inferential statistics using Paired t-test for pre-post development testing. Qualitative data was analyzed using qualitative content analysis.

Results showed that the integrated care model development process comprised 7 main activities: 1) village assembly 2) directly observed treatment (DOT) supervision 3) home visit follow-up 4) environmental management 5) contact tracing 6) mandatory substance abuse treatment 7) co-morbidity treatment. The effectiveness of implementing the model showed that tuberculosis knowledge increased from 5.59±2.38 to 8.97±1.23 points, treatment attitudes improved from 31.73±4.58 to 38.76±3.21 points, self-care behaviors

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

improved from 32.51±5.43 to 40.89±4.12 points, alcohol consumption decreased from 5.32±1.78 to 1.84±1.23 days/week, substance use decreased from 8.45±3.21 to 2.16±1.45 times/month, appointment adherence increased to 94.74±8.23%, and medication compliance increased to 97.37±5.26%, all statistically significant at .05 level (t = 7.58, 7.89, 7.68, 9.87, 10.23, 8.92, 7.64 respectively). Satisfaction with the care model was at the highest level (4.43±0.51 points).

Keywords: tuberculosis patient care; alcohol and substance addiction; integrated care

บทนำ

สถานการณ์วัณโรคของโลกนับว่าเป็นปัญหาในระดับนานาชาติ จากรายงานขององค์กรอนามัยโลก[1] พบว่า ในปี พ.ศ.2560 โดยองค์การอนามัยโลกคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค[2] (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน[3] สถานการณ์ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ จำนวน 119,000 ราย และเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB จานวน 4,700 ราย (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564) กระทรวงสาธารณสุข[4] ได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงาน โดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี 2578 ในปี พ.ศ. 2559 มีอุบัติการณ์วัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำจานวน119,000 ราย และผู้ป่วยดื้อยา RR/MDR-TB จานวน 4,700 ราย[5]

การควบคุมวัณโรคเพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์[6] จำเป็นต้อง ดำเนินการ คือ 1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษาร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ 2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเสี่ยงวัณ โรค 3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้มีอัตราความสำเร็จ การรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 หากการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายที่สำคัญนี้จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลง บรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคได้[7]

อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย[8] พบสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดสุราและสารเสพติด ปี2565 - 2567 พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ติดสุราเป็นวัณโรคจำนวน 18, 9 และ 11 ราย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเป็นวัณโรคจำนวน 3 , 2 และ 2 ราย พบว่า อัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จ (Success rate) ในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 81.8, 95.6และ 88.2 รายตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่า 3 รายเป็นผู้ป่วยเอดส์ และ 1 รายเป็นวัณโรคดื้อยา (MDR-TB)

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด นั้นมีความยุ่งยากและมีความซับซ้อน โดยพี่เลี้ยงที่ต้องดูแลให้ผู้ป่วยกินยาวัณโรคโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่สามารถทำได้ทุกวัน ผู้ป่วยกินยาวัณโรคไม่สม่ำเสมอ ทำงานรับจ้างรายวัน วันที่นัดพบแพทย์ต้องหยุดงานไม่มีรายได้ ไปทำงานต่างจังหวัด ไม่รับโทรศัพท์ ยังมีรวมกลุ่มเพื่อน ไม่ป้องกันตัวเอง แพร่กระจายเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ใกล้ชิด กลับไปเสพสารเสพติด (Amphetamine) ดื่มสุรา ในขณะที่รักษาวัณโรคและเอดส์ เป็นผลให้การดำเนินของโรคแย่ลง[5] จากการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังและสารเสพติด พบว่า การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัดและการขาดการดูแลสุขภาพที่ดี ชุมชนตีตราว่าติดแอมเฟตามีน และป่วยเป็นวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ โดยมีการรวมกลุ่มกับเพื่อนยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกัน เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ป่วยมีภาวะติดยา Amphetamine Addict หงุดหงิด ฉุนเฉียว ปฏิเสธการรักษา หรือไม่ยินยอมให้มีผู้กำกับการกินยา การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข ควรใช้ความระมัดระวัง ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบจากการเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะภาวะทุพโภชนาการจากการดื่มสุราเรื้อรัง ที่ส่งผล

ให้ภูมิต้านทานร่างกายลดลง แต่มีความท้าทายในการติดตามดูแลรักษามากเป็นพิเศษ ระหว่างการรักษา ขาดนัดติดตามอาการระหว่างรักษา[8]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย โดยพบว่ายังมีผู้ศึกษาน้อย และ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและเกิดวัณโรคดื้อยา วัณโรคดื้อยาหลายขนาน จนถึงวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างรุนแรงได้ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติด ติดสุรา โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เพื่อให้การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย และประเทศไทยบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เรื่องนี้จึงมีคุณค่าควรแก่การศึกษาวิจัย จำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง และเพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิผลสูงสุด เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวชุมชนให้ปลอดภัยจากการป่วยเป็นวัณโรค ไม่เสียชีวิต ไม่มีภาวะดื้อยา รักษาวัณโรคสำเร็จ ไม่แพร่กระจายเชื้อ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีระบบสุขภาพและป้องกันโรคที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart[9] เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและใช้สารเสพติดในขณะรักษา เพิ่มจำนวนการเข้าถึงการรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในช่วงเดือน มกราคม 2568 ถึง กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) อำเภอกงไกรลาศ เจ้าหน้าที่งานคลินิกวัณโรค งานยาเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติด เชิงปริมาณ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติเสพสุราและยาเสพติด ปี 2568

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ภาคีเครือข่ายสุขภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) อำเภอกงไกรลาศ เจ้าหน้าที่งานคลินิกวัณโรค งานยาเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติด คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 24 คน เชิงปริมาณ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประวัติติดสุรา ปี 2568 จำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 3 ชุดดังนี้ 1.1) ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) 1.2) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีการใช้สุราและสารเสพติดในขณะ

รักษา 1.3) แผ่นพับให้ความรู้ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการใช้สุราและสารเสพติดในขณะรักษา

2. เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการวัดผลลัพธ์เชิงปริมาณในกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด ดังนี้ 2.1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ 2.2) แบบประเมินโรคและการเจ็บป่วยที่ผ่านมา จำนวน 15 กลุ่มโรคและอาการ 2.3) แบบประเมินความรู้เรื่องวัณโรค จำนวน 10 ข้อ 2.4) แบบประเมินทัศนคติต่อการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 10 ข้อ 2.5) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 11 ข้อ 6) แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นวัณโรค ผู้ดูแล ประเภทสารเสพติดที่ใช้ จำนวนสมาชิกในบ้าน ระยะเวลาที่พักในบ้าน จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและยาเสพติด จำนวนผู้ป่วยวัณโรค จำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรค จำนวนการรักษาซ้ำ จำนวนการรักษาสำเร็จ จำนวนความครอบคลุมในการรักษาโรควัณโรค โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นวัณโรค ผู้ดูแล ประเภทสารเสพติดที่ใช้ จำนวนสมาชิกในบ้าน ระยะเวลาที่พักในบ้าน ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)

1.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ ระดมสมอง และทบททวนสถานการณ์ พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดในอำเภอกงไกรลาศ สามารถสรุปได้ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดในพื้นที่มีความซับซ้อนและเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมโรควัณโรค จากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดสุราและสารเสพติดของอำเภอกงไกรลาศ ระหว่างปี 2565-2567 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดสุรามี

จำนวนมากที่สุด คือ 18, 9 และ 11 ราย ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเป็นวัณโรคมีจำนวน 3, 2 และ 2 ราย ตามลำดับ อัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จ (Success rate) ในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 81.80, 95.60 และ 88.20 ตามลำดับ แต่ยังพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 รายเป็นผู้ป่วยเอดส์ และ 1 รายเป็นวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) จากการติดตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน พบว่า TB Success Rate ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์ >ร้อยละ 88) โดยมีผลลัพธ์ที่ร้อยละ 81, 84.21 และ 84.60 ในปี 2565-2567 ตามลำดับ TB Coverage Rate ต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ >ร้อยละ 85) อยู่ที่ร้อยละ 79, 62 และ 70 และที่น่าเป็นห่วงคือ TB Dead Rate เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 เป็น 10 ในปี 2567 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (<ร้อยละ 5) 2) การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและปัญหาหลัก 2.1) ปัญหาด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตามการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการปฏิบัติตามการรักษา เนื่องจากการทำงานรับจ้างรายวัน ทำให้ในวันที่นัดพบแพทย์ต้องหยุดงานและไม่มีรายได้ ผู้ป่วยบางรายไปทำงานต่างจังหวัดและไม่รับโทรศัพท์ ส่งผลให้การกินยาวัณโรคไม่สม่ำเสมอและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดวัณโรคดื้อยา 2.2) ปัญหาด้านสภาพจิตและพฤติกรรมเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะติดยา Amphetamine มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ปฏิเสธการรักษา หรือไม่ยินยอมให้มีผู้กำกับการกินยา ประกอบกับยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อเนื่อง เช่น การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดในขณะที่รักษาวัณโรคและเอดส์ ทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง 2.3) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม จากการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัดและขาดการดูแลสุขภาพที่ดี มีการรวมกลุ่มกับเพื่อนที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกัน (ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารแอมเฟตามีน) ชุมชนมีการตีตราว่าติดแอมเฟตามีนและป่วยเป็นวัณโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ 2.4) ปัญหาด้านการกำกับดูแลและการติดตาม พี่เลี้ยงที่ต้องดูแลให้ผู้ป่วยกินยาวัณโรคโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่สามารถทำได้ทุกวัน ครอบครัวบางราย โดยเฉพาะมารดา ไม่สามารถบังคับการกินยาและนำผู้ป่วยไปรักษาได้ ผู้ป่วยมักขาดนัดติดตามอาการระหว่างรักษา 2.5) ปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการจากการดื่มสุราเรื้อรัง ส่งผลให้ภูมิต้านทานร่างกายลดลง และมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ใกล้ชิด รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างรุนแรง 3) การวิเคราะห์ผลกระทบต่อการควบคุมโรควัณโรค ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การควบคุมโรควัณโรคในอำเภอกงไกรลาศไม่บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค และการที่อัตราการรักษาสำเร็จยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ประกอบกับความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน และการเกิดวัณโรคดื้อยา 4) การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแล ปัจจุบันการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดในอำเภอกงไกรลาศ ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย ทั้งจากทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) งานคลินิกวัณโรค งานยาเสพติด กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและครอบคลุม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดและครอบครัวในอำเภอกงไกรลาศได้รับการดูแลที่เป็นมิตร เข้าถึงบริการการรักษาทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมทั่วถึง ลดการตีตราทางสังคม สร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน และมีการกำกับดูแลที่เข้มข้น เพื่อให้อัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 29 คน ร้อยละ 76.32 และเพศหญิง จำนวน 9 คน ร้อยละ 23.68 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 14 คน ร้อยละ 36.84 รองลงมา 31-40 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 28.95 และ 51-60 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 15.79 ตามลำดับ (อายุเฉลี่ย: $\bar{X}$±S.D. = 42.37±10.28 ปี) ศาสนาส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 38 คน ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรสส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 19 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาโสด จำนวน 8 คน ร้อยละ 21.05 และหย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 6 คน ร้อยละ 15.79 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 20 คน ร้อยละ 52.63 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 9 คน ร้อยละ 23.68 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 4 คน ร้อยละ 10.53 อาชีพส่วนมากเป็นรับจ้าง จำนวน 18 คน ร้อยละ 47.37 รองลงมาทำนา จำนวน 12 คน ร้อยละ 31.58 และว่างงาน จำนวน 5 คน ร้อยละ 13.16 โรคประจำตัวพบว่าส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 15 คน ร้อยละ 39.47 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน ร้อยละ 23.68 และโรคเบาหวาน จำนวน 8 คน ร้อยละ 21.05 ระยะเวลาการป่วยเป็นวัณโรคส่วนมากน้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 25 คน ร้อยละ 65.79 รองลงมา 6 เดือน - 1 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 23.68 และมากกว่า 1 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 10.53 (ระยะเวลาการป่วยเป็นวัณโรคเฉลี่ย $\bar{X}$±S.D. = 6.84±5.23 เดือน) สารเสพติดที่ใช้ส่วนมากเป็นสุราเพียงอย่างเดียว จำนวน 22 คน ร้อยละ 57.89 รองลงมาสุราและบุหรี่ จำนวน 9 คน ร้อยละ 23.68 และสารแอมเฟตามีน จำนวน 5 คน ร้อยละ 13.16 ผู้ดูแลส่วนมากเป็นคู่สมรส จำนวน 15 คน ร้อยละ 39.47 รองลงมาบุตร จำนวน 11 คน ร้อยละ 28.95 และญาติ จำนวน 6 คน ร้อยละ 15.79 ตามลำดับ 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ ผู้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 24 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 14 คน ร้อยละ 58.33 และเพศชาย จำนวน 10 คน ร้อยละ 41.67 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 36-45 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 37.50 รองลงมา 46-55 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 29.17 และ 25-35 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 20.83 ตามลำดับ (อายุเฉลี่ย $\bar{X}$±S.D. = 43.79±9.62 ปี) ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 15 คน ร้อยละ 62.50 รองลงมาอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 4 คน ร้อยละ 16.67 และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 3 คน ร้อยละ 12.50 ตำแหน่ง/บทบาทส่วนมากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 คน ร้อยละ 33.33 รองลงมาพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน ร้อยละ 25.00 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน ร้อยละ 20.83 ประสบการณ์ทำงานด้านวัณโรคส่วนมาก 5-10 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 37.50 รองลงมาน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 29.17 และ 11-15 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 20.83 ตามลำดับ (ประสบการณ์ทำงานด้านวัณโรคเฉลี่ย: $\bar{X}$±S.D. = 8.46±5.34 ปี)

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 7 กิจกรรมดังต่อไปนี้ 1) การประชาคมหมู่บ้าน 2) การกำกับดูแลการกินยา (DOT) 3) การติดตามเยี่ยมบ้าน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อม 5) การค้นหาผู้สัมผัส 6) การบังคับบำบัดสารเสพติด 7) การรักษาโรคร่วม ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

สามารถสรุปกระบวนการพัฒนารูปแบบได้ดังต่อไปนี้ 1) การประชาคมหมู่บ้าน ปัญหาที่พบ ได้แก่ ชุมชนตีตราผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสารเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยต่ำ ขาดความเข้าใจเรื่องการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือไม่เต็มที่ แนวทางแก้ไข จัดเวทีสร้างความเข้าใจกับผู้นำชุมชนเรื่องวัณโรคและสารเสพติด ประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนที่น่านับถือ เช่น กำนันตำบลบ้านกร่าง จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การกำกับดูแลการกินยา (DOT) ปัญหาที่พบ ได้แก่ พี่เลี้ยงไม่สามารถดูแลให้ผู้ป่วยกินยาได้ทุกวัน ครอบครัว โดยเฉพาะมารดา ไม่สามารถบังคับการกินยาได้ ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยปฏิเสธการมีผู้กำกับการกินยา แนวทางแก้ไข กำหนดแนวทางกำกับการกินยา DOT ทุกวันจันทร์ จ่ายยาไป 7 วัน หาพี่เลี้ยงที่เป็นผู้นำชุมชนแทนครอบครัว ใช้การ VDO call กำกับการกินยาทั้งเอดส์และวัณโรค จัดยาวัณโรคเป็นแบบ Daily Pack (1 ซองต่อ 1 วัน ในซองสีชา) 3) การติดตามเยี่ยมบ้าน ปัญหาที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่อยู่ในพื้นที่ ไปทำงานต่างจังหวัด ผู้ป่วยไม่รับโทรศัพท์ ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน ขาดนัดติดตามอาการระหว่างรักษา แนวทางแก้ไข ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 เดือนแรก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ 4 เดือนหลัง เดือนละ 1 ครั้ง ใช้ความระมัดระวังในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ติด Amphetamine ประสานข้อมูลระหว่างทีมเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในพื้นที่หรือขาดนัด สวมหน้ากาก N95 ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อม ปัญหาที่พบ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่บ้านแออัดและไม่เหมาะสม การระบายอากาศในห้องนอนไม่ดี การกำจัดขยะติดเชื้อเสมหะไม่ถูกต้อง ทางเดินในบ้านผ่านห้องผู้ป่วย แนวทางแก้ไข ปรับปรุงระบบการไหลเวียนอากาศภายในห้องนอนผู้ป่วย ปรับทางเดินของผู้ป่วยและญาติเพื่อไม่ให้ผ่านห้องผู้ป่วย แนะนำวิธีการกำจัดขยะติดเชื้อเสมหะโดยการเผาทุกวัน จัดเตรียมห้องแยกโรคระบบทางเดินหายใจที่โรงพยาบาล 5) การค้นหาผู้สัมผัส ปัญหาที่พบ ได้แก่ กลุ่มผู้เสพยาบ้าที่เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดหลบหนี ไม่มาตรวจคัดกรอง การรวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกัน (ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารแอมเฟตามีน) แนวทางแก้ไข ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด คือกลุ่มผู้เสพยาบ้า นำมาคัดกรองวัณโรค ส่งตรวจ IGRA ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน AFB+ ทุกราย คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 9 กลุ่ม ด้วย CXR ให้ความรู้เรื่องการป้องกันตัวเองแก่กลุ่มเสี่ยง 6) การบังคับบำบัดสารเสพติด ปัญหาที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยยังคงเสพสารเสพติดระหว่างรักษา ไม่เข้าระบบบังคับบำบัด ไม่ถูกดำเนินคดีแม้ตรวจพบสารเสพติด กลับไปเสพยาบ้าและดื่มสุราต่อเนื่อง แนวทางแก้ไข ขอความร่วมมือกับตำรวจนำส่งตรวจยาบ้าที่โรงพยาบาล ติดตามผลการดำเนินคดีกับ สภ.กงไกรลาศ ประสานเรือนจำสุโขทัยเรื่องการบังคับบำบัด ส่งต่อไปรับการบำบัดที่งานยาเสพติดของโรงพยาบาล 7) การรักษาโรคร่วม ปัญหาที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น เอดส์ ภาวะทุพโภชนาการจากการดื่มสุราเรื้อรัง ภูมิต้านทานร่างกายลดลง การดำเนินของโรคแย่ลงจากการเสพสารเสพติด แนวทางแก้ไข รักษาด้วยสูตรยา TB/ARV/OI ต่อเนื่องตามแนวทางควบคุมโรควัณโรค ติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด ส่งตรวจ NAT2 ตรวจยีนส์ย่อยยา Isoniazid ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย ให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพ

2.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงาน 2.1) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งและความมุ่งมั่นของผู้นำชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพทุกระดับ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับการกินยาและติดตามผู้ป่วย 3) การบูรณาการระบบการดูแลระหว่าง

โรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบวงจร 4) การลดการตีตราทางสังคมผ่านการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเรื่องวัณโรคและสารเสพติดในชุมชน และ 5) ความยืดหยุ่นของรูปแบบการดูแลที่สามารถปรับให้เข้ากับพฤติกรรมและวิถีชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 2.2) ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วยบางราย ความกังวลเรื่องความปลอดภัยในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีอาการหงุดหงิด การขาดความร่วมมือจากหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายในการดำเนินคดีกับผู้เสพสารเสพติด และความท้าทายในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่มีระบบการทำงานแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำเร็จมีน้ำหนักมากกว่าอุปสรรค ทำให้รูปแบบการดูแลสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับจากชุมชนอย่างกว้างขวาง สรุปได้ว่า จุดแข็งของรูปแบบการดูแลประกอบด้วย การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและมีความเข้าใจในปัญหา ระบบสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมทั้งครอบครัวและชุมชน การบูรณาการบริการที่มีประสิทธิภาพ และความยืดหยุ่นในการปรับรูปแบบการดูแล ส่วนจุดอ่อน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านบุคลากรและความปลอดภัย ความไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามการรักษา ความล่าช้าในการประสานงานด้านกฎหมาย และความซับซ้อนในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาหลายด้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ **ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ 1** ความเข้มแข็งและความมุ่งมั่นของผู้นำชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาอุปสรรค คือ ความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วยบางราย ซึ่งบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนโครงการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สร้างกลไกติดตามและกระตุ้นผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นแบบอย่างในการสนับสนุนผู้ป่วยและลดการตีตราทางสังคม และประสานงานกับโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกำนันตำบลบ้านกร่าง นายเชน ใบไม้ ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการกินยา TB และ AIDS แทนมารดาที่ไม่สามารถบังคับการกินยาและนำผู้ป่วยไปรักษาได้ **ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ 2** การมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพทุกระดับในการดูแลผู้ป่วย มีปัญหาอุปสรรค คือ ความกังวลเรื่องความปลอดภัยในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว จากการติด Amphetamine ซึ่งบทบาทการมีส่วนร่วมประกอบด้วย ทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) อำเภอกงไกรลาศ ทำหน้าที่ประสานงานหลักในการดูแลผู้ป่วย งานคลินิกวัณโรคและงานยาเสพติดของโรงพยาบาลกงไกรลาศ ให้การรักษาแบบบูรณาการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน ช่วยหาพี่เลี้ยงในการกินยาที่เป็นผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ โดยมีการสวมหน้ากาก N95 ทุกครั้งเพื่อความปลอดภัย **ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ 3** การบูรณาการระบบการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีปัญหาอุปสรรค คือ ความล่าช้าในการประสานงานด้านกฎหมายกับตำรวจและเรือนจำสุโขทัย ในการดำเนินคดีและบังคับบำบัดผู้เสพสารเสพติด ซึ่งบทบาทการบูรณาการ ประกอบด้วย การจัดระบบ DOT (Directly Observed Treatment) ที่ชัดเจน โดย TB Management Team อำเภอกงไกรลาศ กำหนดให้จ่ายยาทุกวันจันทร์ไป 7 วัน และนัดหมายทุกวันจันทร์ การใช้ AI อ่านฟิล์มเอ็กซ์เรย์ การใช้เทคโนโลยี VDO call ในการกำกับการกินยาทั้งเอดส์และวัณโรค การประสานงานเภสัชกรรมจัดยาวัณโรคเป็นแบบ Daily Pack (1 ซองต่อ 1 วัน ในซองสีชา) การเตรียมห้องแยกโรคระบบทางเดินหายใจ 1 ห้อง และการประสานงานการส่งตรวจ IGRA ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน และการส่งตรวจ NAT2 ตรวจยีนส์ย่อยยา Isoniazid ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย **ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ 4** การลดการตีตราทางสังคมผ่านการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ มี

ปัญหาอุปสรรค คือ ความซับซ้อนในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาหลายด้าน ทั้งวัณโรค การติดสารเสพติด และโรคร่วม เช่น เอดส์ ซึ่งบทบาทการลดการตีตรา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและการป้องกันที่ถูกต้อง การสร้างความเข้าใจเรื่องสารเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพที่สามารถรักษาได้ การใช้ผู้นำชุมชนที่เป็นที่เคารพนับถือในการสื่อสารกับประชาชน การสร้างบรรยากาศที่ไม่มีการตัดสินในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในที่บ้านผู้ป่วย โดยปรับทางเดินของผู้ป่วยและญาติ เพื่อไม่ให้ผ่านห้องผู้ป่วย **ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ 5** ความยืดหยุ่นของรูปแบบการดูแลที่สามารถปรับให้เข้ากับพฤติกรรมและวิถีชีวิตของผู้ป่วย มีปัญหาอุปสรรค คือ ข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากรในการติดตามผู้ป่วยที่ต้องการความดูแลเป็นพิเศษ และผู้ป่วยที่ทำงานรับจ้างรายวัน ต้องหยุดงานในวันนัดพบแพทย์ทำให้ไม่มีรายได้ ซึ่งบทบาทความยืดหยุ่นประกอบด้วย การปรับความถี่ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามสภาพผู้ป่วย (2 เดือนแรก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ 4 เดือนหลัง เดือนละ 1 ครั้ง) AI อ่านฟิล์มเอ็กซ์เรย์ การใช้เทคโนโลยี VDO call เมื่อไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ การประสานข้อมูลระหว่างทีม TB Management เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในพื้นที่หรือขาดนัด การปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยแพทย์ให้การรักษาด้วยสูตรยา TB/ARV/OI ต่อเนื่องตามแนวทางควบคุมโรควัณโรค และการใช้ความระมัดระวังในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีภาวะติดยา Amphetamine Addict ที่มีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียว และปฏิเสธการรักษา

2.3 การวิเคราะห์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดได้ดำเนินการปรับปรุงจากรูปแบบเดิมที่มีข้อจำกัดหลายประการ ไปสู่รูปแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยครอบคลุม 7 กิจกรรมหลัก โดยการพัฒนารูปแบบใหม่มีลักษณะเด่นคือการบูรณาการแบบองค์รวม ที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วนตั้งแต่ชุมชน โรงพยาบาล ตำรวจ และเรือนจำ การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น AI อ่านฟิล์มเอ็กซ์เรย์ช่วยในการติดตามและวินิจฉัย การมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เข้มแข็ง และระบบการติดตามที่เป็นระบบทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน สามารถวิเคราะห์เป็นรายกิจกรรมได้ดังต่อไปนี้ **การประชาคมหมู่บ้าน** รูปแบบเดิมพบปัญหาการตีตราผู้ป่วยในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำ และขาดความเข้าใจเรื่องการแพร่กระจายเชื้อ รูปแบบใหม่จึงเน้นการสร้างความเข้าใจผ่านการจัดเวทีกับผู้นำชุมชน การประสานความร่วมมือกับผู้นำที่น่านับถือ และการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อลดการตีตราและเพิ่มการยอมรับของชุมชน **การกำกับดูแลการกินยา (DOT)** ในรูปแบบเดิมมีปัญหาการกำกับการกินยาไม่ต่อเนื่อง ครอบครัวไม่สามารถบังคับได้ และผู้ป่วยปฏิเสธการมีผู้กำกับ รูปแบบใหม่จึงกำหนดแนวทางการกำกับแบบเป็นระบบ เปลี่ยนจากครอบครัวเป็นผู้นำชุมชน การใช้ AI อ่านฟิล์มเอ็กซ์เรย์ ใช้เทคโนโลยี VDO call และจัดยาเป็น Daily Pack เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดการกินยาผิดพลาด **การติดตามเยี่ยมบ้าน** รูปแบบเดิมประสบปัญหาผู้ป่วยไม่อยู่ในพื้นที่ การไม่รับโทรศัพท์ และอาการหงุดหงิดของผู้ป่วย รูปแบบใหม่จึงกำหนดความถี่การเยี่ยมอย่างเป็นระบบ ใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษกับผู้ป่วยที่ติด Amphetamine มีการประสานข้อมูลระหว่างทีมและใช้หน้ากาก N95 เพื่อความปลอดภัยของบุคลากร **การจัดการสิ่งแวดล้อม** ปัญหาในรูปแบบเดิมคือสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม การระบายอากาศไม่ดี และการกำจัดขยะติดเชื้อไม่ถูกต้อง รูปแบบใหม่เน้นการปรับปรุงระบบการไหลเวียนอากาศ การปรับทางเดิน การกำจัดขยะติดเชื้อด้วยการเผา และการจัดห้องแยกโรคที่โรงพยาบาล เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ **การ**

ค้นหาผู้สัมผัส รูปแบบเดิมพบปัญหากลุ่มผู้เสพยาบ้าหลบหนี การรวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อเนื่อง รูปแบบใหม่มุ่งเน้นการค้นหาแบบเจาะจงในกลุ่มผู้เสพยาบ้า การใช้การตรวจ IGRA ที่แม่นยำ การคัดกรองด้วย CXR และการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาและป้องกัน **การบังคับบำบัดสารเสพติด** ปัญหาสำคัญในรูปแบบเดิมคือผู้ป่วยยังคงเสพสารเสพติดต่อเนื่อง ไม่ถูกดำเนินคดี และไม่เข้าระบบบำบัด รูปแบบใหม่สร้างความร่วมมือกับตำรวจ มีการติดตามผลการดำเนินคดี ประสานกับเรือนจำ และส่งต่อไปยังงานยาเสพติดของโรงพยาบาล เพื่อบูรณาการการดูแลระหว่างระบบยุติธรรมและสาธารณสุข **การรักษาโรคร่วม** รูปแบบเดิมมีปัญหาโรคร่วมที่ซับซ้อน ภูมิต้านทานลดลง และการดำเนินของโรคแย่ลงจากการเสพสารเสพติด รูปแบบใหม่ใช้การรักษาแบบบูรณาการด้วยสูตรยา TB/ARV/OI การตรวจยีนส์ NAT2 เพื่อความปลอดภัย และการดูแลโภชนาการเพื่อดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 การเปรียบเทียบประสิทธิผลรายข้อก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย สามารถสรุปเป็นรายด้านได้ดังต่อไปนี้

3.1.1 ประสิทธิผลด้านความรู้เรื่องวัณโรค ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องวัณโรคในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 5.59 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมาตรวจตามนัด $\bar{X}$=0.76, S.D.=0.43 รองลงมาคือ ความสามารถในการรักษาวัณโรค $\bar{X}$=0.71, S.D.=0.46 และความจำเป็นของผู้ดูแลใกล้ชิด $\bar{X}$=0.68, S.D.=0.47 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เวลาที่เหมาะสมในการทานยา $\bar{X}$=0.34, S.D.=0.48 ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 8.97 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การมาตรวจตามนัด $\bar{X}$=0.97, S.D.=0.16 รองลงมาคือ ความสามารถในการรักษาวัณโรคและความจำเป็นของผู้ดูแลใกล้ชิด $\bar{X}$=0.95, S.D.=0.23 เท่ากัน และการติดต่อของวัณโรคและผลของการดื่มสุราต่อการรักษา $\bar{X}$=0.92, S.D.=0.27 เท่ากัน ตามลำดับ

3.1.2 ประสิทธิผลด้านทัศนคติต่อการรักษาวัณโรค ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษาวัณโรคในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 31.73 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้าใจการแพร่เชื้อ $\bar{X}$=3.58, S.D.=0.79 รองลงมาคือ ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา $\bar{X}$=3.47, S.D.=0.86 และการยอมรับการเยี่ยมบ้าน $\bar{X}$=3.42, S.D.=0.82 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษาวัณโรคดีขึ้นอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 38.76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้าใจการแพร่เชื้อ $\bar{X}$=4.47, S.D.=0.51 รองลงมาคือ การยอมรับการเยี่ยมบ้าน $\bar{X}$=4.45, S.D.=0.50 และความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา $\bar{X}$=4.42, S.D.=0.55 ตามลำดับ

3.1.3 ประสิทธิผลด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรค ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 32.51 คะแนน จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา $\bar{X}$=3.87, S.D.=0.99 (คะแนนสูงหมายถึงพฤติกรรมไม่เหมาะสม) รองลงมาคือ การใช้สารเสพติด $\bar{X}$=3.71, S.D.=1.01 และการขากเสมหะในที่สาธารณะ $\bar{X}$=3.68, S.D.=0.87 ตามลำดับ

ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนดีขึ้นอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 40.89 คะแนน จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การทานยาต่อหน้าผู้ดูแล $\bar{X}$=4.37, S.D.=0.63 รองลงมาคือ การสวมหน้ากากอนามัย $\bar{X}$=4.26, S.D.=0.72 และการทำงานร่วมกับผู้อื่น $\bar{X}$=4.16, S.D.=0.68 ตามลำดับ

3.1.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.43 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ $\bar{X}$=4.53, S.D.=0.51 รองลงมาคือ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย $\bar{X}$=4.47, S.D.=0.56 และความเหมาะสมของรูปแบบ $\bar{X}$=4.42, S.D.=0.55 ตามลำดับ

3.2 การเปรียบเทียบประสิทธิผลในภาพรวมก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จากการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 38 คน สามารถสรุปผลเป็นรายด้านได้ดังต่อไปนี้

3.2.1 ความรู้เรื่องวัณโรค ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องวัณโรคคะแนนเฉลี่ย 5.59 คะแนน (S.D. 2.38) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ความรู้เรื่องวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ย 8.97 คะแนน (S.D. 1.23) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ระดับความรู้เรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=7.58

3.2.2 ทัศนคติต่อการรักษา ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการรักษาคะแนนเฉลี่ย 31.73 คะแนน (S.D. 4.58) จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ทัศนคติต่อการรักษามีคะแนนเฉลี่ย 38.76 คะแนน (S.D. 3.21) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ระดับทัศนคติต่อการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=7.89

3.2.3 พฤติกรรมการปฏิบัติตน ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนคะแนนเฉลี่ย 32.51 คะแนน (S.D. 5.43) จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนมีคะแนนเฉลี่ย 40.89 คะแนน (S.D. 4.12) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=7.68

3.3 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดความสำเร็จและผลลัพธ์ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย การวิเคราะห์ตัวชี้วัดความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรคในอำเภอกงไกรลาศ ตามเกณฑ์มาตรฐานในหลายตัวชี้วัดที่สำคัญ สามารถสรุปได้ดังนี้

3.3.1 ตัวชี้วัดหลักที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย อัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จ (TB Success Rate) ที่มีผลลัพธ์ร้อยละ 81, 84.21 และ 84.6 ในปี 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้มากกว่าร้อยละ 88 อัตราครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (TB Coverage Rate) มีผลลัพธ์ร้อยละ 79, 62 และ 70 ในปี 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้มากกว่าร้อยละ 85 และที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค (TB Dead Rate) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 4 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 5 ในปี 2566 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 10 ในปี 2567 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้น้อยกว่าร้อยละ 5 ถึง 2 เท่า

3.3.2 สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดสุรามีจำนวน 18 ราย ในปี 2565 ลดลงเป็น 9 ราย ในปี

2566 แต่เพิ่มขึ้นเป็น 11 ราย ในปี 2567 แสดงให้เห็นถึงความไม่สม่ำเสมอในการควบคุมปัญหา ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยลดลงจาก 3 ราย ในปี 2565 เป็น 2 ราย ในปี 2566 และคงที่ที่ 2 ราย ในปี 2567 แม้ว่าจำนวนจะน้อยกว่ากลุ่มผู้ติดสุรา แต่กลุ่มนี้ยังคงเป็นความท้าทายในการดูแลรักษา

3.3.3 เป้าหมายและแนวทางใหม่ปี 2568 กำหนดเป้าหมายการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment Coverage) ที่ 157 ต่อแสนประชากร ด้วยการบรรลุร้อยละ 85 ตามที่ปรับเป้าหมายใหม่จากกองวัณโรค การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 9 กลุ่ม เป้าหมายร้อยละ 90 ในไตรมาส 3 โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ 4, 5, 6 ซึ่งเป็น Quick win ปี 2568 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำทุกราย ต้องได้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในโปรแกรมNTIP : National Tuberculosis Information Program ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยวัณโรคที่รวดเร็ว โดยส่งเสมหะเพื่อทดสอบทางอณูชีววิทยา(Molecular testing) เช่น Xpert MTB/RIF หรือ ส่งเพาะเลี้ยงเชื้อและพิสูจน์ยืนยันชนิดของเชื้อ (Mycobacterial culture and Identification) การส่งตรวจ NAT2 Diplotyping เพื่อตรวจยีนส์ย่อยยา Isoniazid การส่งตรวจ IGRAs ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อตรวจหาวัณโรคระยะแฝง

3.3.4 แนวโน้มและความท้าทาย จากข้อมูลการดำเนินงานควบคุมโรควัณโรคในอำเภอกงไกรลาศยังประสบปัญหาที่ซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิต ซึ่งอาจเชื่อมโยงกับปัญหาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดที่มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา การที่อัตราการรักษาสำเร็จและอัตราครอบคลุมการค้นหาผู้ป่วยยังไม่บรรลุเป้าหมาย ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มผู้ติดสุราในปี 2567 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เพื่อให้สามารถจัดการกับความซับซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสม และบรรลุเป้าหมายการควบคุมโรควัณโรคตามมาตรฐานสากล

3.4 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย การเปรียบเทียบผลลัพธ์ การใช้รูปแบบในภาพรวมด้านการดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การมาตรวจตามนัด และการกินยาต่อเนื่อง ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า การดื่มสุรา ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราเฉลี่ย 5.32 วัน/สัปดาห์ (S.D. 1.78) อยู่ในระดับสูง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า การดื่มสุราลดลงเหลือเฉลี่ย 1.84 วัน/สัปดาห์ (S.D. 1.23) อยู่ในระดับต่ำการใช้สารเสพติด ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเฉลี่ย 8.45 ครั้ง/เดือน (S.D. 3.21) อยู่ในระดับสูง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า การใช้สารเสพติดลดลงเหลือเฉลี่ย 2.16 ครั้ง/เดือน (S.D. 1.45) อยู่ในระดับต่ำ การมาตรวจตามนัด ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีการมาตรวจตามนัดเฉลี่ยร้อยละ 68.42 (S.D. 15.67) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า การมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.74 (S.D. 8.23) อยู่ในระดับสูงมาก การกินยาต่อเนื่อง ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีการกินยาต่อเนื่องเฉลี่ย ร้อยละ 71.05 (S.D. 18.92) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่า การกินยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.37 (S.D. 5.26) อยู่ในระดับสูงมาก

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดในอำเภอกงไกรลาศมีความซับซ้อนและเป็นปัญหา

สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมโรควัณโรค โดยอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จ (Success rate) ในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 81.80, 95.60 และ 88.20 ในปี 2565-2567 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (>ร้อยละ 88) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณพร สุขสวัสดิ์ และคณะ[10]ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการติดสารเสพติดมีอัตราการรักษาไม่สำเร็จสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากปัญหาการไม่ปฏิบัติตามการรักษา การขาดนัด และภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพจิต ปัจจัยเสี่ยงและปัญหาหลักที่พบประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตามการรักษา ปัญหาด้านสภาพจิตและพฤติกรรมเสพติด ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม ปัญหาด้านการกำกับดูแลและการติดตาม และปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิชญ์สิณี สุขสมและคณะ[11] ที่ระบุว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการติดสารเสพติดมักประสบปัญหาหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม ซึ่งต้องการการดูแลแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.32) อายุเฉลี่ย 42.37±10.28 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.63) และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 47.37) สารเสพติดที่ใช้ส่วนมากเป็นสุราเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 57.89) ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร จันทร์แก้ว และคณะ[12]ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการดื่มสุรามักเป็นเพศชาย วัยกลางคน มีระดับการศึกษาต่ำ และประกอบอาชีพที่ไม่มั่นคง

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลการพัฒนารูปแบบการดูแลประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประชาคมหมู่บ้าน การกำกับดูแลการกินยา (DOT) การติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดการสิ่งแวดล้อม การค้นหาผู้สัมผัส การบังคับบำบัดสารเสพติด และการรักษาโรคร่วม ซึ่งเป็นการดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทุกมิติของปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ สุชาดา ทวีสิน และคณะ[13] ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความเข้มแข็งและความมุ่งมั่นของผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ การบูรณาการระบบการดูแลระหว่างหน่วยงาน การลดการตีตราทางสังคม และความยืดหยุ่นของรูปแบบการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย พิมพ์ศรี[14] และคณะ (2565) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การใช้ AI อ่านฟิล์มเอ็กซ์เรย์ การใช้เทคโนโลยี VDO call ในการกำกับการกินยาและการจัดยาเป็น Daily Pack เป็นนวัตกรรมสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล สอดคล้องกับแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ (Digital Health) ที่ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับ รัชนี พันธุ์มณี และคณะ[15]

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล **ด้านความรู้เรื่องวัณโรค** ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องวัณโรคของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 5.59±2.38 คะแนน เป็น 8.97±1.23 คะแนน (t=7.58, p<0.001) ความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติตามการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา วงศ์วิเศษและคณะ[16] ที่พบว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค **ด้านทัศนคติต่อการรักษา** ทัศนคติต่อการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 31.73±4.58 คะแนน เป็น 38.76±3.21 คะแนน (t=7.89, p<0.001) การปรับเปลี่ยนทัศนคติเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งผลต่อการยอมรับการรักษาและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente ที่เน้นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติก่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับ จิรศักดิ์ ตั้งธนาธิปและคณะ[17] **ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตน** พฤติกรรม

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 32.51±5.43 คะแนน เป็น 40.89±4.12 คะแนน (t=7.68, p<0.001) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่แสดงถึงประสิทธิผลของการแทรกแซง **ด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยง** การดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จาก 5.32±1.78 วัน/สัปดาห์ เป็น 1.84±1.23 วัน/สัปดาห์ (t=9.87, p<0.001) และการใช้สารเสพติดลดลงจาก 8.45±3.21 ครั้ง/เดือน เป็น 2.16±1.45 ครั้ง/เดือน (t=10.23, p<0.001) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรยุทธ ใจดี[18] และคณะ 2566 ที่พบว่า โปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ **ด้านการปฏิบัติตามการรักษา** การมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นจาก 68.42±15.67% เป็น 94.74±8.23% (t=8.92, p<0.001) และการกินยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 71.05±18.92% เป็น 97.37±5.26% (t=7.64, p<0.001) ผลลัพธ์นี้แสดงถึงประสิทธิภาพของระบบ DOT ที่ปรับปรุงใหม่สอดคล้องกับการศึกษาของ WHO (2022)[1] ที่ระบุว่า การปรับปรุงระบบ DOT และการใช้เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนสามารถเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ **ด้านความพึงพอใจ** ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุด (4.43±0.51 คะแนน) โดยเฉพาะด้านประโยชน์ต่อผู้รับบริการ (4.53±0.51 คะแนน) ความพึงพอใจที่สูงนี้สะท้อนถึงการยอมรับและความต้องการใช้บริการต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) สอดคล้องกับ สุภาพร นันทชัย และคณะ[19]

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานและสนับสนุนการดำเนินการใน 7 กิจกรรมหลัก

2. พัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานที่ครอบคลุม 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประชาคมหมู่บ้าน การกำกับดูแลการกินยา (DOT) การติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดการสิ่งแวดล้อม การค้นหาผู้สัมผัส การบังคับบำบัดสารเสพติด และการรักษาโรคร่วม พร้อมแนวทางการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

3. จัดระบบการนิเทศและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน เช่น อัตราการรักษาสำเร็จ อัตราการมาตรวจตามนัด และอัตราการกินยาต่อเนื่อง มีการประเมินผลทุก 3 เดือน

4. สร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนที่ดำเนินรูปแบบการดูแลเพื่อแบ่งปันประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี

5. พัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานยุติธรรม ให้มีประสิทธิภาพ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกงไกรลาศ ที่อนุญาตให้พื้นที่ในการศึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยอย่างเต็มที่ ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่อนุญาตให้มีการดำเนินการศึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่รับรองจริยธรรมการวิจัย รวมไปถึงนายอำเภอกงไกรลาศ กำนันตำบลบ้านกร่าง และผู้นำชุมชนทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน ขอขอบพระคุณผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติดและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา 8 เดือน ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เจ้าหน้าที่งานคลินิกวัณโรค งานยาเสพติด กลุ่ม

งานเวชศาสตร์ชุมชน ที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างแข็งขัน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลกงไกรลาศ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ร่วมขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลการกินยาและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรกงไกรลาศ เรือนจำสุโขทัย และหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือในการบังคับบำบัดสารเสพติด จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). Global tuberculosis report 2022. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729
2. National Health and Medical Research Council. (2010). A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guideline. Retrieved December 15, 2010.
3. Scott, J. C., Woods, S. P., Matt, G. E., Meyer, R. A., Heaton, R. K., Atkinson, J. H., & Grant, I. (2007). Neurocognitive effects of methamphetamine: A critical review and meta-analysis. Neuropsychology Review, 17(3), 275–297.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (พ.ศ. 2567). แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2567. กองวัณโรค.
5. กรมสุขภาพจิต. (2564). แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรมสุขภาพจิต.
6. ดิษฐพล ใจซื่อ และ ลัดดาวัลย์ นามภักดิ์ (2566). การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน.วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 6(2), 137–148.
7. ดาวประกาย หญ้างาม (2565).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม.งานวิจัยฉบับบสมบูรณ์ [วิทยานิพนธ์] ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
8. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกงไกลาศ จังหวัดสุโขทัย. รายงานผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการใช้สุราและสารเสพติดจากฐานข้อมูลสุขภาพ HDC โรงพยาบาลกงไกลาศ จังหวัดสุโขทัย 2567.
9. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.
10. วรรณพร สุขสวัสดิ์, อุษา วิชัยดิษฐ และมาลี กิจธรรม. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดสารเสพติด. วารสารวัณโรคไทย, 45(1), 34-47.
11. พิชญ์สิณี สุขสม, รัตนา ใจดี และสมศักดิ์ วงศ์เจริญ. (2564). การดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการติดสารเสพติด. วารสารควบคุมโรคเขตเมือง, 28(3), 123-136.
12. นภาพร จันทร์แก้ว, สุรีรัตน์ โพธิ์งาม และอัญชลี ศรีสวัสดิ์. (2566). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการดื่มสุรา. วารสารการพยาบาลชุมชน, 34(1), 78-89.
13. สุชาดา ทวีสิน, ปราณี แก้วใส และอรอุษา โพธิ์งาม. (2567). การดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารการพยาบาลองค์รวม, 42(1), 23-35.
14. อรทัย พิมพ์ศรี, สมหมาย กิจธรรม และประดิษฐ์ โชติช่วง. (พ.ศ. 2565). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรควัณโรค: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพชุมชน, 33(4), 234-247.
15. รัชนี พันธุ์มณี, ศิริภรณ์ สุขสันต์ และวิมล เทียมทอง. (2566). การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค: ทบทวนวรรณกรรม. วารสารเทคโนโลยีสุขภาพ, 15(2), 67-82.
16. สุนิสา วงศ์วิเศษ, มณีรัตน์ สุขดี และประภา เจริญสุข. (2565). ผลของการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตามการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค. วารสารส่งเสริมสุขภาพ, 38(2), 89-102.

17. จิรศักดิ์ ตั้งธนาธิป, วรรณา สุขใส และปรีชา เจริญสุข. (2564). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(2), 45-58.
18. วีรยุทธ ใจดี, สุพิชชา แสงใส และนงลักษณ์ ใจกว้าง. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดสารเสพติด. วารสารการแพทย์ชุมชน, 41(4), 156-168.
19. สุภาพร นันทชัย, วิไล สุขสันต์ และอุทัย ใจดี. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารคุณภาพการดูแล, 29(3), 112-125.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะคีโตนคั่งในเลือด: กรณีศึกษา

Nursing care of a Diabetes Mellitus patient with complications of Pneumonia and Septic Shock with Diabetic Ketoacidosis: A case study.

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

วชิรา บุญประเสริฐ[1]
Wachira Boonprasert[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะคีโตนคั่งในเลือด โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 49 ปี มาด้วยอาการ มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3

ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงระยะ 1 -2 วันแรก ผู้ป่วยมีปัญหาปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จนเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนคั่ง มีภาวะโปแตสเซียมสูง ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ภาวะซีด ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ฉีดอินซูลินเข้าใต้ผิวหนังตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ยาขับโปแตสเซียม ยาเสริมธาตุเหล็ก การพยาบาลที่สำคัญ คือ การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินลักษณะการหายใจผิดปกติ ดูแลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ อินซูลิน ยาขับโปแตสเซียม ตามแผนการรักษา ลดปริมาณของเสียในเลือด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอาหารที่มีธาตุเหล็ก กรดโฟลิก วิตามินบี 12 ซึ่งจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดง หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ของเสียในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น แพทย์พิจารณาให้ยาเพิ่มความดันโลหิต อินซูลินทางหลอดเลือดดำ และส่งรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, ปอดอักเสบ, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะคีโตนคั่งในเลือด

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care of a Diabetes Mellitus patient with complications of Pneumonia and Septic shock with Diabetic Ketoacidosis. The study was a 49-year-old male patient who presented with symptoms of fever, cough, and dyspnea 8 hours before coming to the hospital. He had a history of Diabetes Mellitus, Hypertension, Dyslipidemia, and Chronic Kidney Disease stage 3.

The study's results found that during the first 1–2 days, the patient had problems with Pneumonia, Sepsis, Hyperglycemia causing Ketoacidosis, Hyperkalemia, Urea and ammonia are nitrogenous waste products that accumulate in the body, and anemia. They received treatment with antibiotics, intravenous fluids, insulin subcutaneous injections based on the results of blood sugar tests, potassium - chelation drug, and iron supplements. Important nursing care includes assessing the patient's level of consciousness, vital signs, and oxygen saturation levels. The patient assesses for abnormal breathing, ensuring adequate tissue perfusion, administering adequate intravenous fluids, administering antibiotics, insulin, and potassium chelators according to the treatment plan, decreasing nitrogenous, urea and ammonium waste products in the blood, and ensuring the patient receives medications, iron, folic acid, and vitamin B12, essential for red blood cell production. After receiving treatment and nursing care, the patient developed septic shock, increased nitrogenous/urea levels in the blood, and high blood sugar levels. The doctor prescribes

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

antihypertensive medications, intravenous regular insulin, and refer the patient to a hospital with higher capabilities. The total length of stay was four days.

Keywords: Diabetes Mellitus, Pneumonia, Septic Shock, Diabetic Ketoacidosis

บทนำ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เกิดขึ้นเมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือน้อยกว่า 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร โดยพบรายงานการเกิดอุบัติการณ์ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในประเทศไทยระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและระดับรุนแรงในช่วงปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 30.70[1] 2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) โดยมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่ 1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดมีคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic Ketone Acidosis: DKA) พบรายงานการเกิดอุบัติการณ์ในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 4.67[2] เป็นภาวะที่เกิดจากร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง (Absolute insulin deficiency) เมื่อน้ำตาลในเลือดสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แต่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคส ไปใช้เพื่อเป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายไขมัน (Lipolysis) มาใช้เป็นพลังงานทดแทน การสลายไขมันทำให้เกิดกรดไขมัน และเปลี่ยนเป็นสารคีโตน ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ลมหายใจมีกลิ่นคล้ายผลไม้เหนื่อย หายใจหอบลึก สับสน ซึม มีภาวะขาดน้ำเนื่องจากสูญเสียน้ำและเกลือแร่ทางปัสสาวะ[3,4] ลักษณะที่ 2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดไม่มีคีโตนคั่งในเลือด (Hyperglycemic Hyperosmolar Non Ketotic Coma: HHNC) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 600 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จนเกิดภาวะขาดน้ำ ส่งผลให้ระดับ Osmolality ในเลือดสูง โดย ไม่มีคีโตนคั่งและภาวะเลือดเป็นกรด ผู้ป่วยจะมีระดับการรับรู้ลดลง ซึม สับสน ชัก[4] 3) ภาวะติดเชื้อ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil เสื่อมลง ความสามารถในการจับกินเชื้อจุลชีพลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่ายยิ่งขึ้น[5] และเมื่อเกิดการติดเชื้อแล้ว จะมีโอกาสเกิดอาการรุนแรงมากขึ้น การติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน การติดเชื้อทางเดินหายใจ และแผลที่เท้า[6,7] โดยการติดเชื้อทางเดินหายใจที่สำคัญคือ ปอดอักเสบ ซึ่งพบผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นปอดอักเสบมาจากชุมชน (Community-Acquired Pneumonia (CAP) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2009 ร้อยละ 23.7 เป็นร้อยละ 28.1 ในปี ค.ศ. 2012 และเสียชีวิตร้อยละ 15.2 ในขณะที่ผู้ป่วยปอดอักเสบที่ไม่มีโรคเบาหวานเสียชีวิตร้อยละ 13.5[8] ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) เนื่องจากภาวะช็อก ทำให้การทำงานของอวัยวะหลายอวัยวะล้มเหลว (Multiple Organ Dysfunction Syndrome : MODS) เช่น ระบบการหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอทำให้สมองขาดเลือด การทำงานของตับและลำไส้บกพร่อง[9] ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานชนิดเฉียบพลันดังกล่าวข้างต้น มักมีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด และมักส่งผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบ โดยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเองสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือดจากเบาหวานได้ เนื่องจากการติดเชื้อทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนความเครียดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ และนำไปสู่การเผาผลาญไขมันแทนกลูโคส จนเกิดกรดคีโตนสะสมในเลือด ในทางกลับกันหากเกิดภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือดจากเบาหวาน (DKA) จะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันลดลง ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการติด

เชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้การอักเสบทั่วร่างกายที่เกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยัง ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดและอวัยวะสำคัญต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย เมื่อมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือดจากเบาหวาน ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผู้ป่วยจึงมีควางเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) และเกิดการทำงานของอวัยวะหลายอวัยวะล้มเหลวตามมาได้[10]

โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ดูแลรับผิดชอบประชากร 53,576 คน มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2565 ถึงปี พ.ศ. 2567 เท่ากับ 1,278, 1,726 และ 1,427 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี เท่ากับ 955 ราย (ร้อยละ 74.73), 1,153 ราย (ร้อยละ 66.80) และ 945 ราย (ร้อยละ 66.22) พบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 16, 33 และ 53 ราย ตามลำดับ ซึ่งนอกจากจะพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงแล้ว ผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด จำนวน 1, 3 และ 4 ราย ตามลำดับ ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) จำนวน 6, 5, และ 6 ราย ตามลำดับ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 2 , 4 , และ 5 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีผู้ป่วยบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีอาการรุนแรงขึ้น ต้องส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในเครือข่าย จำนวน 1, 2 , และ 4 ราย ตามลำดับ[11] จากข้อมูลการศึกษาข้างต้นและสถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเรื่องการป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีความซับซ้อน ยุ่งยาก

ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยตรง จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปอดอักเสบและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือดอย่างเป็นระบบ โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์และกรณีศึกษาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการดูแล แนวทางการจัดการที่เหมาะสมในภาวะวิกฤต และนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะคีโตนคั่งในเลือด

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะคีโตนคั่งในเลือด จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแล ช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งาน วิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยกรณีศึกษาตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะเข้าการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาจะเป็นภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพ ทำธุรกิจ การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 รับเมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2568 การวินิจฉัยโรค Diabetes Mellitus with Septic Shock and Diabetic Ketoacidosis จำหน่ายส่งต่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 4 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

แผนการพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมา ไอ เสมหะสีขาว ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด 8 ชั่วโมงก่อนมา ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย ญาติจึงพามาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 4 -5 ปีที่แล้วเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะ 3 รับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม ยาที่รับประทานประจำ คือ Metformin (500 mg) 1 x 2 ⊙ pc เช้าและเย็น, Pioglitazone (30mg) 1 x 1⊙ ac เช้า, Hydralazine (25 mg) 2 x 3 ⊙ pc, Atorvastatin (Lipitor) (40 mg) 1 x 1 ⊙ hs, Ferrous Fumarate (200 mg) 1 x 3 ⊙ pc, Folic acid (5 mg) 1x1 ⊙ pc

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติด ปฏิเสธการ แพ้ยา สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ซีด อ่อนเพลีย ไอ เสมหะสีขาวขุ่น เหนียว หายใจเหนื่อยเล็กน้อย สัญญาณชีพ BT = 36.6°C, PR = 116 beat/min, RR = 22 beat/min, BP = 100/60 mmHg, O_2 Sat = 96% ประเมิน SOS score = 2 คะแนน ริมฝีปากแห้ง ฟังเสียงปอดมี Crepitation sound ทั้ง 2 ข้าง on O_2 Cannula 3 lit/min, 0.9% NaCl 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 ml/hr ใส่ Foley's catheter

Urine สีเหลืองใส ออก 110 ml มีแผลที่ฝ่าเท้าข้างซ้ายขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.5 cms ลึก 0.5 cms

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะแรกรับ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากติดเชื้อที่ปอดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ประสิทธิ ภาพการทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุกๆ 30 นาที จนคงที่ แล้วประเมินทุก 1 – 2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมง ตามลำดับ เพื่อติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะช็อก 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ECG, O_2 Sat อย่างต่อเนื่อง ประเมิน SOS score ประเมิน Capillary refill time ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังติดตามภาวะช็อก 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ชีพ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 2. ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Crepitation both lung 3. ไอเป็นพักๆ มีเสียงเสมะในลำคอ เสมหะเหนียวสีขาวขุ่น 4. สัญญาณชีพแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน BT = 40.1°C, PR = 120 beat/min, RR = 24 beat/min, BP = 100/60 mmHg, O_2 Sat = 94%, SOS score = 3 คะแนน 5. ผล CXR พบ Infiltrate both lung 6. ผล CBC พบ WBC↑= 25,760 cell/mm^3, Neutrophil↑= 88%, Lymphocyte↓= 7% 7. ประเมิน SIR Criteria พบได้ผลบวก จำนวน 4 ข้อ (BT> 381°C, PR > 90 beat/min, RR > 20 beat/min, WBC >12,000 cell/mm^3) 8. DTX = 270 mg/dL 9. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia with Sepsis **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดและกำจัดเชื้อก่อโรคในกระแสเลือดและทางเดินหายใจ 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค 3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อในกระแสเลือด	จรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ (SBP 50 – 90 mmHg) ผิวหนังซีดหรือเขียว (Cyanosis) เย็นชื้น (Clammy) 4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 0.9% NaCl 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 และ 100 ml/hr เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ 5.1 Ceftriaxone 2 mg Ⓥ OD เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่อาการแพ้ยา แบบ Anaphylaxis คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ แผลในปากหรือริมฝีปาก ผื่นผิวหนัง ชัก 5.2 Clindamycin 900 mg Ⓥ q 8 hr เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการแพ้ยาแบบ Anaphylaxis ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ รู้สึกขมปาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดข้อ ข้อบวม ปัสสาวะสีเข้ม ตัวตาเหลือง 6. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4 - 8 hr ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr หรือน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานแพทย์ทราบ 7. ประเมิน adequate tissue perfusion จากปริมาณปัสสาวะ > 0.5 ml/kg/hr, O_2 Sat ≥95%, Hematocrit > 30 % MAP 65-90 mmHg 8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Sputum culture และ Hemo culture เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา ค้นหาเชื้อก่อโรคและให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่จำเพาะเจาะจงกับเชื้อที่พบในผู้ป่วย 9. ล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม **ประเมินผลการพยาบาล** ในช่วง 1-2 วันแรกหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ PR = 96 - 118 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 105/60 -111/66 mmHg, MAP =75 - 81 mmHg , O_2 Sat = 96 - 98%, SOS score 1- 2 คะแนน, urine output 400 - 500 ml/8 hr ในวันที่ 3 หลังเข้ารับการรักษา ผล CBC พบ WBC↑= 19,130 cell/mm^3, Neutrophil↑= 92 %, Lymphocyte↓= 3% ผล CXR มี infiltration both lung ผล Sputum culture และ Hemo culture ยังไม่ขึ้นเชื้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 2. ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Crepitation both lung 3. ไอเป็นพักๆ มีเสียงเสมะในลำคอ เสมหะเหนียวสีขาวขุ่น 4. ผล CXR พบ Infiltrate both lung 5. สัญญาณชีพพบ BT = 36.6°C, PR = 116 beat/min, RR = 22 beat/min, BP = 100/60 mmHg, O_2 Sat = 96%	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น หายใจลำบากใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และให้การพยาบาล รายงานแพทย์อย่างทันท่วงทีเมื่อพบความผิดปกติ 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ วัด O_2 Sat ระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย 3. ดูแลให้ได้รับ O_2 Cannula 3 lit/min เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้า 4. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อช่วยให้กะบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น 5. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Cough effective) 6. ฟังเสียงปอดเป็นระยะๆ เพื่อประเมินเสียงเสมหะ การหดรัดตัวของหลอดลม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน 2. เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างพียงพอ	7. ดูแลทางเดินหายให้โล่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ เช่น ดูแลทำกายภาพบำบัดทางเดินหายใจ (Chest physical therapy) โดยการเคาะปอด (Percussion) เพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก ดูดเสมหะในช่องปากและลำคอ กรณีเสมหะเหนียวผู้ป่วยไม่สามารถขับออกเองได้ เพื่อป้องกันเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ 8. ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อทำให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกได้ง่าย 9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจและลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ 10. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และช่วยเหลือในการทำกิจกรรมกิจวัตรประจำวันต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 11. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น **ประเมินผลการพยาบาล** ในช่วง 1-2 วันแรกหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ PR = 96 - 118 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 105/60 -111/66 mmHg, O_2 Sat = 96 - 98% ไม่มีลักษณะการหายใจลำบาก ฟังปอดยังพบเสียง Crepitation both lung เสมหะลดลง เหนียวสีขาวขุ่น ไอขับเสมหะออกเองได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะช็อก หมดสติจากการขาดน้ำเนื่องจากสูญเสียน้ำออกจากร่างกายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงและคีโตนคั่งในเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี 2. แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน DTX 270 mg/dL 3. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง หายใจเหนื่อย RR = 22 beat/min 4. ผล Electrolyte พบ $TCO_2/HCO_3\downarrow$= 20.2 mmol/L 5. ผล Blood Ketone↑ = 2.3 mmol/L 6. ผล Urine exam พบ Ketone = 2^+ 7. Anion gap↑ = 22.4 mmol/L **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการขาดน้ำ 2. เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุกๆ 30 นาที จนคงที่ แล้วประเมินทุก 1 – 2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงตามลำดับ เพื่อติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการขาดน้ำ หากพบ SBP< 90mmHg, MAP< 65 mmHg, PR > 100 beat/min รายงานแพทย์ทันที 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ECG, O_2 Sat อย่างต่อเนื่อง ประเมิน SOS score ประเมิน Capillary refill time ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการขาดน้ำและภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่โดยเฉพาะโซเดียมและโปแตสเซียม 3. เฝ้าติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ DKA ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด > 250 mg/dL เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นคีโตน มีการหายใจแรง (Hyperpnea / Kussmual's Respiration) ง่วงหลับตลอดเวลา หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะออกมาก กระหายน้ำ ความดันโลหิตต่ำ ไม่รู้สึกตัว 4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9% NaCl 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 และ 100 ml/hr เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 5. ติดตามและเจาะ DTX ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น และให้ RI ตาม Sliding scale insulin เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เฝ้าระวังผลข้าง เคียงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว 6. หากระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำ คือ RI Ⓥ drip และดูแลให้ได้รับ RI ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ 7. บันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 4 - 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะความสมดุลของสารน้ำในร่างกายและขาดน้ำ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะช็อก 8. ดูแลให้ยา Sodamint 1 x 3 ⊙ pc ตามแผนการรักษา เพื่อลดภาวะเลือดเป็นกรดจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องอืด กระหายน้ำ บวม ปวดท้อง ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก 9. เตรียมยา $NaHCO_3$ ให้พร้อมใช้ เพื่อแก้ไขภาวะกรดในเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	10. ติดตามผลการตรวจเลือด ได้แก่ DTX, Ketone ในปัสสาวะ Electrolyte, Anion gap เพื่อนำมาประเมินความรุนแรงของภาวะคั่งของกรดคีโตนในเลือด และวางแผนการให้การพยาบาลต่อไป **ประเมินผลการพยาบาล** ในช่วง 1-2 วันแรกหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ PR = 96 - 118 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 105/60 -111/66 mmHg, MAP =75 - 81 mmHg , O_2 Sat = 96 - 98% หายใจไม่เหนื่อย urine output 400 - 500 ml/8 hr, DTX ก่อนอาหารอยู่ในช่วง 240 – 301 mg/dL ในวันที่ 3 หลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะ Septic Shock Anion gap↑= 28.8 mmol/L ผล DTX ก่อนอาหารอยู่ในช่วง 169 mg/dL -170 mg/dL ในวันที่ 4 หลังเข้ารับการรักษา ผล DTX ก่อนอาหารเช้า กลางวันสูงขึ้นเท่ากับ 346 mg/dL และ 340 mg/dL ได้รับการรักษาด้วย RI 1:10 Ⓥ drip rate 80 ml/hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกำจัด โปแตสเซียมส่วนเกินออกจากร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 2. ผล Blood chemistry พบ BUN↑= 45.7 mg/dL, Creatinine↑= 3.87 mg/dL, GFR ↓=17 ml/min/1.73 m^2, K↑= 6.10 mmol/L **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดระดับโปแตสเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง	1. ประเมินอาการของภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชีพจรช้าหรือเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการชา และเป็นตะคริว 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจผิดปกติ 3. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เต้นผิดจังหวะ เช่น PVC, Short run, VT/VF, wild QRS, tall T wave หากพบบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 leads และ รายงานแพทย์ทราบทันที 4. ดูแลให้ยา Kalimate 30 gm ⊙ stat ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยขับโปแตสเซียมออกมากับอุจจาระ 5. ให้คำแนะนำงดอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ได้แก่ นมและ ผลิตภัณฑ์จากนม กล้วย มะละกอ ส้ม ลำไย ผลไม้แห้งต่างๆ เช่น ลูกเกด ลูกพรุน แครอท มะเขือเทศ หน่อไม้ฝรั่ง คะน้า หัวปลี ผักชี มันฝรั่ง เป็นต้น 6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K ตามแผนการรักษาเพื่อรายงานแพทย์ทราบและปรับแผนการรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ในช่วง 1-2 วันหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ PR =96 -118 beat/min, RR=20 beat/min, BP=105/60 -111/66 mmHg, EKG Monitor พบ sinus tachycardia ผล K ลดลง = 5.49 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่สุขสบาย ปวดเมื่อยตามตัว กระหายน้ำ 2. BT = 38.0 – 38.7°C 3. ผล CXR พบ Infiltrate both lung 4. ผล Urine exam พบ WBC = 5 – 10 cell/HPF, Blood =2^+, Bacteria Moderate 5. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumonia, Sepsis **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย	1. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย หากมีไข้ BT = 37.5 - 38.0°C ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย และตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที 2. ดูแลกระตุ้นให้ดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อให้น้ำช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย 3. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น สีของผิวหนังอาการหนาวสั่น อาการปวดเมื่อยตามตัว อาการซึม ชักเกร็ง กระสับกระส่าย อาการเพ้อ หากพบอาการดังกล่าวให้รีบรายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol (500 mg) 1 tab ⊙ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เมื่อ BT > 38.5°C 5. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ เช่น ดูแลปิดไฟ ไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อช่วยการลดใช้พลังงานของร่างกาย **ประเมินผลการพยาบาล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ในช่วง 4 วันหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีไข้บางช่วง BT = 38.0 – 38.7°C ได้รับยา Paracetamol (500 mg) 1 tab ⊙ ทุก 4-6 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ไม่มีอาการปวดเมื่อยตามตัว พักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะซีดเนื่องจากการผลิตเม็ดเลือดแดงน้อยลงและเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 2. ตรวจร่างกายพบเยื่อบุตา และริมฝีปากซีดเล็กน้อย 3. ผล Blood chemistry พบ BUN↑= 45.7 mg/dL, Creatinine↑= 3.87 mg/dL, GFR ↓=17 ml/min/1.73 m^2 4. ผล CBC พบมีภาวะซีดระดับเล็กน้อย Hemoglobin↓=10.9 g/dL, Hematocrit↓= 32.4% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือด	1. ประเมินภาวะซีดจากการซักถามอาการเกี่ยวกับเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ความสามารถทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ลดลง 2. ประเมินภาวะซีดด้วยการตรวจดูเยื่อบุในช่องปาก เยื่อบุตา เยื่อบุใต้เล็บ 3. ประเมินอาการที่บ่งชี้ว่าว่ามีภาวะซีดรุนแรงขึ้น ได้แก่ เหนื่อยง่าย ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ และหน้ามืด เป็นลม 4. ดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก Ferrous Fumarate (200 mg) 1 x 3 ⊙ pc, กรดโฟลิก Folic acid (5 mg) 1x1 ⊙ pc หลีกเลี่ยงการรับประทานยาลดกรด เครื่องดื่มประเภทนม และกาแฟพร้อมยา เนื่องจากจะขัดขวางการ ดูดซึมของธาตุเหล็ก เข้าสู่ร่างกาย และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย เช่น อุจจาระเป็นสีเขียวหรือสีดำ ท้องผูก ไม่สุขสบายท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น 5. ให้คำแนะนำรับประทานอาหารที่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก และวิตามินบี 12 เช่น เนื้อไก่และหมู ธัญพืช ผลไม้ตระกูลส้ม ถั่ว นม และหลีกเลี่ยงผักที่ให้ธาตุเหล็กสูงในกลุ่มผักสีเขียวเข้ม เนื่องจากมีปริมาณของโปแตสเซียมสูง 6. ติดตามผล CBC โดยเฉพาะ Hemoglobin, Hematocrit เพื่อประเมินภาวะซีด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีภาวะซีดเพิ่มขึ้น Hemoglobin↓= 9.3 g/dL, Hematocrit↓= 29.3%
ระยะดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยซึม หายใจเหนื่อย RR=22 beat/min 2. สัญญาณชีพ BT = 36.8°C, PR = 116 beat/min, RR = 20 beat/min, BP = 70/40 mmHg, MAP mmHg 3. O_2 Sat ลดลงจาก 98% เหลือ 94% 4. ประเมิน SOS score = 6 คะแนน 5. Urine ออกค้างสาย 6. Blood lactate↑= 5.3 mmol/L **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อฟื้นฟูการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เพียงพอ 2. เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและอวัยวะต่างๆทำงานได้ปกติ	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ MAP ทุกๆ 15 - 30 นาที จนคงที่ แล้วประเมินทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามประสิทธิภาพของการไหลเวียนของเลือดและการทำงานของหัวใจ 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว EKG, O_2 Sat อย่างต่อเนื่อง ประเมิน SOS score ประเมิน Capillary refill time ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและติดตามภาวะช็อก 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ (SBP < 90 mmHg) ผิวหนังซีดหรือเขียว (Cyanosis) เย็นชื้น (Clammy) 4. ประเมิน SOS score ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple organ dysfunction syndrome; MODS) 5. ดูแลให้ 0.9% NaCl 500 ml Ⓥ load และ Ⓥ drip 100 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย 6. ดูแลให้ Norepinephrine (NE) 4 mg ใน D5W 246 mL (4:250) Ⓥ drip เริ่มที่ 5 ml/hr control BP โดยปรับครั้งละ 5 ml/hr q 15 min keep SBP ≥ 90 mmHg หรือ MAP ≥ 65 mmHg 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Imipenem 500 mg Ⓥ q 8 hr เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ อาการแพ้ยาชนิด Anaphylaxis ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ลำไส้อักเสบ ความดันโลหิตต่ำ ชัก บริเวณที่ฉีดยาอาจมีการปวด หลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) หรือหลอดเลือดดำอักเสบมีลิ่มเลือด (Thrombophlebitis)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	8. ดูแลให้ O_2 Cannula เป็น 5 lit/min เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้า 9. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าจำนวนปัสสาวะ< 0.5 ml/kg/hr หรือ 30 ml/hr รายงานแพทย์ทราบ 10. ประเมิน adequate tissue perfusion จากปริมาณปัสสาวะ > 0.5 ml/kg/hr, Hematocrit > 30 %, MAP 65-90 mmHg 11. บันทึกสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 12. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Blood lactate, WBC และ Neutrophil เพื่อประเมินผลการรักษา และความรุนแรงของการ ติดเชื้อในกระแสเลือด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึม GCS =15 คะแนน สัญญาณชีพช้ำ BP Stable อยู่ในช่วง 111-125/ 60 - 68 mmHg, MAP= 77 - 87 mmHg ลด rate NE 4:250 ครั้งละ 5 ml/hr q 15 min จนถึง 10 ml/hr หายใจเหนื่อยลดลง RR = 20 beat/min, O_2 Sat = 98 -99% urine ออก 75 ml/ hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากคลื่นไส้ อาเจียน **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำปนน้ำดี จำนวน 4 - 3 ครั้งๆ ละ 10 – 30 ml **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย	1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ให้รับประทานอาหาร ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ในช่วงที่หายใจเหนื่อย จัดอาหารให้เป็นช่วงเวลาและมีเวลาได้พักในขณะรับประทานอาหาร และระมัดระวังเรื่องการสำลัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน อาหารรสจัด อาหารมัน อาหารทอด อาหารหวาน เพราะจะทำให้คลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น 2. แนะนำให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้า ๆ เพื่อทำให้ร่างกายผ่อนคลาย เพิ่มออกซิเจนในเลือด และช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน 3. แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่น น้ำขิง น้ำส้ม น้ำมะนาว และควรดื่มน้ำหลังอาหารประมาณครึ่งถึง 1 ชั่วโมง เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนสารน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียจากการอาเจียน 5. ดูแลให้ Plasil 10 mg Ⓥ stat และ prn q 4 hr ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ เวียนศีรษะ ท้องเสีย การเคลื่อนไหวผิดปกติ สับสน ซึมเศร้า ไข้สูง กล้ามเนื้อเกร็ง เหงื่อออกมาก หัวใจ เต้นเร็ว 6. ดูแลให้ Losec 40 mg Ⓥ stat เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ป้องกันกรดไหลย้อน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกสบายในท้อง ไม่พะอืดพะอม ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ระยะจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดการบาดเจ็บและอาการทรุดลงจากการเคลื่อนย้ายส่งรักษาต่อ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock ยังต้องได้รับการ resuscitate ด้วย IV. Fluid และให้ยา Vasopressor เพื่อให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง	1. เตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยตรวจสอบชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติและคงที่ ไม่น้อยกว่า 15 นาที 2. เตรียมบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการเคลื่อนย้ายให้พร้อมใช้ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น Self-inflating bag พร้อมสาย O_2 เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง เช่น Mobile noninvasive blood pressure: NIBP, Pulse oximetry, EKG Monitor ตรวจสอบตำแหน่งเส้นเลือดและอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจสอบตำแหน่งการยึดตรึง (Strap) ของสายเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้มั่นคง ประสานข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลประจำจังหวัด ด้วยเทคนิค ISBAR ดังนี้ I-Identify แจ้งชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย โรงพยาบาล และชื่อผู้ประสานการส่งต่อ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและอาการทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายส่งรักษาต่อ	S-Situation รายงานสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบขณะดูแล การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย B – Background ให้ข้อมูลภูมิหลัง เช่น วันที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรคแรกรับ การรักษา รายการยาและสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม สัญญาณชีพล่าสุด ผลตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ A - Assessment ผลการประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ O_2 Sat และ Pain score R - Recommendation แจ้งหรือแนะนำความต้องการที่จำเป็นเร่งด่วน หรือปัญหาที่ต้องแก้ไขต่อไป 3. ให้การดูแลระหว่างนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ on O_2 Cannula 3 lit/min อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการนำส่ง ดูแลให้ 0.9% NaCl 1,000 ml Ⓥ drip rate 250 ml/hr, NE 4:250 Ⓥ drip rate 10 ml/hr, RI 1:10 Ⓥ drip 80 ml/hr ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว O_2 sat เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และระมัดระวังสายต่างๆ (Invasive devices) ไม่ให้ดึงรั้ง เลื่อนหลุดหรือหัก พับ งอ **ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างส่งต่อ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS =15 คะแนน หายใจไม่เหนื่อย PR =72 - 78 beat/min, RR = 22 beat/min, BP = 107/70 – 135/65 mmHg, MAP= 82-88 mmHg, O_2 Sat = 98%, EKG (Monitor) show normal sinus rhythm ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และสาย Instrument ต่างๆ ไม่เลื่อนหลุด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากมีภาวะคุกคามชีวิต **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าเคร่งเครียด 2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการเป็นระยะๆ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดำเนินของโรค แผนการรักษาอย่างย่อๆ พอเข้าใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย และอธิบายเพิ่มเติมอย่างชัดเจน 3. สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่า จะได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาที่ทันสมัยสำหรับการช่วยวินิจฉัยและรักษาโรค รวมทั้งมีระบบส่งต่อหากเกินศักยภาพของโรงพยาบาล 4. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ ไหว้พระสวดมนต์ ทำสมาธิ 5. อธิบายและยกตัวอย่างผู้ป่วยอื่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน และอาการ ดีขึ้นสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและคลายความวิตกกังวล **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ ภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย อันนำไปสู่การเกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) การเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และกรด- ด่างในเลือด[12]

ซึ่งได้รับการดูแลรักษาเพื่อแก้ไขสาเหตุหลัก คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยให้ short-acting insulin เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมทั้งป้องกันภาวะขาดน้ำและลดภาวะเลือดเป็นกรด ด้วยการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือด

ดำอย่างเพียงพอ และให้ยา Sodium Bicarbonate (Sodamint) เพื่อช่วยปรับสมดุลความเป็นกรด-ด่างในเลือด ประเมิน ติดตามภาวะช็อกจากการขาดน้ำ ความรุนแรงภาวะเลือดเป็นกรด จากระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ ค่า O_2 Sat, MAP และค่า TCO_2/HCO_3 ในเลือด ปริมาณปัสสาวะเป็นระยะๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดการภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบอย่างรุนแรง จนทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อจะปล่อยสาร cytokines ออกมาส่งผลให้หลอดเลือดขนาดเล็กขยายตัว และทำให้ผนังหลอดเลือดมีความสามารถในการซึมผ่านมากขึ้น ส่งผลให้น้ำและโปรตีนในเลือดซึมผ่าน ผนังหลอดเลือดออกนอกเส้นเลือดไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง และเกิดภาวะขาดสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือด[13] โดยได้รับการดูแลรักษาด้วยการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอเช่นกัน และยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้างทันทีที่แพทย์วินิจฉัยโรคได้ แต่ผู้ป่วยยังมีอาการรุนแรงขึ้น จนเกิดภาวะช็อก โดยสันนิษฐานว่ายาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงแรกเป็นชนิดออกฤทธิ์กว้าง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อก่อโรคไม่ดีพอ เนื่องจากไม่ใช่ยาที่เฉพาะเจาจงต่อเชื้อก่อโรค จึงทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย หลอดเลือดขยายตัวส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลงอย่างมาก เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้เพียงพอ จนเกิดภาวะช็อก เป็นสาเหตุให้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลรักษาแล้วไม่ดีขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะซีด และระดับของเสียในร่างกายเพิ่มขึ้น อัตราการกรองของไตลดลง โดยเมื่อเกิดภาวะช็อก ทำให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะเครียด และกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนบางชนิด เช่น อะดรีนาลีน และคอร์ติซอล ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น[14] นอกจากนี้ภาวะช็อกยังทำให้ไต ได้รับเลือดไปเลือดลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการขับของเสียออกทางปัสสาวะลดลง ไตสูญเสียหน้าที่มากขึ้น การสร้างฮอร์โมน Erythropoietin ลดลง ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตจากเนื้อไต และมีหน้าที่กระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง[15] ดังนั้นภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะร่างกายหลายอวัยวะหรือหลายระบบ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทำให้มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแลรักษา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย คาดการณ์ปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือมีโอกาสเกิด ขึ้นได้ล่วงหน้า เพื่อการเฝ้าระวัง จัดการกับอาการผิดปกติเบื้องต้น และรายงานแพทย์ในการให้การรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้ และลดอัตราการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. นำกรณีศึกษานี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะคีโตนคั่งในเลือด

2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และประเมินภาวะ adequate tissue perfusion

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะคีโตนคั่งในเลือด ควรส่งดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ ใจใหม่, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน และขนิษฐา จันทิมา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานใ วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 17(1): 14-26.
2. ณัฐยา พรมวัง และปราณต์ ณ รังษี. อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะคีโตอะซิโดซิสในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 29(3): 81-92.
3. ทัศนีย์ ญาณกิจ. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตนคั่งในร่างกาย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2566; 4(2): 144 -157.
4. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
5. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, สุรัตน์ ทองอยู่. ปัจจัยทำนายการเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะติดเชื้อ. วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30 (1): 72-85.
6. Nagendra L., Boro H., Manna V. Bacterial Infections in Diabetes. [Internet] 2022 [cited 2025 April 2]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579762/
7. Yunus R., Wijayati F., Askrening A., Rahay DYS., Hasan FE., Tress T. and Fusvita A. Diabetes Mellitus and Bacterial Infections: a Review of Main Infections in DM Patiens. Public Health of Indonesia 2024;10(1): 73-97.
8. Martins M., Froes F., Boavida JM., Raposo JF., Nunes B., Ribeiro RT., Macedo MP., Penha-Gonçalves C. Prevalence and impact of Diabetes mellitus (DM) among hospitalized community-acquired pneumonia (CAP) patients. European Respiratory Journal 2015; 46 (suppl59).
9. Garcia-Vidal C, Fernández-Sabé N., Carratalà J., Díaz V., Verdaguer R., Dorca J., Manresa, F. and Gudiol F.Early mortality in patients with community-acquired pneumonia: causes and risk factors. European Respiratory Journal 2008; 32(3): 733-739.
10. ลัลธริตา เจริญพงษ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. วารสารแพทย์ เขต 4-5 2563; 39(4): 542-557.
11. หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอัมพวา. รายงานโรคผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาล ปี พ.ศ 2565, 2566, และ 2567.
12. ชมรมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาภาวะ diabetic ketoacidosis และ hyperglycemic hyperosmolar state ในเด็กและวัยรุ่น 1 [อินเตอร์เน็ต]. 2560 สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2568]. เข้าถึงจาก:http://110.164.147.155/km health new/Document/diabetes/knowledge/9.pdf
13. ชมพู หรี่จินดา. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock). [อินเตอร์เน็ต]. 2567 สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2568]. เข้าถึงจาก: https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_4495.pdf
14. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และสุรัตน์ ทองอยู่. ปัจจัยทำนายการเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในผู้ป่วยอายุรกรรมี่มีภาวะติดเชื้อ. วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30 (1): 72-85.
15. อริศรา ตาคำ, และรุ่งฤดี ศรีสุข. บทบาทพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับภาวะโลหิตจางที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2568; 52(1): 300 -310.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก : กรณีศึกษา

Nursing care of a pregnancy with pregestational diabetes complicated by shouder dystocia : case study

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

กุลริศา โพธิจักร[1]
Kulrisa Phothichak

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก คัดเลือกผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยากจำนวน 1 ราย ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: มารดาหญิงตั้งครรภ์อายุ 22 ปี G2P1D1L0 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการคลอด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 9 ตุลาคม 2567 ระยะก่อนคลอดเสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia และ ภาวะ Hypoglycemia ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดยาก ระยะคลอดมีภาวะคลอดติดไหล่ 4 นาที ให้การพยาบาลเตรียมความพร้อมและช่วยเหลือในระยะคลอด บรรเทาความเจ็บปวด ให้การช่วยเหลือทารกหลังคลอด มารดาปลอดภัย ทารกได้รับการการดูแลต่อเนื่องที่หอทารกป่วย ระยะหลังคลอดป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สอนแนะนำการบีบน้ำนมให้กับทารก วันที่ 3 หลังคลอด มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำนมไหลออกดีให้นมบุตรได้เอง แพทย์อนุญาตให้มารดาหลังคลอดกลับบ้านได้พร้อมบุตร รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 3 วัน

คำสำคัญ: ภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์, กระบวนการคลอด, การคลอดไหล่ยาก

Abstract

This study was case study aimed study the nursing care of a laboring woman with pregestational diabetes mellitus complicated by shoulder dystocia.One case of a woman with pregestational diabetes mellitus and shoulder dystocia during labor was selected. Nursing care was provided based on the nursing process.

Results: The case involved a 22-year-old pregnant woman, G2P1D1L0, at 39 weeks of gestation, diagnosed with pregestational diabetes mellitus. She was admitted to Phra Narai Maharaj Hospital on October 9, 2024, for planned delivery. During the antepartum period, she was at risk for both hyperglycemia and hypoglycemia, and the fetus was at risk for fetal distress and shoulder dystocia. During labor, shoulder dystocia occurred and lasted for 4 minutes. Nursing care included preparation and assistance during labor, pain relief, and neonatal support immediately after birth. The mother remained safe, and the newborn was transferred to the neonatal intensive care unit for further monitoring. During the postpartum period, care was focused on preventing postpartum hemorrhage and teaching the mother how to express breast milk for the baby. On the third postpartum day, both mother and baby had no complications. Breast milk production was sufficient, and the mother was able to breastfeed successfully. The physician discharged both mother and baby home after a 3-day hospital stay.

Keywords: Pregestational diabetes mellitus, labor process, shoulder dystocia

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่สำคัญและพบมากในสูติกรรมซึ่งมักส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เกิดภาวะคีโตซีสได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ เกิดครรภ์แฝดน้ำและในระยะคลอด อาจจะทำให้เกิดภาวะการคลอดยากเนื่องจากทารกตัวโต เกิดการช่วยคลอดสูติศาสตร์หัตถการ การผ่าตัดเพิ่มขึ้น ในระยะหลังคลอด ทารกอาจจะเกิดอาจส่งผลกระทบรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตหลังคลอดได้ ภาวะเบาหวานคือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากปัจจัยด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะเบาหวานเพิ่มมากขึ้น[1] ในปี 2559 ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.2 นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคเบาหวานยังมีโอกาสเป็นซ้ำในการตั้งครรภ์ต่อไปถึงร้อยละ 35-80 และมีอุบัติการณ์ของการเกิดเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตสูงถึงร้อยละ 50-75[2]

จากการทบทวนสถิติการคลอดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่าในปีงบประมาณ 2565-2567พบผู้คลอดที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 209 ราย, 236 ราย และ 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.96, 12.69 และ 14.14 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปีและนอกจากนี้ภาวะเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและทารกแรกเกิด หากการคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีไม่เหมาะสม ในกรณีนี้ทารกตัวใหญ่ (Macrosomia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดที่นำไปสู่การคลอดไหล่ยาก การคลอดไหล่ยากเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่มีความสำคัญสำหรับบุคลากรผู้ทำคลอดทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลห้องคลอด ซึ่งนำไปสู่การฟ้องร้องทางการแพทย์ในที่สุด สำหรับประเทศไทยพบอัตราการคลอดไหล่ยากร้อยละ 0.02-0.32 ของการคลอดทั้งหมด[3] อุบัติการณ์พบได้น้อย แต่การคลอดไหล่ยากเป็นภาวะที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดในผู้คลอดรายใด จึงเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินในการให้การช่วยคลอดไหล่ยาก จากภาวะวิกฤตินี้ ซึ่งการคลอดติดไหล่นานส่งผลกระทบทั้ง จึงได้จัดทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะนี้ และเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา โดยศึกษาในมารดาหญิงตั้งครรภ์ ไทยคู่อายุ 22 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 9 ตุลาคม 2567 เวลา 08.00 น.

อายุครรภ์ครบกำหนดและเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการคลอด

ประวัติการตั้งครรภ์

มารดา G2P1D1L0 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ EDC 10 ตุลาคม 2567 จากผลอัลตราซาวด์ประจำเดือนครั้งสุดท้ายจำไม่ได้ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลท่าวุ้งและส่งต่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่ออายุครรภ์ 15 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ผลเลือด Blood group AB, HBsAg negative, VDRL non reactive, Anti HIV negative, DCIP negative, MCV 84 fl, MCH 9.7 Pg, Hb 15.7, Hct 45 % ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๙+ สัปดาห์และฝากครรภ์ครั้งสุดท้าย

เมื่ออายุ ครรภ์ 38 สัปดาห์ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก เข็มกระตุ้น วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2567 และได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วันที่ 21 พฤษภาคม 2567 ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานเมื่ออายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ผล OGTT FBS 153 mg%, OGTT 1 hr 261 mg%, OGTT 2 hr 251 mg%, OGTT 3 hr 224 mg%, HbA1 C 8.2 % ผลการวินิจฉัย เมื่อ 27 มีนาคม 2567 โรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (Overt Diabetes Mellitus : Overt DM)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

สรุปอาการและการรักษาที่ได้รับ

แรกรับมารดารู้สึกตัวดี รูปร่างท้วม น้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร BMI 35.59 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ล่าสุด On NPH 14-0-0-14, RI 0-6-4 เจาะ DTX stat 185 mg% ไม่มีอาการหวิว ไม่มีอาการใจสั่น ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/97 mmHg ประเมินน้ำหนักทารกจากการตรวจครรภ์ 3,900 กรัม รายงานสูติแพทย์รับทราบ รายงานสูติแพทย์รับทราบเพื่อประเมินน้ำหนักทารก จากอัลตราซาวด์ พบว่า Single variable fetus, GA 36+4 wks, Estimate fetal weight 3,278 gms, AFI 15 cms, แพทย์พิจารณากระตุ้นให้มารดาเจ็บครรภ์คลอดโดยการ Stripping membrance, ผู้คลอดเจ็บครรภ์มีมดลูกหดรัดตัวเป็นระยะ ๆ Interval 10 นาที Duration 40 วินาที Intensity 2+ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 144 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกปิดขยาย 4 เซนติเมตร ความบางตัว 80 % อยู่ระดับ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก 14.00 น. DTx 130 mg% เวลา 15.00 น. ปากมดลูกเปิด 4 cms ความบาง 80% เจาะถุงน้ำสีใส FHS 150 ครั้ง/นาที เป็นไปตาม Pathograph เวลา 20.30 น. ผู้คลอดบอกปวดเบ่ง ตรวจภายในปากมดลูก เปิดขยาย 10 เซนติเมตร ความบางตัว 100 % ส่วนนำอยู่ระดับ 0 แนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ด้วยคำพูด สั้น กระชับ เข้าใจง่าย เชียร์เบ่ง เตรียม Radaint warmer ผ้าอุ่นและเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้ 21.00 น. ผู้คลอดเบ่ง ศีรษะทารกผลุบๆโผล่ๆ (turtle sign) ไม่เคลื่อนต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 100-110 ครั้ง/นาที ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที รายงานสูติแพทย์และกุมารแพทย์รับทราบ เรื่องเบ่งนาน 30 นาที ระหว่างทำคลอดติดไหล่นาน 4 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. การพยาบาลระยะก่อนคลอด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia และ ภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ใช้อินสุลิน งดน้ำและอาหาร	**กิจกรรมการพยาบาล** เจาะ DTX stat ประเมินอาการ หวิว ใจสั่น เหงื่อออก ดูแลให้ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ สังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆ ดูแลให้อินสุลินตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และติดตามค่า DTX premeal, 2 hour Post Pandail 3 มื้อสังเกตอาการต่อ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 101-130 mg% ไม่มี อาการหวิว ใจสั่น เหงื่อออก อัตราชีพจร 86 ครั้ง/นาที ประเมินอาการเจ็บครรภ์และระดับการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เจ็บครรภ์ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ มีมดลูกหดรัดตัวเป็นระยะ ๆ Interval 10 นาที 15 วินาที Duration 35 วินาที Intensity 1+ ตรวจครรภ์ระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือจากระดับสะดือ Estimate fetal weight 3,900 กรัม ทารกอยู่ในท่า LOA อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 134 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร ความบางตัว 50 % ศีรษะเป็นส่วนนำอยู่ระดับ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่ On Electric Fetal Monitoring ผล Categoly I FHS baseline 140 ครั้ง/นาที เด็กดิ้นดี ผู้คลอดให้ประวัติว่า **การประเมินผล** รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของ Hyperglycemia และ ภาวะ Hypoglycemia DTX 150-154 mg/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคเบาหวานที่อาจมีผลต่อตนเองและบุตร เนื่องจากมีประวัติคลอดทารกเสียชีวิตในครรภ์	**กิจกรรมการพยาบาล** ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดและญาติ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สีหน้ายิ้มแย้ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายเรื่องโรคและอาการที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริงอย่างเข้าใจง่าย ๆ ว่า เป็นอาการที่อันตราย เสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยาก มารดาอาจจะมีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ และอาจเกิดอาการ แทรกซ้อนอื่น ๆ ขึ้นได้ทั้งในด้านมารดาและทารก อธิบายแผนการรักษาพยาบาล ผลข้างเคียงของยา และอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจและเพื่อให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา คลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ อธิบายโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการหวิว ใจสั่น เหงื่อออก ให้รีบแจ้งพยาบาลทันทีเพื่อจะให้การดูแลรักษาพยาบาลทันท่วงที แจ้งผลตรวจการรักษาและอาการของมารดาและทารกในครรภ์ ให้ครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินหาปัจจัยเสี่ยง ความผิดปกติ และให้การช่วยเหลือทันทีเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย มารดาและครอบครัวลดความวิตกกังวล อบอุ่นใจ **การประเมินผล** มารดาและครอบครัวสีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยากเนื่องจากมารดาเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินภาวะคลอดติดขัดจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายของผู้คลอด ระบุความเสี่ยงในผู้คลอดด้วยแจ้งทีม และแขวนป้ายระบุเสี่ยง ให้ความรู้เกี่ยวกับการคาดคะเนเวลาคลอด ขบวนการของการคลอด และบอกถึงความก้าวหน้าของการคลอดให้ผู้คลอดทราบ สอนการเบ่งคลอดอธิบายเทคนิคการงเบ่งคลอดโดยการกลั้นหายใจขณะเบ่ง (Close glottis) ปฏิบัติโดยเมื่อมดลูกหดรัดตัว มารดาหายใจล้างปอด 1 ครั้ง แล้วจึงหายใจเข้ายาวๆ ลึกๆ กลั้นหายใจแล้วเบ่งให้แรงที่สุดและนานที่สุดโดยผู้ดูแลจะนับ 1-10 ช้าๆ ขณะที่มารดาเบ่ง และหายใจออกอย่างเร็วภายหลังการเบ่ง ครั้งต่อไปหายใจเข้าใหม่ และเบ่งอีกครั้ง ทำซ้ำจนมดลูกคลายตัวหายใจล้างปอด 1 ครั้ง และหายใจปกติตลอดระยะที่มดลูกคลายตัว กำหนดบทบาทเมื่อเกิดภาวะคลอดติดขัด โดย มีพยาบาล 1 หัวหน้าเวร พยาบาล 2 และ 3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ แพทย์เป็นผู้ทำคลอด วางแผนเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยากให้ดำเนินการโดย H = Call for Help E = Evaluation for Episiotomy L = Lift the legs (McRobert's maneuver) P = Pressure E = Enter (Rubin maneuver, Wood maneuver และ Reverse Wood screw maneuver) R = Removal of the Posterior Arm R = Roll (All-fours position (Gaskin maneuver) จัดเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือในการช่วยคลอด ช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมช่วยเหลือมารดาและทารก **การประเมินผล** พยาบาลห้องคลอดรับทราบความเสี่ยงของผู้คลอดรายนี้ อุปกรณ์ และเครื่องมือพร้อมช่วยเหลือมารดาและทารก พยาบาลห้องคลอดมีการแบ่งบทบาทชัดเจนเมื่อเกิดภาวะคลอดติดขัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia งดน้ำและอาหาร	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/80 mmHg รายงานแพทย์รับทราบ ให้ 5%DNSS 1,000 ml iv drip 100 ml/hr, sideline on 0.9% NSS 100 ml + RI 10 unit iv drip 10 ml/hr บริหารยาโดยใช้เครื่อง infusion pump เฝ้าระหว่างภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ติดตามผล DTX ทุก 2 ชั่วโมง DTX

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	101 mg% ไม่มีอาการหวิวใจสั่น ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดทุก 2 ชั่วโมง 15.20 น.การคลอดไม่ก้าวหน้ารายงานแพทย์แพลน Induction of labor โดยเจาะถุงน้ำและให้ยาเร่งคลอด ตรวจภายในหลังเจาะถุงน้ำ ปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตร ความบางตัว 80% ส่วนนำอยู่ระดับ -1 ถุงน้ำคร่ำแตก ลักษณะของสีน้ำคร่ำขาวขุ่น อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ เริ่มให้ยา Syntocinon 10 unit in 0.9%NSS 1,000 ml iv drip 12 ml/hr บริหารยาใช้เครื่อง infusion pump ดูแลให้งดน้ำงดอาหาร On Electric Fetal Monitoring ไว้ **การประเมินผล** ผู้คลอดไม่เกิดภาวะ Hyperglycemia DTX 101-134 mg%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress เนื่องจากได้ยาเร่งคลอด Syntocinon	**กิจกรรมการพยาบาล** On Electric Fetal Monitoring ไว้ บันทึก FHS และ Uterine contraction ทุก 30 นาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดทุก 2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อป้องกันการกดทับหลอดเลือด Inferior vena cava ติดตามอ่านและแปลผล EFM เป็นระยะๆ เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ **การประเมินผล** ผล EFM Categoly I, FHS baseline 140 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน
2. การพยาบาลระยะคลอด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่** 6 ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ในระยะ Active phase และได้ยาเร่งคลอด	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินการหดรัดตัวมดลูกทุก 30 นาที ประเมินระดับความเจ็บปวดและอาการแสดงความเจ็บปวด สอนการหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด จัดท่า Upright position ให้นั่งท่าผีเสื้อ สลับกับท่านอนตามที่ผู้คลอดสะดวก พูด คุยให้กำลังใจ ดูแลความสุขสบายทั่วไป ได้แก่ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น เสื้อผ้าและเครื่องนอนสะอาดไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายและส่งเสริมการคลอดให้ก้าวหน้า **การประเมินผล** ผู้คลอดสามารถเผชิญอาการเจ็บครรภ์ได้เหมาะสม ไม่ร้องเอะอะโวยวาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีภาวะคลอดไหล่ยาก	**กิจกรรมการพยาบาล** แจ้งทีมให้ขึ้นขาหยั่งเพื่อเตรียมจัดท่า McRoberts และช่วยทำ Suprapubic compression เพื่อช่วยการคลอดไหล่ยากและทารกแรกเกิด 21.08 น. ศีรษะทารกคลอด หน้าใหญ่บานคลอดสั้น ตัดแผลฝีเย็บเพิ่มให้กว้างขึ้น ตามทีมให้ช่วยยกขาทั้ง 2 ข้างเพื่อช่วยจัดท่า McRoberts และช่วยทำ Suprapubic compression โดยให้ผู้ช่วย 2 คน ยกขามารดาทั้ง 2 ข้าง ออกจาก stirrup แล้วงอช่วงสะโพก ขึ้นมาจนชิดหน้าท้อง หรือให้มารดาดึงขาของตนเองขึ้นมา แนบกับหน้าอก ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่างเพื่อให้ไหล่ หน้าคลอดโดย จะไปทำให้กระดูก pubicsymphysis เคลื่อนขึ้นมาด้านบนหลุดออกจากไหล่หน้าได้ ตามสูติแพทย์อีกรอบเรื่องคลอดไหล่ยาก 21.12 น. การประเมินผล คลอดไหล่ยากนาน 4 นาที ทารกเพศชาย น้ำหนัก 4,230 กรัม Apgar score 3,5,6 คะแนน แรกเกิดทารกตัวอ่อนปวกเปียก หายใจเฮือก ไม่ร้อง ตัวซีด อัตราการเต้นของหัวใจทารก 120 ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ทารกแรกเกิดมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากคลอดไหล่ยากนาน 4 นาที	**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ดูแลให้ความอบอุ่นนำทารกวางใต้ Radaint warmer เช็ดตัวให้แห้งเอาผ้าเปียกออก ประเมินการหายใจ ดูแลดูดสารน้ำเมือกในปากและจมูก กระตุ้นให้ร้องโดยลูบหลังดีดฝ่าเท้า ช่วยการหายใจด้วยแรงดันบวก (Positive Pressure Ventilation : PPV) ติด Oxygen sat เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยกุมารแพทย์ใส่ Endotracheal tube No 4 stab ขีด 10 ช่วยการ PPV การประเมินภาวะแทรกซ้อน ตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียดเพื่อประเมินอันตรายจากการคลอด เช่น กระดูก clavicle หัก กระดูกแขนหัก การบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury) หรืออันตรายต่อระบบประสาทและสมอง ประสาน NICU เพื่อรับทารกไปดูแลอย่างต่อเนื่อง โดย Transport incubator ดูแลช่วย PPV เป็นระยะๆ กุมารแพทย์แจ้งมารดาและอาการทารกและแผนการดูแลรักษาให้รับทราบอย่างคร่าวๆ **การประเมินผล** อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นหัวใจทารก 168 ครั้ง/นาที่, อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที Oxygen sat 100% แขนซ้ายบวม ขยับได้น้อย สรุประยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 5 ชั่วโมง 10 นาที, ระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 42 นาที ระยะที่ 8 ของการคลอดใช้เวลา 8 นาที รวมระยะทั้งหมดของการคลอดใช้เวลา 6 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะหลังคลอด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** มารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากทารกตัวใหญ่	**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลให้ Syntocinon 10 unit เข้ากล้ามเนื้อทันที On 5% D/N/2 1,000 ml. + Syntocinon 40 unit (v) drip 120 cc/hr คลึงมดลูกให้กลมแข็ง ไล่เลือดที่ค้างอยู่ใน โพรงมดลูก ประเมินแผลฝีเย็บ การฉีกขาดของช่องคลอด ประเมินการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือด เย็บแผลฝีเย็บโดย polyglactin 2/0 วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ประเมินอาการนำของภาวะ shock ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น การประเมินผล มดลูกหดรัดตัวดี total blood loss 250 ml. BP 124/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการหน้ามืด หรือเหงื่อออกตัวเย็น ป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โดยหยุดให้อินสุลินหลังรกคลอดทันที และประสานตึกหลังคลอดให้รับทราบ **การประเมินผล** ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ย้ายไปตึกหลังคลอด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของทารก และการแยกจากบุตร	**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอด ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม แจ่มใส เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และให้คำอธิบายจนเกิดความเข้าใจ ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา และทารกโดยให้มารดา ทารกได้พบกัน อธิบายอาการเจ็บป่วยของทารกให้มารดาเข้าใจ ว่าเกิดจากภาวะคลอดติดไหล่ ทำให้เส้นประสาทแขนทารกบาดเจ็บ การักษาคือสังเกตอาการและรอการฟื้นตัวของเส้นประสาท เมื่อมารดาพร้อมให้นมบุตร สอนการบีบนมส่งให้นมบุตรใน NICU แจ้งผลการรักษาและอาการทารกให้ครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ **การประเมินผล** มารดาหลังคลอดสีหน้าคลายวิตกกังวล สดชื่นขึ้น มารดาหลังคลอดเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือในดูแลบุตร บีบนมไปให้นมบุตรใน NICU

การติดตามเยี่ยม

เยี่ยมมารดาหลังคลอดครั้งที่ 1 มารดารูสึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี ระดับยอดมดลูก 5 นิ้วเหนือระดับหัวเหน่า น้ำคาวปลาสีแดงออกปกติ เปลี่ยนผ้าอนามัย 3 แผ่น แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ปวดสะโพกเดินไม่สะดวก Pain score 8 คะแนน รายงานแพทย์รับทราบให้ Norgesic 1 tab oral tid pc และ Brufen (200) 2 tab oral tid pc ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอน 234 mg% แพทย์ให RI 2 ยูนิต ฉีดเขาใต้ชั้นผิวหนัง ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร แจ้งผลการรักษาและอาการทารกให้มารดาและครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ แนะนำการบีบน้ำนมให้ทารก

เยี่ยมทารกหลังคลอดที่ตึกทารกป่วยครั้งที่ 1 จัดให้มารดาไปเยี่ยมบุตรและสัมผัสบุตรและพูดคุยเพื่อ ให้ทารกได้ คุ้นเคยกับเสียงของมารดา ทารกหายใจได้เองแขนซ้ายยังยกไม่ขึ้น กระดิกปลายนิ้วและกำมือสามารถขยับยกได้ปลายมือถึงข้ออศอก อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 144 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที O2sat 98 %

เยี่ยมมารดาหลังคลอดครั้งที่ 2 มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี ระดับยอดมดลูก 4 นิ้วเหนือ ระดับหัวเหน่า น้ำคาวปลาสีแดงออกปกติ เปลี่ยนผ้าอนามัย 2 แผ่น แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอท ปวดสะโพกเดินสะดวกกว่าเมื่อวาน Pain score 4 คะแนน ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 100-130 mg% อายุรแพทย์ให้นัด

ตรวจ 6 สัปดาห์คลอด ให้คุมอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน

เยี่ยมทารกหลังคลอดที่ตึกทารกป่วยครั้งที่ 2 ทารกหายใจได้เองแขนซ้ายได้ยังคงเดิม กระดิกปลายนิ้วและกำมือได้ บริเวณต้นแขนข้างซ้ายมีรอยม่วงช้ำ อาการยุบบวม จัดสมดุลโครงสร้างร่างกายแบบมณีเวช ทารกสามารถขยับยกได้ปลายมือถึงข้อศอกยกไหล่ยกไม่ได้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 124 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที Oxygen sat 98 %

เยี่ยมมารดาหลังคลอดวันที่ 3 มารดารู้สึกตัวดี ระดับยอดมดลูก 3 นิ้ว เหนือระดับหัวเหน่า น้ำนมไหลออกดีให้นมบุตรได้เอง ไม่มีอาการคัดตึงเต้านม น้ำคาวปลาสีแดงจางๆ ออกลดลง ไม่มีกลิ่นเหม็น ใช้ผ้าอนามัย 2 ผืนต่อวัน อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/82 มิลลิเมตรปรอท ระดับคะแนนความเจ็บปวด 2 คะแนน แพทย์อนุญาตให้มารดาหลังคลอดกลับบ้านได้พร้อมบุตร แนะนำอาการผิดปกติ ที่ต้องมาพบแพทย์ เน้นย้ำให้มารดามาตรวจติดตามภาวะเบาหวานหลังคลอด แจ้งวันนัดตรวจหลังคลอดวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 มารดารับฟังดีกลับบ้านพร้อมบุตรเวลา 15.00 นาฬิกา รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เป็นเวลา 3 วัน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้คลอดรายนี้เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ แต่ได้รับการวินิจฉัยได้ช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้มีบางช่วงที่คุมได้ไม่ดี มีผลทำให้ทารกตัวโตซึ่งส่งผลให้เกิดการคลอดไหล่ยากส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในผู้คลอดและทารกแรกเกิด พยาบาลห้องคลอดได้ใช้ความรู้และทักษะในการช่วยเหลือการคลอดไหล่ยากในกรณีฉุกเฉินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้คลอดและทารกได้อย่างรวดเร็ว และรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาจึงทำให้ผู้คลอดปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[3,4]

การคลอดไหล่ยาก เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เป็นภาวะที่พยากรณ์ได้ยากว่าผู้คลอดรายใดจะคลอดไหล่ยาก ซึ่งเมื่อเกิดอุบัติการณ์แล้วมักส่งผลกระทบต่อทั้งผู้คลอด ทารก ครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การช่วยเหลือ การดูแลภาวะวิกฤตนี้ต้องอาศัยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ มีประสบการณ์เพราะมีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง/ร้องเรียน พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้คลอดอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือการคลอดไหล่ยากที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย วินิจฉัยวางแผนและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัย[5]

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ในมารดาที่เป็นเบาหวานขณะการตั้งครรภ์มีความสำคัญมากเพื่อการวางแผนการคลอดที่เหมาะและปลอดภัยทั้งมารดา ทารก ครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหญิงตั้งครรภ์และทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารก

3. ทีมในการช่วยเหลือในกรณีที่มีภาวะคลอดไหล่ยากของงานห้องคลอด ต้องมีทักษะในการช่วยที่ถูกต้องและรวดเร็ว ในกรณีที่บุคลากรไม่เพียงพอ ควรระบุผู้ที่อยู่ในทีม หน้าที่ความรับผิดชอบอย่าง ชัดเจน และมีการฝึกซ้อมโดยการสร้างสถานการณ์จำลองเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4. การบันทึกเวชระเบียนเมื่อเกิดการคลอดไหล่ยากมีความสำคัญมาก เพราะอาจจะเกิดการฟ้องร้องตามมาได้ จึงต้องมีการบันทึกรายละเอียดที่ครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. ชญาดา เนตรกระจ่าง. (2560). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. วารสารศูนย์การแพทย์ศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(2), 168-177.
2. ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ, และตรีภพ เลิศบรรณาพงษ์. (2560). ตำราสูติศาสตร์. พี. เอ. ลีพวิ่ง.
3. เอกชัย โควาวิสารัช. (2559). การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์.
บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
4. กนกกัญจน์ ภาคภูมิ. (2564). การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(3), 43-50.
5. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มะลิวัลย์ บุตรดำ, ทัศณีย์ หนูนารถ, และเบญจวรรณ ละหุการ. (2562). ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 9(2), 100-113

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.10 NO.5 September - October 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2568

ISSN : 2672-9717

PART II

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025 Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การศึกษาชนิด ปริมาณ และสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในอากาศภายในอาคารสำนักงาน . 266
เพลินพิศ พงษ์ประยูร ,สราวุธ เทพานนท์ ,วรรณา เลาวกุล ,ศุภนุช รสจันทร์ ,อรจิรียา ช่างเหล็ก และปรียา อุ่นวิเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 278
เกษริน สิงห์เกิด

ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า 285
วิไลลักษณ์ ศรีราช ,นิยะดา บุญอภัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง 295
รัตติยา สองทิศ

การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรโรงพยาบาลสุโขทัย 304
เกษนภา กิ่งก้าน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 316
สัมฤทธิ์ มังสระคู ,เอมอร ทาระคำ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ในตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา 326
สุวัฒน์ เขียนสันเทียะ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการโดยใช้กลไกพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ 337
ธีรบูลย์ รัชตะวิมลรัตน์

การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเรื่องไตในชุมชน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 352
ภัทราพร ภูลิ้นลาย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงบูรณาการแบบผสมผสานกับการพยาบาลทางไกล (Tele Nursing) โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย 361
เกศินี จันทร์สุริยา

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ... 368
วิภารัตน์ ลครพล

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 420
ศิริยา ปิ่นสันเทียะ

การพยาบาลผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา 428
ศศิธร ยศศักดิ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว: กรณีศึกษา 438
ขณัฏฐา โกวิทยากร

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 447
พัชรี บำเพ็ญทาน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา 457
กุลรภัส เสนาวัตร

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025 Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก 465
จริยา มูลมะณี ,เนาวรัตน์ อาหมัด ,ภาสวิชญ์ เรืองปานกัน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 476
ฐณัชชา ต้นประสงค์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี 503
วรัญญา วิทยา

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – สิงหาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล การวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P การจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล อัตรารอดชีพที่ 3 ปี ภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช การส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล โปรแกรมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอด ภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด ผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย รูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ พัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเรื่องไตในชุมชน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นตั้งครรภ์ การป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้าย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่อง รูปแบบการประเมินความเสี่ยงฉุกเฉินก่อนส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ รูปแบบการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดเพื่อลดภาวะเสี่ยง โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การศึกษาชนิด ปริมาณ และสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในอากาศภายในอาคารสำนักงาน

Study on Species, Concentrations and Source Apportionment of Volatile Organic Compounds (VOCs) in Indoor Air of Office Buildings.

(Received: October 15,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

เพลินพิศ พงษ์ประยูร[1] สราวุธ เทพานนท์[2] วรรณา เลาวกุล[1]ศุภนุช รสจันทร์[1]
อรจีรียา ช่างเหล็ก[1] และ ปรียา อุ่นวิเศษ[3]
Plernpis Pongprayoon[1] Sarawut Thepanondh[2] Wanna Laowagul[1] Supanut Roschan[1]
Onjeereeya Changlek[1] and Preeya Unwiset[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบสำรวจภาคสนาม (Field Measurement Study) และการวิเคราะห์เชิงประยุกต์ (Applied Analytical Study) เพื่อศึกษาชนิด ปริมาณ และสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile Organic Compounds: VOCs) ในอากาศภายในอาคารสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร โดยเก็บตัวอย่างอากาศจากอาคารสำนักงาน 3 แห่งที่มีลักษณะแตกต่างกัน ได้แก่ อาคารใหม่ (สำนักงาน A) อาคารเก่า (สำนักงาน B) และอาคารเก่าที่ได้รับการปรับปรุงใหม่ (สำนักงาน C) ทั้งภายในและภายนอกอาคาร ต่อเนื่อง 6 วัน ครอบคลุมวันทำงานและวันหยุด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2566 การเก็บตัวอย่างและวิเคราะห์ใช้มาตรฐานของ U.S. Environmental Protection Agency (U.S. EPA) ได้แก่ Method TO-15 (Canister–Preconcentrator–GC/MS) สำหรับ VOCs ทั่วไป และ Method TO-11A (DNPH–HPLC) สำหรับสารกลุ่มคาร์บอนิล ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยแบบจำลอง Positive Matrix Factorization (PMF) เพื่อแยกและประเมินสัดส่วนแหล่งกำเนิดของ VOCs

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มข้นรวมของ VOCs ภายในอาคารมีค่าระหว่าง 72.81–148.35 ppb ซึ่งสูงกว่าภายนอกอาคาร (33.07–76.17 ppb) อย่างมีนัยสำคัญ โดยสำนักงาน A มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (148.35 ppb) รองลงมาเป็นสำนักงาน C (118.52 ppb) และสำนักงาน B มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (72.81 ppb) สารที่ตรวจพบหลักภายในอาคารคือ Formaldehyde มีสัดส่วนสูงสุด (32–35%) รองลงมาคือ Ethanol (12–20%) ขณะที่ภายนอกอาคารพบ Ethanol มีสัดส่วนสูงสุด (24–26%) รองลงมาคือ Formaldehyde (15–20%) การวิเคราะห์แบบจำลอง PMF พบแหล่งกำเนิดหลักภายในอาคาร 3 ประเภท ได้แก่ (1) ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด (60–61% ในสำนักงาน A และ C) (2) วัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ไม้ (46% ในสำนักงาน B) และ (3) สีทาอาคารและสารยึดติด (14–26%) โดยมีความแตกต่างกันระหว่างอาคารตามลักษณะการใช้งานและอายุของอาคาร ขณะที่ภายนอกอาคารพบแหล่งกำเนิดหลักจากไอเสียยานพาหนะ (42–52%) ความเข้มข้นพื้นฐาน (16-31%) การปลดปล่อยทางชีวภาพ (13-28%) และการประกอบอาหาร (19% ในสำนักงาน C)

คำสำคัญ: คุณภาพอากาศภายในอาคาร, สารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs), ฟอร์มาลดีไฮด์, Positive Matrix Factorization (PMF)

Abstract

This study is a quantitative research employing a field measurement and applied analytical approach to investigate the types, concentrations, and source contributions of volatile organic compounds (VOCs) in indoor air of Bangkok office. Air samples were collected from three office buildings with different characteristics: a new building (Office A), an old building (Office B), and a renovated old building (Office C). Sampling was conducted both indoors and outdoors for six consecutive days in each building, covering working days and weekends, during February to August 2023. The sampling and analytical procedures followed the U.S. Environmental Protection Agency (U.S. EPA)

[1] ศูนย์วิจัยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[3] กองยุทธศาสตร์และความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม

standard methods: Method TO-15 (Canister–Preconcentrator–GC/MS) for general VOCs and Method TO-11A (DNPH–HPLC) for carbonyl compounds. The collected data were statistically analyzed using the Positive Matrix Factorization (PMF) model to identify and quantify VOC emission sources.

The results revealed that the total VOC concentrations indoors ranged from 72.81 to 148.35 ppb, which were significantly higher than those outdoors (33.07–76.17 ppb). Among the buildings, Office A had the highest average indoor concentration (148.35 ppb), followed by Office C (118.52 ppb), while Office B showed the lowest (72.81 ppb). The predominant indoor VOCs were formaldehyde (32–35% of total VOCs) and ethanol (12–20%), whereas outdoor VOCs were dominated by ethanol (24–26%) and formaldehyde (15–20%). PMF analysis identified three main indoor emission sources: (1) cleaning products (60–61% in Offices A and C), (2) building materials and wooden furniture (46% in Office B), and (3) paints and adhesives (14–26%), with variations depending on the building's age and usage characteristics. For outdoor environments, the major sources were vehicle exhaust (42–52%), background concentrations (16–31%), biogenic emissions (13–28%), and cooking activities (19% near Office C).

Keywords: indoor air quality, volatile organic compounds VOCs, formaldehyde, Positive Matrix Factorization (PMF)

บทนำ

คุณภาพอากาศภายในอาคาร (Indoor Air Quality: IAQ) เป็นประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เนื่องจากในปัจจุบันประชากรส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ภายในอาคารมากกว่า 80–90% ของเวลาในแต่ละวัน ทั้งในสถานที่ทำงาน อาคารสำนักงาน โรงเรียน และที่พักอาศัย โดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง ทำให้คุณภาพอากาศภายในอาคารมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของประชาชน[1,2]

สารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile Organic Compounds: VOCs) เป็นกลุ่มสารมลพิษที่มีความสำคัญต่อคุณภาพอากาศภายในอาคาร เนื่องจากสามารถระเหยได้ที่อุณหภูมิห้องและมีการปลดปล่อยจากแหล่งกำเนิดหลายประเภท ทั้งจากภายในและภายนอกอาคาร[3] ตัวอย่างแหล่งกำเนิดภายในที่สำคัญ ได้แก่ วัสดุก่อสร้างและตกแต่ง (เช่น สีทาอาคาร สารเคลือบ เฟอร์นิเจอร์ไม้) ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด กาวและสารยึดติด รวมทั้งกิจกรรมของผู้ใช้อาคาร เช่น การใช้สเปรย์และผลิตภัณฑ์ดูแลส่วนบุคคล[4] ส่วนแหล่งกำเนิดภายนอกอาคารที่สำคัญ ได้แก่ ไอเสียยานพาหนะ การประกอบอาหาร และการปลดปล่อยทางชีวภาพจากพืช ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อระดับ VOCs โดยรวมในบรรยากาศเมือง[5,6,7]

VOCs มีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์อย่างหลากหลาย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การสัมผัสในระดับความเข้มข้นต่ำต่อเนื่องอาจทำให้เกิดอาการระคายเคืองตา จมูก และลำคอ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และอาจกระทบต่อระบบประสาท[8] ในขณะที่การสัมผัสสารบางชนิดในระดับสูง เช่น ฟอร์มาลดีไฮด์ (Formaldehyde) และเบนซีน (Benzene) อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งและความผิดปกติทางพันธุกรรม[9] องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกแนวทางคุณภาพอากาศภายในอาคาร (Indoor Air Quality Guidelines) เพื่อเป็นกรอบการกำหนดมาตรฐานสุขภาพสำหรับสารมลพิษสำคัญภายในอาคาร (WHO, 2023) ซึ่งกำหนด ค่าแนะนำของ Formaldehyde สำหรับการสัมผัสเฉลี่ย 30 นาที ไม่เกิน 0.1 mg/m³ (0.08 ppm)[1] ขณะที่ประเทศไทยได้ประกาศค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคาร พ.ศ. 2565 สำหรับสาร TVOC และ Formaldehyde โดยแนะนำให้มีความเข้มข้นเฉลี่ย 8 ชั่วโมง ไม่เกิน 1,000 ppb และ 80 ppb ตามลำดับ[10]

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ VOCs ภายในอาคารในระดับนานาชาติพบว่า พบว่า ความเข้มข้นของสาร VOCs ภายในอาคารมีค่ามากกว่าภายนอกอาคารโดยทั่วไปประมาณ 2–10 เท่า โดยเฉพาะในอาคารสำนักงานและอาคารพักอาศัยที่มีการระบายอากาศจำกัด[11] ซึ่งสารสำคัญที่ตรวจพบได้บ่อย ในอาคารสำนักงาน ได้แก่ Formaldehyde Toluene Ethanol และ Acetone ซึ่งเป็นสารหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพอากาศภายในอาคารและสุขภาพของผู้พัก

อาศัย[12] ทั้งนี้ลักษณะของแหล่งกำเนิดและระดับความเข้มข้นมีความแตกต่างกันตามประเภทอาคาร สภาพภูมิอากาศ และกิจกรรมภายในอาคาร อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการศึกษาที่ละเอียดและครอบคลุมเกี่ยวกับชนิด ปริมาณ และแหล่งกำเนิดของ VOCs ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในอาคารสำนักงานเขตเมือง ยังมีอยู่อย่างจำกัด[13,14]

การวิเคราะห์องค์ประกอบและแหล่งกำเนิดของสาร VOCs มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนและกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพอากาศภายในอาคารอย่างมีประสิทธิภาพ หนึ่งในเครื่องมือทางสถิติที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แบบจำลองการแยกแหล่งกำเนิด (Receptor Model) โดยเฉพาะแบบจำลอง Positive Matrix Factorization (PMF) ซึ่งสามารถระบุสัดส่วนของแหล่งกำเนิด VOCs ในแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องวัดจากแหล่งกำเนิดต้นทางโดยตรง[15] ช่องว่างของข้อมูลในบริบทของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษารายละเอียดของชนิด ปริมาณ และแหล่งกำเนิดของ VOCs ในอาคารสำนักงานเขตเมือง เพื่อสนับสนุนการกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพอากาศภายในอาคารและนโยบายด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การประเมินสถานการณ์ VOCs ในอาคารสำนักงานในกรุงเทพมหานคร รวมถึงการระบุชนิด ปริมาณ และแหล่งกำเนิดที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่แนวทางการจัดการคุณภาพอากาศภายใน

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาชนิดและปริมาณสารอินทรีย์ระเหยง่ายในอากาศภายในอาคาร
2. ศึกษาสัดส่วนแหล่งกำเนิดสารอินทรีย์ระเหยง่ายในอากาศภายในอาคาร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบสำรวจภาคสนาม (Field Measurement Study) และการวิเคราะห์เชิงประยุกต์ (Applied Analytical Study) เพื่อศึกษาชนิด ปริมาณ และสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile Organic Compounds: VOCs) ในอาคารสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้การเก็บตัวอย่างอากาศทั้งภายในและภายนอกอาคาร ร่วมกับการวิเคราะห์เชิงสถิติด้วยแบบจำลอง PMF เพื่อระบุแหล่งกำเนิดที่สำคัญของ VOCs และสัดส่วนการมีส่วนร่วมของแต่ละแหล่ง ผลลัพธ์ที่ได้สามารถสะท้อนลักษณะ VOCs ในอาคารสำนักงานเขตเมือง เพื่อใช้วางมาตรการจัดการคุณภาพอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พื้นที่ศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในอาคารสำนักงานจำนวน 3 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเมืองกรุงเทพมหานคร โดยมีลักษณะแตกต่างกันด้านอายุและการปรับปรุงอาคาร ประกอบด้วย

1. อาคารสำนักงานใหม่ (A) เป็นอาคารที่ก่อสร้างแล้วเสร็จภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี ตั้งอยู่ใจกลางเมืองซึ่งมีการจราจรหนาแน่น ลักษณะอาคารเป็นระบบปิดที่มีการบำบัดอากาศจากภายนอกก่อนนำเข้ามาใช้ภายใน พร้อมระบบปรับอากาศส่วนกลางที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของอาคาร ภายในมีการแบ่งพื้นที่สำนักงานตามลักษณะงานของแต่ละแผนก
2. อาคารสำนักงานเก่า (B) เป็นอาคารของหน่วยงานราชการที่ใช้งานมานานมากกว่า 15 ปี มีระบบปรับอากาศแบบแยกส่วน (split type) ตั้งอยู่ในเขตเมืองติดถนนรอง พื้นที่ภายในมีการแบ่งสัดส่วนด้วยฉากกั้นและมีความหนาแน่นสูง เนื่องจากมีบุคลากรและเฟอร์นิเจอร์จำนวนมาก พื้นที่ศึกษาอยู่บริเวณชั้น 7 ของอาคาร มีพื้นที่รวมประมาณ 500 ตารางเมตร
3. อาคารสำนักงานเก่าที่ปรับปรุงใหม่ (C) เป็นสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ อาคารที่ใช้งานมานานมากกว่า 15 ปี และผ่านการปรับปรุงระบบภายในและ

ตกแต่งใหม่บางส่วน ตั้งอยู่ในย่านใจกลางเมือง ติดกับถนนสายหลักที่มีการจราจรหนาแน่น

ลักษณะการใช้งานของทั้งสามอาคารเป็นสำนักงานทั่วไป ซึ่งมีจำนวนผู้ใช้งานระหว่าง 30–120 คนต่อวัน และมีการใช้งานอย่างต่อเนื่องในวันทำการปกติ (จันทร์–ศุกร์) โดยมีระบบระบายอากาศแบบปิด (recirculation) เป็นหลัก

การเก็บตัวอย่างอากาศ

การเก็บตัวอย่างอากาศภายในและภายนอกอาคาร แบบค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 วัน ครอบคลุมทั้งวันทำงานและวันหยุดสุดสัปดาห์ เพื่อสะท้อนสภาวะการใช้งานจริงของอาคารในแต่ละช่วงเวลา โดยเก็บตัวอย่างในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2566

ภายในอาคาร - ทำการเก็บตัวอย่างที่บริเวณพื้นที่ใช้งานหลักของแต่ละอาคาร (โถงกลางสำนักงานหรือบริเวณที่มีผู้ใช้งานหนาแน่น) อย่างน้อย 2 จุดต่ออาคาร เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะการใช้งานที่แตกต่างกัน ที่ระดับความสูง 1.0–1.5 เมตรจากพื้น เพื่อให้สอดคล้องกับระดับการหายใจของผู้ใช้งาน

ภายนอกอาคาร - ทำการเก็บตัวอย่างที่บริเวณใกล้เคียงประตูหลักหรือพื้นที่โล่งด้านนอกอาคาร เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับอากาศภายใน โดยทำการเก็บตัวอย่างที่ระเบียบด้านนอกอาคาร (ไม่ได้เก็บสำนักงาน A เนื่องจากอาคารมีการบำบัดอากาศจากภายนอกก่อนนำเข้ามาใช้ภายในอาคาร)

การเก็บตัวอย่าง VOCs ทั่วไป ใช้เทคนิค Canister-Preconcentrator-GC/MS ตามวิธี US EPA Method TO-15[16] โดยใช้ Canister ขนาด 6 ลิตร ต่อเข้ากับตัวควบคุมอัตราการไหล (flow controller) เพื่อให้สามารถเก็บตัวอย่างแบบรวม (integrated sampling) เป็นระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในอัตราการไหลเฉลี่ย 3.33 ml/min เมื่อเก็บตัวอย่างครบเวลาแล้วขนส่งไปยังห้องปฏิบัติการ และการเก็บตัวอย่างสารกลุ่มคาร์บอนิล (เช่น Formaldehyde) โดยใช้ DNPH cartridge (2,4-dinitrophenylhydrazine) ต่อกับปั๊มดูดอากาศแบบปรับอัตราการไหลคงที่ (constant flow pump) ที่ 100 ml/min เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ตามวิธี US EPA Method TO-11A[17] หลังจากเก็บตัวอย่างเสร็จ จัดเก็บตัวอย่างในภาชนะที่ปิดสนิทและแช่เย็นที่อุณหภูมิ 4 °C ระหว่างขนส่งไปห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 รายละเอียดการเก็บตัวอย่างอากาศในบริเวณพื้นที่อาคารสำนักงาน A B และ C

อาคาร	วันที่เก็บตัวอย่าง	ประเภท	จุดเก็บตัวอย่าง
สำนักงาน A	4-11 ส.ค. 2566	Indoor Air	ห้อง A1
			ห้อง A2
			ทางเดิน A3
สำนักงาน B	12-18 มิ.ย. 2566	Indoor Air	ห้อง B1
			ห้อง B2
		Ambient Air	ระเบียง B3
สำนักงาน C	23 ก.พ. – 2 มี.ค. 2566	Indoor Air	ห้อง C1
			ห้อง C2
		Ambient Air	ระเบียง C3

การวิเคราะห์ตัวอย่าง

ตัวอย่างอากาศจาก Canister ถูกวิเคราะห์ด้วยระบบ Preconcentrator–Gas Chromatography–Mass Spectrometry (GC/MS) ซึ่งใช้ cryogenic preconcentration ตามวิธี US EPA Method TO-15[16] สำหรับตรวจวัด VOCs กลุ่ม Aliphatic Hydrocarbons, Oxygenated Hydrocarbons, Aromatic Hydrocarbons, Halogenated Hydrocarbons, Fluorocarbon groups และอื่นๆ

ตัวอย่าง DNPH cartridge ถูกสกัดด้วย Acetonitrile และวิเคราะห์ด้วย High Performance Liquid Chromatography (HPLC) ที่เป็น UV detector ที่ความยาวคลื่น 360 nm ตามวิธี US EPA Method TO-11A[17] เพื่อตรวจวัดสารกลุ่มคาร์บอนิล เช่น Formaldehyde และ Acetaldehyde เป็นต้น

ในการเก็บและวิเคราะห์ตัวอย่างอากาศ มีการควบคุมคุณภาพอย่างเป็นระบบ โดยทำการสอบเทียบระบบเครื่องมือวิเคราะห์ด้วยก๊าซมาตรฐานที่ได้รับการรับรองความถูกต้องตามมาตรฐานสากลก่อนเริ่มการวิเคราะห์แต่ละชุด นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ตัวอย่าง blank, duplicate และ calibration

check เป็นระยะ เพื่อประกันความถูกต้อง ความเที่ยง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ (QA/QC)

การประมวลผลข้อมูล

ข้อมูลชนิด และความเข้มข้นของสาร VOCs จากการวิเคราะห์ เป็นค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง หน่วย ppb โดยปริมาตร ของแต่ละจุดเก็บตัวอย่างและแต่ละวัน นำมาหาค่าเฉลี่ย โดยพิจารณาเฉพาะสารที่พบมากกว่า 30% ของจำนวนตัวอย่าง สารที่มีความเข้มข้นต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจวัด (MDL) จะถูกแทนค่าด้วย 1/2 ของ MDL ตามแนวทางมาตรฐาน[18]

การวิเคราะห์แหล่งกำเนิด (Source Apportionment)

การระบุสัดส่วนแหล่งกำเนิดของสาร VOCs ในอากาศภายในอาคารใช้แบบจำลอง Positive Matrix Factorization (PMF) Version 5.0 ที่พัฒนาโดย U.S. EPA ซึ่งเป็น receptor model ที่สามารถวิเคราะห์แยกแหล่งกำเนิดจากข้อมูลความเข้มข้นของสารมลพิษจริง โดยไม่จำเป็นต้องวัดจากแหล่งต้นกำเนิดโดยตรง[15,19]

ชุดข้อมูลนำเข้า (Input data) สำหรับ PMF ประกอบด้วยความเข้มข้น VOCs รายชนิดจากทั้ง 3 สำนักงาน รวมทั้งหมด 82 ชนิด โดยคัดเลือกเฉพาะสารที่มีค่าตรวจวัดมากกว่า 30% ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด เพื่อลดความไม่แน่นอนของผลการแยกแหล่งกำเนิด โมเดลถูกประเมินคุณภาพด้วยค่า Q (robust Q), residuals และการตรวจสอบ factor profiles เพื่อระบุแหล่งที่มีความสมเหตุสมผลเชิงกายภาพ

ผลการศึกษา

ความเข้มข้นรวมของสารอินทรีย์ระเหยง่ายภายในและภายนอกอาคาร

ผลการตรวจวัดชนิดและปริมาณของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ภายในและภายนอกอาคารสำนักงานทั้ง 3 แห่ง ตลอดระยะเวลา 6 วัน ซึ่งสามารถตรวจวิเคราะห์องค์ประกอบของ VOCs ได้ทั้งหมด 82 ชนิด รายละเอียดแสดงใน ตารางที่ 1

ภายในอาคาร (Indoor air)

สำนักงาน A ตรวจพบ VOCs ทั้งหมด 46 ชนิด มีปริมาณความเข้มข้นรวม 148.35 ppb สารที่มีความเข้มข้นสูงสุด ได้แก่ Formaldehyde (51.60 ppb) Ethanol (17.75 ppb) Toluene (15.27 ppb) Acetone (12.07 ppb) และ Hexanal (9.07 ppb)

สำนักงาน B ตรวจพบ VOCs ทั้งหมด 35 ชนิด มีความเข้มข้นรวม 72.81 ppb สารที่มีความเข้มข้นสูงสุด ได้แก่ Formaldehyde (23.40 ppb) Ethanol (14.48 ppb) Acetone (5.56 ppb) Isopropyl Alcohol (5.32 ppb) และ Acetaldehyde (5.05 ppb)

สำนักงาน C ตรวจพบ VOCs ทั้งหมด 36 ชนิด มีความเข้มข้นรวม 118.52 ppb สารที่มีความเข้มข้นสูงสุด ได้แก่ Formaldehyde (40.96 ppb) Ethanol (19.81 ppb) Acetaldehyde (16.95 ppb) Acetone (9.47 ppb) และ Isopropyl Alcohol (6.42 ppb)

ภายนอกอาคาร (Ambient air)

สำนักงาน B ตรวจพบ VOCs ทั้งหมด 34 ชนิด มีความเข้มข้นรวม 33.07 ppb โดยสารที่มีความเข้มข้นสูงสุด ได้แก่ Ethanol (18.48 ppb) Formaldehyde (11.16 ppb) Acetone (9.73 ppb) Isopropyl Alcohol (8.55 ppb) และ Acetaldehyde (6.59 ppb)

สำนักงาน C ตรวจพบ VOCs ทั้งหมด 37 ชนิด มีความเข้มข้นรวม 76.17 ppb โดยสารที่มีความเข้มข้นสูงสุด ได้แก่ Ethanol (8.55 ppb) Formaldehyde (6.52 ppb) Acetone (2.92 ppb) Toluene (2.40 ppb) และ Acetaldehyde (1.93 ppb)

ภาพรวมพบว่า ภายในอาคารสำนักงาน A มีความเข้มข้นรวมของ VOCs สูงที่สุด (148.35 ppb) รองลงมาคือสำนักงาน C และ B ตามลำดับ ในขณะที่บริเวณภายนอกอาคารมีความเข้มข้นรวมต่ำกว่าโดยเฉพาะภายนอกอาคาร B ที่มีค่าเพียง 33.07 ppb เท่านั้น แสดงดังภาพที่ 1 สารหลักที่ตรวจพบอย่างต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ Formaldehyde, Ethanol, Acetone และ Acetaldehyde ซึ่งเป็นสารที่เกี่ยวข้องกับวัสดุ

ก่อสร้าง ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด และกิจกรรมภายในอาคาร รวมถึงการจราจรและแหล่งกำเนิดภายนอก

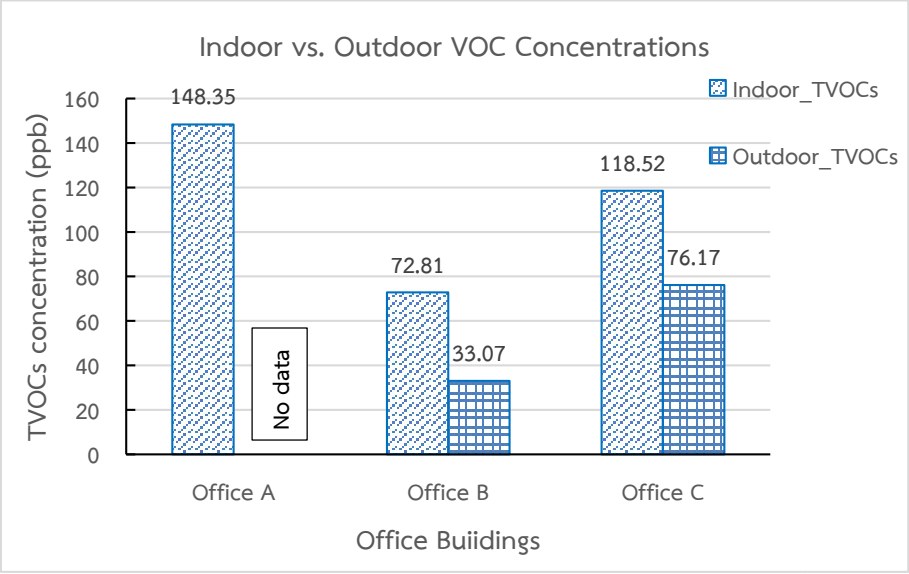
ตารางที่ 2 ชนิดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสาร VOCs ที่ตรวจพบภายในและภายนอกอาคารสำนักงาน A B และ C

ลำดับที่	ชนิด	ภายในอาคาร (ppb)			ภายนอกอาคาร (ppb)	
		สำนักงาน A	สำนักงาน B	สำนักงาน A	สำนักงาน B	สำนักงาน A
1	Propene	4.57	0.98	1.86	1.00	2.16
2	Freon 12	0.39	0.41	0.36	0.46	0.35
3	Freon 22	0.51	4.75	4.05	0.98	2.24
4	Chloromethane	0.69	0.70	0.90	0.71	0.95
5	Isobutene	0.47	0.22	0.32	0.28	0.33
6	1,3-Butadiene	0.12	ND	ND	ND	ND
7	Freon 11	0.25	0.19	0.18	0.21	0.18
8	Pentane	1.32	0.62	0.92	0.40	0.94
9	Isoprene	0.45	0.43	ND	0.29	0.48
10	Acrylonitrile	0.46	0.44	ND	0.29	0.57
11	Ethanol	17.75	14.48	19.81	8.55	18.48
12	2-Propenal	0.65	0.47	0.63	0.26	0.70
13	Freon 113	0.11	ND	ND	ND	ND
14	Acetone	12.07	5.56	9.47	2.92	9.73
15	Isopropyl Alcohol	7.10	5.32	6.42	1.14	8.55
16	Dichloromethane	0.52	0.31	0.71	0.24	0.69
17	Cyclopentane	2.70	0.45	0.72	0.24	0.72
18	Hexane	1.25	0.34	0.6	0.24	0.57
19	Methacrolein	0.32	0.13	0.17	0.12	0.17
20	1-Propanol	0.56	0.65	0.94	0.3	0.85
21	Methyl vinyl ketone	0.79	0.42	0.58	0.29	0.55
22	2-Butanone	1.57	0.98	1.32	0.86	1.30
23	Chloroform	0.17	ND	ND	ND	0.13
24	Cyclohexane	1.86	0.21	0.33	0.14	0.32
25	Carbon tetrachloride	0.12	ND	ND	ND	ND
26	Benzene	0.42	0.26	0.61	0.2	0.63
27	1,2-Dichloroethane	ND	ND	0.13	ND	0.15
28	2-Pentanone	0.24	0.17	0.3	0.16	0.31
29	Pentanal	0.38	0.36	0.43	0.23	0.45
30	3-Pentanone	0.14	ND	ND	ND	0.13
31	1,4-Dioxane	0.17	ND	ND	0.19	ND
32	Methyl Isobutyl Ketone	0.46	0.33	ND	ND	0.26
33	Toluene	15.27	2.52	3.01	2.4	2.74
34	2-Hexanone	0.14	ND	0.19	0.18	0.24
35	Hexanal	9.07	0.84	1.00	0.40	1.03

ตารางที่ 2 ชนิดและค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของสาร VOCs ที่ตรวจพบภายในและภายนอกอาคารสำนักงาน A B และ C

ลำดับที่	ชนิด	ภายในอาคาร (ppb)			ภายนอกอาคาร (ppb)	
		สำนักงาน A	สำนักงาน B	สำนักงาน A	สำนักงาน B	สำนักงาน A
36	Ethylbenzene	2.45	0.35	0.45	0.24	0.38
37	m,p-Xylene	2.67	0.58	0.84	0.42	0.67
38	o-Xylene	0.92	0.20	0.35	0.15	0.29
39	Styrene	0.66	ND	ND	ND	ND
40	1,3,5-Trimethylbenzene	0.12	ND	ND	ND	ND
41	1,2,4-Trimethylbenzene	0.31	0.13	0.21	0.11	0.19
42	1,2,3-Trimethylbenzene	0.14	ND	ND	ND	ND
43	Benzyl chloride	0.13	ND	ND	ND	ND
44	Formaldehyde	51.6	23.4	40.96	6.52	11.16
45	Acetaldehyde	4.95	5.05	16.95	1.93	6.59
46	Propionaldehyde	ND	ND	0.81	ND	ND
47	Butyraldehyde	ND	ND	0.91	ND	ND
48	Benzaldehyde	0.88	ND	ND	ND	ND
49	o-Tolualdehyde	ND	0.32	0.46	ND	ND
50	Hexanaldehyde	0.47	0.25	0.61	ND	ND

หมายเหตุ ND (Not Detected): ตรวจไม่พบสารดังกล่าว



ภาพที่ 1 ค่าความเข้มข้นเฉลี่ย TVOCs ภายในและภายนอกอาคารสำนักงานทั้งสามแห่ง

สำนักงาน A ซึ่งเป็นอาคารใหม่ พบความเข้มข้น TVOCs ภายในสูงกว่าอาคารเก่า (B) ถึงกว่า 2 เท่า สะท้อนถึงการปลดปล่อย VOCs จากวัสดุก่อสร้างและตกแต่งใหม่ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดสำคัญในช่วงแรกหลังเปิดใช้งานอาคาร [11,20]

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของ VOCs ภายในอาคาร พบว่า สารที่มีความเข้มข้นสูงที่สุด คือ Formaldehyde และ Ethanol ซึ่งเป็นสารสำคัญที่พบอย่างต่อเนื่องในทุกอาคาร โดย Formaldehyde มีสัดส่วนคิดเป็นประมาณ 32–35% ของ VOCs

ทั้งหมด ส่วน Ethanol มีสัดส่วนประมาณ 12–20% ของ VOC ทั้งหมด

ในขณะที่บริเวณภายนอกอาคาร พบว่า Ethanol เป็นสารที่มีความเข้มข้นสูงสุด (24–26%) รองลงมาคือ Formaldehyde (15–20%) ซึ่งบ่งชี้ถึงความแตกต่างของลักษณะแหล่งกำเนิดระหว่างภายในและภายนอกอาคาร โดยภายนอกมีสัดส่วนของการปลดปล่อยจากยานพาหนะและการประกอบอาหารสูงกว่า[3,5,12] ดังแสดงในภาพที่ 2 สัดส่วนของสารหลักที่ตรวจพบ (Formaldehyde Ethanol และอื่น ๆ) จำแนกเป็นภายในอาคารและภายนอกอาคาร แสดงความแตกต่างขององค์ประกอบสาร VOCs โดยภายในอาคารพบ Formaldehyde เป็นสัดส่วนหลัก ขณะที่ภายนอกอาคาร Ethanol มีสัดส่วนสูงกว่า

การจำแนกและวิเคราะห์แหล่งกำเนิดด้วยแบบจำลอง PMF

การวิเคราะห์ข้อมูล VOCs ด้วยแบบจำลอง Positive Matrix Factorization (PMF) สามารถจำแนกแหล่งกำเนิดหลักภายในและภายนอกอาคารได้ชัดเจน รวมทั้งหมด 3 ปัจจัยหลัก (Factors) สำหรับภายในอาคาร และ 4 ปัจจัยสำหรับภายนอกอาคาร ดังนี้

ภายในอาคาร

1. สารทำความสะอาด (Cleaning products) เป็นแหล่งหลักในสำนักงาน A และ C คิดเป็น 60–61% ของความเข้มข้นรวมภายในอาคาร โดยสารบ่งชี้ (marker species) ได้แก่ Ethanol, Isopropyl alcohol และสาร oxygenated VOCs อื่น ๆ แสดงถึงการใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดหลากหลายชนิดในอาคาร

2. วัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ไม้ (Building materials & wood furniture) พบสัดส่วนสูงในสำนักงาน B (46%) มีสารบ่งชี้ เช่น Formaldehyde, Acetaldehyde, Alkanes

3. สีทาอาคารและสารยึดติด (Paints and adhesives) พบในสัดส่วนรอง (10–20%) ของทุกสำนักงาน โดยเฉพาะในสำนักงาน A ซึ่งเป็นอาคารใหม่ มีสารบ่งชี้ เช่น Xylene และ Benzene บ่งชี้ถึงการใช้สีทาอาคารและกาวต่างๆ ในการก่อสร้างและตกแต่ง

ภายนอกอาคาร

1. ไอเสียยานพาหนะ (Vehicular emissions) เป็นแหล่งกำเนิดหลักในบริเวณที่มีการจราจรหนาแน่น มีสารบ่งชี้ เช่น Aromatic hydrocarbons (Toluene, Ethylbenzene, Xylenes)

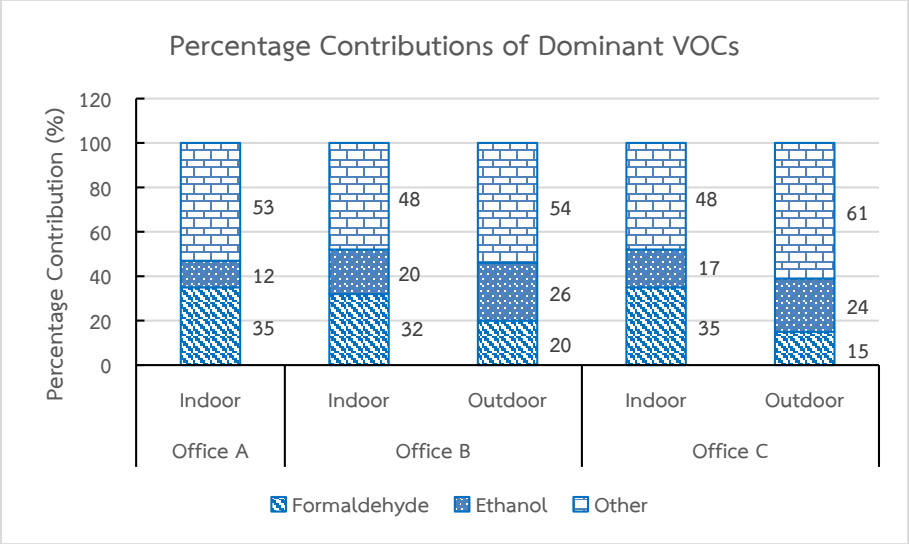
2. ความเข้มข้นพื้นฐาน (Background) เป็นสารที่พบในบรรยากาศอยู่แล้วในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น Freon 12, Freon 11 และ Chloromethane

3. การปลดปล่อยทางชีวภาพ (Biogenic emissions) เป็นสารที่มีการปลดปล่อยจากพืช ต้นไม้ คือ Isoprene

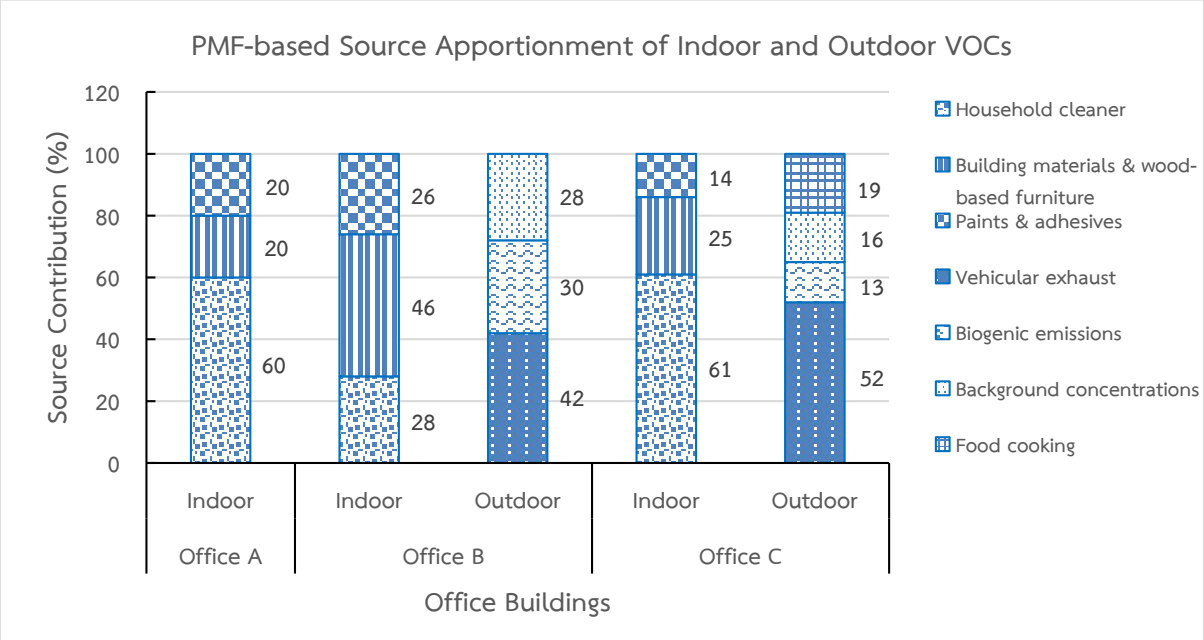
4. การประกอบอาหาร (Cooking emissions) ตรวจพบชัดเจนในสำนักงาน C ซึ่งใกล้ร้านอาหารและโรงอาหาร บ่งชี้ถึงผลกระทบจากการทำอาหารในบริเวณใกล้เคียง

สัดส่วนแหล่งกำเนิด VOCs ภายในอาคารจากแบบจำลอง PMF (สำนักงาน A, B, C) โดยแสดงการมีส่วนร่วมของแหล่ง ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด วัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ไม้ และสีทาอาคารและสารยึดติด พบว่าสำนักงาน A และ C มีแหล่งผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดเป็นตัวนำ ขณะที่สำนักงาน B มีส่วนร่วมจากวัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ไม้มากที่สุด ดังแสดงในภาพที่ 3 และแหล่งกำเนิด VOCs ภายนอกอาคาร พบว่า ไอเสียจากยานพาหนะเป็นแหล่งกำเนิดหลัก โดยมีสัดส่วนประมาณ 42–52% ของความเข้มข้นรวมของ VOCs ภายนอกอาคาร รองลงมาคือ ความเข้มข้นพื้นฐาน (16–31%) และการปลดปล่อยทางชีวภาพ (13–28%) ขณะที่แหล่งกำเนิดจากการประกอบอาหารมีสัดส่วนประมาณ 19% ในบริเวณภายนอกอาคาร C ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการใช้งานพื้นที่บริเวณโดยรอบอาคาร สะท้อนให้เห็นว่า แหล่งกำเนิด VOCs ภายนอกอาคารในเขตเมือง มีความซับซ้อนและได้รับอิทธิพลหลักจากการจราจร รวมถึงกิจกรรมของมนุษย์และแหล่งกำเนิดพื้นฐานในบรรยากาศ ซึ่งเป็น

ปัจจัยสำคัญที่ต้องพิจารณาในการประเมินคุณภาพอากาศและแหล่งกำเนิด VOCs ภายในอาคาร



ภาพที่ 2 สัดส่วนความเข้มข้นของสารหลักที่ตรวจพบ (Formaldehyde, Ethanol) ภายในและภายนอกอาคาร



ภาพที่ 3 ผลการวิเคราะห์แหล่งกำเนิด VOCs ภายในและภายนอกอาคารจากแบบจำลอง PMF

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวันทำงาน และวันหยุดสุดสัปดาห์ พบว่า ความเข้มข้น VOCs ภายในอาคาร มีแนวโน้มลดลงในวันหยุด โดยเฉพาะสารกลุ่ม Ethanol และ Isopropyl Alcohol ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทำความสะอาดและการใช้งานของบุคลากร ที่มีผลต่อระดับ VOCs ในอาคารแบบทันที (short-term variation) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลักษณะการปลดปล่อยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมมนุษย์[8] ในขณะที่สาร Formaldehyde มีความเข้มข้นคงที่มากกว่า เนื่องจากเป็นการปลดปล่อยต่อเนื่องจากวัสดุภายในอาคาร (off-gassing) ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มที่รายงานในงานของ Mushtaq et al. (2023) และ WHO (2010)[8,21]

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางของกรมอนามัย ซึ่งกำหนดค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคารสาธารณะ พ.ศ. 2565 ของ TVOC และ Formaldehyde โดยแนะนำให้มีความเข้มข้นเฉลี่ย 8 ชั่วโมง ไม่เกิน 1,000 ppb และ 80 ppb ตามลำดับ พบว่าสำนักงานทั้ง 3 แห่ง มีค่าไม่เกินเกณฑ์ดังกล่าว

สรุปและอภิปราย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความเข้มข้นรวมของสารอินทรีย์ระเหยง่าย (TVOCs) ภายในอาคารสำนักงานมีค่าสูงกว่าภายนอกอาคารอย่างชัดเจนในทุกอาคาร โดยเฉพาะสำนักงาน A ซึ่งเป็นอาคารใหม่ พบค่าความเข้มข้นภายในสูงสุด (148.35 ppb) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าในประเทศและต่างประเทศที่พบว่าอาคารใหม่มักมีการปลดปล่อย VOCs จากวัสดุก่อสร้างและตกแต่งภายในในช่วงปีแรกหลังการก่อสร้างสูง[2,11,12] ตัวอย่างเช่น Habeebullah พบว่า ความเข้มข้นของสารมลพิษภายในอาคารโดยเฉพาะ VOCs มีค่ามากกว่าภายนอกอาคารประมาณ 2–10 เท่า โดยมีปัจจัยหลักจากระบบระบายอากาศที่จำกัดและแหล่งกำเนิดภายในอาคาร เช่น วัสดุตกแต่งและกิจกรรมของผู้ใช้อาคาร[11] ขณะที่ Sofowote et al. พบว่าความเข้มข้นของ VOCs ภายในอาคารมีค่ามากกว่าภายนอกอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงฤดูหนาวที่ระบบระบายอากาศมีข้อจำกัด ทำให้สารมลพิษภายในอาคารสะสมเพิ่มขึ้น[20] ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มที่รายงานในงานศึกษาของ Zhang et al.[21]

องค์ประกอบสาร VOCs ภายในอาคาร พบว่า Formaldehyde และ Ethanol เป็นสารหลัก โดย Formaldehyde คิดเป็น 32–35% ของ VOCs ทั้งหมด ซึ่งเป็นสารที่มีนัยสำคัญทางสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO)[22] และ Ethanol คิดเป็น 12–20% ของ VOCs ทั้งหมด สอดคล้องกับลักษณะแหล่งกำเนิดภายใน เช่น วัสดุก่อสร้าง เฟอร์นิเจอร์ไม้ สีทาอาคาร และผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด[3,4,5] ขณะที่ภายนอกอาคาร Ethanol มีสัดส่วนสูงสุด (24–26%) บ่งชี้ถึงแหล่งกำเนิดจากกิจกรรมภายนอก เช่น การจราจรและการประกอบอาหาร[23] ความแตกต่างเชิงองค์ประกอบนี้สะท้อนถึงบทบาทของแหล่งกำเนิดเฉพาะพื้นที่ ซึ่งมีความสำคัญต่อการออกแบบมาตรการควบคุมคุณภาพอากาศภายในอย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์แบบจำลอง PMF พบว่าผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด เป็นแหล่งกำเนิดสำคัญภายในสำนักงาน A และ C (คิดเป็น 60–61% ของ VOCs ภายในอาคาร) สะท้อนถึงการใช้สารเคมีในกิจวัตรประจำวัน เช่น สเปรย์ทำความสะอาดและน้ำยาฆ่าเชื้อ ซึ่งมี Ethanol และ Isopropyl Alcohol เป็นองค์ประกอบหลัก ปรากฏการณ์นี้ถูกพบอย่างกว้างขวางในงานวิจัยช่วงหลัง โดยเฉพาะหลังการระบาดของโรค COVID-19 ที่เพิ่มการใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดในสำนักงาน[24,25] ส่วนสำนักงาน B ซึ่งเป็นอาคารเก่า แหล่งกำเนิดหลักคือ วัสดุก่อสร้างและเฟอร์นิเจอร์ไม้ (46%) โดยเฉพาะ Formaldehyde และ Acetaldehyde จากการปลดปล่อยอย่างช้า (off-gassing) ของวัสดุภายในอาคาร ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่อาจดำเนินต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหลายปี[4,26] ส่วนแหล่งสีทาอาคารและสารยึดติด มีบทบาทรอง (10–20%) พบมากในอาคารที่เพิ่งผ่านการปรับปรุง (เช่น สำนักงาน A) ซึ่งคล้ายกับผลจากงานวิจัยของ Salthammer ที่พบว่ากลุ่มสาร Aromatics และ Oxygenated VOCs จากสีและกาวจะลดลงอย่างชัดเจนหลัง 6–12 เดือนของการใช้งาน[3] โดยแต่ละอาคารมีรูปแบบแหล่งกำเนิดแตกต่างกันตามอายุและลักษณะการใช้งาน ผลการศึกษายืนยันว่าแหล่งกำเนิดภายในมีบทบาทสำคัญกว่าปัจจัยภายนอก และควรถูกจัดการตั้งแต่ขั้นตอนการเลือกวัสดุและการออกแบบระบบระบายอากาศ

แม้ว่างานวิจัยนี้จะดำเนินการอย่างเป็นระบบและครอบคลุม แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ระยะเวลาการเก็บตัวอย่างค่อนข้างสั้น (6 วันต่อสำนักงาน) อาจไม่สามารถสะท้อนความผันแปรของความเข้มข้น VOCs ในเชิงฤดูกาลได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้ จำนวนอาคารที่ศึกษาเพียง 3 แห่ง แม้จะเป็นตัวแทนของอาคารสำนักงานในเขตเมือง แต่ยังไม่

ครอบคลุมประเภทอาคารอื่น เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล หรือที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจมีรูปแบบแหล่งกำเนิดแตกต่างกัน แบบจำลอง PMF แม้จะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลปลายทางเพื่อระบุแหล่งกำเนิด แต่ความถูกต้องของผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูล รวมถึงการตีความโดยผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในงานนี้เป็นเพียงการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของกรมอนามัย ยังไม่ได้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงเชิงปริมาณ ซึ่งควรเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษาต่อในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการยกระดับมาตรการด้านคุณภาพอากาศภายในอาคาร ทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติ ในระดับนโยบาย ควรกำหนดและบังคับใช้มาตรฐานคุณภาพอากาศภายในอาคารระดับชาติสำหรับ VOCs ที่สำคัญ เช่น Formaldehyde ควบคู่กับการกำหนดมาตรฐานวัสดุก่อสร้างและผลิตภัณฑ์ภายในอาคารแบบ Low-VOC เพื่อลดการปลดปล่อยจากต้นทาง รวมถึงส่งเสริมระบบเฝ้าระวังและรายงานคุณภาพอากาศในอาคารอย่างเป็นระบบทั้งภาครัฐและเอกชน ในระดับปฏิบัติ ควรปรับปรุงระบบระบายอากาศ โดยเฉพาะอาคารระบบปิด ให้มีการหมุนเวียนอากาศบริสุทธิ์ที่เพียงพอ จัดการการใช้ผลิตภัณฑ์และกิจกรรมที่ปลดปล่อย VOCs เช่น การทำความสะอาดหลังเวลาทำงาน และสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ใช้อาคารเกี่ยวกับผลกระทบของ VOCs เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการลดการปลดปล่อย

สำหรับทิศทางการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาในระยะยาวที่ครอบคลุมฤดูกาลและขยายไปยังอาคารประเภทอื่น รวมทั้งพัฒนาการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพเชิงปริมาณและการประเมินผลกระทบแบบบูรณาการ นอกจากนี้ควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างนักวิจัย หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อสร้างฐานข้อมูล VOCs ภายในอาคารระดับประเทศที่เป็นระบบและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2567 คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บริษัท เอ็น.ซี.ซี. แมนเนจเม้นท์ แอนด์ ดิเวลลอปเม้นท์ จำกัด และ กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ และข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization (WHO). Indoor air quality guidelines. Geneva: World Health Organization; 2023.

2.Weschler CJ, Carslaw N. Indoor chemistry. Environ Sci Technol. 2018;52(5):2419–2438. doi:10.1021/acs.est.7b06387.

3.Salthammer T. Volatile organic compounds in the indoor environment. Indoor Air. 2019;29(5):770–781. doi:10.1111/ina.12589.

4.Salthammer T, Mentese S, Marutzky R. Formaldehyde in the indoor environment. Chem Rev. 2010; 110(4):2536–2572. doi:10.1021/cr800399g.

5.Deng C, Liu Y, Qiu J, Liu Y, Fan G, Yang Y, et al. Characteristics, sources and health risks of ambient volatile organic compounds (VOCs) in urban and suburban areas of Beijing, China. Atmos Environ. 2019;211:240–250. doi:10.1016/j.atmosenv.2019.05.011.

6.Gkatzelis GI, Coggon MM, McDonald BC, Peischl J, Gilman JB, Aikin KC, et al. The global impacts of cooking emissions on ambient air quality. Environ Sci Technol. 2021;55(1):108–116. doi:10.1021/acs.est.0c05418.

7.Guenther AB, Jiang X, Heald CL, Sakulyanontvittaya T, Duhl T, Emmons LK, Wang X. The Model of Emissions of Gases and Aerosols from Nature version 2.1 (MEGAN2.1): an extended and updated framework for modeling biogenic emissions. Geosci Model Dev. 2012;5:1471–1492. doi:10.5194/ gmd-5-1471-2012.

8.Mushtaq N, Greaves G, Siddiqui S, Alwan IA, Rahman MM, Tokoro C, et al. Critical review on emerging health effects associated with the indoor environment. Science of the Total Environment. 2023; 858:160059. doi:10.1016/j.scitotenv.2022.160059.

9.International Agency for Research on Cancer (IARC). Formaldehyde, 2-Butoxyethanol and 1-tert-Butoxypropan-2-ol. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon: IARC; 2012.

10.กรมอนามัย. ประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคารสาธารณะ พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2565.

11.Habeebullah TM. A review on monitoring and performance of indoor air quality in buildings. Energy Reports. 2022;8:397–419. doi:10.1016/j.egyr.2021.11.261.

12.Wang S, Ang HM, Tade MO. Characterization of VOCs in offices in China. Build Environ. 2017;117:180–187. doi:10.1016/j.buildenv.2017.03.014.

13.มูลริน ต๊ะ. การสำรวจและวิเคราะห์คุณภาพอากาศภายในอาคารสำนักงาน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

14.มณีรัตน์ องค์วรรณดี. ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มข้นของสารอินทรีย์ระเหยง่ายในอาคารสำนักงานเขตเมือง [รายงานวิจัย]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ; 2553

15.Hopke PK. Review of receptor modeling methods for source apportionment. J Air Waste Manag Assoc. 2016;66(3):237–259. doi:10.1080/10962247.2016.1140693.

16.United States Environmental Protection Agency (US EPA). Compendium Method TO-15: Determination of Volatile Organic Compounds (VOCs) in Air Collected in Specially-Prepared Canisters and Analyzed by GC/MS. Cincinnati (OH): U.S. Environmental Protection Agency; 1999.

17.United States Environmental Protection Agency (US EPA). Compendium Method TO-11A: Determination of Formaldehyde in Ambient Air Using Adsorbent Cartridge Followed by HPLC. Cincinnati (OH): U.S. Environmental Protection Agency; 1999.

18.Helsel DR. Statistics for censored environmental data using Minitab and R. Hoboken (NJ): Wiley; 2012.

19.United States Environmental Protection Agency (US EPA). Positive Matrix Factorization (PMF) 5.0 Fundamentals and User Guide. Washington, DC: U.S. Environmental Protection Agency; 2014. Report No.: EPA/600/R-14/108.

20.Sofowote UM, Su Y, Dabek-Zlotorzynska E, Chen H, Brook J, Evans G, et al. Sources and temporal variations of selected VOCs in Canada: Application of PMF. Atmos Environ. 2014;98:190–199. doi:10.1016/j.atmosenv.2014.08.065.

21.Zhang J, He Q, Wang S, Yao S, Zhang X, Wang C. Characteristics and health risks of VOCs in office buildings in different seasons. Build Environ. 2019;147:1–9. doi:10.1016/j.buildenv.2018.09.041.

22.World Health Organization (WHO). WHO guidelines for indoor air quality: selected pollutants. Geneva: World Health Organization; 2010.

23.Weschler CJ. Changes in indoor pollutants since the 1950s. Atmos Environ. 2009;43(1):153–169. doi:10.1016/j.atmosenv.2008.09.044.

24.Nazaroff WW. Indoor air chemistry in the post-COVID era. Indoor Air. 2021;31(3):466–469. doi:10.1111/ina.12769.

25.Morawska L, Tang JW, Bahnfleth W, Bluyssen PM, Boerstra A, Buonanno G, et al. How can airborne transmission of COVID-19 indoors be minimized. Environ Int. 2020;142:105832. doi:10.1016/j.envint. 2020.105832.

26.Salthammer T. Emissions of volatile organic compounds from wood and wood-based products. Environ Int. 2016;89–90:96–107. doi:10.1016/j.envint.2016.02.017.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of pneumonia patients with sepsis : 2 case studies.

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

เกษริน สิงห์เกิด[1]
Ketsarin singhkerd[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 กันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสังเกต ใช้การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบประเมิน FANCAS นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย รับส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ด้วยไข้ ไอ หายใจหอบ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with sepsis ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการพยาบาลครอบคลุม 7 ปัญหา ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2) มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลงและภาวะซีด 3) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4) เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 5) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ 6) ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง และ 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอนโรงพยาบาล 4 วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย รับส่งต่อจากโรงพยาบาลหนองเรือด้วยไอ หายใจหอบ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และถุงลมโป่งพอง แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with sepsis ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการพยาบาลครอบคลุม 7 ปัญหา ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2) มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง 3) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 4) เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและระดับน้ำตาลในเลือดสูง 5) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ 6) ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง และ 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง นอนโรงพยาบาล 9 วัน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบ, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, การพยาบาล

Abstract

This comparative case study of two patients aimed to examine nursing care for pneumonia patients with sepsis and to develop efficient and standardized care guidelines for this patient population. The study involved two pneumonia patients with sepsis who were admitted to the Medical Ward 1 at Khon Kaen Hospital between May 1 and September 30, 2025. Data collection tools included medical record reviews, patient interviews, and observations. A health assessment utilized the FANCAS assessment framework to establish nursing diagnoses.

Results: Case study 1 involved a Thai male referred from Khon Kaen Hospital 2, presenting with fever, cough, and dyspnea for 1 hour prior to arrival. He had diabetes mellitus, hypertension, and chronic kidney disease. The physician diagnosed pneumonia with sepsis, and the patient required mechanical ventilation. Nursing care addressed 7 problems: risk of septic shock, tissue hypoxia due to decreased gas exchange area

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

and anemia, sepsis, risk of decreased level of consciousness due to hyperglycemia, fluid and electrolyte imbalance, decreased activity tolerance due to reduced lung function, and patient and family anxiety. The patient experienced no complications, was hospitalized for 4 days, and was discharged by the physician's order. Case study 2 involved a Thai male referred from Nong Rua Hospital with cough and dyspnea for 3 hours before arrival. He had diabetes mellitus, hypertension, and COPD. The physician diagnosed pneumonia with sepsis, and the patient required mechanical ventilation. Nursing care addressed the same 7 problems as in case 1, with a decreased risk of consciousness due to both hypo- and hyperglycemia. The patient experienced no severe complications, was hospitalized for 9 days, and was discharged by the physician's order. Findings demonstrate that using the FANCAS assessment framework enables comprehensive problem identification and holistic care, aligning with the needs of patients and their families.

Keywords: Pneumonia, Sepsis, Nursing care

บทนำ

ปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เมื่อเกิดการติดเชื้อรุนแรงจนนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จะส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome) ซึ่งอาจลุกลามจนเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) และการล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ (Multiple organ dysfunction syndrome) ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 แม้จะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม[1] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบทั่วโลกประมาณ 450 ล้านรายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 4 ล้านราย[2] โดยในประเทศไทยกรมควบคุมโรครายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยปอดอักเสบจำนวน 361.48 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป 1,040.02 ต่อแสนประชากร อัตราตายร้อยละ 59.43[3] และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25-30 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยปอดอักเสบทั่วไปถึง 3-4 เท่า[4] จากการศึกษาของ Rhee และคณะ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าการรักษาปอดอักเสบทั่วไปถึง 3-5 เท่า[5]

โรงพยาบาลขอนแก่นในปี พ.ศ.2565 – 2567 มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการรักษาจำนวน 4,146 4,191 และ 4,384 รายตามลำดับ โดยประมาณร้อยละ 15-20 มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย[6]จากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 39 ราย

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่การคัดกรองและประเมินสัญญาณเตือนของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤต การดูแลทางเดินหายใจและการรักษาสมดุลของร่างกาย ไปจนถึงการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน[7] การใช้เครื่องมือคัดกรองสัญญาณเตือนของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลสามารถประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82 เป็นร้อยละ 100 และลดอัตราการเสียชีวิต[8] ดังนั้นผู้ศึกษาจึงศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 รายและนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพ เกิดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 30 กันยายน พ.ศ.2568

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาการแรกรับ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจรังสีทรวงอก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ด้วยไข้ ไอ หายใจหอบ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลหนองเรือด้วยไอ หายใจหอบ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลไข้ ไอมีเสมหะ ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลไข้ ไอ หายใจหอบ ไปโรงพยาบาลขอนแก่น 2 พ่นยาไม่ดีขึ้นจึงส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น และใส่ท่อช่วยหายใจที่ ER	10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลไอ หายใจหอบมาโรงพยาบาลพ่นยาและกลับบ้าน 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลหายใจหอบ พ่นยาไม่ดีขึ้น จึงใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อมาโรงพยาบาลขอนแก่น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เคยนอนโรงพยาบาลด้วยหายใจหอบเหนื่อยที่โรงพยาบาลขอนแก่น	เคยนอนโรงพยาบาลด้วยติดเชื้อวัณโรคที่โรงพยาบาลหนองเรือ
ประวัติโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไต รักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น 2	มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และถุงลมโป่งพอง รักษาที่โรงพยาบาลหนองเรือ
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยาที่เคยได้รับ	ปฏิเสธการแพ้ยาที่เคยได้รับ
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยปลุกตื่น ใส่ท่อช่วยหายใจ ETT no.7.5 ลึก 21 เซนติเมตร on Ventilator PC-AC FiO_2 0.4 RR 16 PIP 22 PEEP 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 162/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 88-90 %	ผู้ป่วยปลุกตื่น ใส่ท่อช่วยหายใจ ETT no.7.5 ลึก 21 เซนติเมตร on Ventilator PC-AC FiO_2 0.3 RR 20 PIP 15 PEEP 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/56 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 100 %

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ตรวจร่างกายแรกรับ	หายใจหอบมี Subcostal retraction อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation RLL	Barrel shape chest ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation RL
การตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ	ABG PH 7.27 $PaCO_2$ 43.3 mmHg HCO_3 20.2 mmol/L PaO_2 57.7 mmHg, Lactate 3.1 mmol/L, WBC 3,900 cell/mm Neutrophil 75% Lymphocyte 15%, PT 55.1 sec PTT 59.6 sec INR 4.74 sec	ABG PH 7.29 $PaCO_2$ 36.2 mmHg HCO_3 19.5 mmol/L PaO_2 83.7 mmHg, Lactate 7.4 mmol/L, WBC 10,100 cell/mm Neutrophil 92% Lymphocyte 3.1%, PT 12.7 sec PTT 33.6 sec INR 1.1 sec
รังสีทรวงอก	Infiltration BL and Pulmonary congestion	Perihilar infiltration BL

2. การรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบ FANCAS นำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ วิเคราะห์ สรุปข้อมูลภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพแบบ FANCAS

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
F (Fluid balance)	อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 162/78 มิลลิเมตรปรอท เหงื่อออก ตัวเย็น ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,500 ml vein drip in 30 min ได้รับ FFP 2 unit vein drip vein drip in 1 hr. Lab: Sodium 131 mmol/L, Potassium 4.69 mmol/L, HCO_3 20.1 mmol/L, Chloride 102 mmol/L, BUN 47 mg/dL, Creatinine 2.58 mg/dL, Lactate 3.1 mmol/L ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 0.5 ml/kg/hr.	อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/56 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml vein drip in 30 min Lab: Sodium 131 mmol/L, Potassium 4.69 mmol/L, HCO_3 20.1 mmol/L, Chloride 102 mmol/L, BUN 46 mg/dL, Creatinine 2.71 mg/dL, Lactate 7.4 mmol/L ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกติดสาย
A (Aeration)	แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หายใจหอบมี Subcostal retraction อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 88-90 % ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation RLL ผลภาพรังสีทรวงอกพบ Infiltration BL and Pulmonary congestion ABG PH 7.27 $PaCO_2$ 43.3 mmHg HCO_3 20.2 mmol/L PaO_2 57.7 mmHg (Metabolic acidosis with uncompensated with moderate hypoxemia)	แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ Barrel shape chest ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation RL ผลภาพรังสีทรวงอกพบ Perihilar infiltration BL ABG PH 7.29 $PaCO_2$ 36.2 mmHg HCO_3 19.5 mmol/L PaO_2 83.7 mmHg, Lactate 7.4 mmol/L (Metabolic acidosis with uncompensated)
N (Nutrition)	งดน้ำงดอาหารและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml vein drip 80 ml/hr. DTX 233 mg% ได้รับ NPH 6 unit subcutaneous	งดน้ำงดอาหารและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml vein drip 80 ml/hr. DTX 594 mg% ได้รับ RI 10 unit vein NPH 14 unit subcutaneous DTX 62 mg% ได้ 50% Glucose 1 vial vein push
C (Communication)	ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดได้สื่อสารโดยการพยักหน้า ส่ายหน้าสามารถทำตามคำสั่งได้ ครอบครัวให้ความร่วมมือดี ญาติสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี	ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถพูดได้สื่อสารโดยการพยักหน้า ส่ายหน้าสามารถทำตามคำสั่งได้ ครอบครัวให้ความร่วมมือดี ญาติสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
A (Activity)	ผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง Braden Q scale 11 คะแนน Morse fall scale 45 คะแนน	ผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง Braden Q scale 10 คะแนน Morse fall scale 45 คะแนน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพแบบ FANCAS

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
S (Stimulation)	Glasgow coma score E3 VtM6 Pupil 2 mm reaction to light both eyes, Motor power grade 5 มีระดับความปวด 2 คะแนน มีไข้ Lactate 3.1 mmol/L	Glasgow coma score E3 VtM6 Pupil 2 mm reaction to light both eyes, Motor power grade 5 มีระดับความปวด 3 คะแนน มีไข้ Lactate 7.4 mmol/L

3.ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการประเมินภาวะสุขภาพแบบ FANCAS สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

FANCAS	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
F (Fluid balance)	- เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการติดเชื้อ - มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์	- เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการติดเชื้อ - มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์
A (Aeration)	- มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลงและภาวะซีด	- มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง
N (Nutrition)	- เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง	- เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและระดับน้ำตาลในเลือดสูง
C (Communication)	- ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	- ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
A (Activity)	- ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง	- ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง
S (Stimulation)	- มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	- มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลอย่างครอบคลุมเป้าหมายคือ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ประเมินอาการของภาวะติดเชื้อ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำติดตามสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ บันทึกสารน้ำเข้าออกในร่างกาย เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับสารน้ำในปริมาณมากและรวดเร็ว ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 2) การคงไว้ซึ่งระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอเพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ติดตามการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนหลังถอดท่อช่วยหายใจ จัดท่าศีรษะสูง 30-40 องศา ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษาในผู้ป่วยรายที่ 1 เฝ้าระวังอาการของภาวะพร่องออกซิเจน 3) ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และไม่มีติดเชื้อเพิ่ม ประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกภาวะติดเชื้อ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ล้างมือ 7 ขั้นตอน ตามแนวทาง 5 moment 4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 2 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับอินซูลินเพื่อรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีอาการสับสน ชัก และหมดสติ หายใจผิดปกติ และเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังให้ 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับ 50% Glucose 50 ml vein slow push ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาภาวะน้ำ ตาลในเลือดต่ำ

ในผู้ป่วยรายที่ 2 5) การคงไว้ซึ่งสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ จดบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกในร่างกายอย่างละเอียดและถูกต้อง ทุก 8 ชั่วโมง 6) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้แข็งแรง สอน Deep breathing exercise และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) รวมถึงการป้องกันการสำลักอาหาร 7) การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ความรู้และการให้ข้อมูล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การวางแผนจำหน่าย โดยนำกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ IDEAL MODEL ของ Halasyamani[9] ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ผลการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการสำคัญที่เหมือนกันคือ อาการหายใจหอบ ไอ ไข้ และมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะ Metabolic acidosis และมีค่า Lactate สูง โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีค่า Lactate 3.1 mmol/L ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีค่า Lactate สูงถึง 7.4 mmol/L และมีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดทั้งสูงและต่ำ การพยาบาลทั้ง 2 รายมุ่งเน้นการป้องกันภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การดูแลทางเดินหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรักษาสมดุลสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ การป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยใช้แนวคิด IDEAL MODEL ในการวางแผนจำหน่าย รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 นอนนาน 4 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนนาน 9 วัน การพยาบาลที่ครอบคลุมและเป็นระบบดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีมาตรฐานและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[7,8]

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตควรมีการพัฒนาระบบ Early warning ร่วมกับแบบประเมิน FANCAS เพื่อเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต เกิดการวางแผนการพยาบาลที่คลอบคลุมและตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ควรมีการประเมินประสิทธิผลของการใช้แบบประเมิน FANCAS ในการลดอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เอกสารอ้างอิง

1.Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Critical Care Medicine. 2021;49(11):e1063-e1143.

2.World Health Organization. Pneumonia fact sheet [Internet]. 2023[cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia

3.กรมควบคุมโรค. การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในช่วงฤดูหนาวของประเทศไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1501520231123052757.pdf

4.Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia: An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2019;200(7):e45-e67.

5.Rhee C, Jones TM, Hamad Y, Pande A, Varon J, O'Brien C, et al. Prevalence, underlying causes, and preventability of sepsis-associated mortality in US acute care hospitals. JAMA Network Open. 2023;6(2):e221598.

6.กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์. รายงานสถิติประจำปี 2567. โรงพยาบาลขอนแก่น; 2568.

7.Morton PG, Thurman P. Critical care nursing: a holistic approach. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2023.

8.Elwir B, Bell I, Paunescu A, Kotamraju V. Recognise Sepsis in the Emergency Department. Saudi Journal of Emergency Medicine . 2024;1.

9.Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, Van Walraven C, Nagamine J, Torcson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of care for hospitalized elderly patients-development of a discharge checklist for hospitalists. Journal of Hospital Medicine. 2006 Nov;1(6):354-60.

ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า

The Effects of Participatory Early Childhood Development Promotion at Romklao Community Health Center.

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

วิไลลักษณ์ ศรีราช[1] นิยะดา บุญอภัย[2]
Wilailak seerach[1] Niyada Boonapai[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest–Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือเด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน จำนวน 30 ราย พร้อมผู้ปกครองของเด็กแต่ละราย จำนวน 30 ราย และพยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้าจำนวน 5 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการตามแนวทางคู่มือ DSPM ภายใต้กรอบแนวคิด Self-Determination Theory ของ Ryan และ Deci เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพัฒนาการเด็ก และคู่มือ DSPM 2) แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแบบมีส่วนร่วม 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, McNemar's test, Wilcoxon signed-rank test และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ เด็กปฐมวัยมีคะแนนพัฒนาการภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ปกครองและพยาบาลมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด การมีส่วนร่วมดังกล่าวส่งผลให้เกิดการบูรณาการบทบาทระหว่างครอบครัวและพยาบาลในกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: การส่งเสริมพัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, การมีส่วนร่วม, Self-Determination Theory, DSPM

Abstract

This quasi-experimental research was a one-group pretest-posttest design to study the effects of early childhood development promotion at Romklao Community Health Center, Mueang District, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 30 early childhood children aged 9, 18, 30, 42, and 60 months, along with their parents and 5 nurses at Romklao Community Health Center, who were purposively selected. Development promotion was conducted according to the DSPM manual under the framework of Ryan and Deci's Self-Determination Theory. The research instruments included 1) child development assessment form and DSPM manual, 2) participatory child development promotion guidelines, 3) participatory behavior questionnaire, and 4) satisfaction questionnaire. Data were analyzed using ready-made programs, including percentage, mean, standard deviation, McNemar's test, Wilcoxon signed-rank test, and Chi-square test.

The results found that after joining the project, early childhood children had significantly higher overall and individual development scores than before joining the project ($p < .05$). Parents and nurses had significantly higher participation in development promotion activities ($p < 0.05$). In addition, parents were very satisfied. This participation resulted in the integration of roles between families and nurses in the process of promoting child development systematically.

Keywords: Developmental promotion, early childhood, participation, Self-Determination Theory, DSPM

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสกลนคร

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้อย่างรวดเร็วและมีการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ในอนาคต การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากหากเด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้าหรือผิดปกติ อาจส่งผลกระทบต่อโอกาสในการพัฒนาในระยะต่อมา รวมถึงเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม พัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายใน เช่น พันธุกรรม สุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ การคลอด สุขภาพหลังคลอด และโภชนาการที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อม การเลี้ยงดู และการกระตุ้นพัฒนาการที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่บริบทของครอบครัวและสังคมมีความหลากหลาย การดูแลเด็กจึงต้องมีการบูรณาการอย่างเป็นระบบ และมีผู้เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดกับเด็ก เช่น พ่อแม่ ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ทำหน้าที่ส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

องค์การอนามัยโลก (WHO)[1] รายงานว่า เด็กทั่วโลกประมาณร้อยละ 15–20 มีพัฒนาการที่ผิดปกติ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรงทั้งด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาดทางสังคม และการปรับตัว ในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนให้พยาบาลแผนกหลังคลอดสอนพ่อแม่เกี่ยวกับการใช้คู่มือ DSPM ตั้งแต่หลังคลอด เพื่อให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่ช่วงแรกเริ่มของชีวิต จากรายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของประเทศไทย ปี 2565 โดยกรมอนามัย พบว่า เด็กไทยร้อยละ 25 หรือประมาณ 1 ใน 4 มีพัฒนาการล่าช้า ขณะที่ในปี 2566 (ข้อมูลเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566) พบว่า เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 82.1 เด็กที่ได้รับการติดตามภายใน 30 วันหลังจากพบว่าสงสัยล่าช้า มีร้อยละ 89.2 และเด็กที่สงสัยล่าช้ามีร้อยละ 22.5 ซึ่งสะท้อนว่ามีเด็กจำนวนหนึ่งที่ยังตกหล่นจากระบบการติดตามและการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม

ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 8 ปีพ.ศ.2566 – 2567 พบว่าเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 17.19 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด โดยเฉพาะในจังหวัดสกลนครพบว่าอัตราเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยลดลงจากร้อยละ 87.9 ในปีพ.ศ. 2565 เหลือเพียงร้อยละ 83.3 ในปีพ.ศ.2566 สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้าซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสกลนคร ได้ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2566 และ 2567 มีอัตราการคัดกรองอยู่ที่ร้อยละ 87.33 และ 90.98 ตามลำดับ พบเด็กสงสัยล่าช้าร้อยละ 40.46 และ 43.53 และเด็กที่สงสัยล่าช้าได้รับการติดตามใน 30 วัน ร้อยละ 69.23 และ 90.91 ตามลำดับ ขณะที่เด็กที่มีพัฒนาการสมวัยอยู่ที่ร้อยละ 75.33 และ 81.62 ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 86 แสดงให้เห็นว่ามีช่องว่างในการดำเนินงานที่ต้องการการพัฒนาอย่างจริงจัง

แม้พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ให้คำแนะนำ และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่การดำเนินงานโดยลำพังอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเกิดขึ้นได้ในบริบทชีวิตจริง และเกิด

ความต่อเนื่องระหว่างบ้านกับสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน การนำแนวคิด แรงจูงใจภายใน (Self-Determination Theory: SDT) ของ Ryan และ Deci[5] มาใช้ถือเป็นแนวทางที่เหมาะสม โดยแนวคิดนี้เน้นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 3 ด้าน ได้แก่ความสามารถ (Competence) ความเป็นอิสระ (Autonomy) ความสัมพันธ์ที่ดี (Relatedness) การส่งเสริมให้ผู้ปกครองรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลลูก มีอิสระในการเลือกวิธีที่เหมาะสม และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจจากภายใน และนำไปสู่การมีส่วนร่วมที่ยั่งยืน ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ปกครองภายใต้แนวคิดแรงจูงใจภายใน จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการพัฒนาทั้งตัวเด็กและระบบครอบครัวให้เข้มแข็ง และสามารถลดปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็กได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้การออกแบบวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ประเภท One Group Pretest–Posttest Design โดยใช้กรอบแนวคิด Self-Determination Theory[5] และแนวทาง DSPM[2] ประกอบกับการดำเนินงานตาม 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบท (Problem)

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมกิจกรรมจากแนวคิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Program Design)

ขั้นตอนที่ 3 นำสู่การปฏิบัติ (Process)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติ (Performance)

กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กปฐมวัยที่เข้ารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า พร้อมผู้ปกครอง และพยาบาลในพื้นที่ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย 30 คน พร้อมผู้ปกครองของเด็ก 30 คน และพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 5 คน ซึ่งได้รับการดูแลตามแนวทางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่

1.1 แบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามคู่มือ DSPM ซึ่งมีการประเมินแยกตามอายุของเด็กปฐมวัย 5 กลุ่มอายุคือ 9 เดือน ,18 เดือน,30 เดือน,42 เดือน และ60 เดือน แบบประเมินมี 2 ตัวเลือกคือ ผ่านและไม่ผ่าน ในการประเมินจะประเมินทั้งหมด 2 ครั้ง คือก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย และหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยครบ 30 วัน ข้อมูลในการประเมินประกอบด้วยพัฒนาการทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว (Gloss Motor : GM) 2) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor : FM) 3) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) 4) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language : EL) 5) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social : PS)

1.2 คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้แบบฟอร์มของกรมอนามัยฉบับล่าสุด(2566) สำหรับช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน เพื่อประเมินพัฒนาการสมวัย สงสัยล่าช้า และล่าช้าโดยรายละเอียดการใช้คู่มือประกอบด้วย อายุของเด็กปฐมวัย ทักษะที่เด็กจะสามารถทำได้ตามวัย วิธีประเมิน เฝ้าระวัง โดย

พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ ครู และผู้ดูแลเด็ก วิธีฝึกทักษะ โดย พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็ก รวมถึงของเล่น หรืออุปกรณ์ที่ใช้แทนได้ในการฝึกทักษะหรือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

1.3 แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแบบมีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า โดยกิจกรรมออกแบบโดยอิงตามคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) และ แนวคิด Self-Determination Theory (SDT) ของ Ryan & Deci[5] โดยเน้นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 3 ด้าน ได้แก่ Autonomy, Competence, และ Relatedness ผ่านกิจกรรมที่มีโครงสร้างและความยืดหยุ่นตามบริบทของเด็กแต่ละช่วงวัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองและพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาร่วมกับแนวคิด Self-Determination Theory (SDT) ของ Ryan & Deci[5]

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวทางการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้เพื่อวัดระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองและพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) เพื่อสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กปฐมวัย ผู้ปกครอง และพยาบาล รวมถึงสรุปลักษณะตัวแปรที่ศึกษา เช่น พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม จากข้อมูลพัฒนาการเด็กด้วยสถิติ McNemar’s Test

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการส่งเสริมพัฒนาการแบบมีส่วนร่วม สำหรับข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและพยาบาล ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและผลของพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้สถิติ Chi-square test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

5. การวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ปกครอง ดำเนินการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) เพื่อสรุประดับความพึงพอใจโดยรวมและแยกตามแต่ละด้านของแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย และสิทธิ์การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้ทุกเวลาหากมีความต้องการ วิธีการดำเนินการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้รับบริการ และการให้บริการ ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No.066/2567

ผลการศึกษา

การศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างคือเด็กปฐมวัย 30 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 56.66 เพศหญิงร้อยละ 43.33 กลุ่มอายุ 9 เดือนร้อยละ 30 กลุ่มอายุ 18 เดือนร้อยละ 10 กลุ่มอายุ 30 เดือนร้อยละ 13.33 กลุ่มอายุ 42 เดือนร้อยละ 20 กลุ่มอายุ 60 เดือนร้อยละ 26.66

กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็ก พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 16.16 เพศหญิงร้อยละ 83.33 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 3.33 มัธยมศึกษา

ตอนต้นร้อยละ 3.33 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 13.33 ประกาศนียบัตรชั้นสูงร้อยละ 10 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 70

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 80 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 20

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม เด็กมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในทุกด้านเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง โดยด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 96.66 เป็นร้อยละ 100 แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 1.000) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 93.33 เป็นร้อยละ 100 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.500) ด้านความเข้าใจภาษา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 96.66 และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.021) ด้านการใช้ภาษา เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 96.66 แม้มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.625) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 96.66 เป็นร้อยละ 100 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 1.000) เมื่อพิจารณาภาพรวมของพัฒนาการทุกด้านพบว่า เด็กที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.66 เป็นร้อยละ 96.66 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.0067) สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมสามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการโดยรวมที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของพัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า (n=30) โดยใช้สถิติ McNemar's Test

ด้านพัฒนาการ	ก่อนทดลอง (จำนวน/ร้อยละ)		หลังทดลอง (จำนวน/ร้อยละ)		p-value*
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1 กล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว	29 (96.66)	1 (3.33)	30 (100)	0 (0)	1.000
2.กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา	28 (93.33)	2 (6.66)	30 (100)	0 (0)	0.500
3.ความเข้าใจภาษา	21 (70)	9 (30)	29 (96.66)	1 (3.33)	**0.021***
4.การใช้ภาษา	27 (90)	3 (10)	29 (9.66)	1 (3.33)	0.625
5.การช่วยเหลือตนเองและสังคม	29 (96.66)	1 (3.33)	30 (100)	0 (0)	1.000
ภาพรวม	**20(66.66)**	**10(33.33)**	**29(3.33)**	**1(3.33)**	**0.0067***

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

3.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองด้าน Autonomy อยู่ในระดับปานกลาง ด้าน Competence อยู่ในระดับมาก ด้าน Relatednessอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy อยู่ในระดับมาก ด้าน Competence อยู่ในระดับมาก ด้าน Relatedness อยู่ในระดับปานกลาง และสรุปคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy, Competence และ

Relatedness ของผู้ปกครองของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลด้าน Autonomy อยู่ในระดับปานกลาง ด้าน Competenceอยู่ในระดับปานกลาง ด้าน Relatednessอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy อยู่ในระดับมาก ด้าน Competence อยู่ในระดับมาก ด้าน Relatedness อยู่ในระดับมาก และสรุปคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy และ Relatedness ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กและพยาบาล

4.1 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็ก พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ในด้านเนื้อหาและความเข้าใจมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.33 ด้านความรู้และทักษะมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 89.33 ด้านความรู้สึกและการมีส่วนร่วมมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.66 ด้านผลลัพธ์และการประเมินมีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.33 ด้านความต่อเนื่องและความพึงพอใจโดยรวมมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.66 และพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมภาพรวม มีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.40

4.2 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของพยาบาล พบว่า พบว่าระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ในด้านเนื้อหาและความเข้าใจมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 80.00 ด้านความรู้และทักษะมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 80.00 ด้านความรู้สึกและการมีส่วนร่วมมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.00 ด้านผลลัพธ์และการประเมินมีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.00 ด้านความต่อเนื่องและความพึงพอใจโดยรวมมีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.00 และพบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมภาพรวม มีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.00

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและผลของพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองระดับปานกลาง (ทำบางครั้ง) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 17 คน และไม่สมวัย 1 คน พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองระดับมาก (ทำเป็นประจำ) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 12 คน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองกับผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ค่า χ^2 = 0.57, df = 1, และมีค่า p =0.449 ซึ่งหมายความว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองกับผลการประเมินพัฒนาการเด็กในครั้งที่ 2 แม้ว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีการมีส่วนร่วม “ทำเป็นประจำ” จะมีเด็กผ่านการประเมินทั้งหมด แต่จากการวิเคราะห์ทางสถิติยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมมีผลต่อพัฒนาการเด็กอย่างชัดเจนในกลุ่มตัวอย่างนี้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (ครั้งที่ 2) กับผลการประเมินพัฒนาการเด็กหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า โดยใช้สถิติ Chi-square test

ระดับการมีส่วนร่วม (ครั้งที่ 2)	ผลประเมินพัฒนาการ		รวม	สถิติ	p-value
	สมวัย	ไม่สมวัย			
ทำบางครั้ง	17	1	18	χ^2 = 0.57	p=0.449
ทำเป็นประจำ	12	0	12	Df=1	
รวม	29	1	30		

*$p<.05$

สรุปและอภิปรายผล

ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม เด็กมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง โดยด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 96.66 เป็นร้อยละ 100 แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 1.000) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 93.33 เป็นร้อยละ 100 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.500) ด้านความเข้าใจภาษา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 96.66 และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.021) ด้านการใช้ภาษา เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 96.66 แม้มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.625) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม เด็กที่ผ่านพัฒนาการเพิ่มจากร้อยละ 96.66 เป็นร้อยละ 100 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 1.000) เมื่อพิจารณาภาพรวมของพัฒนาการทุกด้าน พบว่า เด็กที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.66 เป็นร้อยละ 96.66 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.0067) สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมสามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการโดยรวมที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับคู่มือ DSPM[2] ที่เน้นการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างเป็นระบบ พบว่า เมื่อมีการจัดกิจกรรมพัฒนาการที่สอดคล้องกับอายุและบริบท เด็กจะมีการพัฒนาที่สมวัยมากขึ้น สอดคล้องกับจริยาพร[3] ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการสมวัย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนให้โปรแกรมและหลังให้โปรแกรม พบว่าหลังให้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.80 (95%CI 3.00 ถึง 8.60) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน โดยหลังให้รูปแบบกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 9.10 (95%CI 5.67 ถึง 12.53) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในทุกด้าน การจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการเด็กที่สมวัย เช่นเดียวกับการศึกษาของณาตยา[4] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการเสริมสร้างประสบการณ์แก่เด็กปฐมวัยที่บ้าน พบว่าหลังจบการเข้าร่วมกิจกรรมเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการได้ตามสภาพที่พึงประสงค์ในทุกกิจกรรม สอดคล้องกับณรรจพร[5] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ

ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองวัดก่อน–หลัง (one-group pretest–posttest) ทดสอบผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่าน 5 กิจกรรมที่บ้าน (ครั้งละ 20 นาที, 1 เดือน) บนเด็กที่มีพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้า 20 คน ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับความรู้ของผู้ปกครอง ทัศนคติในการส่งเสริมพัฒนาการ และพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็ก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเพิ่มทั้งความรู้ ทัศนคติ และพัฒนาการเด็ก

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและพยาบาลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy อยู่ในระดับปานกลาง ด้าน Competence อยู่ในระดับมาก ด้าน Relatedness อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy อยู่ในระดับมาก ด้าน Competence อยู่ในระดับมาก ด้าน Relatedness อยู่ในระดับปานกลาง และสรุปคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy, Competence และ Relatedness ของผู้ปกครองของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และพบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลด้าน Autonomy อยู่ในระดับปานกลาง ด้าน Competence อยู่ในระดับปานกลาง ด้าน Relatedness อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy อยู่ในระดับมาก ด้าน Competence อยู่ในระดับมาก ด้าน Relatedness อยู่ในระดับมาก และสรุปคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมด้าน Autonomy และ Relatedness ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งการใช้แนวคิด Self-Determination Theory[6] ที่เน้นความต้องการพื้นฐานด้าน autonomy, competence, relatedness มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในของผู้ปกครองและพยาบาล ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องและเต็มใจ สอดคล้องกับปองทิพย์[7] ที่พบว่าผู้ปกครองในพื้นที่ศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับสูง โดยเฉพาะเมื่อมีความเชื่อในความสามารถของตนเองและได้รับแรงสนับสนุนจากนิสัยรอบข้าง ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาแนวทางส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับอุษา[8] ที่พบว่าความรู้ ความเชื่อ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ปกครองรู้สึกว่าตนมีความสามารถในการดูแลบุตร จะเกิดแรงจูงใจภายในที่ส่งผลต่อการกระทำอย่างต่อเนื่อง

ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม มีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.40 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม มีระดับความพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.00 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา วิธีการ และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยผู้ปกครองและครูรู้สึกว่าตนเองมีบทบาทสำคัญในการดูแลพัฒนาการเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง “PLAY AT HOME”[9] เพื่อส่งเสริมการกำกับตนเองในเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง “PLAY AT HOME” จากแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง “PLAY AT HOME” พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง “PLAY AT HOME” โดยให้ความคิดเห็นว่ารูปแบบของชุดกิจกรรมดึงดูดน่าสนใจ ขนาดตัวหนังสือที่เหมาะ จัดเรียงเนื้อหา

ได้ดี เข้าใจง่าย กิจกรรมในแต่ละชุดกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ ได้รับความรู้และช่วยส่งเสริมเด็กให้มีพฤติกรรมการกำกับตนเองได้ดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ผู้ปกครองได้เรียนรู้และลงมือปฏิบัติร่วมกับเด็กและสามารถนำไปใช้เล่นในกิจวัตรประจำวันได้ และผู้ปกครองมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าเด็กๆ มีพฤติกรรมการกำกับตนเองทั้ง 3 ด้านดีขึ้น รู้สึกพึงพอใจที่ เห็นเด็กๆ มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของเด็กด้วยตนเอง

ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า แม้เด็กหนึ่งรายยังคงมีพัฒนาการล่าช้าหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมพัฒนาการแบบมีส่วนร่วม แต่การเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวได้เอื้อให้เด็กได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถตรวจพบความล่าช้าได้อย่างถูกต้องและส่งต่อเพื่อรับการกระตุ้นและการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางกรมอนามัย[2] ที่ระบุว่าการคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีความสำคัญในการป้องกันปัญหาพัฒนาการที่รุนแรงในอนาคต การที่เด็กได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการเฉพาะทางในช่วงเวลาที่เหมาะสมถือเป็นผลลัพธ์เชิงบวกของโครงการ เพราะช่วยให้เด็กได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะราย และเพิ่มโอกาสในการปรับตัวและพัฒนาการที่ดีขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ทำให้หน่วยงานได้แนวทางในการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและการมีส่วนร่วมได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งผู้ปกครองและพยาบาลมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้น ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างครอบครัวและพยาบาล รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลพัฒนาการเด็ก ถือเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้และขยายผลในคลินิกพัฒนาการเด็กในบริบทอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้จัดการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณรองฯ ฝ่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และ รองฯ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากร ทีมสหสาขาวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้กรณีศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline. WHO; 2020.
2. กรมอนามัย. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566). กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. ณรรจพร สิงห์สวัสดิ์, นัยนา ภูลม, กฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง, กิ่งทิพย์ ผาสุขถ้อย.ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครอง และพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ; 2566, 7(3). หน้า106–118.
4. ณาตยา แถวพันธ์. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการเสริมสร้างประสบการณ์แก่เด็กปฐมวัยที่บ้าน. วารสารงานวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ; 2567, 11(1). หน้า 29–41.
5. Ryan, R. M., & Deci, E. L. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Guilford Press; 2020.

6. ปองทิพย์ ใจเมา.ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อ.ลี้ จ.ลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
7. อุษา โทหินุง,นฤมล นวลเนตร, ชาญ รัตนพันธ์ และปราณี ศิลป์ประสาน. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริม EF ของเด็กปฐมวัย. วารสารพยาบาลทหารบก; 2566, 24(3). หน้า 45–53.
8. สุปรียา ผาสุกสถิตพงศ์ และ ปิยะนันท์ หิรัณย์ชโลทร. ผลการใช้ชุดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง “PLAY AT HOME” เพื่อส่งเสริมการกำกับตนเองในเด็กปฐมวัย.วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย; 2565, 7(2). หน้า 438–454.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง
Factors related to Teenage Pregnancy Prevention Behavior a High School In Trang Province.

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

รัตติยา สองทิศ[1]
Rattiya Songtid[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by Cross–Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ตัวบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 254 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยภายในและภายนอก และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ตรวจสอบความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC 0.87 ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามทัศนคติมีค่า Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมเท่ากับ 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความเพียงพอของรายได้ แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และครู การรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ส่วนอายุและความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้พัฒนาแผนงานและรูปแบบการสร้างความรอบรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดตรังต่อไป

คำสำคัญ: วัยรุ่น, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine pregnancy prevention behaviors among adolescents and to investigate the relationships between personal, internal, and external factors and pregnancy prevention behaviors among high school students in Trang Province. The sample size consisted of 254 Grade 10 students. Data were collected using an online questionnaire covering personal information, internal and external factors, and pregnancy prevention behaviors. The content validity index (IOC) ranged 0.87 The knowledge test had a KR-20 reliability coefficient of 0.78, while the Cronbach’s alpha coefficients for the attitude and behavior questionnaires were 0.89 and 0.77, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson’s product–moment correlation coefficient.

The findings revealed that knowledge of contraception, adequacy of income, family, peer, and teacher support, perceived self-efficacy, and perceived severity of adolescent pregnancy were significantly correlated with pregnancy prevention behaviors ranged 0.01 However, age and family relationship showed no significant correlation. The results can be utilized to develop programs and models to enhance health literacy and promote pregnancy prevention behaviors among high school students in Trang Province.

Keyword: adolescents, adolescent pregnancy, pregnancy prevention behaviors

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainably Development Goals , SDGs) กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี และอายุ 15 - 19 ปี เป็นส่วนหนึ่ง ของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกัน ให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะ ที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบ ในเชิงลบทางสุขภาพต่อทั้งแม่วัยรุ่นและทารก จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2565 พบว่าอัตราการคลอดของมารดาอายุ 15 – 19 ปี เท่ากับ 21.1 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน เมื่อเปรียบเทียบตัวเลข การคลอดของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศใกล้เคียงก็นับว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ 15 – 19 ปี ยังอยู่ในระดับสูง[1] การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกัน เช่น การเปลี่ยนแปลง ของวัฒนธรรม ประเพณี ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การขาดโอกาสด้านการศึกษา ขาดความรู้ความเข้าใจด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต ไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ รวมทั้งการถูกล่วงละเมิดทางเพศถูกข่มขืนถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์และความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดผลกระทบที่ตามมา เช่น ต้องหยุดหรือออกจากการศึกษา มีปัญหาค่าใช้จ่ายขณะตั้งครรภ์ คลอดบุตร หรือการเลี้ยงดูบุตร และอาจนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ส่งผลกระทบต่อทุกมิติของชีวิตเด็กและครอบครัว รวมถึงปัญหาสังคมอื่น ๆ [2]

ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขพบว่าปี พ.ศ. 2565 - 2567 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงที่มีอายุ 10 - 14 ปี คิดเป็นอัตรา 0.80, 0.87 และ 0.82 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงที่มีอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นอัตรา 19.99, 20.55 และ 16.33 อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นอัตรา 14.29, 14.47 และ 13.60 ซึ่งพบว่ายังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ในระดับเขตสุขภาพ พบว่าปี พ.ศ. 2565 - 2567 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงที่มีอายุ 10 - 14 ปี คิดเป็นอัตรา 0.49, 0.33 และ 0.46 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงที่มีอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นอัตรา 17.48, 18.62 และ 14.70 อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นอัตรา 16.18, 17.50 และ 17.30 ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด[3] สถานการณ์ในจังหวัดตรัง ปี พ.ศ. 2565 - 2567 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงที่มีอายุ 10 - 14 ปี คิดเป็นอัตรา 0.70, 0.19 และ 0.27 ตามลำดับ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงที่มีอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นอัตรา 18.90, 18.54 และ 13.97 ตามลำดับ อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง อายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นอัตรา 14.12, 15.36 และ 12.50 ตามลำดับ ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด[3]

ปีพ.ศ. 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้เก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นอายุ น้อยกว่า20ปี ที่คลินิกหลังคลอด ในโรงพยาบาลจำนวน 7 แห่งของ จังหวัดตรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างแม่วัยรุ่น จำนวน 70 คน อยู่ในช่วงอายุที่ 16 - 19 ปี จำนวน 63 คน (ร้อยละ 90) อาชีพก่อนการตั้งครรภ์พบว่าเป็นนักเรียน จำนวน 23 คน (ร้อยละ 32.85) พบมากเป็นนักเรียนมัธยมตอนปลาย จำนวน 8 คน (ร้อยละ 11.42) รองลงมานักเรียนมัธยมต้น จำนวน 7 คน (ร้อยละ 10.00) นอกจากนี้สามารถนำผลการศึกษามาพัฒนารูปแบบในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการศึกษา เนื่อง

ด้วยกลุ่มตัวอย่างยังไม่จบการศึกษา หรือยังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 หรือระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ซึ่งการศึกษาใน กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างจากข้อมูลที่เคยศึกษามา และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่[3] จากปัญหาและข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการวางแผน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของจังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง

2. ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross- sectional analytical study) ระยะเวลาดำเนินการ กรกฎาคม 2567 - มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนเพศหญิงที่กำลังศึกษา ระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ ๔ สามารถสื่อสารตอบคำถามงานวิจัยได้ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ในปีการศึกษา 2568 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตรัง กระบี่ ในจังหวัดตรัง จำนวน 10 อำเภอ 10 โรงเรียน จำนวนทั้งหมด 750 คน (ฐานข้อมูลจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ตรัง กระบี่)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. นักเรียนเพศหญิงที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ประจำปีการศึกษา 2568

2. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้อย่างชัดเจน สามารถตอบแบบสอบถามได้

3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบคำถามได้

2. อาสาสมัครที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบ (อาจเกิดจากข้อคำถามที่เป็นส่วนตัวมากเกินไป) สามารถขอถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ **นักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4** โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตรัง กระบี่ ในจังหวัดตรัง จำนวน 10 โรงเรียน จำนวน 254 คน ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยถือว่าเป็น **"กลุ่มเปราะบาง"** เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีความอ่อนไหวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ คุณภาพชีวิต และโอกาสทางการศึกษา ดังนั้นการเข้าถึงข้อมูลและการดำเนินการวิจัยจึงต้องดำเนินอย่างระมัดระวัง และคำนึงถึงจริยธรรมอย่างเคร่งครัดและใช้วิธีคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบ

ทราบจำนวนประชากรของทาโร่ยามาเน่ (Yamane, 1973) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อน ที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล แบบสอบถามประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะคำถาม เป็นปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อประกอบด้วย อายุ พักอาศัยอยู่กับใคร ลักษณะที่พักอาศัย รายรับค่าใช้จ่ายส่วนตัว เงินค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือนเพียงพอต่อการใช้จ่าย ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิด และการป้องกันการตั้งครรภ์

2.5 แบบสอบถามการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการคุมกำเนิด และการป้องกันตนเอง จากการตั้งครรภ์

2.6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แรงสนับสนุนที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม

3.1 แรงสนับสนุนจากครอบครัว / เพื่อน / คู่รัก

3.2 แรงสนับสนุนจากระบบการศึกษา / ครู-อาจารย์

3.3 แรงสนับสนุนจากสื่อ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

4.1 การเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด

4.2 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์

4.3 มีทักษะในการปฏิเสธ

4.4 การตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหา

วิธีการรวบรวมข้อมูล (Data collection method)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ตรัง กระบี่ เพื่อประสานโรงเรียนเพื่อขออนุญาตให้นักเรียนตอบแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยทำการจับฉลากโรงเรียนมัธยมในแต่ละอำเภอ และกำหนดสัดส่วนในแต่ละโรงเรียนและสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกห้องเรียน และกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล นักเรียนเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 โรงเรียน โดยผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายโครงการวิจัยและแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูลอย่างโปร่งใส และยืนยันให้ผู้ตอบทราบว่าข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ การวิจัยเท่านั้น ให้คำอธิบายหรือคำแนะนำอย่างชัดเจนก่อนการตอบแบบสอบถาม และให้สามารถข้ามคำถาม ที่ไม่ต้องการตอบได้ สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและไม่ตัดสิน รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูล รวมทั้งขอความยินยอมจากผู้ปกครองด้วย

4. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบไม่ระบุตัวตน (anonymous

survey) หลีกเลี่ยงคำถามที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ใช้เวลา 20 นาที ในการตอบแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลภายในวันเดียว เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนจากความคิดของคนอื่นในการตอบแบบสอบถาม และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยเก็บข้อมูลไว้ในรูปแบบที่เข้ารหัสหรือจัดเก็บในระบบที่ปลอดภัย หลังรวบรวมข้อมูลทำลายทันที เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล กำหนดขอบเขตการใช้ข้อมูลที่ชัดเจนในงานวิจัย และสร้างมาตรฐานการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่ตัดสินหรือเหมารวม และลงข้อมูลที่ได้ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

6. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบในด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจง และความเหมาะสมของการใช้เวลาในการตอบ เมื่อรับเครื่องมือกลับคืนจากผู้เชี่ยวชาญ นำข้อแก้ไขทั้งหมดมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยใช้ดัชนีค่าความสอดคล้องของเนื้อหา ค่า IOC (IOC : Index of item objective congruence) จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.0 โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ (บุญมี พันธุ์ไทย, 2554) ซึ่งค่าที่หาได้มีค่าเท่ากับ 0.87 จึงถือว่ามีความตรงกับเนื้อหา การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้จากการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายที่สุด คือ นักเรียนเพศหญิงระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตรัง กระบี่ จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยแบบทดสอบความรู้ใช้ (KR 20) ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbrach's alpha coefficient) ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.89 (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยนำมาแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และ ค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) ที่ระดับ 0.05 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติอนุมาน วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดตรัง โดยใช้สถิติวิเคราะห์การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองกลุ่มไคว์แสคว (Chi – square test) และการทดสอบความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson's Product Moment correlation coefficient

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา หนังสือ

รับรอง เลขที่ SCPHYLIRB-2568/152 อนุมัติ ณ วันที่ 3 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตรัง กระบี่ จังหวัดตรังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 15.38 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 14 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 17 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 69.17 รองลงมาอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ร้อยละ 25.42 ลักษณะของที่พักอาศัยมีลักษณะเป็นบ้านตนเอง ร้อยละ 95.42รองลงมาบ้านเช่า ร้อยละ 4.58 ได้รับค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 2,201.17 บาท ได้รับค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือนน้อยที่สุด 500 บาท ได้รับค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือนมากที่สุด 8,000 บาท มีความพอเพียงของค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือนแบบพอใช้และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 50.00 รองลงมาพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.42 และมีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวแบบรักใคร่ กลมเกลียว ร้อยละ 77.08 รองลงมาทะเลาะเบาะแว้งเป็นบางครั้ง ร้อยละ 22.96

2. ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของนักเรียนเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตรัง กระบี่ จังหวัดตรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.58 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 30.00 ระดับการรับรู้ความความรุนแรงของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.92 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 35.42 ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 32.92 ระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.58 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 33.75 ระดับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.92 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.83

3. ปัจจัยแรงสนับสนุนของนักเรียนเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตรัง กระบี่ จังหวัดตรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน/คู่รัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.92 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 17.50ระดับแรงสนับสนุนจากระบบการศึกษา/ครู-อาจารย์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 26.67 ระดับแรงสนับสนุนจากสื่อ สังคมและสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.00 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 23.75 ระดับน้อย ร้อยละ 48.33 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.67

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตรัง กระบี่ จังหวัดตรัง พบว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ลักษณะที่พักอาศัยและค่าใช้จ่ายส่วนตัวรายเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อายุ และความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานเพียงบางส่วน ปัจจัยภายในส่วนบุคคลด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการคุมกำเนิดและการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นการยอมรับสมมติฐานเพียงบางส่วน ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน/คู่รัก แรงสนับสนุนจากระบบการศึกษา/ครู-อาจารย์ และแรงสนับสนุนจากสื่อสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นการยอมรับสมมติฐาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง ทำให้ได้ข้อค้นพบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดตรัง พบว่า บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ลักษณะที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของนักเรียนมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่า การที่นักเรียนมัธยมศึกษา พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.27) และลักษณะที่พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเอง (ร้อยละ 45.00) ทำให้ได้รับการอบรมเลี้ยงดู ได้รับความอบอุ่นจากพ่อแม่ และเมื่อวัยรุ่นพบเจอปัญหาต่างๆ จะมีพ่อแม่คอยให้คำปรึกษา แนะนำรวมทั้งปลูกฝังค่านิยมทางเพศที่ถูกต้อง ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชฎารัตน์ แก้วเวียง เดช และ พัดชา หิรัญวัฒ[5] พบว่าการที่นักเรียนพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ จะมีโอกาสได้รับการอบรมให้อยู่ในกรอบทำให้มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว

2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล จากการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้ความรุนแรงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ และการรับรู้ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่แตกต่างกัน เนื่องจากการได้รับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการคุมกำเนิด รวมถึงส่งเสริมความรอบรู้ที่ช่วยป้องกันตนเองจากการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดให้กับนักเรียนมัธยมศึกษา และจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และสนับสนุนให้นักเรียนจัดโครงการ หรือกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับเพศวิถีศึกษา เพื่อกระตุ้นแรงสนับสนุน และช่วยให้นักเรียนมัธยมศึกษา ตระหนักถึงปัญหา และเกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพ์วดี โรจน์เรืองนนท์, อลิสา นิติธรรม และ สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย[6] พบว่า ความรู้เรื่อง การคุมกำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นการรับรู้ความรุนแรงต่อการตั้งครรภ์ในวันรุ่น

และ การรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษาหญิง

3. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนจากสื่อ สังคมและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 77.95และพักอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 72.83 ทำให้ผู้ปกครองมีบทบาทในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นอย่างมาก เพื่อนและคู่รัก เป็นกลุ่มที่อยู่ใกล้และใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างทำให้เกิดความไว้วางใจ ส่วนครูและอาจารย์ มีส่วนช่วยสนับสนุนเรื่องความรู้ และช่องทางในการรับรู้ข่าวสารในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้นการจะส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษา จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนรู้เพศศึกษา การคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว ให้กับนักเรียน และผู้ปกครอง เพื่อให้ทราบถึงปัญหา แนวทาง การแก้ปัญหา และควรจัดให้ครู อาจารย์มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในเรื่องเพศศึกษา เพื่อคอยให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อตอบคำถามเรื่องเพศที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนมมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพ์วดี โรจน์เรืองนนท์, อลิสา นิติธรรม และ สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย[6] พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว/ คู่รัก /เพื่อนและแรงสนับสนุนจากระบบการศึกษา / มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการ อาจารย์ -ครู ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนหญิง และสื่อ สังคม และสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยุวดี งอมสงัด, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์[7] พบว่า การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น และแตกต่างจากการศึกษาของ กฤษณา ปิงวงษ์ พัชราวรรณ และคณะ[8] และ พิมพ์วดี โรจน์เรืองนนท์, อลิสา นิติธรรม และ สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย[6] พบว่า สื่อ สังคม และสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การเก็บข้อมูล ตรงกับช่วงเวลาที่โรงเรียนปิดเทอม ทำให้เกิดการล่าช้าในการเก็บข้อมูล ควรวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบในการสร้างความรอบรู้ เรื่องการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้กับนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา ในจังหวัดตรัง

แนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

นำผลการศึกษาในครั้งนี้ คืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่ายในการประชุมอนุกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับจังหวัด และการประชุมคณะทำงานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับอำเภอ และการประชุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อร่วมกันจัดทำแผนงาน โครงการในการสร้างความรอบรู้ด้านต่าง ๆ เพื่อให้นักเรียนเกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองและลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครองมีความรู้ในเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศที่ถูกต้องเหมาะสมภายในครอบครัว และมีทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่น รวมทั้ง ให้โรงเรียนมีการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษารอบด้านให้กับนักเรียนทุกระดับชั้น และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบรรจุแผนงาน งบประมาณในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560–2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2536.
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติงานฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: บริษัท คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2559.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2568) ข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นอายุ น้อยกว่า20ปี ที่คลินิกหลังคลอดโรงพยาบาลชุมชน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2566.
5. ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช, พัดชา หิรัญวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2559;17(3):168-177.
6. พิมพ์วดี โรจน์เรืองนนท์, อลิสา นิติธรรม, สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤ ติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก; 2559.
7. ยุวดี งอมสงัด, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิงจังหวัดศรีสะเกษ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.
8. กฤษณา ปงวงศ์, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย. เชียงราย: คณะพยาบาลศาสตร์; 2566.

การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรโรงพยาบาลสุโขทัย

Development of comprehensive smoking cessation service model of Sukhothai Hospital

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

เกษนภา กิ่งก้าน[1]
Kednapha Kingkan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบการบริการ และประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2568 รวมระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 15 คน และ ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับบริการคลินิก จำนวน 45 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินความตระหนัก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และการประชุมทีมงาน 2) การหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน 3) การกำหนดกลุ่มเป้าหมายและตัวชี้วัด 4) การประกาศเป็นนโยบายโรงพยาบาล 5) การติดตามและประเมินผล 6) การแก้ไขปัญหาการคัดกรองและการเข้าถึงบริการ 7) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วม และ 8) การพัฒนาทีมสหวิชาชีพและระบบงาน ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้พบว่า การคัดกรองผู้รับบริการอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.80 การเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.17 การเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.33 คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องบุหรี่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น ความตระหนักการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 8.95, 6.74, 10.58, 12.45 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบทางการพยาบาล, การบริการลดละเลิกบุหรี่, การบริการแบบแบบครบวงจร

Abstract

This action research study aimed to examine the current situation and problems, develop a service model, and evaluate the outcomes of implementing a comprehensive tobacco cessation service model. The study was conducted over 8 months from January to August 2025. The sample consisted of 15 health network partners and 45 smokers who received clinic services. Research instruments included focus group discussion guidelines, knowledge tests, behavior assessment forms, awareness evaluation forms, and satisfaction assessment forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (paired t-test), while qualitative data were analyzed using content analysis.

Result findings revealed to development process of the comprehensive tobacco cessation service model comprised 8 main processes: 1) situation analysis and team meetings, 2) collaborative approach identification, 3) target group and indicator determination, 4) hospital policy declaration, 5) monitoring and evaluation, 6) screening and service accessibility problem-solving, 7) awareness building and participation enhancement, and 8) multidisciplinary team and system development. The implementation outcomes showed that screening of clients aged 15 years and above increased by 89.80%, treatment system enrollment increased by 25.17%, and 6-month tobacco cessation rates increased from 33.33%. The mean scores for tobacco knowledge, smoking cessation behavior, cessation awareness, and satisfaction significantly increased at the .05 level (t = 8.95, 6.74, 10.58, 12.45, respectively).

Keywords: nursing model development, tobacco cessation services, comprehensive services

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุโขทัย

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2024 ได้รายงานว่ามีผู้ใช้ยาสูบผู้ใหญ่ทั่วโลกจำนวน 1.25 พันล้านคน โดยอัตราการใช้ยาสูบได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจากประมาณ 1 ใน 3 คนในปี 2000 เป็น 1 ใน 5 คนในปี 2022 แม้ว่าโลกจะสามารถบรรลุเป้าหมายการลดการใช้ยาสูบลงร้อยละ 25.00 ภายในปี 2025 แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายระดับโลกที่ร้อยละ 30.00 จากข้อมูลฐานปี 2010 ยาสูบยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ป้องกันได้อันดับหนึ่งของโลก โดยคร่าชีวิตไปมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี และมีเพียง 56 ประเทศเท่านั้นที่จะบรรลุเป้าหมายการลดการใช้ยาสูบ ร้อยละ 30 ภายในปี 2025 ในระดับโลกพบว่าผู้ชายมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ ร้อยละ 8 ในปี 2020[1] การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าปัจจุบันมีผู้เสียชีวิต จากการสูบบุหรี่ปีละ 4 ล้านคนทั่วโลก หรือวันละ 11,000 คน ปี 2561 ระบุว่าบุหรี่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular Diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก และ 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตเป็นเพียงผู้สัมผัสควันบุหรี่ มือสองเท่านั้น การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด ส่งผลต่อความบกพร่องในการทำงานและการดำเนินชีวิต เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และ ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูบบุหรี่ลดลง

ประเทศไทย สถานการณ์การสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่น่าพอใจในภาพรวม จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2567 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2550-2567 โดยในปี 2564 มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 9.90 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 57 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.40 ซึ่งลดลงจากปี 2560 ที่มีอัตราร้อยละ 19.10[2] ปัญหาที่น่าวิตกคือการเพิ่มขึ้นของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้น 11.44 เท่า จาก 78,742 คนในปี 2564 เป็น 900,459 คนในปี 2567 และกลุ่มเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น โดยพบเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 25 ปี ร้อยละ 25 สูบบุหรี่ไฟฟ้า[3]

การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยเฉลี่ยปีละ 4 แสนคน และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยปีละร้อยละ 5.00 จนในปี 2568 มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า 3.90 แสนล้านบาท[4] การวิจัยเชิงปฏิบัติการได้กลายเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาบริการช่วยเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในบริบทของระบบสุขภาพไทยที่ต้องการการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยประเภทนี้ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพสามารถนำทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาจริงในการปฏิบัติงาน[5] แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) เป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมสำหรับการนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เนื่องจากมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจภายในและการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางพฤติกรรม การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional Teamwork) เป็นอีกแนวคิดสำคัญที่จำเป็นในการให้บริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปัญหาการติดบุหรี่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลจากหลายสาขาวิชาชีพ รวมถึงแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ[6] บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเลิกบุหรี่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้ประสานงาน และผู้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[7] ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทหลักในการใช้กระบวนการพยาบาลในการ

ให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่ ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล แต่ยังพบปัญหาในการดำเนินงานหลายประการ เช่น การขาดความต่อเนื่องในการดูแล การขาดการประสานงานระหว่างวิชาชีพ และการขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน[8]

จังหวัดสุโขทัย จากข้อมูลประมาณการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่ามีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 520,000 คน คาดว่ามีผู้สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 18.50 หรือประมาณ 96,200 คน โดยมีอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่เพียงร้อยละ 25.60 ในปี 2566 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ร้อยละ 35.00 ปัญหาที่พบในการให้บริการ ได้แก่ การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การขาดการประสานงานระหว่างบุคลากรสุขภาพ และการขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ได้ให้ความสำคัญต่อคลินิกเลิกบุหรี่ โดยสืบเนื่องจากการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2/2566 ระหว่างวันที่ 7 - 9 มิถุนายน 2566 ทีมพัฒนาคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสุโขทัย [9] ร่วมกับทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสุโขทัย ได้นำเสนอพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับปีงบประมาณ 2566 เรื่องอัตราการเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่ โดยกำหนดเป้าหมายร้อยละ 100 และอัตราการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูบบุหรี่ เป้าหมายร้อยละ 100 เช่นกัน และนำเสนอผลงานเบื้องต้น ได้แก่ อัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 64.10 ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และร้อยละ 30.95 ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด ตามลำดับ โดยที่ในขณะนั้น ยังไม่ได้พัฒนาวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่เป็นรูปแบบแต่อย่างใด เพียงแต่อาศัยการให้คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่มารับบริการด้วยอาการป่วยเฉียบพลันเท่านั้น จึงเป็นที่มาให้ทางทีมจัดทำโครงการพัฒนาคลินิกเลิกบุหรี่ ต่อยอดจากที่เคยปฏิบัติมา จากเดิมอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้น ประสบความสำเร็จไม่มากนัก และไม่มีตัวเลขที่เป็นที่ยอมรับกันได้ทั่วไป ทางทีมจึงมุ่งหวังปรับกระบวนการการทำงานช่วยเลิกบุหรี่ตั้งแต่การคัดกรองโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เภสัชกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แผนกฝากครรภ์และทันตกรรม ทำหน้าที่คัดกรองผู้รับบริการทุกหน่วยงาน ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ตามแนวทางปฏิบัติแต่ละวิชาชีพ หรือพิจารณาส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ การติดตามผู้ป่วยที่รับบริการช่วยเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ1 ปี การประสานส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการช่วยติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเสนอแนวคิดการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (Bupropion) มาใช้ร่วมในกระบวนการรักษาในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการบำบัด เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัด หยุดการสูบบุหรี่โดยสิ้นเชิงตั้งแต่เริ่มบำบัด โดยไม่มีอาการขาดนิโคติน ซึ่งข้อมูลจากการสังเกตพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ ถ้าให้ค่อยๆลดอัตราการสูบบุหรี่ลง มักไม่ค่อยประสบผลสำเร็จ แต่ถ้าสามารถหยุดโดยสิ้นเชิง เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสที่จะหยุดบุหรี่ได้โดยถาวรสูงขึ้น โรงพยาบาลสุโขทัย มีการคัดกรองการสูบบุหรี่ แต่พบปัญหาการนำเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ยังน้อย และมีการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ยังน้อย ผู้ที่สูบบุหรี่ยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และพบว่าการติดตามดูแลยังขาดความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงไปถึงเครือข่ายในชุมชนในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ยังน้อย[10]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบ การบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา สร้างความตระหนัก ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ เพิ่มการเข้ารับการบำบัด มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ตามมาตรฐานทางการพยาบาล และเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเลิกบุหรี่ที่เข้ามารับการบำบัดในโรงพยาบาลสุโขทัย เพิ่มจำนวนการเข้าถึงการบำบัด และป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎี แบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบทรานส์เธียเรติคอล ทฤษฎีการขาดแคลนการดูแลตนเองของโอเร็ม แบบจำลองการปรับตัวของรอย แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทวิชาชีพทางการพยาบาล และปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลสุโขทัย ให้สามารถบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ในช่วงเดือน มกราคม-สิงหาคม ปี 2568 รวมระยะเวลา 8 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพการลดการสูบบุหรี่ในชุมชน จำนวน 15 คน เชิงปริมาณ ผู้สูบบุหรี่รายใหม่ที่เข้ามารับการเลิกบุหรี่ในคลินิก ปี 2568

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพการลดการสูบบุหรี่ในชุมชน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 15 คน เชิงปริมาณ ผู้สูบบุหรี่รายใหม่ที่เข้ามารับการเลิกบุหรี่ในคลินิก ปี 2568 จำนวน 45 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ชุด ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบทดสอบความรู้ 3) แบบประเมินพฤติกรรม 4) แบบประเมินความตระหนัก 5) แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกต สนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอิ่มตัวและความเป็นจริงด้วยการตรวจข้อมูลสามเส้า (Triangulation)
2. ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ผู้พามาบำบัด ระยะเวลาการเสพ ความรู้เรื่องบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ความตระหนัก ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ระดับความรู้เรื่องบุหรี่ ระดับพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ระดับความตระหนัก ระดับความพึงพอใจ ก่อนหลังการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ปรึกษาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูล รวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อ

ประโยชน์ในการพัฒนาเท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การลดละเลิกบุหรี่ในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลสุโขทัย

1.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายชุมชน และผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ จำนวน 15 คน พบว่า ปัจจุบันการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลสุโขทัย ยังมีปัญหาและความท้าทายหลายประการ เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ความซับซ้อนของปัญหาการติดนิโคติน และการขาดระบบการคัดกรองติดตาม และประเมินการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในด้านการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ การประเมินระดับการติดนิโคติน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความลังเลใจและไม่กล้าเข้าสู่ระบบการรักษา ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่และการขอความช่วยเหลือยังไม่เป็นระบบและไม่มีความต่อเนื่อง อีกทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีประสิทธิภาพ เครือข่ายในชุมชนยังมีความรู้และทักษะในการค้นหาและส่งต่อผู้สูบบุหรี่ไม่เพียงพอ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและประเมินการให้บริการยังมีข้อจำกัด ขาดระบบแจ้งเตือนและการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ และไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลสุโขทัย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย ทั้งจากทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินการให้บริการโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน มีความปลอดภัยจากการกลับไปสูบบุหรี่ เข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนที่ยั่งยืน

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน ที่เป็นผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสุโขทัย พบว่า ส่วนมากมีอายุ 56-65 ปี จำนวน 14 คน ร้อยละ 31.11 รองลงมา 66-75 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และ 36-45 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 เท่ากับ 46-55 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 57.44 ปี (ต่ำสุด 15 ปี, สูงสุด 87 ปี) เพศส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 43 คน ร้อยละ 95.56 และเพศหญิง จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 ตามลำดับ ศาสนาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 45 คน ร้อยละ 100.00 สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 30 คน ร้อยละ 66.67 รองลงมาโสด จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 และหม้าย จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ตามลำดับ ส่วนแต่งงานแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันและหย่า/แยกกันอยู่ มีจำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 และ 2 คน ร้อยละ 4.44 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 29 คน ร้อยละ 64.44 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 มีผู้จบปริญญาตรี จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากว่างงาน จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 รองลงมารับจ้าง จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และทำนา จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 ตามลำดับ ส่วนทำไร่ และค้าขาย มีจำนวนคนละ 6 คน ร้อยละ 13.33 นักเรียน จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 รับราชการ และกิจการ

ส่วนตัว มีจำนวนคนละ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนส่วนมากอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท จำนวน 17 คน ร้อยละ 37.78 รองลงมา 0-5,000 บาท จำนวน 14 คน ร้อยละ 31.11 และ 5,001-10,000 บาท จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 13,351 บาท/เดือน (ต่ำสุด 0 บาท, สูงสุด 50,000 บาท) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ส่วนมากอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 รองลงมา 11-15 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 เท่ากับ 16-20 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และ 21-25 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาการสูบบุหรี่เฉลี่ย 18.66 ปี (ต่ำสุด 3 ปี, สูงสุด 50 ปี) ผู้พามาบำบัดส่วนมากสมัครใจมาเอง จำนวน 27 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมาบุตร จำนวน 13 คน ร้อยละ 28.89 และหลาน จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ส่วนญาติ และตายาย มีจำนวนคนละ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ โรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด คือ เบาหวาน จำนวน 11 คน ร้อยละ 24.44 รองลงมา ข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 และมะเร็ง จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 ตามลำดับ โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่โดยตรง ได้แก่ หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 ความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 กระเพาะอาหาร/กระเพาะอาหารอักเสบ จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 ส่วนต้อหินและโรคพาร์กินสัน โรคสั่น มีจำนวนคนละ 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ สถานะสุขภาพโดยรวม พบว่า ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีโรคประจำตัว 1 โรค มีจำนวนเท่ากัน คือ 18 คน ร้อยละ 40.00 ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และการประชุมทีมงาน 2) การหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน 3) การกำหนดกลุ่มเป้าหมายและตัวชี้วัด 4) การประกาศเป็นนโยบายโรงพยาบาล 5) การติดตามและประเมินผล 6) การแก้ไขปัญหาการคัดกรองและการเข้าถึงบริการ 7) การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วม และ 8) การพัฒนาทีมสหวิชาชีพและระบบงาน โดยมีการนำมาตรฐานการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 รายการหลัก (การประเมินและคัดกรองระดับการติดนิโคติน การให้บริการทางการแพทย์และการบำบัดครบถ้วน การให้บริการด้านจิตสังคมและการให้คำปรึกษา การลงบันทึกข้อมูลในระบบ HIS และการประสานงานส่งต่อและติดตามผลระยะยาว) มาใช้เป็นแกนหลักในการพัฒนารูปแบบการบริการ ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย

3.1 ความรู้ จากการพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรด้านความรู้เรื่องบุหรี่ ผลรวมของระดับความรู้ ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับความรู้มาก (8-10 คะแนน) จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56 และระดับความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.44 โดยไม่มีผู้รับบริการที่มีระดับความรู้น้อย (0-5 คะแนน) ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับความรู้มาก (8-10 คะแนน) จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 95.56 และระดับความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน) เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีการพัฒนาความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ เรื่องโรคที่คนสูบบุหรี่เสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งคือมะเร็งปอด รองลงมา เรื่องบุหรี่มือสามคือสารพิษจากควันบุหรี่

ที่ตกค้างอยู่ และ เรื่องกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ตามลำดับ

3.2 พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ รายข้อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.22-4.98 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ปรับปรุงดีขึ้นในทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.78-5.00 คะแนน ยังคงอยู่ในระดับมากทุกข้อ และมีข้อที่ได้คะแนนเต็ม (5.00 คะแนน) จำนวน 2 ข้อ ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร ด้านระดับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ จากการประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยการจำแนกระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ ร้อยละประสิทธิผลรวมของระดับพฤติกรรม ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับพฤติกรรมมากที่สุด (95% ขึ้นไป) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 และระดับพฤติกรรมมาก (80-94%) จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 71.11 โดยไม่มีผู้รับบริการที่มีระดับพฤติกรรมน้อย (น้อยกว่า 60%) และระดับพฤติกรรมปานกลาง (60-79%) ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับพฤติกรรมมากที่สุด (95% ขึ้นไป) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 88.89 และระดับพฤติกรรมมาก (80-94%) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นรายข้อ มีผลลัพธ์ ดังนี้ เรื่องการหากิจกรรมอื่นทำเพื่อลดความต้องการสูบบุหรี่ รองลงมา เรื่องการบังคับใจตัวเองไม่ให้สูบบุหรี่ และ เรื่องการไม่ซื้อบุหรี่สูบตามผลับ ตามลำดับ

3.3 ความตระหนักการเลิกบุหรี่ จากการวิเคราะห์ รายข้อ ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีความตระหนักการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.89-4.11 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีความตระหนักการเลิกบุหรี่ปรับปรุงดีขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน ยกระดับเป็นระดับมากทุกข้อ และมีข้อที่ได้คะแนนเต็ม (5.00 คะแนน) จำนวน 6 ข้อ เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นรายข้อ มีผลลัพธ์ดังนี้ ข้อที่มีการแก้ไขความเข้าใจผิดสูงสุด มีดังนี้ เรื่องการสูบบุหรี่เป็นเรื่องเสียหายสำหรับท่าน รองลงมา ข้อ 2 เรื่องการสูบบุหรี่ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย และ เรื่องการสูบบุหรี่ทำให้ท่านไม่รู้สึกเหงา ตามลำดับ

3.4 ความพึงพอใจ จากการวิเคราะห์ รายข้อ ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.36-3.56 คะแนน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจปรับปรุงดีขึ้นในทุกข้อ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.27-5.00 คะแนน เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นรายข้อ มีผลลัพธ์ ดังนี้ ข้อที่มีการพัฒนาสูงสุด ใน เรื่องประโยชน์ต่อผู้รับบริการ รองลงมา เรื่องความเหมาะสม และ เรื่องความเป็นไปได้ ตามลำดับ

3.5 ผลลัพธ์ภาพรวม ในด้าน ความรู้ พฤติกรรม ความตระหนัก และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ได้พบผลลัพธ์ตามรายละเอียด ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 8.29 คะแนน (S.D. 0.85) ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 9.42 คะแนน (S.D. 0.58) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=8.95 (95%CI: 0.87-1.39, p<.001) โดยมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย 1.13 คะแนน ตามลำดับ 2) พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ก่อน

การพัฒนารูปแบบพบว่า พฤติกรรมการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 42.44 คะแนน (S.D. 1.73) ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า พฤติกรรมการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 44.18 คะแนน (S.D. 0.92) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=6.74 (95%CI: 1.22-2.26, p<.001) โดยมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย 1.74 คะแนน ตามลำดับ 3) ความตระหนักการเลิกบุหรี่ ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความตระหนักการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 3.66 คะแนน (S.D. 0.68) ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความตระหนักการเลิกบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย 5.00 คะแนน (S.D. 0.02) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความตระหนักการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=10.58 (95%CI: 1.08-1.60, p<.001) โดยมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย 1.34 คะแนน ตามลำดับ 4)ความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ย 3.40 คะแนน (S.D. 0.65) ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ย 4.42 คะแนน (S.D. 0.27) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, t=12.45 (95%CI: 0.85-1.19, p<.001) โดยมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย 1.02 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรม ความตระหนัก และความพึงพอใจ ก่อนและหลัง การใช้ซรูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร (n=45)

รายการ	Mean	S.D.	Mean difference	t	95%CI	p-value
ความรู้						
ก่อนการใช้รูปแบบ	8.29	0.85	1.13	8.95	0.87-1.39	<.001*
หลังการใช้รูปแบบ	9.42	0.58				
พฤติกรรม						
ก่อนการใช้รูปแบบ	42.44	1.73	1.74	6.74	1.22-2.26	<.001*
หลังการใช้รูปแบบ	44.18	0.92				
ความตระหนักการเลิกบุหรี่						
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.66	0.68	1.34	10.58	1.08-1.60	<.001*
หลังการใช้รูปแบบ	5.00	0.02				
ความพึงพอใจ						
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.40	0.65	1.02	12.45	0.85-1.19	<.001*
หลังการใช้รูปแบบ	4.42	0.27				

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.6 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จ ประสิทธิผลรวมของผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จ พบว่า การใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรมีผลต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพในทุกตัวชี้วัด โดยสามารถบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 3 ตัวชี้วัด เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นรายตัวชี้วัด มีผลลัพธ์ดังนี้ 1) ผู้รับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาล ได้รับการคัดกรอง (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 50) ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 71.15 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 89.80 โดยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.65 ตามลำดับ 2)

ผู้ที่ได้รับการคัดกรองว่าสูบบุหรี่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 50) ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 2.58 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 25.17 โดยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 22.59 ตามลำดับ 3) ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาสามารถเลิกได้อย่างน้อย 6 เดือน (เกณฑ์ ≥ ร้อยละ 15) ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 14.70 ซึ่งใกล้เคียงเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 33.33 โดยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.63 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการลดละเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลสุโขทัยพบปัญหาหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การให้บริการตามมาตรฐาน การติดตามและประเมิน การมีส่วนร่วมของชุมชน ความปลอดภัยและการป้องกัน และเทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยพบปัญหาการขาดระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานและการขาดเครือข่ายที่เข้มแข็งเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานช่วยเลิกบุหรี่ จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 57.44 ปี และมีระยะเวลาการสูบบุหรี่เฉลี่ย 18.66 ปี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิวัฒนา เรืองฤทธิ์ และฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์[11] ที่พบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลานาน ทำให้การเลิกบุหรี่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลแบบครบวงจร โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย เช่น เบาหวาน โรคข้อเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ์ธวัช ศิรินิรันดร์ และสุนันทา วงษ์ใส[12] ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมเลิกบุหรี่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การพัฒนารูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย ในการพัฒนารูปแบบการบริการที่ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลักและการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ 6 สาขา สอดคล้องกับแนวคิดการให้บริการแบบครบวงจรของนิรันดร์ สายประดิษฐ์ และพรทิพย์ แสงอรุณ[13] ที่เน้นการพัฒนาโมเดลการบริการแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ การคัดกรอง การประเมิน การให้คำปรึกษา การใช้ยา และการติดตาม โดยการบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและสายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติทำให้เกิดระบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 5 ประเภทในรูปแบบการบริการสอดคล้องกับการศึกษาของสมศรี ทองประดิษฐ์ และวิรัช นาคเสน[14] ที่พบว่าการใช้แอปพลิเคชันมือถือร่วมกับการให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอลและระบบเตือนความจำอัตโนมัติสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่และลดอุปสรรคด้านเวลาและสถานที่ในการเข้าถึงบริการ การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลนี้ยังสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะการใช้ LINE Official Account และแอปพลิเคชันมือถือที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและการติดตามอย่างต่อเนื่อง การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน โดยเน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยพัฒนารูปแบบเพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายในชุมชน การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ที่พัฒนาขึ้นยังสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานวิจัยของมัลลิกา มาตระกูล และนาตญา พแดนนอก[15] ที่เน้นการสร้างเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการช่วยเลิกบุหรี่

การประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร โรงพยาบาลสุโขทัย

ผลการประเมินด้านความรู้พบว่ามีการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา มาตระกูล และนาตญา พแดนนอก[15] ที่พบว่าการใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้นักศึกษามีคะแนนความรู้สูงขึ้น การพัฒนาความรู้ที่สำคัญที่สุดพบในข้อ 2 เรื่องโรคที่คนสูบบุหรี่เสียชีวิตมากที่สุดคือมะเร็งปอด ซึ่งเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้ความรู้ที่ถูกต้องและเป็นระบบ ด้านพฤติกรรมการเลิกบุหรี่พบการปรับปรุง โดยพฤติกรรมที่พัฒนามากที่สุดคือการหากิจกรรมอื่นทำเพื่อลดความต้องการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรณิช ชำนาญศิลป์ และ เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์[16] ที่พบว่าโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง การเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรมพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมมากที่สุดเพิ่มขึ้น ความตระหนักการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยผู้รับบริการทุกคนมีระดับความตระหนักมากโดยพบว่าการรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการเลิกบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ การแก้ไขความเข้าใจผิดที่สำคัญพบในข้อ 2 และ 3 เรื่องการสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและไม่รู้สึกเหงา ซึ่งผู้รับบริการทุกคนสามารถปรับความเข้าใจได้อย่างสมบูรณ์ ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยพบการพัฒนาสูงสุดในด้านประโยชน์ต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้นและได้คะแนนเต็มจากผู้รับบริการทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ์ธวัช ศิรินิรันดร์ และสุนันทา วงษ์ใส[12] ที่พบระดับความพึงพอใจต่อการบริการอยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจระดับมากเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จพบการปรับปรุงทั้ง 3 ตัวชี้วัด โดยการคัดกรองเพิ่มขึ้น การเข้าสู่ระบบการบำบัดเพิ่มขึ้นและการเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือนเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรันดร์ สายประดิษฐ์ และพรทิพย์ แสงอรุณ[13] ที่พบว่าโมเดลการบริการแบบองค์รวมสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ในระยะ 12 เดือน โดยพบอัตราการหยุดสูบบุหรี่ในระยะติดตาม 1 ปีเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยต่างประเทศ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Coleman และคณะ[17] ที่พบว่าการแทรกแซงแบบหลายวิธีการรวมกันมีประสิทธิผลสูงสุดในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยอัตราการเลิกบุหรี่ในระยะ 12 เดือนสูงถึงร้อยละ 45.20 และสอดคล้องกับ Rigotti และคณะ[18] ที่พบว่าการให้คำปรึกษาที่มีการติดตามหลังจำหน่ายเป็นระยะเวลานานกว่า 1 เดือนสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Onwuzo และคณะ [19] ที่เน้นความสำคัญของการแทรกแซงที่ผสมผสานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อสร้างแผนงานที่ยั่งยืนและมีประสิทธิผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1.โรงพยาบาลควรจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่แบบครบวงจรโดยใช้มาตรฐานการเพื่อเป็นศูนย์กลางประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานระหว่างแผนกต่าง ๆ ตาม Flow Chart ที่พัฒนาขึ้นให้ตรงตามบริบท

2.ควรพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจรโดยใช้แนวทางการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

3.ควรจัดระบบนิเทศและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดแผนการติดตาม ในด้านความรู้ พฤติกรรม ความตระหนัก และความพึงพอใจ

4.ควรสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่เพื่อแบ่งปันประสบการณ์การใช้ยา First-line therapy และ Second-line therapy รวมทั้งจัดประชุมวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้

5.ควรพัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับผู้

สูบบุหรี่ระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านและการติดตามในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขให้ครบวงจรโรงพยาบาลและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย บุคลากร และภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. (2024). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization.

2.Cinciripini, P. M., Kypriotakis, G., Blalock, J. A., Karam-Hage, M., Beneventi, D. M., Robinson, J. D., Minnix, J. A., & Warren, G. W. (2024). Survival outcomes of an early intervention smoking cessation treatment after a cancer diagnosis. JAMA Oncology, 10(12), 1689-1696.

3.National Health and Medical Research Council. (2010). A Guide to the Development Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guideline.

4.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานประจำปี 2567 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร:บริษัทธนาเพรส จำกัด.

5.ฐานันดร สหะวรกุลศักดิ์ และสมบัติ ธำรงสินถาวร. (2561). ศักยภาพการรู้เท่าทันสื่อที่ส่งผลต่อการตระหนักรู้โฆษณาหลอกลวงในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในจังหวัดชลบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2(1), 26-37.

6.สุนีย์ เจะกะบาซอ และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมเชิงรุกด้วยกระบวนการทางสังคม (บาเจาะโมเดล) ต่อการเลิกบุหรี่ในชุมชนจังหวัดนราธิวาส. ใน การประชุมวิชาการ “บุหรี่กับสุขภาพแหทงชาติ” ครั้งที่ 18 เรื่อง “บุหรี่กับสุขภาพปอด”. หน้า 15. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

7.กันยพัชร เศรษฐโชฎึก. (2559). บุหรี่ภัยคุกคามสุขภาพของวัยรุ่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 25(6):1075-1083.

8.ณัฏฐ์ณพัชร์ อ่อนตาม. (2563). เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย, 1(3), 39-46.

9.จุไรรัตน์ ขวงไชยยะ และมณฑา เก่งการพานิช. (2562). ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ Facebook ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.

10. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสุโขทัย. (2567) รายงานผู้เข้ารับการบำบัดเลิกบุหรี่จากฐานข้อมูลสุขภาพ ระบบ HosXp โรงพยาบาลสุโขทัย ปี 2567.

11. วิวัฒน์ธนา เรืองฤทธิ์, ฤทธิ์รงค์ เรืองฤทธิ์. โปรแกรมการพัฒนาบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ในนักเรียนที่ศึกษาในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;7(14):123-125.

12.กิตติ์ธวัช ศิรินิรันดร์ และสุนันทา วงษ์ใส. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 7(1), 85-96.

13. นิรันดร์ สายประดิษฐ์ และพรทิพย์ แสงอรุณ. (2566). การพัฒนาโมเดลการบริการเลิกบุหรี่แบบองค์รวมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 17(3), 312-325.

14. สมศรี ทองประดิษฐ์ และวิรัช นาคเสน. (2567). ประสิทธิผลของการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการบริการเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ, 18(2), 145-158.

15. มัลลิกา มาตระกูล และ นาตญา พแดนนอก. (2564). การพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(1), 84-93.

16. อรณิช ชำนาญศิลป์ และเอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. (2565). ผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดบุหรี่. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 4(2), 76-89.
17. Coleman, S. R. M., Streck, J. M., Hales, S., Sarna, L., & Hitsman, B. (2023). Smoking cessation interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A narrative review with implications for pulmonary rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 43(4), 259-269.
18. Rigotti, N. A., Streck, J. M., Livingstone-Banks, J., Tindle, H. A., Clair, C., Munafò, M. R., Sterling-Maisel, C., & Hartmann-Boyce, J. (2024). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5(5), CD001837.
19. Onwuzo, S. A., Nnadi, N. E., Ezeoke, U. E., & Anyaehie, U. B. (2024). A review of smoking cessation interventions: Efficacy, strategies for implementation, and future directions. Cureus, 16(1), e52102.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Development of care model for Children with thalassemia at Suwannaphum Hospital's Outpatient Department.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

สัมฤทธิ์ มังสระคู[1] เอมอร ทาระคำ[2]
Samrit Mungsrakhu[1] Amon Tarakham[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่พัฒนาขึ้น กลุ่มประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มารับบริการที่คลินิกเด็กธาลัสซีเมีย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก จำนวน 35 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567- 30 กันยายน 2568 และพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปที่ปฏิบัติงานในคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาจำนวน 14 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพของเด็กชีวิต 4 มิติ ที่พัฒนามาจาก แบบประเมินของ KINDLR โดยเน้นวัดคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นทั้งจากมุมมองของเด็กเอง (self-report) และผู้ปกครอง (proxy-report) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิคเด็กธาลัสซีเมีย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย การดูแลรักษา และการวางแผนจำหน่าย โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ปรับปรุงขึ้นโดยผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ และสมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยและผู้ปกครองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น หลังการพัฒนาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.01$) ความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.41, SD = 0.51) อุบัติการณ์การ re-admit ลดลง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในกลุ่มเด็กป่วยด้วยธาลัสซีเมีย ภาพรวมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.34, SD = 0.47)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียแผนกผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.01$) โดยผู้ป่วยทุกรายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านที่ 89.3% ความพึงพอใจของผู้ปกครองและพยาบาลประจำคลินิกอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This study was action research aimed to study the current situation and problems in caring for pediatric thalassemia patients, to develop a care model for pediatric thalassemia patients, and to evaluate the effectiveness of the developed model. The study population consisted of 35 parents or caregivers of pediatric thalassemia patients receiving services at the Thalassemia Clinic, Outpatient Department, Suvarnabhumi Hospital, who met the inclusion and exclusion criteria. Data were collected between November 1, 2024, and September 30, 2025, and 14 registered nurses with at least one year of service experience working at the Thalassemia Clinic, Outpatient

[1] พยบ. คลินิกเด็กธาลัสซีเมีย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
[2] พยม. คลินิกเด็กธาลัสซีเมีย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Department, Suvarnabhumi Hospital during the study period. Data were collected using the 4-Dimensional Quality of Life Scale, developed from the KINDLR assessment. It focuses on measuring the quality of life of children and adolescents from both the child's (self-report) and parental (proxy-report) perspectives. A questionnaire was also used to assess the satisfaction of parents or caregivers, and a registered nurse working at the Thalassemia Clinic. Data were Analysis by Descriptive statistics were used. Frequency distributions, percentages, means, standard deviations, and inferential statistics were used to analyze differences in means using a paired sample t-test.

Results: The development of a care model for children with thalassemia consisted of three main components: patient assessment, treatment and care, and discharge planning. The model utilized an improved clinical care guideline for children with thalassemia, developed collaboratively by the researcher and a multidisciplinary healthcare team, along with a personal health record booklet created for patients and their caregivers. After implementation, the quality of life of the children significantly improved in all dimensions ($p <$ 0.01). The satisfaction of parents/caregivers and child patients after the intervention was at a high level (Mean = 4.41, SD = 0.51). The rate of re-admission decreased, and no severe complications were reported among the children with thalassemia. Moreover, the overall satisfaction of professional nurses with the use of the developed care model was also at a high level (Mean = 4.34, SD = 0.47).

Keywords: thalassemia children, thalassemia care model, research and development

บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ อุบัติการณ์ทั่วโลกพบมี รายงานผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจำนวนมากกว่า 270ล้านคน[1] โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางที่เกิดจากการสร้างสายโกลบิน (globin chain) ลดลง ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของฮีโมโกลบิน จึงเกิดการสร้างฮีโมโกลบิน (hemoglobin, Hb) ลดลงทำให้ผู้ป่วย มีภาวะซีด ตับโต ม้ามโต ใบหน้าผิดรูป และการเจริญเติบโตล่าช้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีทารกเกิดมาพร้อมกับโรคนี้ประมาณ 68,000 รายต่อปี จากข้อมูลทางสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี 25612 พบว่าประชากรไทยมียีนผิดปกติที่เป็นพาหะของโรค ซึ่งสามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานได้ มีอัตราสูงถึงร้อยละ 30-40 ของประชากรทั้งหมด หรือ ประมาณ 18-24 ล้านคน โดยแต่ละปีจะมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,125 คนและประมาณ 600,000 คนเป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงปานกลาง ทำให้จำเป็นต้องได้รับเลือดและยาขับเหล็กเป็นประจำทุกเดือน[2] ภาวะนี้ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพระยะยาว เช่น โลหิตจางอย่างรุนแรง ทำให้ต้องการการรักษาด้วยการให้เลือดบ่อยครั้ง และการปลูกถ่ายไขกระดูกในบางกรณี โรคนี้ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจต่อระบบสุขภาพ เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องใช้ทรัพยากรมาก เช่น การให้เลือดบ่อยครั้งและการใช้ยาขับเหล็ก ซึ่งส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงระบบสุขภาพของประเทศ สำหรับอุบัติการณ์ของพาหะแอลฟ่า และเบต้า-ธาลัสซีเมีย พบร้อยละ 20-30 และ 3-9 ตามลำดับ และมี ฮีโมโกลบินผิดปกติที่พบบ่อย 2 ชนิด คือ ฮีโมโกลบิน อี(Hb E) ประมาณร้อยละ 13 โดยพบมากในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 30-50 และ ฮีโมโกลบิน คอนแสตนท์สปริง (Hb Constant Spring, CS) พบ ประมาณร้อยละ 1-8 ส่วนผู้ที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียพบร้อยละ 1 ของประชากร[3]

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผลกระทบ

ทางด้าน ร่างกายพบว่า เด็กมีอาการเหนื่อยง่าย เนื่องจากภาวะซีด ซึ่งเป็นผลจากเม็ดเลือดแดงแตกง่าย และมีอายุสั้น มีการ เปลี่ยนแปลงของใบหน้าหรือโครงสร้างผิดปกติเนื่องจากไขกระดูกมีการผลิตเม็ดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้ กระดูกขยายตัว โครงสร้างกระดูกผิดปกติ และกระดูกเปราะหักง่าย มีการเจริญเติบโตช้า ขนาดตัวเล็กกว่าเด็กวัยเดียวกัน เนื่องจากต่อมใต้สมองทำงานผิดปกติ ในบางรายอาจมีภาวะซีด มากจนทำให้เกิดมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติและหัวใจวายได้ ผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่า เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นจะมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ความมั่นใจในตนเองลดลง เนื่องจากมีโครงสร้างรูปร่างแตกต่างจากคนอื่น มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60ของเด็กอายุ 7-18 ปีที่เป็นโรคธาลัสซีเมียมีอารมณ์รุนแรง หงุดหงิดง่าย โกรธ และวิตกกังวลสูง และ เด็กบางรายมีอาการถดถอยและซึมเศร้าร้อยละ 43.5 ปัญหาทางด้านร่างกายและ จิตใจยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านจิตสังคม ความที่ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องมา โรงพยาบาลบ่อยๆนั้น ทำให้เด็กต้องขาดเรียน เรียนไม่ทันเพื่อน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้พัฒนาการด้านการเรียนรู้ของเด็กล่าช้าเมื่อเทียบกับเด็กทั่วไป[3]

กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยได้ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลรักษาและกระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการผลิตฮีโมโกลบินและทำให้เกิดภาวะโลหิตจางเรื้อรัง เด็กที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียจำเป็นต้องได้รับการดูแลเฉพาะทางทั้งในด้านการรักษาและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การติดตามและประเมินพัฒนาการของเด็กเหล่านี้จึงเป็นส่วนสำคัญที่ไม่เพียงช่วยในการควบคุมโรค แต่ยังสนับสนุนการปรับตัวทางด้านสังคมและการมีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น การพัฒนารูปแบบการดูแลคลินิกเฉพาะทางสำหรับเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้การรักษามีความครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพการที่ครอบครัวมีบทบาทในกระบวนการรักษาและการดูแลช่วยให้เด็กมีการปรับตัวต่อการรักษาและการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้ดีขึ้น และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ด้านการรักษา และการเสริมทักษะในการจัดการตนเอง ครอบครัวจะต้องได้รับความรู้และทักษะเหล่านี้อย่างเพียงพอเพื่อช่วยให้สามารถตัดสินใจในการจัดการสุขภาพของเด็กได้อย่างเหมาะสม เมื่อเด็กที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียมีทักษะในการจัดการตนเองที่ดี จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดการตนเองนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey, Knafl และ McCorkle แนวคิดนี้เน้นการพัฒนาทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว[4]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ส่วนใหญ่มาจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา การปรับแผนการรักษาและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาการรับบริการการสร้างเครือข่ายสุขภาพ จะช่วยให้พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย และผู้ดูแลได้ และยังมีการศึกษาของ (ธิดา ชื่นชม , 2566) ได้ทำการศึกษา ถึงกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจสำหรับผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐมที่พบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดพบผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในเด็กอายุ 1-14 ปี สถิติ 3 ปีย้อนหลังในปี 2565-2567 จำนวน 409, 671 และ

403 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และในจำนวนนี้มีจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีร่างกายเติบโตไม่สมวัยถึง ร้อยละ 3.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน (readmit ใน 28 วัน) ร้อยละ 1.3% ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยแนวทางและรูปแบบการดูแลในคลินิกผู้ป่วยเด็กทาลัสซีเมียได้รับการพัฒนาปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่สามารถครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเติบโตสมวัย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นเด็กที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลสุวรรณภูมิเพื่อเป็นแนวทางในการการจัดการเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมี สุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและใจ มีพัฒนาการสมวัย ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีพึ่งตนเองได้มีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นสุข

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถาณการณ์ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[6] โดยผู้วิจัยจะเข้าไปมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยมีการปรับปรุงแก้ไข จนกว่าจะบรรลุผลสำเร็จ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1.การวางแผน (Planning): เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการกำหนดปัญหาที่ต้องการศึกษา กำหนดเป้าหมายของการวิจัย และวางแผนการดำเนินงานต่างๆ เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำผลการวิเคราะห์ไปปรับปรุงการปฏิบัติ

2.การปฏิบัติ (Acting): เป็นขั้นตอนที่นำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติจริง เช่น การดำเนินกิจกรรม การทดลอง หรือการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

3.การสังเกต (Observing): เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ โดยอาจใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ หรือการสังเกตพฤติกรรม

4.การสะท้อน (Reflecting): เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต เพื่อทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และนำมาประเมินผลการปฏิบัติ รวมถึงการปรับปรุงแผนการดำเนินงานในขั้นต่อไป

6.กระบวนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (พฤศจิกายน 2567- กันยายน 2568)
ระยะที่ 1 :วิเคราะห์สถานการณ์ (Planning) ระยะเวลา พฤศจิกายน-ธันวาคม 2568 โดยดำเนินการดังนี้

ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในคลินิก เช่น จำนวนผู้ป่วย อายุ เพศ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยวิเคราะห์ระบบการให้บริการที่มีอยู่เดิม ทั้งในด้านการแพทย์ การพยาบาล การให้ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมระบุปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ได้แก่ การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ปกครอง การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและการมีพัฒนาการสมวัย รวบรวมหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย จัดตั้งคณะทำงานที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลายสาขา

ร่วมกันพัฒนา NCPGกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในทุกขั้นตอนของการดูแล เช่น การตรวจวินิจฉัย การให้ยา การดูแลภาวะแทรกซ้อน

ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย (Action) ระยะเวลา มกราคม - มิถุนายน 2568 โดยดำเนินการดังนี้

1. พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาและคู่มือสำหรับผู้ปกครองในคลินิกเด็กธาลัสซีเมียโดยออกแบบเนื้อหาให้สอดคล้องกับความรู้และความเข้าใจของผู้ปกครอง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบที่ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญ เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไป การให้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ โดยทำเป็นรูปแบบ หนังสือคู่มือ และ วิดีโอ

2. พัฒนาระบบบริการ One-stop service ในคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย แผนกผู้ป่วยนอก

3. พัฒนา NCPG (Nursing Clinical Practice Guideline) ในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

4. นำ CPG ไปทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสม

ระยะที่ 3: ประเมินผล (Observing and Reflecting)(กรกฎาคม-กันยายน 2568) ในการใช้รูปแบบ โดย

1. จัดกลุ่มสนทนาสำหรับผู้ปกครอง ประเมินผลการใช้รูปแบบ

2. ประเมินผลการจัดกิจกรรมสันทนาการสำหรับเด็ก

3. พัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับติดตามอาการของผู้ป่วย

4. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 . เครื่องมือที่ใช้ในพัฒนา ได้แก่ โปรแกรมการให้สุขศึกษาและคู่มือการดูแลแก่ผู้ปกครองเด็กที่ป่วยเป็นธาลัสซีเมีย, CPG (Clinical Practice Guideline)ในการดูแล, การจัดบริการ One-stop service ในคลินิคเด็กธาลัสซีเมีย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถาม: ความพึงพอใจของ ผู้ปกครอง และบุคลากรทางการแพทย์ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก: สำรวจความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ปกครอง 3) รายงานเดือน อุบัติการณ์ความเสี่ยง : วิเคราะห์ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย คู่มือการดูแลและแบบวัดความพึงพอใจ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางการดูแลเด็ก พบว่าได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของแนวทางการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนคู่มือการดูแล และแบบวัดความพึงพอใจ เท่ากับ 0.85 หลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะนำไปใช้ในการวิจัย 2) การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความพึงพอใจ ผู้วิจัยนำแบบวัดความพึงพอใจที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กที่ป่วย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการดำเนินตามขั้นตอนดังนี้ 1) ขอหนังสือผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตดำเนินการวิจัย 2) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย 3) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยตามแผนงานที่วางไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยธสลัสซีเมีย ก่อนและหลัง โดยใช้ สถิติ pair t-test

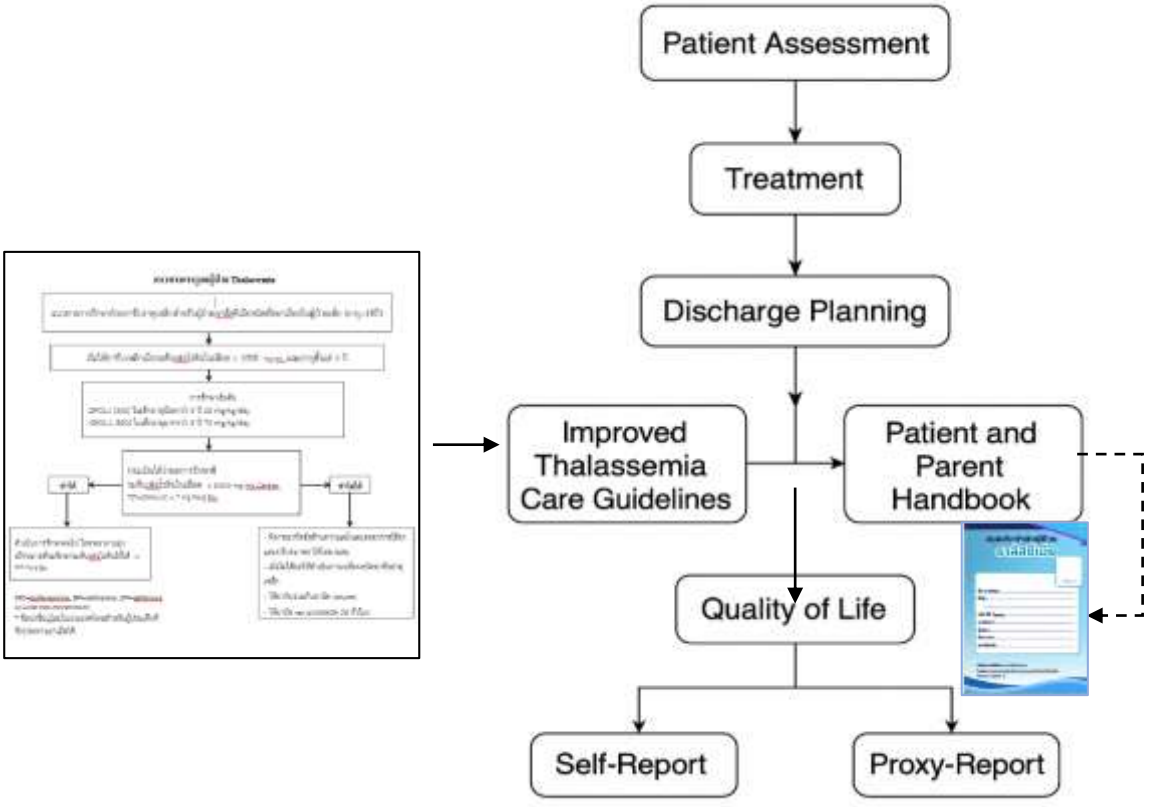
3. คะแนนการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้รูปแบบและผู้ปกครองที่ดูแลเด็กป่วยธาลัสซีเมียหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. อุบัติการณ์ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน นำมาคิดเป็นค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1) ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) โดยพยาบาลประจำคลินิกทำการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย เป็นการระบุ “ปัญหาและความต้องการจำเพาะ” ของผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย ระดับความรุนแรง การรักษาที่ได้รับ ผลเลือดล่าสุด และภาวะแทรกซ้อนสามารถใช้วางแผนการดูแลเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสม



ภาพที่ 1 แสดงผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

2) ขั้นตอนการดูแลรักษา (Treatment) พยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพพัฒนา (แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยา) แนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่ปรับปรุงใหม่ เน้นการให้เลือดตามเกณฑ์ การให้ยาขับเหล็ก การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและจิตใจ เพื่อให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีระดับฮีโมโกลบินคงที่ขึ้น และอาการแทรกซ้อนลดลง

3) ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) พยาบาลจัดทำ “สมุดประจำตัวผู้ป่วยและผู้ปกครอง” เพื่อใช้ติดตามการรักษา นัดหมาย การดูแลที่บ้าน และบันทึกการรับเลือด มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตามนัด และพยาบาลใช้คู่มือเป็นแนวทางปฏิบัติ และผู้ปกครองใช้สมุดประจำตัวเป็นเครื่องมือสื่อสารกับทีมดูแล ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

2. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน (51.4%) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 6–10 ปี จำนวน 15 คน (42.8%) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 20 คน (57.1%) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 26 คน (74.3%) ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตกร จำนวน 12 คน (34.3%)

3.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแล มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเพิ่มจาก 3.62 ± 0.49 เป็น 4.28 ± 0.45 รองลงมาได้แก่ ด้านสังคม ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.54 ± 0.51 เป็น 4.26 ± 0.43เมื่อพิจารณาภาพรวมของคุณภาพชีวิต พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 75.6 ก่อนการพัฒนา เป็น 89.3 หลังการพัฒนา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดูแลตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแล (N=35)

ด้านที่ประเมิน	ก่อนพัฒนา ($\bar{X}$ ± SD)	หลังพัฒนา ($\bar{X}$ ± SD)	t	p-value
ด้านนร่างกาย	3.45 ± 0.52	4.32 ± 0.47	8.21	< 0.01
ด้านจิตใจ	3.62 ± 0.49	4.28 ± 0.45	7.95	< 0.01
ด้านสังคม	3.54 ± 0.51	4.26 ± 0.43	8.07	< 0.01
ด้านการดูแลตนเอง	3.38 ± 0.56	4.25 ± 0.41	8.65	< 0.01
ภาพรวมคุณภาพชีวิต	75.6	89.3	9.10	< 0.01

4.ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ผู้ปกครองมีระดับความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียโดยรวมอยู่ในระดับ สูง (ค่าเฉลี่ย = 4.41, SD = 0.51) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านความเอาใจใส่ของพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 4.52 อยู่ในระดับสูงมาก รองลงมาคือ ด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค มีค่าเฉลี่ย 4.41 อยู่ในระดับ สูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ย 4.25 อยู่ในระดับ สูง

5.ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแล ภาพรวมความพึงพอใจของพยาบาลมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียโดยรวมอยู่ในระดับ สูง (ค่าเฉลี่ย = 4.34, SD = 0.47) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการเพิ่มคุณภาพ

ชีวิตผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 4.45 ± 0.50 อยู่ในระดับ สูง รองลงมาคือ ด้านความเหมาะสมของขั้นตอนการดูแล มีค่าเฉลี่ย 4.30 ± 0.48 อยู่ในระดับ สูง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการส่งเสริมความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ย 4.20 ± 0.46 อยู่ในระดับ สูง

6. จำนวนการขาดนัดและการ Re-admit หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจำนวน เพียง 1 รายคิดเป็นร้อยละ 2.85 และมีผู้ป่วยได้รับการ Re-admit ใน 28 วัน จากอาการไม่พึงประสงค์จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 5.71 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนการขาดนัดและการ Re-admit หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล (N=35)

รายการ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
การขาดนัดของผู้ป่วย	1	2.85
อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน	2	5.71

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การดูแลรักษา และการวางแผนจำหน่าย โดยใช้แนวทางการดูแลทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) และสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ($p < 0.01$) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดูแลตนเอง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดูแลแบบบูรณาการที่มีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วย ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ แสนไชย และคณะ (2563) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียแบบองค์รวม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งพบว่าหลังการดำเนินโครงการ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกด้านเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าการดูแลที่เป็นระบบและเน้นการมีส่วนร่วมสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2564) ที่เน้นให้มีการติดตามต่อเนื่อง การให้คำแนะนำผู้ปกครอง และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียอย่างต่อเนื่อง ในมิติด้านร่างกาย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนา ซึ่งเป็นผลจากการให้เลือดและยาขับเหล็กอย่างต่อเนื่อง การติดตามภาวะซีดและการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization (2023) และ Vichinsky et al. (2021) ที่ระบุว่าการดูแลตามมาตรฐานและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสามารถลดความรุนแรงของโรคและส่งเสริมพัฒนาการทางกายของเด็กธาลัสซีเมียได้ ในมิติด้านจิตใจและสังคม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นผลจากการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมและการจัดกิจกรรมสันทนาการในคลินิก ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan และ Azzab (2016) ที่ชี้ว่าเด็กที่ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมอย่างต่อเนื่องมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ในมิติของการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการดำเนินการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้คู่มือสุขศึกษาและสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มทักษะการดูแลตนเองของเด็กและผู้ปกครอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชนีกร กุตระแสง (2559) และ ธิดา ชื่นชม (2566) ที่พบว่าการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการจัดการตนเองของผู้ปกครองส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

ที่ดีขึ้นของเด็กธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้ปกครองและพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความเอาใจใส่ของพยาบาลและความเหมาะสมของขั้นตอนการดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติและการสื่อสารภายในทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Putzon, Jansook และ Phoomladda (2024) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียแบบไร้รอยต่อ พบว่าผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อการบริการและคุณภาพชีวิตของเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในครั้งนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สะท้อนให้เห็นว่าการใช้แนวทางการดูแลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็กได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ พบว่ารูปแบบที่ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย การดูแลรักษา และการวางแผนจำหน่ายโดยใช้แนวทางการดูแลทางคลินิก (CPG) และสมุดประจำตัวผู้ป่วย สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และการดูแลตนเอง ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1.1 ควรนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลใช้ในโรงพยาบาลระดับอำเภอและเครือข่ายบริการสุขภาพ
เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียเป็นระบบเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด และเกิดการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Continuity of Care)

1.2 ควรจัดทำ คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Manual) และ สมุดประจำตัวผู้ป่วยธาลัสซีเมีย เป็น
มาตรฐานกลาง เพื่อให้พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการดูแลและติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ

1.3 ควรสนับสนุนให้มี คลินิกพิเศษสำหรับธาลัสซีเมีย (Thalassemia Clinic) ที่มีการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ จิตสังคม และพัฒนาการเด็กโดยเฉพาะ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวแบบองค์รวม

1.4 ควรจัดให้มี ระบบติดตามผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Health Tracking) เช่น แอปพลิเคชัน
ติดตามการรับเลือด การรับยาขับเหล็ก และการนัดหมาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดการขาดนัด

2. ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนาองค์ความรู้

2.1 ควรจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในคลินิกธาลัสซีเมียให้มีความรู้ด้านการให้คำปรึกษา การ
สื่อสาร และการประเมินสุขภาพจิตเด็ก เพื่อสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน

2.2 ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อเนื่อง (Action Research) เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวด้านพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็ก

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

3.1 ควรขยายขอบเขตการศึกษาครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อศึกษาความต่อเนื่องของ

ผลลัพธ์เมื่อเด็กโตเข้าสู่วัยเปลี่ยนผ่าน (Transition Phase)

3.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อออกแบบกิจกรรมหรือ
สื่อการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการจริง

3.3 ควรใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งเชิงปริมาณและเชิงลึกขอ
ผลลัพธ์การดูแล ทั้งในมุมของผู้ป่วย ผู้ปกครอง และทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.4 ควรประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบการดูแล (Cost-effectiveness Analysis) เพื่อใช้
เป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายในการขยายผลสู่ระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นต้นแบบสำคัญของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังแบบองค์รวม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสามารถต่อยอดสู่การสร้างระบบบริการสุขภาพเด็กเรื้อรังที่มีคุณภาพและยั่งยืนในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1.กนกวรรณ แสนไชย และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียแบบองค์รวม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(2), 158-167.

2.กิตติ ต่อจรัส. (2562). แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย.

3.วิประ กษิต. (2561). การดูแลรักษาโรคธาลัสซีเมียแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

4.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2564). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

5.สุณิสา เฮงสวัสดิ์. การพัฒนาโปรแกรมการให้การศึกษาผู้ปกครอง ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เป็น โรคธาลัสซีเมียโดยใช้วิธีกรณีตัวอย่าง (Doctoral dissertation, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย).

6.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล, พจนารถ สารพัด, & มณีพร ภิญโญ. (2022). รูปแบบการจัดการตนเอง ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วารสารคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(2), 27-39.

7.Cappellini, M. D., Porter, J. B., Viprakasit, V., & Taher, A. T. (2021). A paradigm shift on beta-thalassaemia treatment: How will we manage this old disease with new therapies? Blood Reviews, 47, 100773.

8.Chaudhary, S., Dhawan, D., Sojitra, N., Chauhan, P., Chandratre, K., & Chaudhary, P. S. (2017). Whole gene sequencing based screening approach to detect β-thalassemia mutations. Biol Med (Aligarh), 9(383), 2.

9.Putzon, B., Jansook, N., & Phoomladda, C.(2024).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัซซีเมียแบบไร้รอยต่อ. Journal of MCU Nakhondhat, 11(6), 222-234.

10.Farmakis,D.,Giakoumis, A., Angastiniotis, M., & Eleftheriou,A.(2020).The changingepidemiology of thalassemia. European Journal of Haematology, 105(6), 692-703.

11.Taher, A. T., Weatherall, D. J., & Cappellini, M. D. (2022). Thalassaemia. The Lancet, 391(10116), 155-167.

12. Vichinsky, E., Levine, L., Bhatia, S., & Bojanowski, J. (2021). Standards of care guidelines for thalassemia. Children's Hospital & Research Center Oakland, CA.

13.World Health Organization. (2023). Guidelines for the management of transfusion dependent thalassaemia (4th ed.). WHO Press.

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ในตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

An Application of Protection Motivation Theory and Social Support on Liver Fluke Prevention among Risk Groups of Cholangiocarcinoma in Talat Sai Subdistrict, Prathai District, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: October 10,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

สุวัฒน์ เขียนสันเทียะ[1]
Suwat Khiansanthia[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใน 5 ประเด็นหลัก คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหา การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มแบบสองขั้น จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน และโปรแกรมสุขศึกษา 3 กิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test และ Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p<0.05$) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นสูงสุด (5.16 คะแนน, $p<0.001$) ตามด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม (12.47 คะแนน) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (3.53 คะแนน) การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (2.70 คะแนน) และการรับรู้ความรุนแรง (2.60 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (ผลต่าง 8.09 คะแนน) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ผลต่าง 4.31 คะแนน) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ผลต่าง 3.03 คะแนน) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ผลต่าง 1.95 คะแนน) และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (ผลต่าง 1.38 คะแนน) ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่พบผู้ติดเชื้อ

คำสำคัญ: ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค; โรคพยาธิใบไม้ตับ; แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study aimed to compare liver fluke disease prevention behaviors between experimental and control groups before and after the intervention across five main domains: knowledge about liver fluke disease, health threat appraisal, coping appraisal, disease prevention practices, and social support. A quasi-experimental two-group pretest-posttest design was employed. The sample was selected using two-stage random sampling, consisting of 100 participants divided into an experimental group (n=50) and a control group (n=50). The research instruments included a seven-part questionnaire and a health education program comprising three activities based on Protection Motivation Theory (PMT) combined with social support for eight weeks. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test and Independent t-test) with statistical significance set at $p < 0.05$.

The results showed that the experimental group demonstrated statistically significant changes in all variables ($p<0.05$), with knowledge about liver fluke disease showing the highest increase (5.16 points, $p<0.001$), followed by social support (12.47 points), perceived susceptibility (3.53 points), disease prevention practices (2.70 points), and perceived severity (2.60 points). Between-group comparisons revealed that the experimental group showed significantly greater improvements than the control group in five variables: social support (mean difference 8.09

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านประทาย

points), knowledge about liver fluke disease (mean difference 4.31 points), perceived severity of disease (mean difference 3.03 points), perceived susceptibility to disease occurrence (mean difference 1.95 points), and disease prevention practices (mean difference 1.38 points). Post-intervention stool examination for liver fluke eggs showed no infected individuals in either group.

Keywords: Protection Motivation Theory; liver fluke disease; social support

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูงที่สุดในโลก[1] และมีประชาชนกว่า 6 ล้านคนหรือหนึ่งในสามของประชากรเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การเกิดโรคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดประเภทพยาธิใบไม้ตับชนิด Opisthorchis viverrini เป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ 1 เนื่องจากการติดเชื้อเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรังในท่อน้ำดี ข้อมูลสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 แสดงอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนลดลงจากร้อยละ 16.3 เหลือร้อยละ 11.7, 5.7, 4.7 และ 4.3 ตามลำดับ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีอัตราการเสียชีวิต 24.8 ต่อแสนประชากร ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 1,960 ล้านบาทต่อปี[2] ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ[3] การติดเชื้อในระยะแรกมักไม่มีอาการจำเพาะ ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องอืดท้องเฟ้อเพียงเล็กน้อย ทำให้ประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน หากการติดเชื้อมีปริมาณมาก อาจพัฒนาไปสู่อาการเบื่ออาหาร ดีซ่าน และตับโต โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 64.9 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2560 เป็น 84.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564[4] ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพควรเน้นการป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักสุขลักษณะ

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) เป็นกรอบทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการทางจิตวิทยาซึ่งขับเคลื่อนพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ทฤษฎีนี้เน้นการประเมินสองมิติหลัก คือ การประเมินภัยคุกคาม (Threat Appraisal) ซึ่งประกอบด้วยความรุนแรงที่รับรู้ ความเสี่ยงที่รับรู้ และผลตอบแทนจากพฤติกรรมเสี่ยง และการประเมินศักยภาพการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ซึ่งประกอบด้วยประสิทธิผลของการตอบสนอง ความสามารถตนเอง และค่าใช้จ่ายของการตอบสนอง บุคคลจะมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมื่อมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงสูง รวมทั้งเชื่อมั่นในประสิทธิผลและความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน[5] แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุขช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างยั่งยืน งานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาได้พิสูจน์ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎี PMT ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาของ สวาสดิ์ ธรรมมา[6] และอัญชลี สุทธิมิตร และ สุธาทิพย์ นิลพัฒน์[7] พบว่ากลุ่มทดลองมีการปรับปรุงความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ ปรีชา ปิยะพันธ์[8] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกัน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค และบรรทัดฐานทางสังคม การรวมทฤษฎี PMT เข้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

จังหวัดนครราชสีมาเป็นหนึ่งในจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอประทาย มีพื้นที่รับผิดชอบ 13 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 4,683 คน ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งอำเภอประทายได้จัดทำโครงการรณรงค์ตรวจโรคพยาธิใบไม้ตับในทุกหมู่บ้าน ผลการตรวจจากประชาชน 1,259 คน พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 122 คน (ร้อยละ 9.7) และติดเชื้อพยาธิอื่น ๆ 148 คน (ร้อยละ 11.8) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนในตำบลตลาดไทรมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ปลาร้า ปลาส้ม กุ้งพล่า ก้อยปลา ส้มตำใส่กุ้งสด ประกอบกับสภาพแวดล้อมทางสังคมในชนบท ภูมิประเทศที่มีแม่น้ำ และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ยังคงเอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับในตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ทฤษฎี Protection Motivation Theory (PMT) ร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้น (Two-stage sampling) ขั้นแรกสุ่มเลือกหมู่บ้านโดยการจับฉลาก ขั้นที่สองสุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่เลือกแล้วด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถรับรู้ รับฟัง ด้วยคำพูดและเสียงปกติ อ่านออกเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดโครงการโดยลงนามในใบยินยอม

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการทดลอง ไม่ยินดีหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเหตุขัดข้องส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% กำลังการทดสอบ 80% อ้างอิงจากการศึกษาของเสาร์แก้ว กันทะวงศ์[9] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 46 คน เพิ่มเป็นกลุ่มละ 50 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมทั้งหมด 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ และการใช้ส้วม

1.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 4 ตัวเลือก โดยตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.77 การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom[10] ระดับสูง (16-20

คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)

1.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านบวก และกลับกันสำหรับข้อคำถามด้านลบ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.73 การแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best[11] ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

1.4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านบวก และกลับกันสำหรับข้อคำถามด้านลบ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 การแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best[11] ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

1.5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านบวก และกลับกันสำหรับข้อคำถามด้านลบ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72 การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best[11] ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

1.6 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านบวก และกลับกันสำหรับข้อคำถามด้านลบ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 การแปลผลคะแนนการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติ โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best[11] ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

1.7 แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติสม่ำเสมอ มีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ การปฏิบัติสม่ำเสมอ (ปฏิบัติ 6-7 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน การปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3-5 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน การปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์) ให้ 0 คะแนน สำหรับข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 การแปลผลคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรค โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best[11] ระดับการปฏิบัติดีมาก (2.26-3.00 คะแนน) ระดับการปฏิบัติดี (1.51-2.25 คะแนน) ระดับการปฏิบัติปานกลาง (0.76-1.50 คะแนน) และระดับการปฏิบัติไม่ดี (0.00-0.75 คะแนน)

1.8 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 การแปลผลคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best[11] ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับเกิดความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ประกอบด้วย การบรรยาย นำเสนอโดยเพาเวอร์พอยท์ การให้ชมวิดิทัศน์ และคู่มือเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับได้ตระหนักถึงความสำคัญโรคพยาธิใบไม้ตับ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อวิดิทัศน์ ไมโครโฟน เครื่องขยายเสียง คอมพิวเตอร์และเครื่องฉายภาพนิ่ง อาหารต่างๆ เช่น ลาบปลา ปลาส้ม ก้อยปลา ปลาจ่อม แจ่วบอง ส้มตำ ปิ้งปลา ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 การสร้างการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อและอุปกรณ์ คือ ไมโครโฟน เครื่องขยายเสียง คอมพิวเตอร์และเครื่องฉายภาพนิ่ง หุ่นจำลอง ภาพต่างๆ กระดาษปากกาเคมี และของรางวัล ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

พร้อมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนบ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยศึกษาจากตำรา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา จากนั้นนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่น

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลหนองค่าย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha ได้ค่าดังนี้ ความรู้ = 0.77 การรับรู้ความรุนแรง = 0.73 การรับรู้โอกาสเสี่ยง = 0.75 การรับรู้ความสามารถตนเอง = 0.72 การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติ = 0.71 และการปฏิบัติการป้องกัน = 0.74

3. อำนาจจำแนก สำหรับแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: K-R 20) โดยค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้คือ r = 0.2-0.8 ได้ค่า r เท่ากับ 0.62 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกิจกรรมในการดำเนินงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างในตำบลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเตรียมเครื่องมือ แบบสอบถาม และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานตามกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามที่กำหนด 3 กิจกรรม พร้อมแรงสนับสนุน

ทางสังคมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการทดลอง หลังจากนั้นเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับหลังการทดลอง (Post-test) ทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาสำหรับวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน และใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 207 โดยยึดหลักการเคารพบุคคล การให้ประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0 และ 54.0 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 43.44 ปี อยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี (ร้อยละ 40.0 และ 36.0) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.0 และ 60.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.0 และ 58.0) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 82.0 และ 78.0) และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68.0 และ 62.0) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะประชากรศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบ

2. ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบตัวแปรหลักภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean difference	t	95% CI	P-value
		Mean±SD	Mean±SD				
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	ทดลอง	7.32±2.89	12.48±2.62	5.16	13.67	3.84-5.91	<0.001*
	เปรียบเทียบ	7.09±1.97	8.20±1.74	1.11	2.87	0.62-2.87	0.019*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ทดลอง	13.37±3.12	14.26±1.93	0.89	3.96	1.01-2.72	0.0003*
	เปรียบเทียบ	12.22±2.78	12.93±2.95	0.71	1.48	-0.49-1.98	0.29
การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ	ทดลอง	16.95±2.91	17.75±2.59	0.80	3.02	0.48-2.11	0.004*
	เปรียบเทียบ	15.16±2.03	16.12±2.13	0.96	1.11	0.13-2.01	0.047*
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	ทดลอง	22.42±5.11	25.12±4.94	2.70	2.98	0.54-4.41	0.014*
	เปรียบเทียบ	22.11±4.79	22.49±4.91	0.38	0.71	-1.30-2.97	0.59
แรงสนับสนุนทางสังคม	ทดลอง	0±0	12.47±5.07	12.47	24.67	11.29-12.19	<0.001*
	เปรียบเทียบ	0±0	4.38±1.20	4.38	24.56	3.14-3.49	<0.001*

*หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (Paired t-test)*

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p<0.05$) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นมากที่สุด (5.16 คะแนน, $p<0.001$) ตามด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม (12.47 คะแนน, $p<0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (3.53 คะแนน, $p=0.003$) การปฏิบัติเพื่อป้องกัน

โรค (2.70 คะแนน, p=0.014) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (2.60 คะแนน, p<0.001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (0.89 คะแนน, p=0.0003) และการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (0.80 คะแนน, p=0.004) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 3 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (4.38 คะแนน, p<0.001) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (1.11 คะแนน, p=0.019) และการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (0.96 คะแนน, p=0.047) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

3. ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของตัวแปรหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Difference	S.D.d	95% CI	t	p-value
	n	$\bar{d}$	n	$\bar{d}$					
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	50	5.32	50	1.01	4.31	3.09	2.01-5.62	7.98	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	50	3.20	50	0.17	3.03	3.22	1.45-3.69	4.95	<0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	50	2.94	50	0.99	1.95	6.98	1.66-6.79	3.33	0.0016*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	50	1.94	50	1.83	0.11	2.75	-0.39-1.59	1.20	0.23
การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ	50	1.28	50	0.44	0.84	3.79	-0.14-2.30	1.48	0.149
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	50	2.32	50	0.94	1.38	6.51	0.20-4.82	2.49	0.029*
แรงสนับสนุนทางสังคม	50	12.47	50	4.38	8.09	3.94	6.94-9.32	17.24	<0.001*

*หมายเหตุ: $\bar{d}$ = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง; S.D.d = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.05 (Independent t-test)*

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 ตัวแปร (p<0.05) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (ผลต่าง 8.09 คะแนน, p<0.001) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ผลต่าง 4.31 คะแนน, p<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ผลต่าง 3.03 คะแนน, p<0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ผลต่าง 1.95 คะแนน, p=0.002) และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (ผลต่าง 1.38 คะแนน, p=0.029) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (ผลต่าง -0.84 คะแนน, p=0.149) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ผลต่าง -0.11 คะแนน, p=0.23) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม

4. ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	พบเชื้อ/ทั้งหมด (%)	พบเชื้อ/ทั้งหมด (%)
ทดลอง	7/50 (14.0%)	0/50 (0.0%)
เปรียบเทียบ	6/50 (12.0%)	0/50 (0.0%)

จากตารางที่ 3 ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 7 คน (ร้อยละ 14.0) และกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ติดเชื้อ 6 คน (ร้อยละ 12.0) หลังการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 0.0) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงเป็นศูนย์หลังการทดลอง ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับยาถ่ายพยาธิตามโปรแกรมการรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยที่ทำให้ผู้เข้าร่วมมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้น การลดลงของอัตราการติดเชื้อในทั้งสองกลุ่มสะท้อนถึงประสิทธิผลของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการ

สรุปและอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะประชากรศาสตร์คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0 และ 54.0 ตามลำดับ) อายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรานนท์ โกสีย์รัตนาภิบาล และกิตติยา ไกรยราช[12] ที่พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.40 และเพ็ญประภา แต้มงาม และคณะ[13] ที่พบเพศหญิง ร้อยละ 62.2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาหารและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.32 เป็น 12.48 คะแนน และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษา อาทิ มณฑาทิพย์ คำเขื่อง[14] ที่พบกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎี PMT มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) พีรญา จันทะนะ[15] ที่พบผลลัพธ์คล้ายคลึงกัน ($p<0.001$) และศิริรัตน์ สุดธิ[16] ที่ได้ผลการศึกษาในทิศทางเดียวกัน ($p<0.001$) การเพิ่มขึ้นของความรู้สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ทฤษฎี PMT ซึ่งเน้นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อันตราย และวิธีการป้องกัน

3. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 23.12 เป็น 25.72 คะแนน และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Rujirawanich et al.[17] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มประชากรเสี่ยง และการศึกษาของสวาสดิ์ ธรรมมา[6] ที่พบกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 31.23 เป็น 34.76 คะแนน และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Rujirawanich et al.[17] ที่ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศักดิ์ชัย กามโร และ รุจิรา ดวงสงค์ ที่พบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)[3]

4. การประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 13.37 เป็น 14.26 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0003$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สวาสดิ์ ธรรมมา[6] ที่พบกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ วรพรรณ เครือคล้าย และ มลินี สมภพเจริญ[18] ที่พบการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิง

บวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.01$)

การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 16.95 เป็น 17.75 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี สุทธิมิตร และ สุธาทิพย์ นิลพัฒน์[7] ที่พบกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ด้านผลตอบแทนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ Wiriya, J. et al[19] ที่พบการสร้างแรงจูงใจในการเห็นประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงการบริโภคปลาดิบส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจาก 22.42 เป็น 25.12 คะแนน และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.014$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษา อาทิ ชนิดาภา วิชัยดิษฐ์[20] ที่พบกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) วราภรณ์ โคตรสุโพธิ์[21] ที่ได้ผลการศึกษาในทิศทางเดียวกัน ($p<0.001$) และ จินตพร จันทร์เทศ[22] ที่พบพฤติกรรมป้องกันพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมในการถ่ายทอดความรู้และการรับรู้ไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม จิตรานนท์ โกสีย์รัตนาภิบาล และ กิตติยา ไกรยราช[12] พบว่า แม้ประชากรจะมีระดับความรู้สูง แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นความท้าทายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดั้งเดิมที่ฝังรากลึกในวัฒนธรรมท้องถิ่น

6. แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 12.47 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น 4.38 คะแนน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี แสงฉาย[23] ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ทฤษฎี PMT และแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ อนันต์ พงษ์พันธ์[24] ที่พบว่าโปรแกรมที่ผสานทฤษฎี PMT กับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเพิ่มขึ้นของแรงสนับสนุนทางสังคมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว ดังที่ วรพรรณ เครือคล้าย และ มลินี สมภพเจริญ[18] พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

7. ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

หลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 0.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย บุญคงตะวัน[26] ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การไม่พบพยาธิในทั้งสองกลุ่มอาจเกิดจากการได้รับยารักษาพยาธิตามโปรแกรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม วรวุฒิ นามวงศ์[25] เตือนว่าอัตราการติดเชื้อซ้ำยังคงสูง (ร้อยละ 16.18) หากพฤติกรรมเสี่ยงยังคงอยู่

จากผลการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎี PMT ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Rujirawanich et al.[17] ที่เสนอให้ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจมาบูรณาการกับกิจกรรมการรณรงค์และส่งเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ดังที่ ทศพล แก้วสิงห์[27] ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายต้องอาศัยกระบวนการติดตามและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จในการป้องกันโรคได้ ดังนั้น การดำเนินโปรแกรมควรมี

แผนการติดตามผลระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 การจัดโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ดังนั้น จึงควรนำไปใช้กับพื้นที่อื่นๆหรือกลุ่มอายุอื่นๆต่อไป

1.2 ในการศึกษาครั้งนี้มีการสนับสนุนการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิและให้การรักษาในรายที่ตรวจพบพยาธิ ทำให้เด็กนักเรียนตื่นตัว

1.3 ควรมีการสอดแทรกความรู้เรื่องโรคพยาธิต่างๆในการเรียนการสอน และมีสื่อประกอบต่าง ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความยั่งยืนของประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยทำการประเมินผลซ้ำหรือติดตามหลังจากสิ้นสุดการทดลองเป็นระยะ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและหาวิธีการส่งเสริมให้กลุ่มเด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างยั่งยืนต่อไป

2.2 สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอื่นๆ ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

2.3 การจัดโปรแกรมสุขศึกษาในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ควรใช้รูปแบบที่หลากหลาย โดยต้องได้รับความร่วมมือจากครูและผู้ปกครอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นให้เด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Hughes T, O'Connor T, Techasen A, Namwat N, Loilome W, Andrews RH, et al. Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma in Southeast Asia: An unresolved problem. *Int J Gen Med*. 2017;10:227–37. Available from: https://doi.org/10.2147/IJGM.S133292
2. กองโรคติดต่อทั่วไป. รายงานประจำปี 2564 (Annual Report 2021). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองโรคติดต่อทั่วไป; 2564.
3. ศักดิ์ชัย กามโร, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 2559;22(2):5–18.
4. กระทรวงสาธารณสุข. มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2564.
5. Floyd DL, Prentice-Dunn S, Rogers RW. A meta-analysis of research on protection motivation theory. *J Appl Soc Psychol*. 2000;30(2):407–29. Available from: https://moscow.sci-hub.se/980/f1d93005b0aca6494238bce58005d15f/floyd2000.pdf
6. สวาสดิ์ ธรรมมา. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
7. อัญชลี สุทธิมิตร, สุธาทิพย์ นิลพัฒน์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เฉพาะ. *วารสารสุขศึกษาออนไลน์*. 2566;8(2):275–82.
8. ปรีชา ปิยะพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*. 2566;21(1):52–68.
9. เสาร์แก้ว กันทะวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542. Available from: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/MU.the.1999.46
10. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

12. จิตรานนท์ โกสีย์รัตนาภิบาล, กิตติยา ไกรยราช. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*. 2566;10(2):1–16.
13. เพ็ญประภา แต้มงาม, และคณะ. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ม. อุบลราชธานี*. 2562;21(3):74–85.
14. มณฑาทิพย์ คำเขื่อง. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
15. พีรญา จันทะนะ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
16. ศิริรัตน์ สุดธิ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*. 2566;5(1):13–26.
17. Rujirawanich P, Kittivorapart J, Bualert S. Factors influencing preventive behavior of liver fluke infection among risk group in the Northeast of Thailand. *Asian Pac J Trop Med*. 2019;12(5):217–22. https://doi.org/10.4103/1995-7645.258439
18.] วรพรรณ เครือคล้าย, มลินี สมภพเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*. 2564;22(1):125–37.
19. Wiriya J, Thammapalo S, Khamsiriwatchara A. Health belief model-based intervention for liver fluke prevention among villagers in Northeast Thailand: A quasi-experimental study. *Heliyon*. 2023;9(1):e12890. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12890
20. ชนิดาภา วิชัยดิษฐ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
21. วราภรณ์ โคตรสุโพธิ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
22. จินตพร จันทร์เทศ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2565.
23. มาลินี แสงฉาย. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2566;32(3):516–30.
24. อนันต์ พงษ์พันธ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*. 2565;29(2):77–91.
25. วรวุฒิ นามวงศ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2562.
26. สมชาย บุญคงตะวัน. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขศึกษา*. 2567;4(2):1–12.
27. ทศพล แก้วสิงห์. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขศึกษา*. 2567;4(1):1–13.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการโดยใช้กลไกพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ

Development of an Integrated Road Traffic Accident Prevention and Reduction Model through Area-Based Mechanisms in Sisaket Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

ธีรบูลย์ รัชตะวิมลรัตน์[1]
Theeraboon Ratchatawimonrat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการโดยใช้กลไกพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติและสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนในพื้นที่นำร่อง 400 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 50 คน และการสังเกตพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย 1,000 คัน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงกันยายน 2568 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย และใช้สถิติเชิงอนุมานใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้ Paired t-test, Chi-square Test

ผลการวิจัยพบว่า “รูปแบบด่านชุมชนปากหวาน” สามารถเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 78.9 และของผู้โดยสารจากร้อยละ 32.6 เป็นร้อยละ 65.4 รวมทั้งลดจำนวนอุบัติเหตุจาก 28 ครั้งเหลือ 15 ครั้งต่อ 6 เดือน และลดผู้เสียชีวิตจาก 9 คนเหลือ 3 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนนของประชาชนความสำเร็จของรูปแบบเกิดจากการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารเชิงบวกที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การพัฒนาอาสาสมัครอย่างเป็นระบบ การประสานงานระหว่างหน่วยงานผ่านกลไก ศปถ. และการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง การประเมินความยั่งยืนพบว่าอาสาสมัครคงอยู่ร้อยละ 91 และมีความพึงพอใจสูง

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน, การป้องกัน, ด่านชุมชน, การบูรณาการ, ศรีสะเกษ

Abstract

This study aimed to develop an integrated model for road accident prevention and reduction through a community-based mechanism in Sisaket Province. The research employed an action research approach based on the conceptual framework of Kemmis and McTaggart, consisting of three phases: planning, action and observation, and reflection. The study involved 400 community members in the pilot area, 50 key informants for interviews and focus groups, and the observation of helmet-wearing behavior among 1,000 motorcycle riders. The research was conducted over 11 months, from November 2024 to September 2025. Data analysis using descriptive statistics to analyze general and basic data including frequency, percentage, mean, standard deviation, median and range and using inferential statistics to test research hypotheses using Paired t-test, Chi-square Test.

The findings revealed that the “Sweet-Mouth Community Checkpoint” model effectively increased the helmet-wearing rate among riders from 45.2% to 78.9% and among passengers from 32.6% to 65.4%. The number of road accidents decreased from 28 to 15 cases per six months, and fatalities dropped from 9 to 3 cases, all with statistical significance ($p < 0.001$). Positive changes were also found in knowledge, attitudes, and road safety behaviors among community members. The model’s success resulted from the integration of key components: culturally appropriate positive communication, genuine community

[1] งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

participation, systematic volunteer capacity building, inter-agency collaboration through the Road Safety Directing Center mechanism, and continuous monitoring and improvement. Sustainability assessment showed that 91% of volunteers remained active with high satisfaction levels.

Keywords: road traffic accidents, prevention, community checkpoint, integration, Sisaket

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 1.35 ล้านคน และ มีผู้บาดเจ็บอีก 20 ถึง 50 ล้านคน โดยอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในกลุ่มอายุ 5 ถึง 29 ปี[1] สำหรับประเทศไทย สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน จากข้อมูลศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC พบว่าตั้งแต่ต้นปี 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 7,884 คน และผู้ได้รับบาดเจ็บ 462,703 คน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 75.75 และเพศหญิงร้อยละ 24.25 ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากกว่าร้อยละ 82 [2] การศึกษาของ สุเมธ องกิตติกุล [3] ระบุว่าประเทศไทยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก

จังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดที่มีสถิติอุบัติเหตุทางถนนสูง ตามรายงานของสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดศรีสะเกษ [4] ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2567 เพียง 7 วัน มีอุบัติเหตุ 6 ครั้ง บาดเจ็บ 5 ราย เสียชีวิต 3 ราย โดยปัจจัยร่วมสำคัญมาจากคน รถ ถนน และสิ่งแวดล้อม สาเหตุหลักของอุบัติเหตุทางถนนยังคงเกิดจากการขับรถเร็ว ดื่มแล้วขับ และตัดหน้ากระชั้นชิด รวมถึงจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด สาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุในจังหวัดศรีสะเกษได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับรถเร็วเกินกำหนด การดื่มแล้วขับ และการตัดหน้ากระชั้นชิด โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ที่เป็นยานพาหนะหลักของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในระดับชาติที่พบว่ารถจักรยานยนต์มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าร้อยละ 80 ของอุบัติเหตุทั้งหมด จากการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอำเภอกันทรลักษ์เป็นอำเภอที่มีสถิติอุบัติเหตุสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลกุดเสลา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของการจราจรและมีจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุประกอบกับลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่มีถนนโค้งและทางแยกจำนวนมาก ส่งผลให้เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน แม้ว่าจะมีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาหลายรูปแบบ เช่น การบังคับใช้กฎหมายการปรับปรุง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการให้ความรู้ แต่ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ส่งผลให้การแก้ไขปัญหา ยังไม่ประสบผลสำเร็จ โดยเฉพาะการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการที่มาตรการส่วนใหญ่เน้นการใช้อำนาจของรัฐมากกว่าการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการที่เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่จึงเป็นแนวทางที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้กลไกการประสานงานของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในระดับพื้นที่ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการป้องกันและ ลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ อันจะนำไปสู่การลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการโดยใช้กลไกพื้นที่ในจังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดศรีสะเกษโดยใช้กลไกการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่

2) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ในพื้นที่นำร่องก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ

3) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดอุบัติเหตุและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่นำร่องก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ

4) เพื่อพัฒนากลไกการทำงานป้องกันอุบัติเหตุแบบสหสาขาผ่านศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [5] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีการดำเนินการเป็นวงจรต่อเนื่อง

ประชากรในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชนในตำบลกุดเสลาอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 7,804 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันอุบัติเหตุซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ ศปถ. ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ผู้นำชุมชนและคณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำรวจชุมชนและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และครูและบุคลากรทางการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างสำหรับแบบสอบถาม 400 คน กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 25 คน ได้แก่ ผู้บริหาร ศปถ.จังหวัด 3 คน ผู้บริหาร ศปถ. อำเภอ 4 คน ผู้บริหาร ศปถ. ตำบล 3 คน ผู้นำชุมชน 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน และตำรวจชุมชน 3 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีประสบการณ์ทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างน้อย 2 ปี มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรง และเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มจำนวน 50 คน ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน 12 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข 10 คนที่ปฏิบัติงานจริง กลุ่มเยาวชน 10 คนที่มีอายุ 18 ถึง 25 ปีและขับขี่รถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ประกอบการ 8 คนซึ่งเป็นเจ้าของกิจการรับส่งผู้โดยสาร และกลุ่มสตรี 10 คนซึ่งเป็นแม่บ้านที่เป็นแม่ของเด็กวัยเรียนและกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสังเกตพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยจำนวน 1,000 คัน ระยะเวลาการวิจัย 11 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผน ,ระยะที่ 2 การปฏิบัติและสังเกตการณ์ และระยะที่ 3 การสะท้อนผล เป็นการเก็บข้อมูลหลังการดำเนินงาน จากกลุ่มตัวอย่างเดิม การจัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์และจัดทำคู่มือ การจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การนำเสนอผลการวิจัยต่อชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการวางแผนการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย และใช้สถิติเชิงอนุมานใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้

Paired t-test, Chi-square Test วิเคราะห์ขนาดผล (Effect Size) ใช้ Cohen's d การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และ Phi coefficient การเปรียบเทียบสัดส่วน โดยเกณฑ์การตีความขนาดผลเล็กคือ d เท่ากับ 0.2 และ ϕ เท่ากับ 0.1 ขนาดผลกลางคือ d เท่ากับ 0.5 และ ϕ เท่ากับ 0.3 และขนาดผลใหญ่คือ d เท่ากับ 0.8 และ ϕ เท่ากับ 0.5 และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยแต่ละระยะมีผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้

ระยะที่ 1 การวางแผน

1. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ศึกษาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า ความสำเร็จที่สำคัญที่สุด คือการเปลี่ยนผ่านจาก การบังคับใช้กฎหมายเชิงลงโทษ เป็น การสร้างความตระหนักรู้เชิงความสัมพันธ์ โดยใช้หลักการของ NVC และ CBPR ผ่านรูปแบบ “ด่านชุมชนปากหวาน” แม้ว่าข้อมูลอัตราการเสียชีวิตในพื้นที่นำร่อง (3.43 ต่อแสนประชากร) จะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่ปัญหาหลักที่ดำรงอยู่คือพฤติกรรมเสี่ยงวิกฤต เช่น อัตราการไม่สวมหมวกนิรภัยที่สูงถึงร้อยละ 54.8 ในระยะฐาน ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าพื้นที่ดังกล่าวกำลังมีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตในอนาคตอันใกล้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการป้องกันไม่ให้ความเสี่ยงเชิงพฤติกรรมดังกล่าวปะทุเป็นวิกฤตความสูญเสีย การเพิ่มขึ้นของอัตราการสวมหมวกนิรภัยจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 92.5 หลังการแทรกแซง และอัตราส่วนผลประโยชน์ต่อต้นทุนที่สูงถึง 12.36:1 เป็นการยืนยันอย่างชัดเจนว่า การลงทุนในกลไกพื้นที่ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสื่อสารเชิงบวกมีความคุ้มค่าสูงสุด ในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในมิติด้านความปลอดภัยทางถนน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรายเดือนสำหรับช่วง 6 เดือนก่อนการดำเนินงาน พบว่ามีอุบัติเหตุรวม 28 ครั้ง ผู้เสียชีวิต 9 คน และผู้บาดเจ็บ 36 คน ข้อมูลนี้ใช้เป็นฐานในการเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงาน ซึ่งจุดเสี่ยงอุบัติเหตุสูง 5 อันดับแรกในตำบลกุดเสลาได้แก่ (1) ถนนหน้าบ้านนารังกา หมู่ 1 มีอุบัติเหตุเฉลี่ย 4 ครั้งต่อปี โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นการขับขี่รถจักรยานยนต์ล้มเองเนื่องจากใช้ความเร็วสูง ช่วงเวลาเสี่ยงคือ 11.00 ถึง 15.00 นาฬิกา และ 16.00 ถึง 18.00 นาฬิกา (2) ถนนหน้าตลาดบ้านกุดเสลา หมู่ 3 มีอุบัติเหตุเฉลี่ย 4 ครั้งต่อปี โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นการขับขี่รถจักรยานยนต์ล้มเองเนื่องจากใช้ความเร็วสูงและหลบหลีกยานพาหนะอื่น ช่วงเวลาเสี่ยงคือ 07.00 ถึง 08.00 นาฬิกา 13.00 ถึง 14.00 นาฬิกา และ 18.00 ถึง 19.00 นาฬิกา (3) สี่แยกบ้านทุ่งสว่าง หมู่ 6 มีอุบัติเหตุเฉลี่ย 4 ครั้งต่อปี โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นการตัดหน้ากะทันหัน ส่วนใหญ่ชนกับรถกระบะหรือสัตว์เลี้ยง และพื้นที่ไม่มีไฟส่องสว่างเพียงพอ ช่วงเวลาเสี่ยงคือ 15.00 ถึง 18.00 นาฬิกา และ 19.00 ถึง 22.00 นาฬิกา (4) ถนนบ้านหนองรุง หมู่ 7 มีอุบัติเหตุเฉลี่ย 3 ครั้งต่อปี โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นการขับขี่รถจักรยานยนต์เฉี่ยวชนกันหรือล้มเอง ช่วงเวลาเสี่ยงคือ 13.00 ถึง 15.00 นาฬิกา และและ (5) ถนนบ้านโนนคูณ หมู่ 14 มีอุบัติเหตุเฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี โดยสาเหตุส่วน

ใหญ่เป็นการขับขี่รถจักรยานยนต์เฉี่ยวชนสัตว์หรือล้มเอง ช่วงเวลาเสี่ยงคือ 07.00 ถึง 09.00 นาฬิกา โดยที่สาเหตุอุบัติเหตุจากข้อมูล 56 ครั้งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุสำคัญ คือไม่สวมหมวกนิรภัย รองลงมาคือ ขับรถเร็วเกินกำหนด การดื่มแล้วขับ การใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ การฝ่าฝืนกฎจราจร ความง่วงนอนหรือเมื่อยล้า สภาพถนนไม่ดี และสภาพรถบกพร่อง ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนนเป็นสาเหตุหลักของอุบัติเหตุมากกว่าปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน

2. ลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.0 และเพศหญิงร้อยละ 48.0 มีอายุ 36 ถึง 45 ปี จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 26.0) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.0) แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาของประชากร ในพื้นที่ยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้และความเข้าใจเรื่องความปลอดภัย ทางถนน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 39.0) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 42.0) แสดงให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่มีรายได้ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการซื้อหมวกนิรภัยที่มีคุณภาพ สำหรับข้อมูลการใช้รถใช้ถนน พบว่าร้อยละ 89.3 มีรถจักรยานยนต์เป็นของตนเอง ร้อยละ 7.8 ใช้ร่วมกับครอบครัว และร้อยละ 2.9 ไม่มีรถจักรยานยนต์ แสดงให้เห็นว่ารถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะหลักของประชาชนในพื้นที่ การมีใบอนุญาตขับขี่พบว่าร้อยละ 73.0 มีใบอนุญาตขับขี่ (ร้อยละ 22.0) แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์โดยไม่มีใบอนุญาตถึงเกือบหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง ความถี่การขับขี่รถจักรยานยนต์พบว่าส่วนใหญ่ขับขี่ทุกวัน (ร้อยละ 81.0) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นประจำ ในชีวิตประจำวัน การมีหมวกนิรภัยพบว่าร้อยละ 69.0 มีเป็นของตนเอง ร้อยละ 21.0 ยืมหรือใช้ร่วมกัน และร้อยละ 10.0 ไม่มีหมวกนิรภัย ประสบการณ์อุบัติเหตุทางถนน พบว่าร้อยละ 79.0 ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ และร้อยละ 21.0 เคยประสบอุบัติเหตุ แสดงให้เห็นว่าประมาณหนึ่งในห้าของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์อุบัติเหตุทางถนน ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมความปลอดภัย

3. ความรู้ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 11.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.2 คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และคะแนนสูงสุด 19 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 59.0 ของคะแนนเต็ม แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางต่ำ ทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนก่อนการดำเนินงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ย 54.2 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 3.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.8 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีทัศนคติที่ค่อนข้างดีต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน แต่ยังไม่ถึงระดับดีมาก และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนก่อนการดำเนินงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ย 46.4 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 2.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.3 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะมีความรู้และทัศนคติในระดับหนึ่ง แต่การปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยยังไม่สม่ำเสมอเพียงพอ

4. การสังเกตพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้ขับขี่มีการสวมหมวกนิรภัยถูกต้องเพียงร้อยละ 45.2 สำหรับผู้โดยสารพบว่าสถานการณ์แย่กว่าผู้ขับขี่ โดยมีการสวมถูกต้องเพียงร้อยละ 32.6 ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการรายงานตนเองในแบบสอบถามและแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย

5. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล 25 คน ได้ประเด็นสำคัญ คือ (1) ด้านปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุ กำนันตำบลกุดเสลาให้ข้อมูลว่า การบูรณาการระหว่างหน่วยงานยังไม่เข้มแข็ง

บางครั้งทำงานไม่ประสานกัน แต่ละหน่วยงานมีวาระของตัวเอง ซึ่งส่งผลให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่ 5 กล่าวเสริมว่า ประชาชนมีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติ เพราะคิดว่าไม่เกิดอะไรขึ้น หรือคิดว่าขับใกล้ๆ ไม่ต้องสวม แสดงให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติที่ต้องแก้ไข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเสลาชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง มักจะรณรงค์เฉพาะช่วงเทศกาล หลังจากนั้นก็หายไป ซึ่งทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน (2) ด้านทัศนะต่อแนวคิดด่านชุมชนปากหวาน ประธานสตรีหมู่ 3 แสดงความเห็นว่า วิธีนี้ดีกว่าการปรับเพราะเราเป็นเพื่อนบ้านกัน คุยกันด้วยความรัก ถ้าไปดุหรือข่มขู่คนเขาจะไม่ยอมรับ แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เน้นความสัมพันธ์และความอบอุ่น เยาวชนหมู่ 7 เสนอแนะว่า ต้องเลือกคนที่เหมาะสม พูดเก่ง มีบุคลิกดี คนไม่รู้จักก็เชื่อถือได้ ถ้าเป็นคนมีปัญหาในหมู่บ้านจะไม่ได้ผล ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดเลือกอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติเหมาะสม เจ้าของปั๊มน้ำมันหมู่ 15 เน้นย้ำว่า ต้องมีการอบรมให้ดี ไม่ใช่แค่ยืนเฉยๆ ต้องรู้ว่าพูดยังไง เวลาเจอคนที่ไม่ร่วมมือต้องทำอย่างไร แสดงให้เห็นถึงความต้องการการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาทักษะที่เหมาะสม และ (3) ด้านข้อเสนอแนะในการพัฒนา ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านกุดเสลาเสนอว่า ควรเริ่มจากโรงเรียน สอนเด็กให้รู้ก่อน เด็กจะไปบอกพ่อแม่ พ่อแม่จะอายที่ไม่สวมหมวก แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการใช้เด็กเป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่ 1 เสนอว่า ต้องมีหมวกให้แจกด้วย คนยากจริงๆ ซื้อไม่ได้ หมวกที่ขายในตลาดก็แพง คุณภาพไม่ค่อยดี ชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคด้านเศรษฐกิจที่ต้องแก้ไข และจากการสนทนากลุ่ม 5 กลุ่ม ได้ประเด็นสำคัญเสริมจากการสัมภาษณ์รายบุคคล โดยประเด็นแรกเกี่ยวกับสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในชุมชน พบว่าชุมชนมีปัญหาอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น จุดเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นที่คุ้นเคยแต่ไม่มีการแก้ไขอย่างจริงจัง และเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าปัญหาโครงสร้าง ประเด็นที่สองเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่าส่วนใหญ่ยังเป็นการมีส่วนร่วมแบบรับฟัง ไม่ใช่การมีส่วนร่วมแบบแท้จริง ขาดช่องทางการแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม และต้องการให้มีบทบาทในการกำหนดแนวทางการแก้ไข ประเด็นที่สามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อด่านชุมชนปากหวาน พบว่าเห็นด้วยกับแนวคิดใช้ความรักแทนการลงโทษ แต่กังวลเรื่องการยอมรับของคนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น และต้องการให้มีการอบรมอาสาสมัครอย่างจริงจัง

ระยะที่ 2 การปฏิบัติและสังเกตการณ์

1. การพัฒนารูปแบบด่านชุมชนปากหวาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 และการมีส่วนร่วม
ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ได้มีการพัฒนารูปแบบด่านชุมชนปากหวานที่มีหลักการสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การสื่อสารเชิงบวกโดยเน้นการให้กำลังใจและคำแนะนำแทนการตำหนิ การมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นเจ้าของและขับเคลื่อนโครงการ การเรียนรู้ร่วมกันโดยทุกคนทั้งให้และรับความรู้ และความยั่งยืนโดยสร้างกลไกที่ดำเนินต่อได้โดยชุมชน องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย คณะทำงานจำนวน 35 คน แบ่งเป็นผู้นำชุมชน 12 คนที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนและเป็นแบบอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุข 8 คนที่ทำหน้าที่ดำเนินการด่านและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตำรวจชุมชน 3 คนที่ทำหน้าที่ให้ความรู้กฎหมายและความปลอดภัย เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 4 คนที่ทำหน้าที่ประสานงานและสนับสนุนทรัพยากร และเยาวชนและสตรี 8 คนที่ทำหน้าที่ช่วยการสื่อสารและกิจกรรมสร้างสรรค์

2. การอบรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสารให้กับอาสาสมัครด่านชุมชนปากหวาน ระหว่างวันที่ 18 - 20 มิถุนายน 2568 ณ ศาลาประชาคมตำบลกุดเสลา มีผู้เข้าอบรม 35 คน ผลการประเมิน

ความพึงพอใจต่อการอบรมจากผู้เข้าอบรม 35 คน พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยความเหมาะสมของเนื้อหามีคะแนนเฉลี่ย 4.6 อยู่ในระดับมากที่สุด ความเหมาะสมของวิธีการสอนคะแนนเฉลี่ย 4.5 ระดับมากที่สุด ความชัดเจนของการบรรยายคะแนนเฉลี่ย 4.4 ระดับมาก การประยุกต์ใช้ได้จริงคะแนนเฉลี่ย 4.3 ระดับมาก และความพึงพอใจโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 4.5 อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการอบรมประสบความสำเร็จและผู้เข้าอบรมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน นอกจากการดำเนินงานด่านชุมชนปากหวานแล้ว ยังมีกิจกรรมเสริมและสนับสนุนหลายประการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน พบว่า กิจกรรมในโรงเรียนดำเนินการใน 12 โรงเรียน ครอบคลุมนักเรียน 1,240 คน ประกอบด้วยการแสดงละครเวทีเรื่องหมวกนิรภัยรักษาชีวิตใน 6 แห่ง มีผู้เข้าร่วม 720 คน พบว่าร้อยละ 94 เข้าใจความสำคัญของหมวกนิรภัยหลังชมการแสดง การแข่งขันวาดภาพเรื่องถนนปลอดภัยใน 12 แห่งมีผู้เข้าร่วม 360 คน ได้ผลงาน 120 ชิ้น นำไปจัดแสดงและประชาสัมพันธ์และการบรรยายให้ความรู้ใน 12 แห่งมีผู้เข้าร่วม 1,240 คน พบว่าร้อยละ 85 ตอบคำถามทดสอบได้ถูกต้องหลังการบรรยาย

3. การบูรณาการความร่วมมือผ่านกลไกศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ ในระดับจังหวัด มีการประชุม ศปถ.จังหวัดศรีสะเกษ ที่ประชุมมีมติสำคัญให้นำรูปแบบไปขยายผลในอำเภออื่นของจังหวัด การสนับสนุนจากระดับจังหวัดครอบคลุมการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อจังหวัด การจัดหาวิทยากรสำหรับการอบรมเสริม การติดตามและประเมินผลโดยทีมจากระดับจังหวัด และการเชื่อมโยงกับนโยบายระดับชาติ ในระดับอำเภอ ศปถ.อำเภอกันทรลักษ์มีบทบาทสำคัญในการประชุมติดตามผลรายเดือน การประสานงานกับโรงพยาบาลและโรงเรียนในพื้นที่ การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล และการสนับสนุนด้านกำลังใจและขวัญจิตแก่อาสาสมัคร ในระดับตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลกุดเสลาให้การสนับสนุนด้านสถานที่ ได้แก่ศาลาประชาคมและหอกระจายข่าว การประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์และเฟซบุ๊กเพจของตำบล และบุคลากรโดยมีเจ้าหน้าที่ 4 คน เข้าร่วมคณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถปรับปรุงการทำงานได้ทันท่วงที มีการจัดการประชุมติดตามผลรายเดือน 3 ครั้ง โดยปัญหาที่พบและการแก้ไขประการแรกคืออาสาสมัครบางคนขาดความมั่นใจในการสื่อสารโดยเฉพาะเมื่อเจอผู้ใช้รถที่ไม่ร่วมมือ จึงได้จัดการปรึกษาและให้กำลังใจผ่านการประชุมกลุ่มย่อยและการให้คำปรึกษารายบุคคล ผลลัพธ์คืออาสาสมัครมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 เมื่อสิ้นสุดเดือนแรก ปัญหาที่สองคือผู้ใช้รถบางกลุ่มไม่ร่วมมือและแสดงพฤติกรรมต่อต้าน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นเพศชาย จึงได้ปรับวิธีการสื่อสารโดยใช้ผู้นำชุมชนและผู้นำเยาวชนเป็นผู้สื่อสารกับกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ผลลัพธ์คือการต่อต้านลดลงจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 5 ภายในสองเดือน ปัญหาที่สามคือสภาพอากาศไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนทำให้ต้องหยุดดำเนินการบางวัน จึงได้จัดทำเต็นท์และเครื่องป้องกันฝนให้กับทุกจุด ผลลัพธ์คือการหยุดงานเนื่องจากสภาพอากาศลดลงจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 8 และจากการสำรวจความพึงพอใจระหว่างดำเนินงานดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2568 จากผู้ใช้บริการจำนวน 200 คน พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก โดยความเป็นมิตรของอาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ย 4.3 ความชัดเจนของข้อมูลคะแนนเฉลี่ย 4.1 ความเหมาะสมของเวลาคะแนนเฉลี่ย 3.9 คุณภาพของหมวกที่แจกคะแนนเฉลี่ย 4.0 และความพึงพอใจโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 4.1 อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความพึงพอใจและยอมรับรูปแบบการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 การสะท้อนผล การสังเกตพฤติกรรมหลังการดำเนินงาน พบว่าผู้ขับขี่มีการ

สวมหมวกนิรภัยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 78.9 เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.7 ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางปฏิบัติ การสวมไม่ถูกต้องลดลงจากร้อยละ 28.8 เป็นร้อยละ 16.4 และการไม่สวมลดลงจากร้อยละ 26.0 เป็นเพียงร้อยละ 4.7 แสดงให้เห็นว่าผู้ขับขี่ส่วนใหญ่เปลี่ยนมาสวมหมวกนิรภัยอย่างถูกต้อง สำหรับผู้โดยสารพบว่าการสวมหมวกนิรภัยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.6 เป็นร้อยละ 65.4 เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.8 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ขับขี่ การสวมไม่ถูกต้องลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 25.5 เป็นร้อยละ 22.8 และการไม่สวมลดลงอย่างมากจากร้อยละ 41.9 เป็นร้อยละ 11.8 แสดงให้เห็นว่าผู้โดยสารซึ่งเดิมมีพฤติกรรมแย่กว่าผู้ขับขี่ได้รับผลกระทบเชิงบวกจากโครงการอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p น้อยกว่า 0.001 โดยผู้ขับขี่มีค่า χ^2 เท่ากับ 331.25 และผู้โดยสารมีค่า χ^2 เท่ากับ 298.47 การวิเคราะห์ขนาดผล (Effect Size) พบว่าผู้ขับขี่มีค่า ϕ เท่ากับ 0.58 และผู้โดยสารมีค่า ϕ เท่ากับ 0.55 ซึ่งทั้งสองค่าอยู่ในเกณฑ์ขนาดผลใหญ่ตามเกณฑ์ของ Cohen แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงไม่เพียงแต่มีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น แต่ยังมีขนาดผลที่ใหญ่มากในทางปฏิบัติด้วย

การเปรียบเทียบสถิติอุบัติเหตุ 3 เดือนก่อนการดำเนินงาน กับ 3 เดือนหลังการดำเนินงาน พบว่าจำนวนครั้งอุบัติเหตุลดลงจาก 28 ครั้งเป็น 15 ครั้ง ลดลงร้อยละ 46.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p เท่ากับ 0.008 ผู้บาดเจ็บลดลงจาก 36 คนเป็น 19 คน ลดลงร้อยละ 47.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p เท่ากับ 0.012 และผู้เสียชีวิตลดลงจาก 9 คนเป็น 3 คน ลดลงร้อยละ 66.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p เท่ากับ 0.031 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบด่านชุมชนปากหวานสามารถลดจำนวนอุบัติเหตุและความรุนแรงของอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์ลดลงจาก 22 ครั้งเป็น 12 ครั้ง ลดลงร้อยละ 45.5 ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการสวมหมวกนิรภัย และผู้บาดเจ็บที่ไม่สวมหมวกนิรภัยลดลงอย่างมากจาก 18 คนเป็น 5 คน ลดลงร้อยละ 72.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p เท่ากับ 0.003 แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการสวมหมวกนิรภัยสามารถลดความรุนแรงของการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ค่าเสียหายทรัพย์สินยังลดลงจาก 2.8 ล้านบาทเป็น 1.4 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 50.0 แสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของโครงการ

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.8 คะแนนเป็น 16.4 คะแนน เพิ่มขึ้น 4.6 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p น้อยกว่า 0.001 โดยมีขนาดผล (Cohen's d) เท่ากับ 1.52 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ใหญ่มาก ทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 3.6 คะแนนเป็น 4.3 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.7 คะแนน หรือจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p น้อยกว่า 0.001 โดยมีขนาดผลเท่ากับ 0.98 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ใหญ่ และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 2.9 คะแนนเป็น 4.2 คะแนน เพิ่มขึ้น 1.3 คะแนน หรือจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p น้อยกว่า 0.001 โดยมีขนาดผลเท่ากับ 1.19 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ใหญ่ ขนาดผลที่ใหญ่มากนี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงไม่เพียงแต่มีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น แต่ยังมีความหมายสำคัญในทางปฏิบัติด้วย โดยเฉพาะความรู้ที่มีขนาดผล 1.52 ซึ่งเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องตลอด 6 เดือน การที่พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในระดับใหญ่ (Cohen's d = 1.19) แสดงให้เห็นว่าโครงการสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แท้จริงไม่ใช่เพียงแค่ความรู้หรือทัศนคติเท่านั้น

การประเมินความพึงพอใจของประชาชนที่เคยใช้บริการด่านชุมชน พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก ความเป็นมิตรของอาสาสมัครมีคะแนน

เฉลี่ย 4.7 อยู่ในระดับมากที่สุด ความชัดเจนของข้อมูลคะแนนเฉลี่ย 4.3 ความเหมาะสมของเวลาคะแนนเฉลี่ย 4.1 คุณภาพของหมวกและสื่อคะแนนเฉลี่ย 4.0 ความรู้สึกปลอดภัยคะแนนเฉลี่ย 4.4 ความเต็มใจแนะนำผู้อื่นคะแนนเฉลี่ย 4.3 และความพึงพอใจโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 4.3 อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานและยอมรับแนวทางเชิงบวกของด่านชุมชนปากหวาน ส่วนความพึงพอใจของอาสาสมัครด่านชุมชน พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ความภาคภูมิใจในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ย 4.8 อยู่ในระดับมากที่สุด การได้รับการสนับสนุนคะแนนเฉลี่ย 4.6 ความรู้สึกมีคุณค่าคะแนนเฉลี่ย 4.7 ความสัมพันธ์ในทีมคะแนนเฉลี่ย 4.5 การพัฒนาตนเองคะแนนเฉลี่ย 4.4 ความต้องการดำเนินการต่อคะแนนเฉลี่ย 4.6 และความพึงพอใจโดยรวมคะแนนเฉลี่ย 4.6 อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครมีความพึงพอใจและมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินงานต่อไปอย่างยั่งยืน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยแห่งความสำเร็จ 5 ประการหลัก คือ 1) การสนับสนุนจากผู้นำชุมชนซึ่งมีความสำคัญในระดับสูงมากเพราะผู้นำให้การสนับสนุนเต็มที่และเป็นแบบอย่างทำให้ชุมชนให้ความเชื่อถือและร่วมมือ 2) คุณภาพของอาสาสมัครซึ่งมีความสำคัญในระดับสูงมากเพราะอาสาสมัครมีทักษะการสื่อสารที่ดีและมีความตั้งใจจริงทำให้สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชน 3) การบูรณาการความร่วมมือซึ่งมีความสำคัญในระดับสูงเพราะทุกหน่วยงานร่วมมือและสนับสนุนทำให้มีทรัพยากรเพียงพอและการทำงานราบรื่น 4) การใช้แนวทางเชิงบวกซึ่งมีความสำคัญในระดับสูงเพราะชุมชนยอมรับและไม่ต่อต้านทำให้การดำเนินงานราบรื่น และ 5) การสนับสนุนสื่อและวัสดุซึ่งมีความสำคัญในระดับปานกลางเพราะมีหมวกและสื่อคุณภาพดีให้ฟรีทำให้ลดอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ สำหรับอุปสรรคและข้อจำกัดที่พบประกอบด้วยการต่อต้านในช่วงแรกซึ่งมีความรุนแรงในระดับปานกลาง แก้ไขโดยการใช้ผู้นำชุมชนสื่อสารและสร้างความเข้าใจผลลัพธ์คือการต่อต้านลดลงจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 3 สภาพอากาศไม่เอื้ออำนวยซึ่งมีความรุนแรงในระดับปานกลาง แก้ไขโดยการจัดหาเต็นท์และอุปกรณ์ป้องกันผลลัพธ์คือการหยุดงานเหลือเพียงร้อยละ 5 และจำนวนอาสาสมัครไม่เพียงพอในบางช่วงซึ่งมีความรุนแรงในระดับน้อย แก้ไขโดยการเพิ่มการรับสมัครและสร้างแรงจูงใจผลลัพธ์คือเพิ่มอาสาสมัครได้ 8 คน

ผลการถอดบทเรียน 2 ครั้ง พบว่าจุดแข็งของรูปแบบอยู่ที่การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างอาสาสมัครกับประชาชน ทำให้เกิดความไว้วางใจ การเปลี่ยนทัศนคติจากการบังคับเป็นการดูแลกัน และความภาคภูมิใจที่นำไปสู่ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน นอกจากนี้ ยังเกิดการเรียนรู้แบบสองทางระหว่างอาสาสมัครและประชาชน ส่วนข้อเสนอเพื่อพัฒนาในอนาคต ได้แก่ การขยายกิจกรรมสู่ประเด็นความปลอดภัยอื่น เช่น การขับขี่ในเวลากลางคืนหรือการไม่ดื่มแล้วขับ การนำเทคโนโลยีมาช่วยติดตามผล การพัฒนาระบบประเมินผลระยะยาว และการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชน และข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชนเสนอให้เริ่มดำเนินงานในพื้นที่ที่มีผู้นำเข้มแข็งก่อน อาสาสมัครเสนอให้มีการอบรมเสริมต่อเนื่องและระบบยกย่องผู้ทำดี ส่วนเจ้าหน้าที่เสนอให้จัดทำคู่มือมาตรฐานและระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อให้การขยายผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ นอกจากนั้นมีการประเมินความยั่งยืนของโครงการพิจารณาจาก 4 มิติหลัก มิติด้านการเงินพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลกุดเสลาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2569 อยู่ในระดับดี มิติด้านบุคลากรพบว่าอาสาสมัครคงอยู่ร้อยละ 91 และมีอาสาสมัครใหม่สมัครเข้ามาเพิ่มอีก 8 คนอยู่ในระดับดีมาก มิติด้านระบบพบว่ามีระบบการทำงาน

ที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรรวมถึงมีคู่มือการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี และมิติด้านชุมชนพบว่าประชาชนยอมรับและให้การสนับสนุนร้อยละ 95 อยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่าโครงการมีความยั่งยืนอยู่ในระดับดี

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบด่านชุมชนปากหวานที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้เป็นการบูรณาการแนวคิดหลายทฤษฎีเข้าด้วยกันอย่างสมบูรณ์ โดยมีลักษณะเด่นที่แตกต่างจากรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแบบดั้งเดิมอย่างชัดเจน รูปแบบนี้สะท้อนการประยุกต์ใช้แนวทาง 4E ขององค์การอนามัยโลกอย่างครบถ้วน โดย Education หรือการศึกษาและให้ความรู้ดำเนินการผ่านการอบรมอาสาสมัคร การให้ความรู้ที่ด่านชุมชน และกิจกรรมในโรงเรียน Engineering หรือวิศวกรรมและการออกแบบดำเนินการผ่านการปรับปรุงจุดเสี่ยงและการจัดไฟส่องสว่าง Enforcement หรือการบังคับใช้กฎหมายดำเนินการในรูปแบบเชิงบวกผ่านการเตือนและให้คำแนะนำมากกว่าการลงโทษ และ Emergency Response หรือการตอบสนองฉุกเฉินดำเนินการผ่านการประสานงานกับระบบสาธารณสุข ซึ่งความสำเร็จของรูปแบบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bliss & Breen[6] ที่เสนอว่าการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่มีประสิทธิภาพต้องใช้แนวทางแบบองค์รวมที่รวมหลายมาตรการเข้าด้วยกัน ไม่สามารถพึ่งพามาตรการเดียวได้ ซึ่งรูปแบบด่านชุมชนปากหวานมีจุดเด่นที่แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่คือการให้ความสำคัญกับมิติทางวัฒนธรรมและสังคมของบริบทไทย โดยเฉพาะการใช้หลักการ “ปากหวาน” หรือการสื่อสารเชิงบวกที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่เน้นความสัมพันธ์และการให้เกียรติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชญานิน กฤติยะโชติ และคณะ[7,8,9]ที่ดำเนินการในจังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นฐานสำคัญที่สนับสนุนการพัฒนารูปแบบในการวิจัยนี้โดยเฉพาะการศึกษาเรื่องการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านกลไกชุมชนที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนากลไกชุมชนในการดูแลความปลอดภัยของตนเองเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง การวิจัยนี้ได้ขยายผลและพัฒนาต่อยอดจากงานวิจัยเหล่านั้นโดยการพัฒนารูปแบบที่มีความเป็นระบบและสามารถวัดผลได้อย่างชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การที่รูปแบบนี้ประสบความสำเร็จในระดับสูงน่าจะเกิดจากการที่รูปแบบได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ไม่ใช่การกำหนดจากบนลงล่าง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Community-Based Participatory Research ของ Israel และคณะ[10]ที่เน้นว่าการให้ชุมชนเป็นหุ้นส่วนในการแก้ไขปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีแรงจูงใจในการดำเนินการอย่างยั่งยืน การที่อาสาสมัครมาจากชุมชนเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมายส่งผลให้เกิดความน่าเชื่อถือและการยอมรับที่สูงกว่าการใช้เจ้าหน้าที่จากภายนอก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่ค่อยได้รับการเน้นในงานวิจัยอื่นๆ นอกจากนี้ การใช้แนวทางเชิงบวกหรือ “ปากหวาน” ยังสะท้อนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสื่อสารแบบไม่ใช้ความรุนแรงของ Marshall Rosenberg [11] และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นผู้รับบริการ ของ Carl Rogers[12] มาในบริบทของการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ที่แปลกใหม่และแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการใช้หลักการจิตวิทยาเชิงบวกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสาธารณสุข

2. การเปลี่ยนแปลงอัตราการสวมหมวกนิรภัย ผลการวิจัยพบว่าอัตราการสวมหมวกนิรภัยถูกต้องของผู้ขับขี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 78.9 และของผู้โดยสารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.6 เป็นร้อยละ 65.4 ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มขึ้นที่มีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Ratanavaraha & Suangka[13] ที่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราการสวม

หมวกนิรภัยร้อยละ 18.5 จากการใช้มาตรการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียว พบว่าการวิจัยนี้มีผลลัพธ์ที่ดีกว่าเกือบสองเท่า สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางเชิงบวกที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ผลจากการเสริมแรงทางบวกที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura[14] การที่ผู้ใช้รถได้รับคำชื่นชมและกำลังใจเมื่อสวมหมวกนิรภัยสร้างความรู้สึกเชิงบวกที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมนั้น ทำให้มีแนวโน้มที่จะทำซ้ำในอนาคต ซึ่งแตกต่างจากการลงโทษที่อาจสร้างความรู้สึกลบและความต่อต้าน 2) การใช้แบบอย่างจากชุมชนเอง ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครที่สวมหมวกนิรภัยอย่างถูกต้องเป็นแบบอย่างที่น่าเชื่อถือและอยากเลียนแบบมากกว่าเจ้าหน้าที่จากภายนอก 3) การลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock และคณะ[15]การแจกหมวกนิรภัยฟรีช่วยลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจ ในขณะที่การให้คำแนะนำด้วยน้ำใจช่วยลดอุปสรรคทางจิตวิทยา เช่น ความรู้สึกอับอายหรือถูกตัดสิน ประการที่สี่คือการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ เมื่อคนในชุมชนเห็นว่าคนส่วนใหญ่เริ่มสวมหมวกนิรภัย จะเกิดแรงกดดันทางสังคมในเชิงบวกที่ทำให้คนที่ยังไม่สวมรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนน้อยและควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่น่าสนใจคืออัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้โดยสารเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผู้ขับขี่ (ร้อยละ 32.8 เทียบกับ 33.7) แม้ว่าผู้โดยสารจะไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายโดยตรง สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบแบบกระจายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อผู้ขับขี่เปลี่ยนพฤติกรรม พวกเขามักจะชักชวนผู้โดยสารให้สวมหมวกด้วยซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมักจะแนะนำคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านให้สวมหมวกนิรภัย อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยเหลืออยู่ร้อยละ 4.7 สำหรับผู้ขับขี่และร้อยละ 11.8 สำหรับผู้โดยสาร ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการกลยุทธ์เพิ่มเติม จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ากลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีทัศนคติว่าอุบัติเหตุเป็นเรื่องโชคชะตา หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น การขับรถเร็วหรือการดื่มแล้วขับ ซึ่งต้องการการแทรกแซงเชิงลึกมากกว่าการรณรงค์ทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของชญานิน กฤติยะโชติ และคณะ[16] เรื่องการประเมินความคุ้มค่าจากการฝึกอบรมแกนนำด่านชุมชนปากหวานสนับสนุนผลการวิจัยนี้โดยพบว่าการลงทุนในการอบรมให้ผลตอบแทนที่สูงทั้งในแง่ของการลดอุบัติเหตุและการประหยัดค่าใช้จ่ายทางสังคม

3. การลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุและผู้เสียชีวิต ผลการวิจัยพบว่าจำนวนอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 46.4 และผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 66.7 ซึ่งถือว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโครงการป้องกันอุบัติเหตุแบบดั้งเดิมที่ตามรายงานของ WHO [17]มักลดได้เพียงร้อยละ 15 ถึง 25 ความแตกต่างนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวทางการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน การลดลงของผู้เสียชีวิตในอัตราที่สูงกว่าการลดลงของจำนวนอุบัติเหตุ (ร้อยละ 66.7 เทียบกับ 46.4) สะท้อนให้เห็นว่าการสวมหมวกนิรภัยไม่เพียงแต่ช่วยป้องกันอุบัติเหตุเท่านั้น แต่ยังช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชี้ว่าการสวมหมวกนิรภัยสามารถลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 40 ถึง 50 เป้าหมายของ UN Decade of Action for Road Safety 2021-2030 ที่ตั้งไว้คือการลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 50 ภายในปี 2030 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการลดผู้เสียชีวิตร้อยละ 66.7 ในระยะเวลา 6 เดือนเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญต่อเป้าหมายนี้ หากสามารถรักษาอัตราการลดลงนี้ไว้ได้และขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ จะสามารถบรรลุเป้าหมายระดับชาติและระดับสากลได้ ที่น่าสนใจคือผู้บาดเจ็บที่ไม่สวมหมวกนิรภัยลดลงอย่างมากจาก 18 คนเป็น 5 คน ลดลงร้อยละ 72.2 ซึ่งสูงกว่าการลดลงของผู้บาดเจ็บทั้งหมด แสดงให้เห็น

ชัดเจนว่าการสวมหมวกนิรภัยเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ การที่ยังมีผู้บาดเจ็บที่ไม่สวมหมวก 5 คนเหลืออยู่ส่วนหนึ่งอาจเป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการหรือเป็นผู้ที่เดินทางผ่านพื้นที่จากภายนอก การลดลงของค่าเสียหายทรัพย์สินร้อยละ 50.0 จาก 2.8 ล้านบาทเป็น 1.4 ล้านบาทในระยะ 6 เดือนแสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่ชัดเจน เมื่อรวมกับการประหยัดค่ารักษาพยาบาลและค่าสูญเสียจากการขาดงาน ทำให้โครงการมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สูงมาก ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในระดับนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษายของชญานิน กฤติยะโชติ และคณะ[18] เรื่องรายงานการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับกลไกการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรง ของการบาดเจ็บ ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัยในการลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการป้องกันแบบองค์รวม

4. การพัฒนากลไกการทำงานแบบสหสาขา การบูรณาการความร่วมมือผ่านกลไก ศปถ. ในทุกระดับเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการมีการประสานงานที่ดีระหว่างระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ทำให้เกิดการสนับสนุนที่ครบวงจรทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ และการปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างจากปัญหาที่ชิติพัทร สุขขี[19] พบว่า ศปถ. มักประสบปัญหาการทำงานแยกส่วนของหน่วยงานและการขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยความสำเร็จในการบูรณาการนี้เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) การมีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน โครงการนี้มีเป้าหมายที่เห็นผลได้เป็นรูปธรรมคือการลดอุบัติเหตุและเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัย ทำให้ทุกหน่วยงานเห็นความสำคัญและร่วมมือกัน 2) การมีกลไกการประชุมและติดตามผลที่สม่ำเสมอ การประชุมรายเดือนทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีและปรับแผนให้เหมาะสม และ 3) การกระจายบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน แต่ละหน่วยงานมีบทบาทที่ชัดเจนและไม่ซ้ำซ้อน ทำให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชญานิน กฤติยะโชติ และคณะ[20] เรื่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ศปถ. สู่การเป็นผู้นำการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับพื้นที่ให้ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ว่า ศปถ. ต้องมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและมีระบบการทำงานที่ชัดเจน การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อ ศปถ. มีโครงการที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยของชญานิน กฤติยะโชติ และคณะ[21] เรื่องการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาวะชุมชนชี้ให้เห็นว่าการพัฒนากลไกการทำงานระดับพื้นที่ต้องอาศัยการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จเกิดจากการร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในการรักษาความต่อเนื่องของการบูรณาการ โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารหรือนโยบาย ซึ่งต้องมีการสร้างระบบที่ยั่งยืนและไม่พึ่งพาบุคคลใดบุคคลหนึ่งมากเกินไป การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและการถ่ายทอดความรู้สู่คนรุ่นใหม่เป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างความยั่งยืน และพบว่าการศึกษาของวิไลวรรณ เทพสุธา[22] เกี่ยวกับการใช้กลไก อสม. ในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในจังหวัดขอนแก่นพบว่า อสม. สามารถเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่ใช้ อสม. เป็นกลุ่มหลักในคณะอาสาสมัครด่านชุมชน อย่างไร ก็ตาม การวิจัยนี้ไปไกลกว่าโดยการผสมผสาน อสม. กับผู้นำชุมชน เยาวชน และสตรี ทำให้มีความหลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มในชุมชน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ด้านการออกแบบการวิจัยการใช้การออกแบบแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง แม้เหมาะสมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แต่มีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรรบกวนและการขาดกลุ่ม

ควบคุม ทำให้ไม่สามารถยืนยันได้อย่างแน่ชัดว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเกิดจากการแทรกแซงของโครงการเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีวัดหลายรูปแบบ (Triangulation) และขนาดผลที่สูงช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

2. ด้านพื้นที่และระยะเวลาการวิจัย ดำเนินการในพื้นที่เดียว (ตำบลกุดเสลา อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ) ซึ่งมีบริบทเฉพาะของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้การประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นอาจต้องปรับให้เหมาะสม อีกทั้งระยะเวลาติดตามผลเพียง 6 เดือนอาจไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนระยะยาว แม้จะพบแนวโน้มเชิงบวกหลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือนก็ตาม

3. ด้านการวัดผล การสังเกตพฤติกรรมอาจได้รับอิทธิพลจาก Hawthorne Effect และการรายงานตนเองอาจเกิด Social Desirability Bias แต่ได้ลดความเอนเอียงด้วยวิธีการเก็บข้อมูลอย่างไม่เปิดเผย การรักษาความลับ และใช้ผู้เก็บข้อมูลที่เป็นกลาง ส่วนการวัดผลทางเศรษฐกิจมีความไม่แน่นอนจากการประเมินมูลค่าคุณภาพชีวิต แต่ผลวิเคราะห์ยังคงแสดงความคุ้มค่าสูง (อัตราส่วนผลประโยชน์ต่อต้นทุน 10.36:1)

4. ด้านการสรุปผลเชิงสาเหตุ แม้ผลการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบ “ด่านชุมชนปากหวาน” กับการเพิ่มการสวมหมวกนิรภัยและลดอุบัติเหตุ แต่การสรุปเชิงสาเหตุควรระมัดระวัง เนื่องจากอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม การพิจารณาตาม Hill’s Criteria for Causation สนับสนุนความเป็นไปได้ของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทั้งในด้านความแข็งแกร่ง ความสอดคล้อง ลำดับเวลา และความสมเหตุสมผลทางชีวสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ควรผลักดันให้ “รูปแบบด่านชุมชนปากหวาน” เป็นนโยบายระดับชาติด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องผ่าน สสส. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมพัฒนาหลักสูตรอบรมมาตรฐานสำหรับอาสาสมัครและขยายการอบรมทั่วประเทศ ควรบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางถนนและกลไกของศปถ. ทุกระดับ รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติมและจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ต้นแบบในแต่ละภูมิภาค นอกจากนี้ ควรสร้างระบบการยกย่องอาสาสมัครดีเด่น และปรับปรุงกฎหมายเพื่อรองรับสิทธิและสถานะของอาสาสมัคร เช่น การลาหยุดการประกันภัย และการรับรองทางกฎหมาย

2. ด้านการปฏิบัติ พื้นที่ที่นำรูปแบบไปใช้ควรเริ่มจากการประเมินความพร้อมของชุมชนด้วยโมเดล *Community Readiness* จากนั้นจัดอบรมอาสาสมัครอย่างเข้มข้น เน้นความรู้และทักษะการสื่อสารเชิงบวก พร้อมสร้างระบบติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบ ปรับให้เหมาะกับบริบทท้องถิ่น และเตรียมแผนรองรับอุปสรรค เช่น สภาพอากาศหรือการขาดแคลนอาสาสมัคร ควรสร้างความร่วมมือกับศปถ. โรงพยาบาล และ อปท. ตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งวางแผนความยั่งยืนด้านงบประมาณและการสืบทอดภารกิจ โดยเน้นพื้นที่เสี่ยงอุบัติเหตุสูงและช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงมาก เช่น ช่วงเช้าและเย็น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์สูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตากรุณาจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่อนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลและทำวิจัย ตลอดจนได้รับคำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจสำคัญ และขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety 2023. Geneva:2, 2023.
2. Thailand Road Safety Center. รายงานติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 ในช่วงระยะเวลา 2 ปี (พ.ศ. 2565 - 2566) , 2024.
3. สุเมธ องกิตติกุล. โครงการศึกษาเพื่อติดตามและประเมินผลแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570.สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ,2565.
4.สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ ปิดศูนย์ลดอุบัติเหตุสงกรานต์ศรีสะเกษ ยอดดับ 3 เจ็บ 5 ราย. https://sisaket.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/280229,2567.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press, 1998.
6. Bliss, T., & Breen, J. Implementing the Recommendations of the World Report on Road Traffic Injury Prevention. Washington, DC: World Bank, 2009.
7. ชญานิน กฤติยะโชติ, และคณะ. การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ด้วยมาตรการ “ด่านชุมชนปากหวาน”: บทเรียนจากการดำเนินงานในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย, 3(2), 100-107.(2567ก).
8. ชญานิน กฤติยะโชติ, และคณะ. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านกลไกชุมชน: กรณีศึกษาด่านชุมชนปากหวานตำบลกุดเสลา อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการรัตนบุศย์, 6(2), 119-132.(2567ข).
9. ชญานิน กฤติยะโชติ. การประยุกต์ใช้กลยุทธ์ “ด่านชุมชนปากหวาน” เพื่อส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ในจังหวัดศรีสะเกษ: บทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 4(5), 231-244.(2024).
10. Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., Becker, A. B., Allen III, A. J., & Guzman, J. R. ,2012.
11. Rosenberg, M. B. Nonviolent Communication: A Language of Life (2nd ed.). Encinitas, CA: PuddleDancer Press, 2003.
12. Rogers, C. R. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin,1961.
13. Ratanavaraha, V., & Suangka, S. Impacts of accident severity factors and loss values of crashes on expressways in Thailand. IATSS Research, 37(2), 130-136. https://doi.org/10.1016/j.iatssr.2013.07.001,2014.
14. Bandura, A. Social cognitive theory: An agentic perspective. Annual Review of Psychology, 52, 1-26. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1,2001.
15. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly, 15(2), 175-183. https://doi.org/10.1177/109019818801500203, 1988.
16. ชญานิน กฤติยะโชติ, อรุณี สุวรรณโชติ, ปรียาภรณ์ เชสูงเนิน, และ กุสุมา มีศิลป์. รายงานการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถปิคอัพ บริเวณหน้าโรงน้ำ คูลสปริง บ้านเปือย อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน , 10(1), 711-720,2568ก.
17. World Health Organization. Save LIVES: A Road Safety Technical Package. Geneva: WHO,2017.
18. ชญานิน กฤติยะโชติ และคณะ. รายงานการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนรถปิคอัพ บริเวณหน้าโรงน้ำคูลสปริง บ้านเปือย อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน , 10(1), 711-720, 2567ง.
19. ชิติพัทร สุขขี. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับ จังหวัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล,2023.
20. ชญานิน กฤติยะโชติ. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ศปถ.สู่การเป็นผู้นำการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ. เอกสารนำเสนอในการสัมมนาวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 16 “สาน พลังเข้มข้น สร้างกลไกเข้มแข็ง

เพื่อถนนไทยปลอดภัย” (Road Safety Strong Together). อิมแพ็คฟอรั่ม เมืองทองธานี, 20-21 พฤศจิกายน 2567,2567ค.

21. ชญานิน กฤติยะโชติ, กุสุมา มีศิลป์, สุภาภรณ์ ทัศนพงศ์, จุฑามาศ แก้วจันดี, และ อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาวะชุมชน: บทเรียนจากโครงการพัฒนากลไกหน่วยจัดการจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการรัตนบุศย์, 7(1), 311-324,2568ข.

22. วิไลวรรณ เทพสุธา. การใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34(1), 89-103,2563.

การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเรื่องไตในชุมชน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Rational Drug Use for the kidney in the community at Samdet District, Kalasin Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

ภัทราพร ภูลิ้นลาย[1]
Pattaraporn Poolinlai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (**Action Research)** วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยไตและกลุ่มเสี่ยง, การใช้สติ๊กเกอร์สี“รู้ไต”, ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลและเยี่ยมบ้าน ความรอบรู้ด้านยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตในชุมชน การศึกษา แบ่งเป็น **6** ระยะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตและกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในคลินิก **NCD** โรงพยาบาลสมเด็จ ที่มารับบริการระหว่างวันที่ **1** กันยายน – **30** กันยายน **2568** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (**Descriptive statistics)**

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยไตและกลุ่มเสี่ยง 51 ราย ส่วนใหญ่ไม่รู้ค่าไตว่าอยู่ระยะใด แต่รับรู้ว่าค่าไตดี/ไม่ดี ร้อยละ 74.50, การควบคุมอาหารป้องกันไตร้อยละ 15.68,การดื่มน้ำตามระยะไตร้อยละ 56.86, กินยาอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 15.69 และการใช้ยาแก้ปวด, ยาชุดและยาสมุนไพรมีผลต่อไตร้อยละ 62.74 การศึกษาการใช้สติ๊กเกอร์สี“รู้ไต”ในผู้ป่วยโรคไต 112 ราย พบว่า มี eGFRเฉลี่ย 46.59± 8.79 ml/min/1.73 m^2 เป็นผู้ป่วยไตระยะ 3a,3b และ 4 จำนวน 84, 24 และ 4 ราย ตามลำดับ รับรู้ว่าค่าไตดี/ไม่ดีร้อยละ 46.43, การปรับพฤติกรรมสามารถชะลอไตเสื่อมร้อยละ 21.43**,** ปรับอาหารป้องกันไตเสื่อมร้อยละ 53.57, ดื่มน้ำที่เหมาะสมตามระยะไต ร้อยละ 35.71 และข้อห้ามใช้ยาแก้ปวด, ยาชุดและยาสมุนไพรในผู้ป่วยไตร้อยละ 25.00 หลังให้ความรู้พบว่า ผู้ป่วยรู้เรื่องไตมากขึ้น ส่วนการศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มี 6 ครั้ง ได้แก่ NSAIDs ทำให้เกิด AKI 2 ครั้ง, ยาชุด ทำให้เกิด AKI และHepatitis อย่างละ 1 ครั้ง, สมุนไพรทำให้เกิด AKI 1 ครั้ง และแพ้ยาจากยาต้านจุลชีพ 1 ครั้ง และการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน มี 5 ครั้ง ได้แก่ ผู้ป่วยซื้อยาชุด 2 ราย และผู้ป่วย stroke ซื้ออาหารเสริม 3 ราย ส่วนความรอบรู้ด้านยาเรื่องไตในชุมชน ให้ความรู้ อสม. 18 ราย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังให้ความรู้ได้คะแนนเฉลี่ย 80.26±2.12 และ 90.79±2.12 ตามลำดับ แล้วนำมาสอบถามในชุมชน 85 ราย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความรอบรู้เฉลี่ย 85.44±10.79 แบ่งเป็น ความรอบรู้เรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพร้อยละ 78, ทักษะการสื่อสารร้อยละ 64.29, ทักษะการตัดสินใจร้อยละ 73.24, การรู้เท่าทันสื่อร้อยละ 82.7 และการจัดการตนเอง ร้อยละ 84.35

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, ชุมชน, ไต

ABSTRACT

This research was action research. The objectives are to study drug use problems among kidney patients and at-risk groups, the use of "Know Your Kidney" colored stickers, drug use problems in patients receiving treatment in the hospital and home visits, and rational drug knowledge about kidneys in the community. The study is divided into 6 phases. The sample group includes kidney patients and at-risk groups receiving services at the NCD clinic at Somdej Hospital who received services between 1 September and 30 September 2025. Data were analyzed using descriptive statistics. The results found drug use problems in 51 kidney patients and risk groups, the majority did not know the stage of kidney, but know that their kidney was good or bad is 74.50%. Dietary control to prevent kidney disease is 15.68%. Amount of Drinking water according to kidney stage is 56.86%, taking other medications affect the kidneys by using NSAIDs, herbal medicines is 15.69% and Know about of herbal medicines affect the kidneys is 62.74%. A study is use colored stickers of Kidney stage in 112 kidney disease patients found that the average eGFR was 46.59±8.79 ml/min/1.73 m2. There were 84, 24 and 4 patients with kidney stage 3a, 3b and 4 respectively.

[1]กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จ

46.43% perceived good/bad kidney stage, 21.43% know about of behavioral adjustments that could slow kidney failure, 53.57% know about of dietary adjustments to prevent kidney failure, 35.71% know about of drinking water appropriately according to kidney stage and 25.00% know about of contraindications medications affect the kidneys by using NSAIDs, herbal medicines in kidney patients. After providing education, it was found that patients knew more about kidneys. As for the study of the problem of inappropriate drug use in patients receiving treatment at the hospital, it was found 6 incidence: NSAIDs caused AKI 2 incidence, combination drugs caused AKI only one incidence and Hepatitis only one, too. Herbs caused AKI 1 incidence, and allergic reaction to antimicrobial drugs 1 incidence. The inappropriate drug use in home visiting, there were 5 incidence: 2 patients bought combination drugs and 3 stroke patients bought dietary supplements. Knowledge of kidney drugs in the community, 18 village health volunteers were provided knowledge. It was found that knowledge about chronic kidney disease before and after providing knowledge had an average score of 80.26±2.12 and 90.79±2.12, respectively. Then, 85 people in the community were questioned. It was found that as for health literacy The average knowledge was 85.44±10.79 , divided into knowledge about accessing health information and health services at 78%, communication skills at 64.29%t, decision-making skills at 73.24%, media literacy at 82.7%, and self-management at 84.35%.

Keyword: Rational drug Use**,** Community**,** Kidney

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาเกินความจำเป็นเกือบทุกประเทศทั่วโลก ยังคงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยให้มีโอกาสเสี่ยงจากผลข้างเคียงและอันตรายจากการใช้ยา รวมถึงการเสียค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น โดยองค์การอนามัยโลกพบว่า มีการใช้ยาไม่สมเหตุผลมากกว่า ร้อยละ 50 ของการจ่ายยาและการขาย ยาในประเทศกำลังพัฒนาเป็นไปอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน (RDU in Community) เกิดการพัฒนากลไกในหน่วยบริการสุขภาพและ ชุมชนเพื่อสร้างความรอบรู้ในด้านการใช้ยา อย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) และการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม[1] นอกจากนี้การใช้ยาไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้นต่ออุบัติการณ์การเกิดปัญหาการใช้ยา โดยเฉพาะการเกิดปัญหาการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งพบถึงร้อยละ 40 โดยปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นที่บ้าน เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ถึงร้อยละ 84.74 [2] และพบว่า ร้อยละ 72 ผู้ป่วยซื้อยารับประทานเองในยามเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้แก่ ร้านยา,ร้านชำหรือซื้อยาชุดมารับประทาน ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคไต, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน เป็นต้น รวมถึงปัญหาการดื้อยาด้วย[3]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จตามรูปแบบการเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน ด้วยการทดลองใช้ในพื้นที่ที่พบปัญหา เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน โดยการมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ซึ่งจะช่วยทำให้เกิดความปลอดภัยจากการจำหน่ายยาและการใช้ยาของผู้บริโภคจากการกระจายยาตามร้านค้าในชุมชน และสร้างองค์ความรู้ในการนำมาใช้ในการส่งเสริมการการจำหน่ายและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนอื่นๆ [3]

ในเขตอำเภอสมเด็จ พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตในปี 2565 ทั้งหมด 1,505 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 จำนวน 779 ราย, โรคไตระยะที่ 4 จำนวน 202 ราย และโรคไตระยะที่ 5 จำนวน 150 ราย ในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคไตทั้งหมด 1,500 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 จำนวน 769 ราย, โรคไตระยะที่ 4 จำนวน 179 ราย และโรคไตระยะที่ 5 จำนวน 149 ราย ในปี 2567 มีผู้ป่วยโรคไตทั้งหมด 1,607 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 จำนวน 946 ราย, โรคไตระยะที่ 4 จำนวน 188 ราย และโรคไตระยะที่ 5 จำนวน 145 ราย ซึ่งโรคไต ยังเป็นปัญหาสำคัญในเขตอำเภอ

สมเด็จ นอกจากนี้ โรงพยาบาลสมเด็จ ได้ดำเนินการตาม service plan สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านระดับ 3 มาตั้งแต่ปี 2566 –ปัจจุบัน โดยในปี 2567 ได้ศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล พบว่า มีจำนวน 10 ครั้ง ได้แก่ ยาชุด ทำให้เกิด AKI 3 ครั้ง, NSAIDs ทำให้เกิด AKI 2 ครั้ง , สมุนไพร ทำให้เกิด AKI และ Hepatitis อย่างละ 1 ครั้ง, NSAIDs ทำให้เกิด GI bleeding 1 ครั้ง, แพ้ยาจากยาต้านจุลชีพ 1 ครั้ง และ ADR จากกัญชา 1 ครั้ง จากการศึกษานี้พบว่า ปัญหาจากยาที่พบ ส่วนใหญ่ทำให้เกิด AKI ซึ่งผู้ป่วยไม่ทราบว่าการรับประทานยาแก้ปวด, ยาชุด และยาสมุนไพรมีผลต่อไตได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาความรอบรู้เรื่องไตในผู้ป่วยโรคไตและกลุ่มเสี่ยง และศึกษาปัญหาการใช้ยาที่บ้าน โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน และนำผลที่ได้มาพัฒนางานการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนโดยใช้พื้นที่ต้นแบบก่อน จากนั้นจะนำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมในการพัฒนางานการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มผู้ป่วยไตและกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)
2. เพื่อศึกษาการใช้สติ๊กเกอร์สี “รู้ไต” ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน
4. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตในชุมชนโดยใช้พื้นที่ต้นแบบ
5. เพื่อพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความรอบรู้ในพื้นที่ต้นแบบ
6. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์และมีการใช้พื้นที่ต้นแบบ โดยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง เป็นเขตตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาศึกษาวิจัย ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568 โดยศึกษาปัญหาการใช้ยาในชุมชน และความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยไตและกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มที่ศึกษา ผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในคลินิก NCD โรงพยาบาลสมเด็จ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง การสุ่มไม่จำเพาะเจาะจง

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–31 มกราคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างความรอบรู้เรื่องไต

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการใช้สติ๊กเกอร์สี “รู้ไต”

กลุ่มที่ศึกษา ผู้ป่วยโรคไตที่มีค่า eGFR ≤60 ml/min/1.73 m^2 ที่เข้ามารับบริการในคลินิก NCD โรงพยาบาลสมเด็จ

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 กันยายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: ใช้แบบสอบถามความรอบรู้เรื่องไต 5 ข้อ ได้แก่ เรื่องค่าไต, การชะลอความเสื่อมของไต, ปริมาณการดื่มน้ำ และการห้ามใช้ยาแก้ปวด, ยาชุด และยาสมุนไพร

วิธีการศึกษา สอบถามความรอบรู้เรื่องไต 5 ข้อ พร้อมให้ความรู้ตามระยะค่าไตและติดสติ๊กเกอร์สี พร้อมข้อปฏิบัติในสมุดประจำตัวผู้ป่วย โดยแยกตามสี คือ ระยะไตที่ 3 สีเหลือง, ระยะไตที่ 4 สีส้ม และระยะไตที่ 5
สีแดง

ขั้นตอนที่3 ศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน

กลุ่มที่ศึกษา ผู้ป่วยโรคไตที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่พบปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสม

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568

ขั้นตอนที่4 ศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตในชุมชนโดยใช้พื้นที่ต้นแบบ

กลุ่มที่ศึกษา ผู้ป่วยโรคไตที่อาศัยในพื้นที่ตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ธีรทัศน์ พรหมอยู่)

ขั้นตอนที่ 5 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แกนนำเครือข่าย อสม. และผู้ป่วยไตเรื้อรังในการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความรอบรู้ในพื้นที่ และทดสอบการใช้สื่อในชุมชน

5.1 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แกนนำเครือข่าย อสม.และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการพัฒนาสื่อ

กลุ่มที่ศึกษา อสม. 18 ราย และผู้ป่วยโรคไตที่มีค่าไตดีขึ้นใน 1 ปี (ค่าไตปี 2566 เปรียบเทียบกับปี 2567) ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในเขตพื้นที่

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 31 กรกฎาคม 2568

วิธีการศึกษา Focus group

5.2 ทดสอบการใช้สื่อในชุมชน

กลุ่มที่ศึกษา ผู้ป่วยโรคไตในชุมชน

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 31 สิงหาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ แบบวัดความรู้เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา)

ขั้นตอนที่ 6 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อติดตามการให้ความรู้ของ อสม. เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) และออกตรวจร้านชำและให้คำแนะนำในชุมชนร่วมกับ อสม.

กลุ่มที่ศึกษา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและร้านชำใน 4 บ้าน ได้แก่ บ้านบอน, บ้านค้อ, บ้านสร้างแสน และบ้านโนนสมบูรณ์(9 หมู่)

ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 30 กันยายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย: หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 61/2568

ผลการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยไตและกลุ่มเสี่ยง

จากการศึกษาปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยไตและกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการในคลินิก NCD 51 ราย พบว่า มีอายุเฉลี่ย 64.18 ± 14.84 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 47 ราย รองลงมา คือ ไขมันสูง,เบาหวาน, และไต จำนวน 39, 18 และ 10 ราย ตามลำดับ มีโรคร่วม จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.51 ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 6.13± 2.12 ปี มีค่าไตระยะที่ 1,2, 3**a, 3b** และ 5 จำนวน 22, 23, 3, 2 และ 1 ราย ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รู้ค่าไต มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.88 ส่วนใหญ่ไม่รู้ค่าไตว่าอยู่ระยะใด แต่รับรู้ว่าค่าไตดี/ไม่ดี จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.50 รับรู้ว่าการลดอาหารประเภทหวาน,มัน, เค็ม จะทำให้ป้องกันการเสื่อมของไตได้ จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.43 รับรู้การควบคุมอาหาร เช่น โปรตีน ผลไม้ที่มีวิตามินเคสูง จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.68 รับรู้ว่าการปรับพฤติกรรมสามารถชะลอไตเสื่อมได้ จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.70 รับรู้การดื่มน้ำที่เหมาะสมตามระยะไต จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.86 และรับรู้ว่าถ้าไตวายต้องฟอกไต จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.27 ส่วนการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยกินยา

ถูกต้อง ไม่ลืม จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.43 ทราบสรรพคุณยาทุกตัวที่รับประทาน จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.07 มีผู้ป่วยที่รับประทานยาอื่นร่วมด้วย จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.69 ได้แก่ ยาชุดแก้ปวด,น้ำมันงาดำรำข้าวสั่งจากอินเตอร์เน็ต, ยาแก้ปวดซื้อจากร้านยา, ยาแก้ปวดในหมู่บ้าน, ยาสมุนไพร (ศรเทพ)สั่งทางไลน์, ยาคลายเส้น จำนวน 2 ราย และคอลลาเจน ซึ่งมีผู้ป่วย 2 รายที่มีค่าไตอยู่ในระยะที่ 3 (eGFR ≤ 60 ml/min/1.73 m^2) การรับรู้ข้อห้ามใช้ยาแก้ปวด, ยาชุด และยาสมุนไพรในผู้ป่วยไต จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.74 (ดังแผนภูมิ 1) ส่วนการรับบริการเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่รับการรักษาที่โรงพยาบาล/รพสต. รองลงมา ได้แก่ คลินิก, ร้านค้าในชุมชน และร้านยา ตามลำดับ ส่วนสื่อที่เข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย พบว่า อสม. จำนวน 25 ราย รองลงมาได้แก่ อินเตอร์เน็ต, รพสต, โทรทัศน์, เสียงตามสายและวิทยุ จำนวน 11, 10, 4, 4 และ 2 ตามลำดับ

แผนภูมิ 1 แสดงความรู้เรื่องไตในผู้ป่วยไตและกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในคลินิก NCD

2. การศึกษาการใช้สติ๊กเกอร์สี “รู้ไต”

จากการศึกษาการใช้สติ๊กเกอร์สี “รู้ไต” ในผู้ป่วยโรคไต 112 ราย พบว่า มีอายุเฉลี่ย 71.11 ± 8.27 ปี มี eGFR เฉลี่ย 46.59± 8.79 ml/min/1.73 m^2 เป็นผู้ป่วยไตระยะ 3a, 3b และ 4 จำนวน 84, 24 และ 4 ราย ตามลำดับ รับรู้ว่าค่าไตดี/ไม่ดี 52 ราย (ร้อยละ 46.43) การปรับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมได้ 24 ราย (ร้อยละ 21.43) การลดอาหารประเภทหวาน,มัน, เค็มป้องกันไตเสื่อม 60 ราย(ร้อยละ 53.57) ดื่มน้ำที่เหมาะสมตามระยะไต 40 ราย (ร้อยละ 35.71)และข้อห้ามใช้ยาแก้ปวด, ยาชุด และยาสมุนไพรในผู้ป่วยไต 28 ราย (ร้อยละ 25.00) หลังให้ความรู้พบว่าผู้ป่วยรู้เรื่องไตมากขึ้น (ดังแผนภูมิ 2)

แผนภูมิ 2 แสดงความรู้เรื่องไตในผู้ป่วยไตที่มีค่า eGFR ≤60 ml/min/1.73 m2 ที่มารับยาในคลินิก NCD

3. ศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน

จากการศึกษาปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีอุบัติการณ์ 6 ครั้ง ได้แก่ NSAIDs ทำให้เกิด AKI 2 ครั้ง, ยาชุดทำให้เกิดAKI และ Hepatitisอย่างละ 1 ครั้ง, สมุนไพร(กาแฟผสมน้ำใบหญ้านาง) ทำให้เกิด AKI 1 ครั้ง และแพ้ยาจากยาต้านจุลชีพ 1 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยอาศัยในเขตตำบลแชงบาดาลและหนองแวงแห่งละ 3 ราย

ส่วนปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน พบว่า มี 5 ครั้ง ได้แก่ ผู้ป่วยซื้อยาชุด 2 ราย และ ผู้ป่วย stroke ซื้ออาหารเสริมมาทาน 3 ราย

4. การศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตในชุมชนโดยใช้พื้นที่ต้นแบบ

มีการใช้พื้นที่ต้นแบบ โดยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง เป็นเขตตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 การศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตในชุมชนโดยการให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีทั้งหมด 4 บ้าน แบ่งเป็น 9 หมู่ คัดเข้าในการศึกษาจำนวน 18 ราย โดยเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ หมู่ละ 2 ราย จากการศึกษา พบว่า ก่อนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ได้คะแนนเฉลี่ย 80.26±2.12 และหลังให้ความรู้ ได้คะแนนเฉลี่ย 90.79±2.12

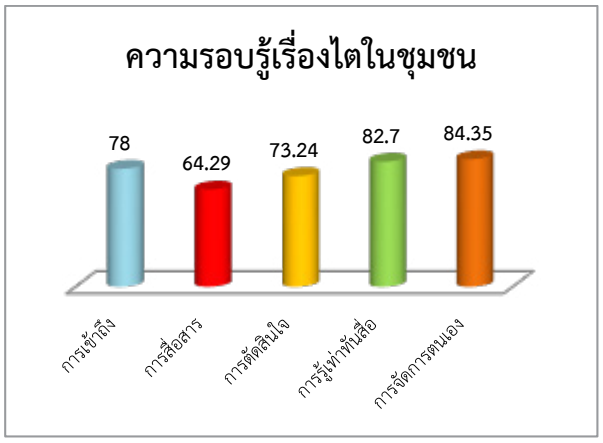
โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความรอบรู้เฉลี่ย 81.06±9.12 คิดเป็นร้อยละ 75.05 แบ่งเป็น ความรอบรู้เรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพร้อยละ 84.2, ทักษะการสื่อสารร้อยละ 65.8, ทักษะการตัดสินใจร้อยละ 58, การรู้เท่าทันสื่อร้อยละ 71.9 และการจัดการตนเอง ร้อยละ 90 (ดังแผนภูมิ 3)

แผนภูมิ 3 แสดงความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตของ อสม

4.2 การศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตในชุมชนตำบลลำห้วยหลัว

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตในชุมชนตำบลลำห้วยหลัว ในผู้ป่วยจำนวน 85 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.17 มีอายุเฉลี่ย 64.98± 8.79 ปี มีความรอบรู้เฉลี่ย 85.44±10.79 คิดเป็นร้อยละ 79.11 แบ่งเป็นความรอบรู้เรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพร้อยละ 78, ทักษะการสื่อสารร้อยละ 64.29, ทักษะการตัดสินใจร้อยละ 73.24, การรู้เท่าทันสื่อร้อยละ 82.7 และการจัดการตนเอง ร้อยละ 84.35 (ดังแผนภูมิ 4) ซึ่งปัญหาที่พลมากที่สุดจากทักษะการตัดสินใจ ได้แก่

ครอบครัวกินรสจัด ต้องกินตาม, มีคนแนะนำยาดี มีความสนใจผลิตภัณฑ์นั้น, อาการดีขึ้นแล้วไม่พบแพทย์ ส่วนทักษะการสื่อสารได้แก่ อ่านฉลากยาไม่เข้าใจไม่กล้าถามหมอ และไม่กล้าถามผู้อื่น



แผนภูมิ 4 แสดงความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเรื่องไตในผู้ป่วยไตชุมชนตำบลลำห้วยหลัว

5. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แกนนำเครือข่าย อสม. และผู้ป่วยไตเรื้อรังในการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความรอบรู้ในพื้นที่ และทดสอบการใช้สื่อในชุมชน

5.1 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แกนนำเครือข่าย อสม. และผู้ป่วยไตเรื้อรังในการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความรอบรู้ในพื้นที่

จากการศึกษาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แกนนำเครือข่าย อสม. และผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความรอบรู้ในพื้นที่ใน อสม. 18 ราย และผู้ป่วยโรคไตที่มีค่าไตดีขึ้นใน 1 ปี (ค่าไตปี 2566 เปรียบเทียบกับปี 2567) ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในเขตพื้นที่ 10 ราย รวม 28 ราย โดยใช้วิธีการศึกษาแบบ Focus group พบว่า ผู้ป่วยทราบเรื่องการปฏิบัติตัวดี ได้แก่ การลดอาหารหวาน มัน เค็ม แต่ปัญหาที่พบ คือ ลดเค็มไม่ได้ เนื่องจากบางทีไม่ได้ทำอาหารทานเอง เป็นคนในครอบครัวทำให้ หรือทำเอง ก็ยังมีเค็มบ้าง เพราะไม่ทราบปริมาณขนาดยาความเค็ม, การดื่มน้ำ

ผู้ป่วยทานน้ำเยอะ แต่ไม่ทราบปริมาณที่เหมาะสม และมี 2 ราย ไม่ทราบว่าห้ามรับประทานยาแก้ปวด ยาชุด สมุนไพร ส่วน อสม. สามารถไปบอกได้ ลงเยี่ยมบ้านได้ แต่อยากให้คุณหมอช่วยลงเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยมากขึ้น โดยสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. คนทั่วไปที่ไม่เป็นโรคไต ไม่เคยตรวจเลือดจากโรงพยาบาล ในฉลากยาจะไม่มีค่าไต ทำให้ไม่ทราบค่าไต

2. ผู้ป่วยทราบการปฏิบัติตัวดี แต่ไม่ทราบปริมาณความเค็ม และการดื่มน้ำที่เหมาะสมตามระยะไต และการห้ามรับประทานยาแก้ปวด ยาชุด สมุนไพรทุกราย ส่วนมากผู้ป่วยไม่ได้ทำอาหารทานเอง ต้องสร้างความตระหนักในครอบครัวร่วมด้วย

3. สรุปความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในชุมชน ได้แก่ 1) ลดเค็ม ลดหวาน 2) ไม่กินยาชุด/สมุนไพร 3) ปริมาณการดื่มน้ำที่เหมาะสมในแต่ละระยะ 4) บุคคลทั่วไป ถ้าต้องกินยาแก้ปวด ไม่ควรกินติดต่อกันเกิน 7 วัน 5) ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่

จากประเด็นดังกล่าวเบื้องต้น รวบรวมความรู้และนำมาพัฒนาเป็นความรู้ของชุมชน เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) และสร้างกิมมิคเพื่อใช้เป็นสื่อในการสื่อสารกับผู้ป่วย

สร้างกิมมิค ให้ อสม. และผู้ป่วยและครอบครัวจำง่ายขึ้น โดยทำสติ๊กเกอร์ปริมาณการกินเกลือ น้ำปลา ผงชูรส ซอส น้ำปลาร้า ที่ไม่ควรกินเกินกี่ช้อนชาใน 1 วัน ติดในขวดเครื่องปรุง และสติ๊กเกอร์ปริมาณการดื่มน้ำในระยะไต ติดในขวดน้ำ และแจกถุงผ้าตามสีระยะไต ได้แก่ ระยะ 2 (eGFR< 70) : สีฟ้า , ระยะ 3a : สีชมพู, ระยะ 3b : สีเหลือง, ระยะ 4 : สีส้ม, ระยะ 5 : สีแดง

จากนั้นให้ อสม.นำกิมมิคไปแจกพร้อมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไต

5.2 ทดสอบการใช้สื่อในชุมชน

จากการศึกษาการทดสอบการใช้สื่อในชุมชนในผู้ป่วยโรคไตจำนวน 74 ราย โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) พบว่า

1. รู้ไต ผู้ป่วยรู้ค่าไตและระยะของตนเอง โดยสามารถดูได้จากฉลากยาหรือสมุดประจำตัวเบาหวาน/ความดัน

2. รู้เป้า สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม รู้ว่าต้องควบคุมค่าน้ำตาล ความดัน ไขมันด้วย รวมถึงออกกำลังกาย ไม่ดื่มเหล้า/สูบบุหรี่ แต่มีบางรายที่ยังสูบบุหรี่

3. รู้กิน สำหรับการลดเค็ม ผู้ป่วยและญาติทราบว่าต้องลดเค็ม และแนะนำผู้ป่วยไม่ให้กินเกลือเกิน 1 ช้อนชา/วัน หรือเครื่องปรุงอย่างอื่นรวมกันห้ามเกิน 1 ช้อนชา/มื้อ (3 มื้อ) การดื่มน้ำ ผู้ป่วยทราบปริมาณน้ำตามระยะไต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำกัดน้ำตามแพทย์สั่ง การระมัดระวังการอาหารที่มีโปตัสเซียมสูง เช่น เห็ด ผักใบสีเขียวเข้ม

4. รู้ยา ผู้ป่วยทราบสรรพคุณของยาที่ใช้รักษาไต และบางคนมีญาติในการดูแลและจัดยาให้กับผู้ป่วย และทราบยาที่ห้ามรับประทาน ได้แก่ ยาแก้ปวด สมุนไพร อาหารเสริม

6. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อติดตามการให้ความรู้ของ อสม. เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) และออกตรวจร้านชำและให้คำแนะนำในชุมชนร่วมกับ อสม.

ลงเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สมัครใจใน 4 บ้าน ได้แก่ บ้านบอน, บ้านค้อ, บ้านสร้างแสน และบ้านโนนสมบูรณ์ (ทั้งหมด 9 หมู่) บ้านละ 2 -3 ครัวเรือน รวม 10 ครัวเรือน จากการศึกษา พบว่า อสม. สามารถให้ความรู้เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) ได้เป็นอย่างดี สามารถดูค่าไตของผู้ป่วยจากฉลากยาหรือสมุดประจำตัวผู้ป่วยได้ แจ้งระยะไตผู้ป่วย และให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติได้ผู้ป่วยแต่ละราย สามารถตอบได้ว่า จะลดปริมาณการกินเค็มได้อย่างไร ทราบปริมาณการดื่มน้ำของตนเอง โดยยกตัวอย่างขวดน้ำที่แจกไปให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยนำมาใช้และตั้งเป้าการดื่มน้ำตามปริมาณที่เหมาะสม และผู้ป่วยไตที่แพทย์แจ้งการจำกัดน้ำเฉพาะราย ก็สามารถทราบปริมาณของตนเองได้อย่างชัดเจน คนในครอบครัวผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยได้ดี และรู้จักยาที่ใช้ใน

การรักษาไต รวมถึงการห้ามกินยาแก้ปวด สมุนไพร อาหารเสริมด้วย

ส่วนการออกตรวจร้านชำและให้คำแนะนำในชุมชนร่วมกับ อสม. ทั้ง 4 บ้าน จำนวนทั้งหมด 10 ร้านค้า เพื่อให้ อสม. ทราบและสามารถตรวจสอบยาในร้านชำได้เอง ทราบว่ายาที่สามารถขายได้ในร้านชำ รวมทั้งยาอันตรายที่ห้ามขาย และยาใดที่มีผลต่อคนไข้โรคไต เช่น ยาป๊อก และให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านชำร่วมด้วย

ผลจากการพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในตำบลลำห้วยหลัว สามารถพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในโรคไตได้ ดังนี้ 1) สร้างคนรอบรู้เรื่องไตเรื้อรังในชุมชน โดยมี อสม. แกนนำ 2) มีนวัตกรรม/สื่อในการให้ความรู้ในชุมชน เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) 3) สร้างกติกาในชุมชน โดยให้ อสม.ช่วยดูแล ได้แก่

1. ร้านค้าในชุมชนห้ามขายยาชุด ยาอันตราย ยาสเตียรอยด์

2. ห้ามรถเร่ขายในพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม NCD และผู้ป่วยไตระยะ 3 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่รู้ค่าไตตัวเองว่าอยู่ระยะใด ส่งผลต่อการการปฏิบัติตัวในการดูแลและป้องกันภาวะไตเสื่อม โดยเฉพาะผู้ป่วยไต ไม่รู้ว่าการใช้ยาแก้ปวด, ยาชุด และยาสมุนไพรมีผลต่อไต ทำให้เสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยา การนำสติ๊กเกอร์สี “รู้ไต” มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยแยกตามระยะของไต ทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และข้อควรระวังในการใช้ยามากขึ้น ส่วนปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสม พบว่า ในชุมชนผู้ป่วยซื้อยาแก้ปวด, ยาชุด, สมุนไพร และอาหารเสริมมา รับประทานเอง ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุท เสียงแจ้ว ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้มีโอกาส ได้รับความปลอดภัยสูง และควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ในชุมชนมากขึ้น โดยผ่าน อสม. และจากการศึกษาความรู้ความเข้าใจและความรอบรู้เรื่องไตในชุมชนต้นแบบ พบว่า ความรู้เรื่องโรคไตในชุมชนดีขึ้นหลังให้ความรู้ และควรเพิ่มความรอบรู้ในด้านทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อให้เพิ่มมากขึ้นในชุมชน จากนั้นได้มีการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความรอบรู้ในพื้นที่ โดยมีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแกนนำเครือข่าย อสม. และผู้ป่วยไตเรื้อรังในชุมชน ทำให้เกิดสื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน คือ “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) เพื่อให้เข้าใจและสื่อสารได้ง่ายในชุมชน และเมื่อนำมาใช้ในชุมชน พบว่า สามารถนำมาสื่อสารได้และทำให้ อสม. และผู้ป่วยโรคไตเข้าใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับกัลยาณี อาชาสันติสุข ในการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน โดยมีการดำเนินการเป็น “บันได 3 ขั้น”ขับเคลื่อนโดยพัฒนาเป็น นวัตกรรมสื่อและกระบวนการ และสอดคล้องกับอนันต์ ยอดสวัสดิ์ ที่พบว่า การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการจัดกิจกรรมอบรม ให้ความรู้การสร้างความเข้าใจจะช่วยลดปัญหาเรื่องยาได้ ส่วนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อติดตามการให้ความรู้ของ อสม. เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) และออกตรวจร้านชำและให้คำแนะนำในชุมชนร่วมกับ อสม. พบว่า อสม. สามารถให้ความรู้เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) ได้ สามารถดูค่าไตของผู้ป่วยจากฉลากยาหรือสมุดประจำตัวผู้ป่วย แจ้งระยะไตผู้ป่วย และให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติได้ ผู้ป่วยและคนในครอบครัว สามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้น รวมถึงรู้จักยาที่ใช้ในการรักษาไต การห้ามกินยาแก้ปวด สมุนไพร อาหารเสริมด้วย[3,4,5] จากผลจากการพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในตำบลลำห้วยหลัว สามารถพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในโรคไตได้ ดังนี้ 1) สร้างคนรอบรู้เรื่องไตเรื้อรังในชุมชนโดยมีอสม. แกนนำ 2) มีนวัตกรรม/สื่อในการให้ความรู้ในชุมชน เรื่อง “4 รู้ ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) และ3) สร้างกติกาในชุมชน โดยให้ อสม. ช่วยดูแล ได้แก่ ร้านค้าในชุมชนห้ามขายยาชุด ยาอันตราย ยาสเตียรอยด์ และห้ามรถเร่ขายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาผลลัพธ์จากการใช้สติ๊กเกอร์สี “รู้ไต” ในกลุ่มผู้ป่วยไตเพิ่มมากขึ้น โดยติดตามมากกว่า 1 ปี เพื่อดูค่าไตของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตัวในการดูแลไต สามารถชะลอไตได้ และนำการศึกษานี้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมด้วย

2. นำสื่อในการให้ความรู้ในชุมชน เรื่อง “4 รู้ชะลอไต” (รู้ไต รู้เป้า รู้กิน รู้ยา) มาใช้ในชุมชนอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนเข้าใจเรื่องโรคไตได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยรับทราบค่าไตของตนเอง และระวังการใช้ยาแก้ปวด, ยาชุด, สมุนไพร และอาหารเสริม และให้ชุมชนตระหนักถึงการใช้ยาที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายในในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท เสียงแจ้ว. ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการใช้ยาปลอดภัยในตำบลพรุพี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2562 – 2563 : 2563
2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. อนันต์ ยอดสวัสดิ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จตามรูปแบบการเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน ตามมาตรฐานร้านชำ RDU อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา 2567 ; 2567
4. กัลยาณี อาชาสันติสุข. รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน ปีที่ 5 ฉบับบที่ 1 เดือน มกราคม-เมษายน ; 2567
5. ชมพูนุท เสียงแจ้ว, คชาพล นิ่มเดช, นาฏยา สุวรรณ, พุทธชาติ มากชุมนุม, วิโรจน์ ทองฉิม, ณัฐนันท์ เพชรประดิษฐ์. การสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผสมสเตียรอยด์ในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(1):231-42.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงบูรณาการแบบผสมผสานกับการพยาบาลทางไกล (Tele Nursing) โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

Development of nursing care model for chronic obstructive pulmonary disease patients with telenursing in Thungsaliam Hospital, Sukhothai Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

เกศินี จันทร์สุริยา[1]
Kesinee Chansurlya[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงบูรณาการแบบผสมผสานกับการพยาบาลทางไกล (Tele Nursing) โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 18 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 116 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 58 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และการทดสอบก่อน-หลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย 14 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ หลักการและแนวคิด องค์ประกอบของรูปแบบ ขั้นตอนการคัดกรองและรับเข้า ขั้นตอนการวางแผนการดูแล การดูแลที่โรงพยาบาล การพยาบาลทางไกล การเยี่ยมบ้าน การจัดการยาและการใช้ยาพ่น การจัดการอาการกำเริบ การส่งเสริมการออกกำลังกายและการฟื้นฟู การดูแลด้านโภชนาการ ระบบการประสานงานและการสื่อสาร การติดตามประเมินผลและการปรับปรุง และข้อกำหนดการนำไปใช้และความยั่งยืน ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลพบว่า ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 12.45, 15.28, 18.92 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นในทุกตัวชี้วัด โดยอัตราการ Re-visit ที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก 254 เป็น 178 ครั้งต่อ 100 อัตราการ Re-admit ใน 28 วันลดลงจาก 40 เป็น 28 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย ร้อยละการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 61.58 เป็น ร้อยละ 87.25 และจำนวนวันเข้ารับการรักษาเฉลี่ยลดลงจาก 5.80 เป็น 4.20 วันต่อราย

คำสำคัญ: การพยาบาลเชิงบูรณาการ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การพยาบาลทางไกล

ABSTRACT

This study was action research aimed to develop an integrated nursing model combined with telenursing for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients at Thung Saliam Hospital, Sukhothai Province, conducted from January 2025 to September 2025. The study participants comprised 18 interprofessional healthcare team members and 116 COPD patients divided into two groups of 58 patients each. Research instruments included focus group discussion guidelines, general information questionnaires, COPD knowledge assessment forms, self-care behavior assessment forms, quality of life assessment forms, satisfaction assessment forms, and clinical outcome data collection forms. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and pre-post intervention testing with paired t-test and independent t-test statistics. The study findings revealed that the development of an integrated nursing model combined with telenursing for COPD patients utilized holistic care concepts, patient-centered care, interprofessional collaboration, and continuous care follow-up as the conceptual framework. The model comprised 14 main components: principles and concepts, model components, screening and admission procedures, care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

planning procedures, hospital-based care, telenursing, home visits, medication management and inhaler use, exacerbation management, exercise promotion and rehabilitation, nutritional care, coordination and communication systems, monitoring and evaluation with improvement, and implementation requirements and sustainability. The effectiveness of the nursing model demonstrated that COPD knowledge increased from moderate to good level, self-care behavior improved from moderate to high level, and overall quality of life enhanced from moderate to good level, with statistical significance at .001 level (t = 12.45, 15.28, 18.92, respectively). Clinical outcomes improved across all indicators: emergency room re-visit rates decreased from 254 to 178 per 100 patients, 28-day re-admission rates reduced from 40 to 28 per 100 patients, correct inhaler use increased from 61.58% to 87.25%, and average hospitalization days decreased from 5.80 to 4.20 days per patient. Patients demonstrated high satisfaction levels with the nursing model.
Keyword: integrated nursing, chronic obstructive pulmonary disease, telenursing

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกระบุว่า COPD เป็นโรคที่คร่าชีวิตผู้ป่วยเป็นอันดับ 3 ของโลก โดยคร่าชีวิตผู้ป่วยจำนวน 3.50 ล้านรายในปี ค.ศ. 2021 คิดเป็นร้อยละ 5.00 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด[1] การวิเคราะห์เมตาแบบอย่างล่าสุดพบว่าอุบัติการณ์โรค COPD ในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีค่าร้อยละ 12.64[2] ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมากประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงที่สุดในโลก จากการศึกษาของ Thai Screening and Early Evaluation of Kidney Disease (SEEK) พบว่าความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 17.50 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุด[3] ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 1.5 ล้านคน ส่งผลให้ภาระและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น[4] สถานการณ์ในพื้นที่โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ตั้งอยู่ในภาคเหนือซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูง จากข้อมูลของโรงพยาบาล พบว่าจำนวนผู้ป่วย COPD รายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565-2567 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 183, 227, และ 238 ราย ตามลำดับ ปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ อัตราการ Re-visit ที่ห้องฉุกเฉิน 254 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน 40 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย และร้อยละการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องอยู่เพียงร้อยละ 61.58[5] การพยาบาลเชิงบูรณาการ (Integrated Nursing Care) เป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการบูรณาการแนวคิดหลายด้าน ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration) และการติดตามประเมินผลระยะยาว[6] ขณะที่การพยาบาลทางไกล (Telenursing) เป็นการให้บริการพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทันท่วงที[7] การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการใช้เทคโนโลยีการพยาบาลทางไกลสามารถลดภาระผู้ดูแลและปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] การศึกษาต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลเชิงบูรณาการสำหรับผู้ป่วย COPD สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ[9] เพิ่มคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย[10]

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงบูรณาการแบบผสมผสานกับการพยาบาลทางไกลสำหรับโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมจึงมีความจำเป็น เพื่อ 1) ลดอัตราการกำเริบและการเข้ารับการรักษาซ้ำ 2) เพิ่มความรู้และทักษะการดูแล

ตนเองของผู้ป่วย 3) ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ 4) เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสุขภาพ รวมถึงเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงบูรณาการแบบผสมผสานกับการพยาบาลทางไกล
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึง กันยายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จำนวน 18 คน 2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ลงทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จำนวน 246 คน

กลุ่มตัวอย่าง 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 18 คน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำคลินิกพยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) 2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 116 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 58 คน สุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์คัดเข้า สำหรับผู้ป่วย: 1) อายุ ≥18 ปี 2) แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ A-D 3) อาศัยในพื้นที่อำเภอทุ่งเสลี่ยมไม่ต่ำกว่า 1 ปี 4) สามารถใช้เทคโนโลยีพื้นฐานได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน 2) ไม่สมัครใจหรืองดให้ข้อมูล 3) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพัฒนารูปแบบ
2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน (Likert's scale 5 ระดับ)
4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ คะแนน 26-130
5. แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน
6. แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนา ได้แก่ อัตราการ Re-visit, Re-admit, ร้อยละการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่า IOC > 0.50 และทดสอบความเชื่อมั่น Cronbach's alpha > 0.75

การดำเนินการวิจัย ตามกระบวนการ Action Research 2 วงจร

วงจรที่ 1 การวางแผน: ศึกษาสถานการณ์ระดมสมอง วางแผนพัฒนาร่วมกัน การปฏิบัติ: ออกแบบรูปแบบ พัฒนาเครื่องมือ อบรมทีมทดลองใช้ การสังเกต: ติดตามผล เก็บข้อมูลเบื้องต้น บันทึกปัญหา การสะท้อน: วิเคราะห์ผล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรับปรุงรูปแบบ

วงจรที่ 2 การปรับปรุง: นำผลสะท้อนมาปรับปรุงรูปแบบ การประเมินผล: เก็บข้อมูลผลลัพธ์สุดท้าย วิเคราะห์เปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย Content analysis

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test, independent t-test (α = 0.05)

จริยธรรมการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ (n=18) ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.78 อายุ 36-45 ปี ร้อยละ 44.44 ตำแหน่งพยาบาลประจำคลินิกมากที่สุด ร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์การทำงาน 6-10 ปี ร้อยละ 38.89 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=116) ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 64.66 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 41.38 จบประถมศึกษา ร้อยละ 62.07 อาชีพทำไร่ทำนา ร้อยละ 44.83 มีโรคร่วม ร้อยละ 76.72

ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหา จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบปัญหาหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบการดูแล ขาดรูปแบบการดูแลแบบมาตรฐาน การติดตามไม่ต่อเนื่อง ขาดการประสานงานทีม ด้านความรู้บุคลากร ขาดความรู้ Telenursing ทักษะการดูแลแบบองค์รวมไม่เพียงพอ ด้านความรู้ผู้ป่วย: ไม่เข้าใจการใช้ยาพ่น ขาดความรู้การดูแลตนเอง ด้านเทคโนโลยี ขาดระบบ Telenursing อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ด้านการเข้าถึงบริการ ปัญหาการเดินทาง ขาดช่องทางปรึกษานอกเวลา ด้านการสนับสนุนชุมชน: ขาดการสนับสนุนครอบครัว ขาดเครือข่าย อสม.

รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงบูรณาการแบบผสมผสานกับการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย 14 องค์ประกอบ หลักการและแนวคิด การดูแลแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ติดตามต่อเนื่อง องค์ประกอบของรูปแบบ: ทีมสหสาขาวิชาชีพ 6 สาขา และเทคโนโลยี Telenursing ผ่าน Line, SMS, โทรศัพท์ ขั้นตอนการคัดกรองและรับเข้า: คัดเลือกผู้ป่วย COPD ประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและความพร้อมเทคโนโลยี ขั้นตอนการวางแผนการดูแล จัดทำแผนรายบุคคล กำหนดเป้าหมายระยะสั้น กลาง และยาว การดูแลที่โรงพยาบาล: ตรวจติดตามทุก 3 เดือน ประเมินสมรรถภาพปอด ดูแลเฉพาะกรณี การพยาบาลทางไกล ติดตามรายสัปดาห์ มีช่องทางติดต่อฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง การเยี่ยมบ้าน เยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ ประเมินสภาพแวดล้อม การจัดการยาและการใช้ยาพ่น ประเมินเทคนิค สอนการเก็บรักษา ติดตามผ่าน Telenursing การจัดการอาการกำเริบ สอนสัญญาณเตือน จัดทำแผนจัดการ 3 ระดับ การส่งเสริมการออกกำลังกายและการฟื้นฟู โปรแกรมออกกำลังกายที่บ้าน ติดตามผ่าน Telenursing สร้างแรงจูงใจ การดูแลด้านโภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการ ให้คำแนะนำอาหาร ติดตามน้ำหนัก ระบบการประสานงานและการสื่อสาร: ประชุมทีมรายสัปดาห์ ใช้ระบบ HosXP ประสานครอบครัว การติดตามประเมินผลและการปรับปรุง ติดตามรายเดือนและระยะยาว เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ข้อกำหนดการนำไปใช้และความยั่งยืน ความพร้อมบุคลากรและเทคโนโลยี การสนับสนุนองค์กร

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

1) การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากคะแนนเฉลี่ย 11.88±2.84 (ระดับปานกลาง) เป็น 16.40±2.28 (ระดับดี) $p<0.001$ โดยข้อที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด ได้แก่ การรู้จักสัญญาณเตือนการกำเริบ การใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง และการดูแลตนเองเบื้องต้น ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=58)

ความรู้	ก่อน (Mean±S.D.)	หลัง (Mean±S.D.)	t	p-value
คะแนนเฉลี่ย	11.88±2.84	16.40±2.28	12.45	<0.001*
ระดับปานกลาง , จำนวน (ร้อยละ)	45 (77.6)	8 (13.8)	-	-
ระดับดี , จำนวน (ร้อยละ)	13 (22.4)	50 (86.2)	-	-

2) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากคะแนนเฉลี่ย 33.05±8.42 (ระดับปานกลาง) เป็น 49.42±6.38 (ระดับมาก) p<0.001 โดยพฤติกรรมที่ปรับปรุงมากที่สุด คือ การบริหารปอดและการหายใจ การใช้ยาและการดูแลอุปกรณ์ และการจัดท่าในการนอนและการพักผ่อน ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n=58)

พฤติกรรม	ก่อน (Mean±S.D.)	หลัง (Mean±S.D.)	t	p-value
การบริหารปอดและการหายใจ	2.73±1.11	4.07±0.85	8.92	<0.001*
การใช้ยาและการดูแลอุปกรณ์	2.83±1.19	4.20±0.80	9.15	<0.001*
การจัดท่านอนและพักผ่อน	2.95±1.21	4.25±0.76	8.76	<0.001*
คะแนนรวม	**33.05±8.42**	**49.42±6.38**	**15.28**	**<0.001***

3) การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตทุกด้านปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับปานกลางเป็นระดับดี โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 70.85±12.46 เป็น 99.24±9.83 p<0.001 ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต (n=58)

คุณภาพชีวิต	ก่อน (Mean±S.D.)	หลัง (Mean±S.D.)	t	p-value
สุขภาพกาย	2.47±0.63	3.73±0.55	14.52	<0.001*
จิตใจ	2.72±0.61	3.87±0.58	13.24	<0.001*
สังคม	2.82±0.68	3.82±0.62	10.87	<0.001*
สิ่งแวดล้อม	2.73±0.62	3.78±0.59	12.19	<0.001*
คะแนนรวม	**70.85±12.46**	**99.24±9.83**	**18.92**	**<0.001***

4) ผลลัพธ์ทางคลินิก การใช้รูปแบบการพยาบาลเชิงบูรณาการส่งผลให้ตัวชี้วัดทางคลินิกปรับปรุงอย่างชัดเจน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก

ตัวชี้วัด	ก่อน	หลัง	การเปลี่ยนแปลง
อัตราการ Re-visit (ครั้ง/100 ผู้ป่วย)	254	178	ลดลง 29.92%
อัตราการ Re-admit (ครั้ง/100 ผู้ป่วย)	40	28	ลดลง 30.00%
ร้อยละการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง	61.58%	87.25%	เพิ่มขึ้น 25.67%
วันเข้ารักษาเฉลี่ย (วัน/ราย)	5.8	4.2	ลดลง 27.59%

5) ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ยรวม 4.41±0.56 จากคะแนนเต็ม 5 โดยมีความพึงพอใจสูงสุดต่อการให้บริการรักษาพยาบาล (4.52±0.68) รองลงมาคือ อัธยาศัยไมตรีและความเต็มใจในการบริการ (4.48±0.71) และความรู้ความสามารถของบุคลากร (4.45±0.73)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงบูรณาการแบบผสมผสานกับการพยาบาลทางไกลมีประสิทธิผลสูงในการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schmid-Mohler และคณะ[11] ที่พบว่าการแทรกแซงการพยาบาลแบบบูรณาการสามารถลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลได้ การเพิ่มขึ้นของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสะท้อนถึงประสิทธิผลของการใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับเทคโนโลยี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ora และคณะ[12] ที่พบว่าการดูแลแบบองค์รวมส่งเสริมการจัดการตนเองและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย การลดลงของอัตราการ Re-visit และ Re-admit ที่พบในการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภา โพธิหัง และ วิสาร์กร มดทอง[13] ที่รายงานการลดลงของการเข้ารับการรักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ การใช้เทคโนโลยี Line Official Account เป็นแพลตฟอร์มหลักมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยไทยที่คุ้นเคยกับการใช้งาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahboubian และคณะ[14] ที่ระบุว่าการออกแบบเทคโนโลยีการติดตามผู้ป่วยทางไกลต้องคำนึงถึงความสะดวกในการใช้งานและการยอมรับของผู้ป่วย การปรับปรุงคุณภาพชีวิตในทุกด้านบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตรา สุนทรเสนีย์[15] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการใช้ระบบการดูแลแบบบูรณาการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้รูปแบบการพยาบาลเชิงบูรณาการนี้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ควรจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วย COPD
3. ควรพัฒนาระบบ Telenursing ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
4. ควรจัดอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษา ทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมที่ให้ความร่วมมือ และผู้บริหารโรงพยาบาลที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). WHO Fact Sheets. 2024.
2. AL Wachami N, Guennouni M, et al. Estimating the global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). BMC Public Health. 2024;24:297.
3. Ingsathit A, Thakkinstian A, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population. Nephrol Dial Transplant. 2010;25(5):1567-1575.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. 2568.
5. โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม. รายงานตัวชี้วัดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. 2568.
6. Watson J. Human caring science: A theory of nursing. 2nd ed. Jones & Bartlett Learning; 2012.

7. Abdallah A, et al. Telenursing applications in chronic disease management. J Telemed Telecare. 2024;15(2):78-89.
8. Voraraksa J, Ongiem A, et al. Telemedicine and telenursing: Revolutionizing remote healthcare delivery. J Med Health Sci. 2024;31(1):128-139.
9. Schmid-Mohler G, et al. Effectiveness of integrated nursing interventions in COPD patients. Eur Respir J. 2023;45(3):234-245.
10. Chen Y, Wu F, Lee H. Technology-enabled self-management of COPD with telenursing. J Med Internet Res. 2020;22(7):e18598.
11. Schmid-Mohler G, et al. Nursing intervention effects on hospital length of stay in COPD patients. Respir Care. 2023;68(4):456-467.
12. Ora M, et al. Holistic care promotes self-management in COPD patients. Patient Educ Couns. 2024;112:87-95.
13. ประภา โพธิหัง, วิสาร์กร มดทอง. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;39(2):78-89.
14. Mahboubian A, et al. Remote patient monitoring perspectives in COPD management. J Med Internet Res. 2025;27:e67666.
15. สุมิตรา สุนทรเสนีย์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;3(3):45-58.

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

The Effects of Empowerment Program on Depression in the Elderly Kaengsanamnang Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

วิภารัตน์ ลครพล[1]
Wiparat Lakhonpol[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเบื้องต้น (Pre-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 8 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบก่อน-หลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจที่พัฒนาตามแนวคิดของ Gibson มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การค้นพบสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 1-2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สัปดาห์ที่ 3-4) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 5-6) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า (สัปดาห์ที่ 7-8) โดยใช้กิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การชมวิดีทัศน์ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินผลพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 16.53±4.81 คะแนน เป็น 7.10±2.29 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 9.43 คะแนน จากการทดสอบทางสถิติพบว่าเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=13.36, 95%CI=7.97-10.89, p<0.001) ผู้สูงอายุร้อยละ 96.67 กลับสู่ภาวะปกติ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (4.65±0.25 คะแนน)

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมพลังอำนาจ, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study employed a pre-experimental research design with a one-group pretest-posttest approach, aiming to examine the effects of an empowerment program on depression among older adults at Kaeng Sanam Nang Hospital, Nakhon Ratchasima Province. The study was conducted over an 8-month period from February to September 2024. The sample consisted of 30 older adults diagnosed with depression. Research instruments included: 1) a general information form, 2) the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), and 3) a satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test for pre-post comparisons.

Findings revealed that the empowerment program developed based on Gibson's conceptual framework was effective in reducing depression among older adults. The program was implemented over 8 weeks, once weekly for 2-3 hours per session, comprising four main phases: discovering reality (weeks 1-2), critical reflection (weeks 3-4), taking charge (weeks 5-6), and holding on (weeks 7-8). Various activities were utilized, including group activities, health education, experience sharing, video presentations, home visits, and continuous follow-up. The assessment results showed that depression scores decreased from 16.53±4.81 to 7.10±2.29, with a mean difference of 9.43 points. Statistical testing revealed significant changes at the 0.05 level (t=13.36, 95%CI=7.97-10.89, p<0.001). Overall, 96.67% of older adults returned to normal status. Satisfaction with the program was at a high level (4.65±0.25 points).

Keywords: Empowerment program, Depression, Older adults

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนสัดส่วนประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.00 ของประชากรทั้งหมดแปดพันล้านคน ในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20.00 ทวีปเอเชียมีสถิติผู้สูงอายุสูงสุด ประเทศญี่ปุ่นและจีน สำหรับประเทศสมาชิกอาเซียนมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10.00 แล้ว 7 ใน 10 ประเทศ สิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดร้อยละ 23.00 รองลงมาประเทศไทยร้อยละ 19.00[1]

ประเทศไทยมีประชากรตามทะเบียนราษฎร 66 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.00 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่โดยรวมมีอัตราเพิ่มประชากรลดลง แต่ประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2564 พบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในเรื่องการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุตามลำพังคนเดียวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 3.60 ปี 2537 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 11.99 ในปี 2564 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรก ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ และภาวะสมองเสื่อม[2]

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากในผู้สูงอายุอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพสารสื่อประสาทลดลง ทำให้มีอาการความผิดปกติทางอารมณ์ อาจป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงหากไม่ได้รับการแก้ไขป้องกันที่ถูกต้อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบส่วนใหญ่จะมีลักษณะเด่นการแสดงออกในลักษณะอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึมเศร้าทางอารมณ์ผิดปกติ อาการไม่สุขสบายทางกายคิดว่าตนเองเจ็บป่วย หงุดหงิด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกผิด เบื่อชีวิตและอยากตาย[3] ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทางชีวภาพ กรรมพันธุ์สารสื่อประสาทในสมองเกิดภาวะไม่สมดุล ปัจจัยทางจิตวิทยา บุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน ความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ประสบเหตุร้ายในชีวิต สูญเสียบุคคลที่รัก ปรับตัวไม่ได้ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับปัญหาได้จะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตและกลายเป็นภาระต่อสังคม[4]

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพทำให้หายทุเลา การรักษาด้วยยาต้านเศร้า แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและระยะที่ผู้ป่วยอาการกลับสู่ปกติ ยาต้านเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เป็นยาลำดับแรกในการเลือกใช้กับผู้สูงอายุมีผลข้างเคียงน้อย เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มความจำและการเรียนรู้ รักษาจนครบ 6 เดือน แล้วค่อยๆ ลดยาลงจนหยุด การบำบัดโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้ามักใช้กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่สามารถรอให้ยาออกฤทธิ์ได้ อาการเป็นมากจนเสี่ยงต่อชีวิต การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดเป็นสิ่งที่ทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีประสิทธิภาพมากในช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรักษาทางยา และมีการเผชิญปัญหาที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด การบำบัดทางจิตจะให้ผลดีในช่วง 6-8 สัปดาห์และบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี การให้คำปรึกษา และการทำกลุ่มจิตบำบัด ในการใช้กลุ่มบำบัดทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่มี

สาเหตุมาจากกระบวนการคิดและจิตใจของตนเอง มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลให้การรักษาจิตบำบัดมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะยาว และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า ดนตรีบำบัด การระลึกถึงความหลัง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหาและการบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล[5]

แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน เป็นกระบวนการบำบัดจิตสังคมวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการตระหนัก มีการเสริมสร้างและดึงเอาความสามารถของตนเองมาใช้เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ตนเองต้องการ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และสามารถเคลื่อนย้ายแหล่งข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้รู้สึกว่าสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ กระบวนการเสริมพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การค้นพบสถานการณ์จริง ผู้สูงอายุยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้สูงอายุพิจารณาสถานการณ์ปัญหาอย่างรอบด้าน วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ สะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ผู้สูงอายุเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม วางแผนและกำหนดเป้าหมาย ลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ผู้สูงอายุรักษาพฤติกรรมที่ดีไว้อย่างต่อเนื่อง ประเมินผลการปฏิบัติและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์[6]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ มีประชากรทั้งสิ้น 2.64 ล้านคน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 551,428 คน คิดเป็นร้อยละ 20.88 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2566) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 8,247 คน ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 9,156 คน และปี พ.ศ. 2567 จำนวน 10,234 คน แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 11.02 และร้อยละ 11.77 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2567)

อำเภอแก้งสนามนางเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรทั้งสิ้น 48,652 คน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 10,847 คน คิดเป็นร้อยละ 22.30 ของประชากรทั้งหมด (ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอำเภอแก้งสนามนาง ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 1.44 ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 1.64 และปี พ.ศ. 2567 จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 1.87 แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา งานสุขภาพจิตและจิตเวช จากสถิติข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2565-2567 ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 418, 468 และ 505 คน พบว่าโรคซึมเศร้า 250, 254 และ 272 คน คิดเป็นร้อยละ 59.81, 54.27 และ 53.86 ตามลำดับ การวิเคราะห์ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและจิตใจ ความเปลี่ยนแปลงที่มากระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานานๆ ส่งผลต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้า วิตกกังวล เบื่อหน่ายท้อแท้ เกิดอาการซึมเศร้า หากไม่ได้รับการคัดกรองประเมินเบื้องต้นแล้วในที่สุดจะเกิดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงตามมา[7]

จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโลก ประเทศ จังหวัด และอำเภอ การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการปัญหา มีการปรับตัวทางบวก สามารถฟื้นตัวกลับมาจากวิกฤติต่างๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและเข้าใจชีวิตมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถลดการเจ็บป่วยทางจิตที่ส่งผลต่อร่างกาย เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและประเทศชาติ ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญ

จึงมีความสนใจศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเสริมพลังความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ทำการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 8 เดือน การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรม และระยะที่ 3 การประเมินผล โดยติดตามผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม ระดมสมองกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อกำหนดรูปแบบโปรแกรม

ขั้นที่ 2 พัฒนาโปแกรม ตามกระบวนการ ADDIE Model (Branch, 2009)

ขั้นที่ 3 ทำการทดลอง

O_1	→	X	→	O_2
(Pre-test)		(Program)		(Post-test)
สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 1-8		สัปดาห์ที่ 8

ขั้นที่ 4 ประเมินผลปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

โดยกำหนดให้สัญลักษณ์

O_1 = การประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อคำถาม

X = การดำเนินโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวม 8 ครั้ง

O_2 = การประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมพัฒนาโปรแกรม และ กลุ่มทดลองโปรแกรม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ประเมินอาการโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต รับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 128 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมพัฒนาโปรแกรม จำนวน 12 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน

ผู้สูงอายุจากฝ่ายต่างๆในโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มทดลองใช้โปรแกรม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ประเมินอาการโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต รับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 30 คน โดยคำนวณขนาดโดยใช้สูตร Two Dependent Means ของ N4Studies ได้จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จับฉลากแบบไม่แทนที่จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ โดยใช้โปรแกรม N4Studies สำหรับ Two Dependent Means (Paired t-test) อ้างอิงจากการศึกษาของภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จากสูตรดังนี้

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times 2(1 - \rho) \times \rho^2}{\delta^2}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าคะแนนมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α)

$Z_{1-\beta}$ = ค่าคะแนนมาตรฐานที่กำลังการทดสอบ (Power, 1-β)

ρ (rho) = ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการวัดก่อนและหลัง

σ = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม (Pooled Standard Deviation)

δ = ผลต่างค่าเฉลี่ยที่คาดหวัง (Expected Mean Difference)

การกำหนดค่าพารามิเตอร์ จากงานวิจัยของภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2562) โดยปรับค่าให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแก้งสนามนาง โดยคาดการณ์ว่าผลของโปรแกรมจะมีขนาดผลปานกลาง (Medium Effect Size) ซึ่งเหมาะสมกับการวิจัยในบริบทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน

ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (μ_1) = 16.50

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (σ_1) = 4.80

ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่คาดหวัง (μ_2) = 12.50

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่คาดหวัง (σ_2) = 4.00

แทนค่าในโปรแกรม N4Studies

Mean 1 (ก่อนทดลอง) = 16.50

SD 1 = 4.80

Mean 2 (หลังทดลอง) = 12.50

SD 2 = 4.00

Alpha (α) = 0.05 (two-tailed)

Power (1-β) = 0.80

Correlation = 0.30

ผลการคำนวณจากโปรแกรม N4Studies n=25.25 ราย

จากผลการคำนวณ ได้ 25.25 ราย ปัดเป็น 26 รายจากนั้นปรับเพิ่มเพื่อชดเชยการสูญหาย เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีภาวะเจ็บป่วยแทรกซ้อนระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม จึงเพิ่มอัตราการสูญหายที่คาดการณ์ร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล จากสูตร n adjusted = 26 × 0.15= n adjusted = 3.90 ราย ปัดเป็น 4 ราย ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 26+4= 30 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า มีความพร้อมและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาและทดลองโปรแกรม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมขั้นต้นแบบ ประกอบด้วย 2 ชุด

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาโปรแกรม กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

2) โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผลโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ชุด

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ

2) แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2553) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น ส่วนคะแนนที่ต่ำลงแสดงถึงภาวะซึมเศร้าที่ลดลง มีลักษณะเป็นแบบคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 30 ข้อคำถาม การแปลผลคะแนน ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระดับ[3] ดังนี้

คะแนน 0-12 คะแนน = ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือปกติ

คะแนน 13-18 คะแนน = มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19-24 คะแนน = มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25-30 คะแนน = มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 30 ข้อ การแปลผลคะแนนความพึงพอใจใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[3] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 (ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) = พึงพอใจระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 (ร้อยละ 60.00-79.99) = พึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.50 (ร้อยละน้อยกว่า 60.00) = พึงพอใจระดับน้อย

4) แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนความเหมาะสมใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 = เหมาะสมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 = เหมาะสมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 = เหมาะสมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 = เหมาะสมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 = เหมาะสมน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบความตรงผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช การสูงอายุ และการวิจัย ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแต่ละข้อคำถาม ได้ค่า IOC = 0.81 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลข้างเคียง เพื่อตรวจสอบความเป็นปรนัย ความชัดเจน และความเหมาะสม

ของภาษา และหาค่าความเที่ยง ดังนี้ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) มีค่าความเที่ยงรวม (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.92 แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความเที่ยงรวม (Cronbach's Alpha) α = 0.95 โดยมีค่าความเที่ยงรายด้าน ดังนี้ ด้านเนื้อหาและกิจกรรม α = 0.87 ด้านระยะเวลาและการจัดกิจกรรม α = 0.84 ด้านสื่อและอุปกรณ์ α = 0.82 ด้านผู้ดำเนินกิจกรรม α = 0.89 ด้านประโยชน์ที่ได้รับ α = 0.93 ตามลำดับ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ตัวแปรเชิงกลุ่ม ได้แก่ แจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด การวิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา มีรายละเอียดดังนี้

1) การวิเคราะห์ (Analysis) ระยะการวิเคราะห์เริ่มต้นจากการศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลแก้งสนามนาง พบว่าในปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคลินิกสุขภาพจิตด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 250, 254 และ 272 คน คิดเป็นร้อยละ 59.81, 54.27 และ 53.86 ตามลำดับ แสดงให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน ผลการสนทนากลุ่มพบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว 2) การดูแลในปัจจุบันที่ยังไม่ครอบคลุม 3) แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วม และ 4) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

2) การออกแบบ (Design) การออกแบบโปรแกรมอาศัยกรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง การออกแบบเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว ใช้กิจกรรมที่หลากหลาย ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมกลุ่มด้วยศิลปะบำบัด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การชมวิดีทัศน์ การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการเยี่ยมบ้าน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์การออกแบบโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมได้รับการออกแบบอย่างเป็นระบบตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ สัปดาห์

ละ 1 ครั้ง เริ่มจากสัปดาห์ที่ 1 เป็นการชี้แจงและประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ตามด้วยสัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอน Discovering Reality ใช้กิจกรรมวาดภาพสัญลักษณ์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพการณ์จริงของตนเอง สัปดาห์ที่ 3-4 เป็นขั้นตอน Critical Reflection โดยใช้การทบทวนประสบการณ์ การชมวิดีทัศน์ และการมอบคู่มือการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมองเห็นแนวทางใหม่ในการจัดการปัญหา สัปดาห์ที่ 5-6 เป็นขั้นตอน Taking Charge เน้นการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติด้วยการวางแผนร่วมกัน เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัว และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการปฏิบัติ และสัปดาห์ที่ 7-8 เป็นขั้นตอน Holding On เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีผ่านการแบ่งปันความสำเร็จ การให้กำลังใจ และการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยแต่ละขั้นตอนมีเหตุผลทางวิชาการพยาบาลรองรับ ทั้งทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau, ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura, และแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson ทำให้โปรแกรมมีความเป็นระบบ มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

3) การพัฒนา (Development) ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือและสื่อประกอบโปรแกรม ประกอบด้วยการจัดทำคู่มือการดำเนินกิจกรรมสำหรับพยาบาล คู่มือการดูแลสำหรับครอบครัว นอกจากนี้ยังพัฒนาสื่อวิดีทัศน์เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและอุปกรณ์ประกอบกิจกรรมศิลปะบำบัด แบบวัดภาวะซึมเศร้า (TGDS) และแบบประเมินความพึงพอใจ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย 1) ดร.สมหมาย คชนาม ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2) นางอรัญญา ยศคำลือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 3) นางรุ่งทิวา พลอยสุวรรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ครอบคลุม 5 ด้าน รวม 20 รายการ ผลการประเมินโดยรวม พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งหมด 4.33 คะแนน จาก 5.00 คะแนน (S.D. = 0.50)

4) การนำไปใช้ (Implementation) การนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 7 คน เบื้องต้นก่อน ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2567 โดยแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ สัปดาห์ที่ 1 เน้นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมการค้นพบสถานการณ์จริงผ่านการวาดภาพสัญลักษณ์แทนตัวเอง สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และชมวิดีทัศน์ สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติร่วมกับครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 7-8 กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่าและประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ

5) การประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยได้นำร่องทดลองโปรแกรมในผู้สูงอายุ 7 ราย โดยทำการประเมินผลโปรแกรมดำเนินการ โดยการประเมินระหว่างดำเนินโปรแกรม (Formative Evaluation) โดยการสังเกตการมีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัวในแต่ละสัปดาห์ และการประเมินผลสรุป (Summative Evaluation)

6) โปรแกรมขั้นสมบูรณ์สุดท้ายที่พร้อมใช้งาน โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง ดำเนินการตามแนวคิดของ Gibson (1995) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 1-2) ผ่านการสร้างสัมพันธภาพ การวาดภาพสัญลักษณ์แทนตัวเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาที่เผชิญ 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สัปดาห์ที่ 3-4) ด้วยการวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของปัญหา การชม

วิดีทัศน์ และการมอบคู่มือให้ครอบครัว 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 5-6) โดยการร่วมกันวางแผน ตั้งเป้าหมาย เลือกกิจกรรมที่เหมาะสม พร้อมการเยี่ยมบ้านและติดตามการปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า (สัปดาห์ที่ 7-8)

2. การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ราย พบว่า ด้านเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 ราย ร้อยละ 86.7 ด้านอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-64 ปี จำนวน 12 ราย ร้อยละ 40.0 มีอายุเฉลี่ย 66.23 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.59 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 18 ราย ร้อยละ 60.0 ศาสนาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 30 ราย ร้อยละ 100.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 27 ราย ร้อยละ 90.0 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 21 ราย ร้อยละ 70.0 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 18 ราย ร้อยละ 60.0 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอไม่เหลือเก็บ จำนวน 16 ราย ร้อยละ 53.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี 3-4 คน จำนวน 15 ราย ร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 15 ราย ร้อยละ 50.0 โรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 26 ราย ร้อยละ 86.7 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ราย ร้อยละ 40.0 ประวัติโรคทางจิตทั้งหมดมีประวัติโรคซึมเศร้า จำนวน 30 ราย ร้อยละ 100.0 และมีประวัติโรควิตกกังวลร่วมด้วย จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.3 การใช้ยาและสารเสพติดใน 1 เดือนที่ผ่านมา ด้านแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ใช้ จำนวน 21 ราย ร้อยละ 70.0 และใช้บางครั้ง จำนวน 9 ราย ร้อยละ 30.0 ด้านบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่ใช้ จำนวน 25 ราย ร้อยละ 83.3 รองลงมาใช้บางครั้ง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 13.3 และใช้เป็นประจำ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.4 ตามลำดับ ส่วนกัญชาและยาเสพติดอื่นๆ ทั้งหมดไม่ใช้ จำนวน 30 ราย ร้อยละ 100.00

2) การประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่ตอบถูกรายข้อในผู้สูงอายุ ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 16.53 ± 4.81 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 55.10 อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง

3) การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ในผู้สูงอายุ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 13 ราย ร้อยละ 43.33 รองลงมามีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 10 ราย ร้อยละ 33.33 ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือปกติ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 20.00 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ โดยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรืออยู่ในระดับปกติ จำนวน 29 ราย ร้อยละ 96.67 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเพียง จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.33 ขณะที่ไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางหรือรุนแรงเลย ร้อยละ 0.00 ทั้งหมด

4) การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อ

ภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มีค่าเฉลี่ย 16.53 ± 4.81 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 7.10 ± 2.29 คะแนน อยู่ในระดับปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 9.43 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 13.36, 95%CI = 7.97-10.89, p-value <0.001) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ก่อน-หลัง โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา (n=30)

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	16.53	4.81	เล็กน้อยถึงปานกลาง	9.43	13.36	7.97,10.89	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.10	2.29	ปกติ				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.001

3. การศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุทุกคน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม 4.65 คะแนน (SD=0.25) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านผู้ดำเนินกิจกรรมมีคะแนนสูงสุด 4.86 คะแนน (SD=0.22) รองลงมาคือ ด้านเนื้อหาและกิจกรรม 4.67 คะแนน (SD=0.32) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ 4.67 คะแนน (SD=0.28) ด้านระยะเวลาและการจัดกิจกรรม 4.57 คะแนน (SD=0.35) และด้านสื่อและอุปกรณ์ 4.27 คะแนน (SD=0.41) ตามลำดับ ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุดคือ "ผู้ดำเนินกิจกรรมมีความรู้ความสามารถ" และ "ผู้ดำเนินกิจกรรมให้ความเอาใจใส่" 4.93 คะแนนเท่ากัน รองลงมาคือ "มีความสุขและคุณภาพชีวิตดีขึ้น" 4.77 คะแนน และ "โดยรวมท่านมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมนี้" และ "เนื้อหาโปรแกรมมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ" 4.80 คะแนนเท่ากัน

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของแววดาว พิมพ์พันธ์ดี[1] ที่พัฒนาแนวทางการเสริมพลังความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดของ Gibson เช่นเดียวกัน พบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมทั้งสองเรื่องมีกระบวนการที่เป็นระบบและมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ การใช้ ADDIE Model ในการพัฒนาโปรแกรมทำให้โปรแกรมมีความเป็นระบบและครบถ้วน สอดคล้องกับอรพิชา เกตุพันธ์และสุรีย์ จันทรโมลี[3] ที่พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทำให้ได้โปรแกรมที่มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง การดำเนินการตามขั้นตอน Analysis, Design, Development, Implementation และ Evaluation ช่วยให้การพัฒนาโปรแกรมมีความชัดเจนและสามารถตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน การประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson ที่ประกอบด้วยสี่ขั้นตอนหลักได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า เป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gultekin และ Savci[8] ที่พบว่าการแทรกแซงเสริมพลังอำนาจที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มประสิทธิภาพตนเองในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ การที่โปรแกรมเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการค้นพบปัญหาด้วยตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลังอำนาจและความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเอง การดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลาแปดสัปดาห์สัปดาห์ละหนึ่งครั้งนั้น มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam และคณะ[9] ที่ใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจแบบการศึกษาจิตพฤติกรรมเป็นระยะเวลาสิบสามสัปดาห์ และพบว่าระยะเวลาดังกล่าวเพียงพอต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและพฤติกรรม การจัดกิจกรรมเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมช่วยให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการเรียนรู้ ฝึกฝนทักษะใหม่ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่เร่งรีบจนเกินไป การเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวตลอดโปรแกรมเป็นจุดแข็งที่สำคัญ สอดคล้องกับบุษราคัม จิตอารีย์[2] ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และชุติมา มาลัยและคณะ[5] ที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีกำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับสุมนทิพย์ บุญเกิดและคณะ[10] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การใช้กิจกรรมที่หลากหลายประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การชมวิดีทัศน์ การฝึกทักษะ และการเยี่ยมบ้าน ช่วยให้โปรแกรมมีความน่าสนใจและไม่น่าเบื่อ สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี เหมทานนท์และคณะ[11] ที่พัฒนาโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการโดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายห้ากิจกรรม และพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การใช้กิจกรรมที่หลากหลายช่วยกระตุ้นความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้านความสามารถและความชอบ การพัฒนาเครื่องมือและสื่อประกอบโปรแกรมที่ครบถ้วน ได้แก่ คู่มือสำหรับพยาบาล คู่มือสำหรับครอบครัว วิดีทัศน์ และอุปกรณ์กิจกรรม ช่วยให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าด้านสื่อและอุปกรณ์ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้นในอนาคต

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงจากระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางมาอยู่ในระดับปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับสู่ภาวะปกติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี เหมทานนท์และคณะ[11] ที่พบว่าโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการสามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมาอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองโปรแกรมมีลักษณะร่วมกันคือ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง การสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง และการพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา การที่โปรแกรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gultekin และ Savci[8] ที่พบว่าการแทรกแซงเสริมพลังอำนาจสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ และ Lam

และคณะ[9] ที่พบว่าโปรแกรมจิตพฤติกรรมศาสตร์แบบการศึกษาเสริมพลังอำนาจสามารถปรับปรุงอาการทางจิตเวชและลดความทุกข์ทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมชีวิต สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และมีความหวังในอนาคต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงรายอาการพบว่าอาการที่มีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างชัดเจนได้แก่ การไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจและความวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุกลับมามีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ และมีความมั่นใจในอนาคตมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิรัชรา ศศิธรและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย[12] ที่พบว่าการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในชุมชนเช่นการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมีส่วนช่วยในการลดภาวะซึมเศร้า การที่โปรแกรมใช้กิจกรรมกลุ่มและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความสนใจในชีวิต อย่างไรก็ตามพบว่าอาการเบื่อหน่ายบ่อยครั้งยังคงมีอยู่ในระดับปานกลางแม้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งอาจเป็นเพราะความรู้สึกเบื่อหน่ายเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้านรวมถึงภาวะสุขภาพกายและสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับบุษราคัม จิตอารีย์[2] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการแก้ไขอาการเบื่อหน่ายอาจต้องใช้เวลานานกว่าและต้องมีการจัดการในหลายมิติ การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับสู่ภาวะปกติหลังเข้าร่วมโปรแกรมนั้นสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang และคณะ[6] ที่พบว่าโปรแกรม Empower@Home สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มความรู้สึกเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุ การที่โปรแกรมเน้นการสร้างความเข้าใจในตนเอง การพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา และการสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพคือการเน้นให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองภายใต้การสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของธิติพันธ์ ธานีรัตน์และคณะ[4] ที่พบว่าการให้ความรู้และเสริมทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียดสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ การที่ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียดและปัญหาต่างๆด้วยตนเองทำให้มีความมั่นใจและรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิต การมีส่วนร่วมของครอบครัวตลอดโปรแกรมเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับชุติมา มาลัยและคณะ[5] ที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การที่ครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและวิธีการดูแลที่เหมาะสม ทำให้สามารถให้การสนับสนุนผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและลดความเครียดของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลการใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมแปดสัปดาห์เป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Scazufca และคณะ[13] ที่ใช้การแทรกแซงเป็นระยะเวลาหกสัปดาห์และพบว่าสามารถปรับปรุงการฟื้นตัวจากภาวะซึมเศร้าได้ และ Liu และคณะ[14] ที่ใช้ระยะเวลาสิบสองสัปดาห์และพบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ระยะเวลาดังกล่าวเพียงพอต่อการให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ทักษะใหม่ ฝึกฝนการใช้ทักษะ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัย

การศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมเสริมพลังอำนาจอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจด้านผู้ดำเนินกิจกรรมสูงสุด

รองลงมาคือด้านเนื้อหาและกิจกรรมและด้านประโยชน์ที่ได้รับ ส่วนด้านสื่อและอุปกรณ์มีความพึงพอใจต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิชา เกตุพันธ์และสุรีย์ จันทรโมลี[3] ที่พบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาอย่างมีระบบและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายจะได้รับการยอมรับและความพึงพอใจจากผู้เข้าร่วม ความพึงพอใจด้านผู้ดำเนินกิจกรรมที่สูงสุดนั้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของทักษะและคุณลักษณะของผู้ดำเนินโปรแกรมที่มีต่อความสำเร็จของโปรแกรม โดยผู้สูงอายุให้คะแนนสูงสุดในประเด็นที่ผู้ดำเนินกิจกรรมมีความรู้ความสามารถและให้ความเอาใจใส่ สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี เหมทานนท์และคณะ[11] ที่พบว่าการดำเนินโปรแกรมโดยผู้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบความสำเร็จ การที่ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและมีทักษะในการสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไว้วางใจและสบายใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ความพึงพอใจด้านเนื้อหาและกิจกรรมที่อยู่ในระดับสูงนั้นสะท้อนให้เห็นว่าเนื้อหาและกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแววดาว พิมพ์พันธ์ดี[1] ที่พัฒนาแนวทางการเสริมพลังความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจสี่ขั้นตอนเช่นเดียวกัน และพบว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้ การที่โปรแกรมใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุช่วยให้โปรแกรมไม่น่าเบื่อและผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและความสำคัญ ความพึงพอใจด้านประโยชน์ที่ได้รับที่อยู่ในระดับสูงนั้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gultekin และ Savci[8] พบว่าการแทรกแซงเสริมพลังอำนาจไม่เพียงแต่ลดภาวะซึมเศร้า แต่ยังเพิ่มประสิทธิภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองได้รับประโยชน์จากโปรแกรมทำให้มีแรงจูงใจในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความพึงพอใจด้านระยะเวลาและการจัดกิจกรรมที่อยู่ในระดับมากนั้นแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาแปดสัปดาห์และการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละหนึ่งครั้งมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam และคณะ[9] ที่ใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจเป็นระยะเวลาสิบสามสัปดาห์และพบว่าระยะเวลาดังกล่าวเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและจิตใจ อย่างไรก็ตามจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าระยะเวลาแปดสัปดาห์อาจยังไม่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างที่ต้องการเวลาในการปรับตัว ดังนั้นการติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมจึงมีความสำคัญ ความพึงพอใจด้านสื่อและอุปกรณ์ที่มีคะแนนต่ำสุดแม้จะยังอยู่ในระดับมากนั้นเป็นประเด็นที่ควรนำไปพัฒนาปรับปรุงในอนาคต สอดคล้องกับการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญที่พบว่าด้านสื่อและอุปกรณ์ได้คะแนนต่ำสุดเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะอุปกรณ์บางอย่างยังไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็นหรือการใช้มือ การพัฒนาสื่อและอุปกรณ์ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม การที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากนั้นสะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับของโปรแกรมและแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang และคณะ[6] ที่พบว่าโปรแกรมที่ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจสูงมีโอกาสประสบความสำเร็จในการลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองมากขึ้น ความพึงพอใจที่สูงยังสะท้อนถึงความเหมาะสมของโปรแกรมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย การที่โปรแกรมได้รับความพึงพอใจสูงในหลายด้านนั้นเป็นผลมาจากการพัฒนาโปรแกรมที่มีการศึกษาความ

ต้องการและปัญหาของกลุ่มเป้าหมายอย่างละเอียด ผ่านการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพและการทบทวนวรรณกรรมอย่างรอบด้าน สอดคล้องกับอรพิชา เกตุพันธ์และสุรีย์ จันทรโมลี[3] ที่เน้นการพัฒนาโปรแกรมโดยอาศัยการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาโปรแกรมที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการทำให้โปรแกรมมีความเหมาะสมและได้รับการยอมรับ การมีส่วนร่วมของครอบครัวตลอดโปรแกรมยังส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุอีกด้วย สอดคล้องกับนิรัชรา ศศิธรและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย[12] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการสนับสนุน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจที่สูงในด้านการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและการให้กำลังใจสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson ที่เน้นให้ผู้รับบริการเป็นผู้กำหนดทิศทางและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและได้รับการรับฟังอย่างจริงจังทำให้รู้สึกมีพลังอำนาจและมีความมั่นใจในตนเอง การที่โปรแกรมสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมในกลุ่มยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ สอดคล้องกับสุมนทิพย์ บุญเกิดและคณะ[10] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นและการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การที่ผู้สูงอายุได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุคนอื่นที่มีปัญหาคล้ายกันทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียวและมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา อย่างไรก็ตามแม้ความพึงพอใจโดยรวมจะอยู่ในระดับมาก แต่ยังมีประเด็นบางอย่างที่ควรนำไปพัฒนาปรับปรุงในอนาคต โดยเฉพาะด้านสื่อและอุปกรณ์ที่ควรพัฒนาให้มีความเหมาะสมมากขึ้นกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เช่น การใช้ตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น การใช้สีที่มีความคมชัดเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตามองเห็นได้ชัดเจน และการเลือกใช้อุปกรณ์ที่ใช้งานง่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการใช้มือ การปรับปรุงในส่วนนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมให้สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมไปใช้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง โดยศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ และความพร้อมของทรัพยากร ปรับองค์ประกอบของโปรแกรมให้สอดคล้องกับโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพ เครื่องมือประเมิน และศักยภาพของบุคลากร เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้นำชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบโดยจัดการฝึกอบรมการดำเนินโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครสาธารณสุข พร้อมทั้งพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานและเครื่องมือสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละระดับการให้บริการ

3. ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชน เพื่อสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. แววดาว พิมพ์พันธ์ดี. (2562). การพัฒนาแนวทางการเสริมพลังความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก. วารสารพยาบาลศาสตร์, 37(4), 156-170.
2. บุษราคัม จิตอารีย์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารการพยาบาล, 45(2), 125-138.
3. อรพิชา เกตุพันธ์ และสุรีย์ จันทรโมลี. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(2), 78-91.
4. ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ตันติมา ด้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ธุรีราช และปิยนุช กิมเสาว์. (2559). ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. วารสารจิตเวชศาสตร์, 31(2), 89-102.
5. ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชยโยยิ่งยงค์, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และศรีสกุล เฉียบแหลม. (2562). ระดับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนทราย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 8(1), 45-58.
6. Xiang, X., Li, M., Feng, J., & Liu, H. (2024). Non-specialist supported web-based cognitive behavioral therapy for late-life depression: The Empower@Home programme. Journal of Affective Disorders, 348, 89-97.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (2567) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอำเภอแก้งสนามนาง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
8. Gultekin, M., & Savci, C. (2022). The effect of empowerment intervention applied to elderly patients receiving physiotherapy on depression levels and self-efficacy. Archives of Gerontology and Geriatrics, 101, 104692.
9. Lam, L. C., Poon, P., Leung, H. W., Chan, K. C., Chong, C. S., Chan, W. C., & Lee, A. T. (2022). Effects of a psychoeducational empowerment program for older people with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. International Journal of Geriatric Psychiatry, 37(6), 1-12.
10. สุมนทิพย์ บุญเกิด, สมฤดี ดีนวนพะเนา, ปวีณา ระบำโพธิ์ และศริญญา นาคสระน้อย. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชรา องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการพยาบาล, 36(3), 112-124.
11. ภาวดี เหมทานนท์, ภาณุพงศ์ เฉลิมทรง, ภัทราวุธ ชูแก้วร่วง และภัทรธิดา ฟองงาม. (2562). ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(1), 234-245.
12. นิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชระอุทิศ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 23(3), 167-178.
13. Scazufca, M., Nakamura, C. A., Peters, T. J., Dong, L., Wilkinson, K., Araya, R., & Patel, V. (2024). A mobile messaging self-help intervention for depression in older adults in a resource-poor setting: The Viva Vida programme. World Psychiatry, 23(1), 147-155.
14. Liu, Y., Zhang, H., Wang, L., & Chen, X. (2024). Impact of empowerment theory-guided health education on informal caregivers of Alzheimer's patients. Geriatric Nursing, 55, 234-241.

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา
Nursing care for a patient with drug-resistant pneumonia with acute respiratory failure: A case study.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

ศิริยา ปิ่นสันเทียะ[1]
Siriya Pinsanthia[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี อาชีพรับจ้าง มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวันที่ 17 เมษายน 2567 ด้วยอาการเหนื่อยหอบเฉียบพลันภายหลังมีอาการไข้ น้ำมูกไอต่อเนื่องมาหนึ่งสัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ตรวจพบการติดเชื้อในปอดจากเชื้อ E.coli ESCR ร่วมกับภาพเอกซเรย์แสดงลักษณะ Infiltration ทั้งสองข้างของปอด ผลทางห้องปฏิบัติการพบภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ และมีภาวะ Hypokalemia ร่วมด้วย ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ ภาวะการหายใจบกพร่อง ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ อาการไม่สุขสบายจากไข้ ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และการขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน แนวทางการพยาบาลเน้นการดูแลระบบทางเดินหายใจ การให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem ตามผลเพาะเชื้อ การจัดการสารน้ำและสารอาหาร การลดไข้ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและประสานงานการส่งต่อชุมชน หลังการรักษา 3 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หายใจดีขึ้น ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ ตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ทรวงอกพบแนวโน้มการฟื้นตัวดี ได้รับการวางแผนจำหน่ายพร้อมติดตามอาการต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแนวทางการดูแลตนเองที่บ้าน รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 3 วัน

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ, ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract

This case study aimed to nursing care for a patient with drug-resistant pneumonia with acute respiratory failure. The subject was a 55-year-old Thai male laborer with underlying conditions including diabetes mellitus, hypertension, and hyperlipidemia. He was admitted to the hospital on April 17, 2024, presenting with acute shortness of breath following a one-week history of fever, nasal discharge, and persistent cough. Data were analyzed by content analysis.

Result : Diagnostic tests confirmed a lung infection caused by E. coli ESCR, with chest X-ray showing bilateral pulmonary infiltration. Laboratory results revealed anemia and hypokalemia. Key nursing problems identified included: impaired breathing, risk of transmission of multidrug-resistant organisms, inadequate nutrition, discomfort from fever, reduced ability to perform daily activities, patient and family anxiety, and lack of knowledge regarding self-care after discharge. The nursing approach focused on respiratory support, administration of the antibiotic Meropenem based on culture results, fluid and nutritional management, fever reduction, assistance with daily living activities, physical rehabilitation, and discharge preparation using the D-METHOD framework. Caregiver education and community referral coordination were also provided. After three days of treatment, the patient's condition improved steadily: breathing normalized, fever subsided, oral intake resumed, and follow-up lab results and chest X-rays showed signs of recovery. The

[1] โรงพยาบาลขามทะเลสอ

patient was discharged with a follow-up care plan. Both the patient and family demonstrated understanding of home care instructions. The total length of hospital stay was three days.
Keywords: Pneumonia, Multidrug-resistant organisms, Acute respiratory failure

บทนำ

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วยถุงลมปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบซึ่งเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัสและเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย[1] สถานการณ์โรคปอดอักเสบในประเทศไทยจากข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 –2565 มีอัตราและอัตราป่วยสูงสูดในปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วย 429.26 ต่อประชากร แสนคน อัตราป่วยต่ำสุดในปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วย 244.79 ต่อแสนประชากร[2] โรคนี้สามารถป้องกันได้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยแต่ละปีมีจำนวนสูงขึ้น ในระดับเขตบริการสุขภาพที่ 9 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 18,768 ราย อัตราป่วย 284.41 ตอประชากรแสนคน เสียชีวิต18 ราย อัตราตาย 0.27 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1: 1.03 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 0-4 ป อัตราป่วย1,011.31 ตอประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 65 ปขึ้นไป อัตราป่วย 885.74 ตอประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 55-64 ปอัตราป่วย 298.20 ตอประชากรแสนคน[3]

เชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance (AMR) คือ ภาวะที่เชื้อแบคทีเรียต่อต้านยาปฏิชีวนะ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีดังเดิม ต้องใช้เวลารักษานาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น เชื้อแบคทีเรียที่ทนต่อยาปฏิชีวนะเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้เชื้อแบคทีเรียมีการปรับตัวและพัฒนาตัวเองขึ้นให้ทนต่อยาปฏิชีวนะเรียกว่า "เชื้อดื้อยา" (Abushaheen et al., 2020; Browne et al., 2020) ประเทศไทยมีการติดเชื้อดื้อยา 88,000 ครั้งต่อปี และในทุก 15 นาทีมีคนไทย 1 คน เสียชีวิตเพราะเชื้อดื้อยา คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อ จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ แห่งชาติ (NARST) พ.ศ. 2543-2561 ข้อมูลของโรงพยาบาล 85 แห่งทั่วประเทศ พบเชื้อ Acinetobacter Calcoaceticus Baumannii Complex ที่ดื้อต่อยา Imipenem เพิ่มขึ้นคือ หอผู้ป่วยในเพิ่มจากร้อยละ 7.6 เป็น ร้อยละ 72.2 หอผู้ป่วยหนักจากร้อยละ 14.2 เป็นร้อยละ 79.8[4]

จากสถิติโรงพยาบาลขามทะเลสอ ปีพ.ศ. 2565–2567 พบอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ 24.9 , 23.24 และ 28.21 ตามลำดับ พบการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเกิดขึ้นร้อยละ 39.18, 34.02, 32.62 ตามลำดับ[5]

เชื้อที่พบมากที่สุด คือ Escherichia coli รองลงมาคือ E.coli ESCR มีจำนวนวันนอนมากกว่า 30 วัน ผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจนระดับในเล็กน้อยถึงรุนแรงและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะมากกว่า 2 กลุ่ม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการใช้ยาปฏิชีวนะสูง จำนวนวันนอนและอัตราการเสียชีวิตสูง ดังนั้นการดื้อยาต้านจุลชีพจึงเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมป้องกันการระบาดในกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ร่วมกับทีมดูแล ในหอผู้ป่วย เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ

รับจ้าง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 17 เมษายน 2568

อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำมูก ไอ ซื้อยารับประทานเองอาการไม่ดีขึ้น 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยญาติจึงพามาตรวจ

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ได้รับการพ่นยา Berodual 1 NB ให้ออกซิเจน Mask with bag 8 LPM สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/79 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 96% และให้เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง นาน 8 ปี รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลปากช่องนานา ยาที่ใช้เป็นประจำ ได้แก่ Amlodipine (5) 1 tab oral OD เช้า, MFM 1 tab oral bid pc, Simvastatin (20) 1 tab oral hs, ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่เคยได้รับการักษาด้วยการผ่าตัด เคยสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปัจจุบันหยุดมาแล้ว 5 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ทุกคนสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

จากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ พบว่า

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ รูปร่างสมส่วน ไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย เวลาเจ็บมักซื้อยารับประทานเอง ถ้ามีอาการรุนแรงจะมารักษาที่โรงพยาบาล เคยสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ปัจจุบันหยุดมาแล้ว 5 ปี

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารวันละ 1 มื้อ ทุกเช้าเป็นเวลา มื้ออื่นๆ จะเป็นของว่าง และดื่มกาแฟบางครั้ง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก

แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย ถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้เป็นบางส่วน ไม่เคยออกกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน ปกตินอนวันละ7-8 ชั่วโมงตั้งแต่เวลา 21.00-05.30 น. ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยใช้ยานอนหลับ นอนหลับกลางวันทุกวัน วันละ1-2 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ ความฉลาดจดจำลดลง การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รับรู้ว่าตนเองดูแลตนเองไม่ดี จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ แต่งงานกับภรรยา มีบุตรด้วยกัน 2 คน บุตรสาวคนโตมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ในครอบครัวรักใคร่ช่วยเหลือกันดี ไม่มีปัญหาด้านรายได้

แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์ ปกติ

แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด มีความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตัวเองลดลง เป็นภาระแก่ภรรยาบุตรหลาน

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อและค่านิยม ไม่เคยประสบเหตุการณ์สำคัญหรือร้ายแรงในชีวิต เป็นคนมีเหตุผลและมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เวลาที่มีปัญหาจะแก้ปัญหาด้วยตัวเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ

ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยการนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการตรวจร่างกาย พบว่า

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำแซมขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ

หู: ใบหูปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก: มีลักษณะภายนอกปกติ น้ำมูกใส

ปาก: ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย

หน้าอก: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที

แขน ขา: สมมาตรกันดี ไม่อ่อนแรง

การตรวจร่างกายตามระบบ

ระบบประสาท: GCS 15 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มี
การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ระบบการหายใจ: อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที เสียงปอดข้างซ้ายเบากว่าข้างขวา มีเสียง wheezing

ระบบหัวใจ: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 100 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขอดที่ขา

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

ระบบผิวหนัง: ผิวสีขาวเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ดูซีด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ

จากการตรวจห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษ พบว่า

CBC: WBC 8,010 cell/cu.m.m, Neutrophil 79%, Lymphocyte 10%, Hct 25%

Biochemistry: Na 140 mmol/L, K 3.28 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO_2 28 mmol/L, Total bilirubin 3.8 g/dl, Albumin 3.4 g/dl, Protein 6.6 g/dl, Globulin 3.3%, Direct bilirubin 3.5 mg/dl, Alkaline phosphatase 291 U/L, SGOT 87 U/L, SGPT 64 U/L

Sputum AFB: not found

Sputum C/S: Numerous Acinetobacter baumannii

เอกซเรย์ปอด พบ infiltration both lung

การตรวจ EKG พบ Rt ventricular hypertrophy, Short PR, Rt Lt atrial enlargement

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ประสิทธิภาพการหายใจลดลงจากมีการติดเชื้อของปอด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ผู้ป่วยใส่ O2 Mask with bag 8 LPM 2. พ่นยา Berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้เสมหะนิ่ม และไอออกง่าย 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะเองร่วมกับดูดเสมหะ ทางปาก เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ใช้ความดันขณะดูดเสมหะระหว่าง 80 – 120 มิลลิเมตรปรอทประเมินและบันทึกลักษณะ สีและจำนวนเสมหะ หากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. จัดท่านอนศีรษะสูง 15-45 องศา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ ช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง 5. ดูแลให้ยา Flumucil 200 มิลลิกรัม 1ซอง หลังอาหาร 3 มื้อเพื่อลดอาการเหนียวของเสมหะ 6. ดูแลให้ยา Paracetamol (500) 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลามีไข้ ร่วมกับเช็ดตัวลดไข้ 7. ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อฝึกการหายใจและช่วยการขับเสมหะ 8. ติดตามสัญญาณชีพ ฟังเสียงปอด ลักษณะเสมหะ และผลตรวจ Chest x-ray ร่วมกับติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อติดตามการติดเชื้อที่ปอด **การประเมินผล** อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20- 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/80-120/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 98-99 เปอร์เซ็นต์ ฟังเสียงปอด เสียง Crepitation เสมหะลดลง ขับออกเองได้มากขึ้น Chest X-ray ซ้ำ Decreased infiltration both lung
2. มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย 2. สวมเสื้อกาวน์ สวมถุงมือทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยล้างมือแบบ Hygienic Hand Washing ทุกครั้งหลังถอดถุงมือ 3. ดูแลให้การพยาบาลโดยการยึดหลัก Contact Precaution 4. ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ แยกอุปกรณ์ของใช้ผู้ป่วยกับผู้ป่วย 5. ทำความสะอาดปากด้วย 0.12 % คลอเฮกซิดีนอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 6. แนะนำญาติเรื่องการเข้าเยี่ยม การใส่อุปกรณ์ป้องกัน การล้างมือ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา 7. แยกอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยเชื้อดื้อยาโดยเฉพาะไม่ปนกับผู้ป่วยอื่น เช่น Stethoscope ปรอทวัดไข้ cuff BP กาละมังเช็ดตัว ผ้าเช็ดตัว ให้คำแนะนำพนักงานทำความสะอาดเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อดื้อยา แยกเฉพาะไว้ข้างเตียงผู้ป่วย 8. ดูแลให้ยา Meropenam 1gm IV q 8hr ตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียง 9. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบผิดปกติรายงานแพทย์ **การประเมินผล** ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยน้อยลง อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย อยู่ในช่วง 36.9-37.8 องศาเซลเซียส ไอนานๆครั้ง เสมหะสีขาวขุ่น มีปริมาณลดลง ฟังเสียงหายใจไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น Crepitation หรือ rale แพทย์เปลี่ยนยาปฏิชีวนะตามผลเพาะเชื้อ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีไข้ หายใจไม่เหนื่อย หยุดให้ยาปฏิชีวนะได้ตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจ CBC WBC= 7,100 cell/mm^3 Neutrophil= 70.8% Lymphocyte = 10% ติดตามผลเอกซเรย์ทรวงอกซ้ำ ผลเอกซเรย์ทรวงอกดีขึ้นกว่าเดิม (decrease infiltration)
3. เสี่ยงต่อการรับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะเหนื่อยหอบ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 ml iv 80 ml/hr 2. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ พบภาวะโปตัสเซี่ยมต่ำ ประเมิน เฝ้าสังเกตอาการภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำและรายงานแพทย์ เช่น อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อกระตุก เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ดูแลให้ KCL 30 ml พร้อมสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน หน้ามืด วิงเวียน เป็นลม มือหรือเท้าชา สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ปวดศีรษะ มึนงง วิงเวียน ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ซึมลง หรือความดันโลหิตต่ำ ติดตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ระดับ Electrolyte, BUN และ Creatinine ในเลือด 3. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย กระตุ้นการรับประทานอาหาร **การประเมินผล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารอ่อนได้ ติดตามผลการตรวจ Electrolyte ซ้ำ ค่าโปแตสเซียม (K) = 3.58 mmol/l โซเดียม (Na) = 137 mmol/l และ Chloride 104 mmol/l ปริมาณน้ำเข้าร่างกายเฉลี่ย 1,850 มิลลิลิตร ออกจากร่างกายเฉลี่ย 1,300 มิลลิลิตร
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำสะอาด โดยเช็ดจากส่วนปลายแขนขาเข้าหาลำตัว และวางผ้าตรงตำแหน่งหน้าผากและรักแร้ โดยเช็ดตัวลดไข้นานครั้งละ 15-20 นาที สอนญาติลงมือทำร่วมด้วย 2. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Paracetamol (500) X 1 tab เวลามีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง 3. แนะนำห่มผ้าที่มีการระบายอากาศได้ดี ไม่หนามาก จัดใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี 4. จัดสิ่งแวดล้อมสะอาด เงียบสงบเหมาะกับการพักผ่อน 5. อธิบายถึงอาการแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และร่วมมือในการรักษาพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล **การประเมินผล** อุณหภูมิร่างกาย 37.3-37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/78-122/88 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97-98 เปอร์เซ็นต์ สุขสบายมากขึ้น หลับพักได้ 6-7 ชั่วโมงต่อวัน
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้เครื่องมือ Bathel ADL Index 2. ดูแลและสอนญาติในด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย โดยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง สอนการเคลื่อนไหว การลุกนั่ง และการเสริมสร้างทักษะและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ 3. ดูแลเรื่องโภชนาการของผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย กระตุ้นการรับประทานอาหาร 4. ดูแลแบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วยโดยใส่สายสวนปัสสาวะ และขับถ่ายในผ้าอ้อมอนามัย สอนและแนะนำญาติให้ดูแลความสะอาด ความสุขสบายหลังผู้ป่วยขับถ่าย 5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่คาสายสวนปัสสาวะ โดยดูแลสายสวนปัสสาวะให้มีการไหลดี ไม่มีการหักพับงอ หรือมีการอุดตันของสายยางให้อยู่ในระบบปิด 6. ดูแลแบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วยให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง โดยจัดท่านอนที่สุขสบาย ใช้หมอนนุ่มรองใต้คอ และบริเวณที่เสี่ยงการกดทับจำกัดผู้เยี่ยม 7. ดูแลทำความสะอาดร่างกายเช้า เย็น ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เช้า เย็น และหลังการขับถ่าย ดูแลเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการเปียกชื้น 8. จัดสิ่งแวดล้อมทำความสะอาดบริเวณเตียง และดูแลเปลี่ยนผ้าปูเตียงปลอกหมอนทุกวัน **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านกิจวัตรประจำวัน ร่างกายปากฟันสะอาดรับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ เสื้อผ้าสิ่งแวดล้อมสะอาด ปัสสาวะสีเหลืองใส ผิวหนังไม่มีรอยแดง ไม่มีแผลกดทับ
6. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีโรคคุกคามต่อชีวิตและยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. สังเกตอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย 2. อนุญาตให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าเยี่ยมตามลำพังเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจ ประคับประคองจิตใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ช่วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย เช็ดตัวลดไข้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย 4. พูดคุยกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย คลายความวิตกกังวล 5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบการดำเนินของโรค และแผนการดูแลรักษาของแพทย์ในแต่ละวัน เพื่อลดความวิตกกังวล และความร่วมมือในการดูแลรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่าแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ มีความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจคลายความวิตกกังวล **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติรับทราบคำอธิบายข้อมูล สีหน้าคลายความกังวล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจกับแพทย์ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาและการปฏิบัติตัวที่บ้าน การตรวจและรับยาอย่างสม่ำเสมอ 3. ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องในการส่งต่อในชุมชน วางแผนจำหน่ายโดยใช้ หลัก D-METHOD ประกอบ D =ให้ความรู้เรื่องปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ M = แนะนำการรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ยาโรคประจำตัวรับประทานต่อเนื่อง ควบคุมกำกับการรับประทานยาทุกมื้อโดยภรรยา และบุตรสาว และอธิบายการพ่นยาที่ถูกต้องให้กับบุตรสาว E = ห้องนอนควรมีอากาศโปร่ง มีหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทสะดวก แยกข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าขนหนู แปรงสีฟัน อาหาร ช้อนส้อม ไม่ใช้รวมกับคนอื่น ขณะอยู่รวมกับบุคคลอื่นต้องใส่ผ้าปิดปากจมูกตลอดเวลา ขณะไอหรือจามต้องใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดสะดวก T = รักษาให้ครบตามแผนการรักษาที่กำหนด และการสังเกตอาการตนเอง เช่น ไอบ่อย มีไข้ แนะนำวิธีการไอขับเสมหะ H = ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงเพื่อเสริมสร้างภูมิต้านทาน พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การดูแลด้านจิตใจให้กำลังใจถามหรือสังเกตอาการของผู้ป่วย O = นัด Follow up วันที่ 30 เมษายน 2567 ส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้านผ่านระบบ Smart COC D = แนะนำรับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติจากการรับประทานยา อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ปัญหาต่าง ๆได้รับการพยาบาลดูแลแก้ไข ผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีการวางแผนจำหน่ายโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษา 3 วัน จำหน่ายวันที่ 20 เมษายน 2567 นัดจากการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่เหนื่อย ไอเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผลการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร มิตรปราสาท.[6]

เอกสารอ้างอิง

1. เพชรรุ่ง อิฐรัตน์. (2563) การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (พิมพ์ครั้งที่ 2) วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุม. (2566). https://www.ddc.moph.go.th/doe/
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. (2568). สถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2567. https://odpc9.ddc.moph.go.th/hot/ annual_ report2567.pdf

4. งานเวชระเบียน. (2567). สถิติผู้ป่วยประจำปี 2565-2567. โรงพยาบาลปากช่องนานา.
5. ณิรดา รวยอาจิณ, ทองเปลว ชมจันทร์, และประภาพรรณ สิงห์โต. (2565). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ต้องควบคุมเป็นกรณีพิเศษ. Singburi Hospital Journal. 31(1), 27-40.
6. อุไร มิตรปราสาท. (2020). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหารใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย, https://so06.tci-thaijo.org/index.php/ hej/article/view/25

การพยาบาลผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา
Nursing Care for a Patient with Pneumonia with Sepsis and Urinary Tract Infection : A Case Study.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

ศศิธร ยศศักดิ์[1]
SASITHORN YOSSAK[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ เป็นการนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 83 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการไอ แน่นหน้าอก และหายใจลำบาก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ร่วมกับภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI) โดยผู้ป่วยมีประวัติป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) และมีภาวะสารน้ำและเกลือแร่ผิดปกติ

ผลการศึกษา พบว่า การพยาบาลมุ่งเน้นดูแลด้านการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด การป้องกันภาวะช็อกจากการติดเชื้อ การลดไข้ การดูแลภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ และให้การสนับสนุนจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยมีการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องและการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้ดี อาการเหนื่อยลดลง ไข้ลดลง ค่าเลือดและเกลือแร่กลับเข้าสู่เกณฑ์ปกติ ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 5 วัน ก่อนจำหน่ายกลับบ้านพร้อมนัดติดตามอาการ

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ, ติดเชื้อในกระแสเลือด, ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, ผู้สูงอายุ, การพยาบาล, กรณีศึกษา

Abstract

This study aimed to study nursing care for patients with pneumonia and bloodstream and urinary tract infections. Presents a case study of an 83-year-old Thai male patient who was admitted to the hospital with symptoms of coughing, chest tightness, and shortness of breath. He was diagnosed with pneumonia, sepsis, and a urinary tract infection (UTI). The patient had a medical history of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and electrolyte imbalance.

Result: Nursing care focused on improving pulmonary gas exchange, preventing septic shock, reducing fever, managing electrolyte imbalance, and providing psychological support to the patient and his family. Continuous assessment and holistic nursing care were provided throughout the treatment. Patient responded well to treatment—his breathing difficulty and fever subsided, and his blood and electrolyte levels returned to normal. He was hospitalized for five days before being discharged with a follow-up appointment.

Keywords: Pneumonia, Sepsis, Urinary Tract Infection, Elderly, Nursing, Case Study

บทนำ

ปอดติดเชื้อนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของในประเทศไทยโรคปอดอักเสบเป็น 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปี และมีแนวโน้มอัตราตายจากโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น[1] ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนเช่น

[1] โรงพยาบาลขามทะเลสอ

การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือระบบ ทางเดินหายใจล้มเหลวสูงมากขึ้น[2] การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่การอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกายโดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อหรือตัวกระตุ้นอื่นๆ และส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 32.03 ดังนั้น การค้นหาอาการระยะแรกที่จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตให้มากขึ้น[3]

สำหรับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมักเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นแหล่งของการติดเชื้อที่สำคัญ ทั้งการติดเชื้อที่ปอดและทางเดินปัสสาวะสามารถทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้ ผลจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อทำให้เกิดการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญหลายระบบ ซึ่งส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และญาติผู้ดูแล รวมทั้งระบบสุขภาพเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานอาจทำให้ดื้อยา[4]

สถิติผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขามทะเลสอปี 2565 - 2567 จำนวน 661, 536 และ764 รายตามลำดับ และยังพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 49 ราย, 54 ราย, และ 63 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.71, 10.07 และ 8.24 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 12 ราย, 9 ราย และ 10 ราย ตามลำดับ[5] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ต้องมีความรู้ทางด้านสรีระวิทยา และการดำเนินของโรคเป็นอย่างดี มีทักษะที่ดีในการประเมินและค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ในระยะแรกได้อย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้มีการดำเนินของโรคจนเข้าสู่ภาวะช็อก รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ตลอดจนสามารถประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกระยะทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรายงานแพทย์ทันที เมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงแสดงสัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเตรียมผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็วที่สุด โดยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุของการเกิดโรค การป้องกันการเกิดโรค อาการและอาการแสดงหรือการดำเนินของโรคที่ควรต้องรีบมาโรงพยาบาลก่อนที่โรครุนแรงจะมากขึ้น รวมทั้งประสานการดูแลติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อนำความรู้ และทฤษฎี ศึกษากระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพ รับจ้างทั่วไป สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ที่อยู่อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 พฤษภาคม 2568

อาการสำคัญ

ไอ แน่นหน้าอก 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (History of present illness)

1 เดือน มีอาการไอแห้ง ไม่ไข้ ไม่มีน้ำมูก เดินแล้วเหนื่อยหอบ

1 สัปดาห์ ไอเยอะ ไอแห้ง มีเสมหะเหนียว ไปซื้อยาละลายเสมหะมารับประทาน ไม่มีไข้

วันนี้ ไอเยอะ เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก นอนราบไม่ได้ นอนหนุนหมอน 1 ใบ ปัสสาวะออกประปริกระปรอย จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history)

ป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) รักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตน์ ขาดนัด ขาดยา 1 เดือน

ดื่มสุราตั้งแต่อายุ 24 ปี ปัจจุบันหยุดดื่มได้ 30 ปี สูบบุหรี่วันละ 10-20 มวน หยุดสูบมาประมาณ 20 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family History)

ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ (Function health pattern)

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยปัจจุบันรับรู้สาเหตุผู้ป่วยเป็นไข้หวัดบ่อย มีโรคประจำตัวและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

<u>การประเมินสภาพ</u> ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายทั่วไปผอม อ่อนเพลียช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี

ปฏิเสธการแพ้ยา ดื่มสุราตั้งแต่อายุ 24 ปี ปัจจุบันหยุดดื่มได้ 30 ปี สูบบุหรี่วันละ 10-20 มวน หยุดสูบมาประมาณ 20 ปี

แบบแผนที่ 2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร

รับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาทุกวัน รับประทานอาหารประเภทแกงจืด ผัดผัก ผลไม้ทุกชนิด ดื่มน้ำประปาที่ผ่านเครื่องกรองน้ำที่บ้าน วันละ 6-7 แก้ว ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน และการย่อยที่ผิดปกติ

<u>การประเมินสภาพ</u> น้ำหนักตัว 38.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/85 มิลลิเมตรปรอท

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย

ถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง อุจจาระปกติ ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง สัปดาห์ที่ผ่านมามีปัสสาวะกระปริบกระปรอยบางครั้ง

<u>การประเมินสภาพ</u> ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้ตามปกติ ส่วนใหญ่ทำงานบ้านไม่เคยออกกำลังกาย

<u>การประเมินสภาพ</u> อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองบนเตียงได้เล็กน้อย การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ปกติ แขน ขาไม่อ่อนแรง

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมงตั้งแต่เวลา 21.00-05.30 น.ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยใช้ยานอนหลับ นอนหลับกลางวันทุกวัน วันละ1-2 ชั่วโมง

<u>การประเมินสภาพ</u> ในขณะอยู่โรงพยาบาลหลับได้เป็นพักๆ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

มีความฉลาดจดจำดี การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ

การประเมินสภาพ รู้สึกตัวดี การรับรู้ต่อเวลา สถานที่ บุคคล ปกติ มีการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายจากอาการไข้

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

รับรู้ว่าตนเองดูแลตนเองไม่ดี จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วย

การประเมินสภาพ ช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

ในครอบครัวอยู่ด้วยกัน 4 คน อาศัยอยู่กับ ภรรยา และ บุตร คนในครอบครัวรักใคร่กันดี

การประเมินสภาพ มีหลานมาให้กำลังใจ และมาเฝ้าข้างเตียง สัมพันธภาพของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ดี

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์

ไม่มีปัญหาทางเพศสัมพันธุ์

การประเมินสภาพ รูปร่างลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ปกติ

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

ไม่เคยประสบเหตุการณ์สำคัญหรือร้ายแรงในชีวิต เป็นคนมีเหตุผลและมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เวลาที่มีปัญหาจะแก้ปัญหาด้วยตัวเอง

การประเมินสภาพ มีสีหน้าวิตกกังวลเครียดเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ แต่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และสามารถเผชิญกับอาการได้เหมาะสม

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม

นับถือศาสนาพุทธ

การประเมินสภาพ มีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต โดยนำพวงมาลัยมาคล้องหัวเตียง และใช้เหรียญซื้อเตียง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบการตรวจสัญญาณชีพ

อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/85 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกาย (Physical Examination) การตรวจดูสภาพทั่ว ๆ ไปของร่างกาย (Head-to-Toe assessment criteria)

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ

หู: ใบหูปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก: มีลักษณะภายนอกปกติ น้ำมูกใส

ปาก: ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ใส่ออกซิเจน canular

หน้าอก: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที

แขน ขา: สมมาตรกันดี แขน ขา 2 ข้าง กำลังแรงดี

ตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria) ได้แก่

ระบบประสาท: GCS 15 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง

มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ระบบการหายใจ: อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดสองข้างหายใจออกได้ยินเสียง Wheezing

ระบบหัวใจ: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 87 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขอดที่ขา

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องแบนราบ ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ทวารหนักรูปร่างปกติ

ระบบผิวหนัง: ผิวสีขาวเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ไม่ซีด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ

ผลการตรวจพิเศษ

CXR: RUL infiltration, reticulonodular both lower lungs IVC kissing good lVEF Rt pleural effusion 0.8 cm Imp

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Sputum AFB วันที่ 1 Negative

Sputum AFB วันที่ 2 Negative

Sputum AFB วันที่ 3 Negative

CBC: WBC 10,100 cell/mm^3(WBCสูงเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย)

Neutrophil 62% Lymphocyte 27%

Electrolyte: Na 124 mg/dl (ต่ำกว่าเกณฑ์) K 3.2 mg/dl Cl 91 mg/dl (ต่ำกว่าเกณฑ์) CO2 23 mg/dl

UA WBC 10-20 Cells/HPF (สูงเนื่องจากติดเชื้อ)

การวินิจฉัย

Pneumonia with sepsis with UTI

สรุปอาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี HN 0042721 AN 680001020 ภูมิลำเนาตำบลพุดซา อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ไอ แน่นหน้าอก 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่า 1 สัปดาห์ ไอเยอะ ไอแห้ง มีเสมหะเหนียว ไปซื้อยาละลายเสมหะมารับประทาน ไม่มีไข้ วันนี้ ไอเยอะ เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก นอนราบไม่ได้ นอนหนุนหมอน 1 ใบ ปัสสาวะออกประปริกระปรอย จึงมาโรงพยาบาล

แรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอก มาโดยรถนั่งพร้อมกับบุตรสาว รู้สึกตัวดี บ่นเหนื่อยเวลาเคลื่อนย้ายร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ น้ำหนักตัว 38.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/85 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ปอด วินิจฉัยปอดติดเชื้อและสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน (แยกโรค) มีการประสานงานมายังหอผู้ป่วยในเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย

แรกรับที่หอผู้ป่วยแยกโรค รู้สึกตัวดี บ่นหายใจเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/85 มิลลิเมตรปรอท ให้ออกซิเจน canular 5 LPM ออกซิเจนในเลือด 97% ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 ml IV drip 100 ml/hr ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD, Azithromycin 250 mg 2 cap oral OD pc พ่นยาขยายหลอดลม Berodual NB 1 NB prn ทุก 4 ชั่วโมง เก็บ Sputum AFB 3 วัน ให้รับประทานอาหารอ่อน record I/O ทุก 8 ชั่วโมง

24 ชั่วโมงหลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที On O2 Cannula 5 LPM ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/92 มิลลิเมตรปรอท SpO2 98% ปัสสาวะออก วันละ 500-600 ซีซี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อลดการติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ และลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แพทย์มีแผนการรักษาให้ Azithromycin 250 mg จนถึง 9 พฤษภาคม 2568

5 วันหลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าสดชื่นขึ้น หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีไข้ รับประทานอาหารอ่อนได้ ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 สัญญาณชีพปกติอุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท SpO2 100% ปัสสาวะออกวันละ 1,000-1,200 ซีซี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 9,900 cell /UL, RBC 4.3 10^6/c, Hb 12.2 g/dl, HCT 38 %, Neutrophil 75%, Lymphocyte 26%, Monocyte 7%, Platelet 220,000 cell/cumm, BUN 18 mg/dl, Creatinine 0.89 mg/dl, eGFR 87.6 ml/min/1.73m 2, Sodium 143 mmol/L, Potassium 3.8 mmol/L, Chloride 103 mmol/L CO2 24 mmol/L แพทย์จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 9 พฤษภาคม 2568 รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 10 มิถุนายน 2568

การพยาบาลระหว่างรับไว้ในความดูแล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะแรกรับ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจาก ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ไอมีเสมหะ เสมหะสีเหลืองขุ่น ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation และ wheezing มีโรคประจำตัว COPD ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด RUL infiltration, reticulonodular both lower lungs IVC kissing good lVEF Rt pleural effusion 0.8 cm Imp **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน **เกณฑ์การประเมินผล** ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อ หน้าท้องในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก ไม่มีอาการ หายใจลำบาก ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 % ฟังปอดไม่มีเสียง rhonchi crepitation หรือเสียง wheezing ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ หรือเสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียวไม่มีสี ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติไม่มีinfiltration	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้า เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะการซีด เขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมงและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ดูแล O2 Cannula 5 LPM ตามแผนการรักษา และตรวจดูระดับน้ำปราศจากเชื้อในกระบอก ออกซิเจนให้อยู่ในระดับที่พอดี และติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ดูแลดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยใช้การดูดเสมหะระบบปิดโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80-120 mmHg เวลาที่ใช้ไม่เกิน 10-15 วินาที เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลออกได้ดี ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม Berodual ตามแผนการรักษา จัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้แก่ ท่านอนหงายศีรษะสูง (fowler's position) 30-45 องศา เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดสามารถขยายตัวได้ดี สอนการไอขับเสมหะ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O2 saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน จำนวน เสมหะลดลง สีขาวขุ่น หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/92 มิลลิเมตรปรอท SpO2 99%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของระบบทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ไอมีเสมหะ เสมหะสีเหลืองขุ่น ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation และ wheezing มีโรคประจำตัว COPD ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด RUL infiltration ผล UA	**กิจกรรมการพยาบาล** ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะ ส่งตรวจเพาะเชื้อ ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิกาย ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก ทุกๆ 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 แล้วตรวจวัดเป็นทุกๆ 1 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 0.9%NSS 1000 ml iv 100 ml/hr ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ Ceftriaxone 2 gm iv OD, Azithromycin 250 mg 2 cap oral OD pc ประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น บวมแดงและกด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
WBC 10-20 Cells/HPF อุณหภูมิกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที White blood count 10,100 cells/ cell/mm^3, Neutrophil 62% การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) 3 นาที ปัสสาวะเหลืองเข้ม **วัตถุประสงค์**เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะช็อค การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะหมดไป **เกณฑ์การประเมินผล** ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) ≤ 2 นาที White blood count 4,000-10,000 cells/ cell/mm^3, Neutrophil 34-75% ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดไม่พบความผิดปกติ UA WBC 0-5 Cells/HPF	เจ็บบริเวณที่ฉีดยา หลอดเลือดดำอักเสบ ผื่นแดง คัน ลมพิษ ผิวหนังชั้นบนตายอย่างรุนแรง มีไข้ อาการภูมิแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน ลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคปลอดเชื้อต่าง ๆ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิดตลอดเวลา จัดตรึงสายสวนปัสสาวะไว้ให้คงที่และไม่ขยับไปมาหรือเลื่อนขึ้นลง ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะ พับ งอ เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก จัดให้ถุงรองรับน้ำปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งของกระเพาะปัสสาวะเสมอ เทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 3 ใน 4 ของถุง โดยใช้สำลีแอลกอฮอล์เช็ดปลายท่อก่อน และหลังเทปัสสาวะทุกครั้ง ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และสายสวนปัสสาวะเช้า-เย็นและทุกครั้งหลังการขับถ่าย ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยการติดเชื้อเพิ่มขึ้น การติดเชื้อซ้ำ และแพร่กระจายเชื้อ ดูแลให้ได้รับน้ำดื่มมื้อละ 50 มิลลิลิตร หลังให้อาหารและระหว่างมื้ออาหาร เพื่อช่วยขับของเสียและลดปริมาณเชื้อโรคในทางเดินปัสสาวะ สังเกตและบันทึกปริมาณ ลักษณะปัสสาวะ ติดตามผลการตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต ติดตามผลโลหิตวิทยาโดยดูจากเม็ดโลหิตขาว (WBC) และค่านิวโตรฟิว (neutrophil) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อผลการตรวจเอกซเรย์ปอดเพื่อติดตามและประเมินผลการรักษา **การประเมินผล** ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/62-130/94 มิลลิเมตรปรอท Capillary refill time 2 นาที ปัสสาวะออก 320-400 ซีซี/ 8 ชั่วโมง White blood count 9,240 cells/ cell/mm^3, Neutrophil 68%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ **ข้อมูลสนับสนุน** อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส เหงื่อออกตามร่างกาย **วัตถุประสงค์** เพื่อลดไข้ ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น **เกณฑ์การประเมินผล** อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส	**การพยาบาล** ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย อธิบายให้บุตรช่วยเช็ดตัวที่ถูกวิธี ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นบิดน้ำให้หมาดพอควร เริ่มเช็ดบริเวณใบหน้าและพักไว้ที่หน้าผาก ซอกคอ ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง เช็ดบริเวณหน้าอกและลำตัวเช็ดแขนด้านไกลตัว จากปลายแขนเข้าหาต้นแขน และรักแร้เป็นการเช็ดในลักษณะย้อนรูขมขน เพื่อระบายความร้อน ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง และพักผ้าไว้บริเวณข้อพับแขน และรักแร้ ให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา 0.9%NSS 1000 ml iv 100 ml/hr **การประเมินผล** ผู้ป่วยไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.1 องศาเซลเซียส
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** มีภาวะไม่สมดุลของสารอาหาร สารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** รูปร่างผอม น้ำหนักน้อย ผลการตรวจเกลือแร่ผิดปกติ K 3.2 mmol /L **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมิน เฝ้าสังเกตอาการภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำและรายงานแพทย์ เช่น อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อกระตุก เหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ดูแลให้ได้รับ KCL ตามแผนการรักษา คือ ดูแลให้ KCL 30 ml 2 dose พร้อมสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน หน้ามืด วิงเวียน เป็นลม มือหรือเท้าชา ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ บันทึกปริมาณน้ำรับเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและออกจากร่างกาย สังเกตอาการและ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของ Sodium ต่ำ ได้แก่ อ่อนแรง สับสน มีอาการเกร็งผิดปกติความดันโลหิตต่ำ Potassium ต่ำได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงสับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม Chloride ต่ำได้แก่ อาการหลับใน ไม่รู้สึกตัว (Lethargy) กล้ามเนื้อเกร็ง กดการหายใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ Na 135-145 mmol /L, K 3.5-5mmol /L, Cl 98-108 mmol /L, CO_2 22-30 mmol /L ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท	อาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ปวดศีรษะ มึนงง วิงเวียน ปัสสาวะออกน้อย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ซึมลง หรือความดันโลหิตต่ำ ดูแลทำความสะอาดปากและฟัน วันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น เพื่อให้ช่องปากสะอาด สดชื่นติดตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ระดับ Electrolyte, BUN และ Creatinine ในเลือด **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการสับสน อ่อนเพลียเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ทุกมื้อ ไม่มีท้องอืด ติดตามผลการตรวจ Electrolyte ค่าโปแตสเซียม (K) ในเลือด= 3.8 mmol/l
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ญาติและครอบครัวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย **ข้อมูลสนับสนุน** ญาติแสดงสีหน้าเครียด วิตกกังวล ญาติซักถามถึงความรุนแรงและการดำเนินโรค ตลอดจนวิธีการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี	**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยแสดงท่าทีเสมือนญาติตอบคำถามด้วยความเต็มใจ สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนิ่มนวล และบอกกล่าวทุกครั้งที่ให้การพยาบาล อธิบายสาเหตุการเจ็บป่วย การดำเนินโรค ตลอดกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามการรับรู้ของญาติและผู้ป่วย บอกถึงความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยแก่ญาติของผู้ป่วย และกิจกรรมการรักษาพยาบาลพอเข้าใจ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ปัญหาที่กระทบต่อครอบครัวอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่อยากนอนโรงพยาบาล กลัวบุตรลำบาก บอกเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยแก่ญาติ แนะนำญาติให้กำลังใจผู้ป่วย และบอกกับผู้ป่วยไม่ต้องวิตกกังวลกับการเป็นภาระครอบครัว ให้ความสม่ำเสมอในการทักทายและช่วยเหลือผู้ป่วย และสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงด้านความวิตกกังวล หากไม่ลดลงรายงานแพทย์ทราบเพื่อแก้ไข **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการดำเนินโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำให้ความร่วมมือในการรักษา
การพยาบาลระยะจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำจากพร่องความรู้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่าย **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วย และญาติถามว่าโรคที่เป็นอยู่ จะกลับเป็นซ้ำได้อีกหรือไม่ ผู้ป่วยเป็นไข้หวัดบ่อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง **วัตถุประสงค์** รับรู้และเข้าใจการดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวเหมาะสมไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค **เกณฑ์การประเมินผล** รับรู้และเข้าใจในการแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ร่วมหาแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม มาตรวจตามนัดทุกครั้งรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ Re-admit ภายใน 28 วัน หลังกลับบ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยละญาติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการดูแลตนเองให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรคความดันที่เป็นอยู่ สาเหตุพยาธิสภาพของโรคการรักษาการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง แนะนำการสังเกตอาการ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย และอาจมีเจ็บหน้าอกร่วมด้วยจากการติดเชื้อที่ปอด และการจัดการเบื้องต้น เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้แก่งดรับประทานอาหารไขมันสูงรสเค็มรสหวานรสจัดแนะนำให้รับประทานอาหารที่ปรุงสุกให้ครบ 5 หมู่วันละ 3 มื้อ กระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกาย แนะนำการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ เข้าในชุมชน ประเมินและค้นหาวิธีการผ่อนคลายจิตใจเมื่อเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวัน แนะนำการหายใจอย่างมีสติหายใจเข้าอย่างอ่อนโยน หายใจออกอย่างผ่อนคลาย ส่งเสริมการนำหลักธรรมมาใช้ในชีวิตประจำวันตามที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติ แนะนำการดูแลตนเองในเรื่องการใช้ยาการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์การติดต่อขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆแจ้งเบอร์โทรศัพท์สายด่วน 1669 พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานเพื่อปรึกษาปัญหาได้เมื่อจำเป็น **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติ ทบทวนความรับรู้และเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้ หาแนวทางการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ไปตรวจตามนัดรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่กลับมา Re-admit

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย	**การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1** วันที่ 12 พฤษภาคม 2568 (ทางโทรศัพท์ประสานกับ รพสต.) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยหอบ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/78 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 96% รับประทานอาหารอ่อนได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ **การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2** วันที่ 18 พฤษภาคม 2568 (ทางโทรศัพท์ประสานกับ รพสต.) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยหอบ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/82 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 97-98% รับประทานอาหารอ่อนได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ ผู้ป่วยต้องได้รับคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว ตั้งแต่การประเมินกลุ่มอาการ SIRS คือ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 26 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 116 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ เลือด CBC พบปริมาณเม็ดเลือดขาว 11,000 cell/mm^3 เมื่อวินิจฉัย Sepsis แล้วต้องปฏิบัติตามขั้นตอน 6 bundle ทันที ให้ได้ตามเวลาที่กำหนด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ใช้ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนถึงวินิจฉัย 40 นาที เป็นไปตามมาตรฐาน

ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจากปอดติดเชื้อ เนื่องจากมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพคือไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีความรู้เรื่องความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ ไม่รู้วิธีป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจด้วยตนเองและการฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อเกิดอาการผิดปกติคือ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยไม่มีความรู้ในการจัดการอาการเบื้องต้นที่ถูกต้อง รอจนเกิดอาการรุนแรงจึงมาโรงพยาบาล ซึ่งเสี่ยงทำให้มีภาวะหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต แต่ก็สามารถกลับฟื้นคืนสภาพได้ในเวลาอันรวดเร็วและปราศจากความพิการใดๆ เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือจากทีมแพทย์และพยาบาลที่มีการเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ให้การช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างรวดเร็วมีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดรวมถึงการประคับประคองจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและญาติ ในระยะวิกฤตอย่างเหมาะสม มีการเตรียมความพร้อมในด้านเครื่องมือ ความรู้และทักษะในการช่วยชีวิต การใช้อุปกรณ์ที่สำคัญของบุคลากร เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลได้ทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตได้และปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนฟื้นหายกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข[3,5]

เอกสารอ้างอิง

1.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560.https://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=43

2.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2565). โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php

3.ทัศนี รอดภัย. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก. วารสารวิจัยและ วิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 4(1), 56-67.

4.ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. (2563). ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
5.พูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 4 . ณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว: กรณีศึกษา

Nursing care for patient with diabetes, hypertension and transient ischemic attack: A case study.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

ขณัฏฐา โกวิทยากร[1]
Khanattha Kovitayakorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ด้วยอาการเวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ และอ่อนเพลียเป็นเวลา 2 วัน มีประวัติแขนขาซ้ายชาและอ่อนแรงเป็นระยะสั้น ๆ ซ้ำสองครั้งก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ผลการศึกษา: จากผลตรวจพบความผิดปกติของสมองจากภาพถ่าย CT Brain ซึ่งพบรอยโรคสมองเก่าหลายตำแหน่งและมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองขาดเลือดซ้ำ การวินิจฉัยหลัก คือ Transient Ischemic Attack (TIA) ร่วมกับ Hypertension และ Hyperglycemia ผู้ป่วยมีประวัติเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่รับประทานยา และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่ แรกรับมีความวิตกกังวลสูง อาการเวียนศีรษะมาก การพยาบาลจึงมุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองและระดับน้ำตาลสูง ร่วมกับการจัดลำดับตรวจเร็ว ให้การประเมินสัญญาณชีพและระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 15-17 ธันวาคม 2566 อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรงอีก และอาการเวียนศีรษะลดลง จึงจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมแผนการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การติดตามผลการรักษา รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of a patient with diabetes mellitus and hypertension experiencing a transient ischemic attack (TIA). A 73-year-old Thai male presented to Phra Narai Maharaj Hospital with dizziness, lightheadedness, nausea, and fatigue for 2 days. He had a history of transient numbness and weakness in his left arm and leg on two separate occasions before hospital admission.

Study Results: He also had a history of hypertension and elevated blood glucose levels. Brain CT imaging revealed multiple old cerebral infarctions, indicating a risk of recurrent ischemic events. The primary diagnosis was Transient Ischemic Attack (TIA) with hypertension and hyperglycemia. The patient had a known history of diabetes and hypertension but had not received continuous treatment, was non-adherent to medication, and had risk behaviors such as alcohol consumption and smoking. Upon admission, he exhibited high anxiety and severe dizziness. Nursing care focused on preventing complications related to stroke and hyperglycemia, rapid diagnostic assessment, and close monitoring of vital signs and neurological status. The patient was admitted for 3 days (December 15–17, 2023). His condition improved: there were no further episodes of limb weakness, and his dizziness subsided. He was discharged with a home care plan that included regular medication adherence, dietary control, physical activity, follow-up appointments, and lifestyle modification to prevent recurrence.

Keywords: Diabetes mellitus, Hypertension, Transient Ischemic Attack

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญหรือทำให้เกิดทุพพลภาพ เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และเป็นภัยเงียบที่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตประชาชนมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ[1] จากระบาดวิทยาของโรคพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและเกลือสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของอัตราการเสียชีวิตของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี[2] สถานการณ์ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากร ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 ล้านคน (ทุกๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสม โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตจำนวน 39,086 ราย[3] ถึงแม้สมองขาดเลือดชั่วคราวจะเป็นอาการที่อาจจะไม่ได้สร้างความเสียหายในระยะยาว แต่สามารถพัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ทำให้เกิด Mini Stroke ตั้งแต่เนิ่น ๆ ควบคู่ไปพร้อม ๆ กับการตรวจสุขภาพ จะช่วยแก้ปัญหาระยะยาวได้อย่างตรงจุด ได้แก่ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นอาหารที่มีกากใย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียม น้ำตาล หรือไขมันสูง เพื่อลดความเสี่ยงจากความดันโลหิตสูง และการสะสมคอเลสเตอรอลในร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ตรวจสุขภาพประจำปี หากพบความผิดปกติในหลอดเลือดจะได้ทำการรักษาได้ก่อนจะเกิดอันตราย งดสูบบุหรี่ ลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเลิกดื่มเลยจะดีที่สุด อาการสมองขาดเลือดชั่วคราวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความคล้ายกันมาก ๆ เพียงแต่สัญญาณ TIA อาการ ส่วนใหญ่จะหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง โดยไม่สร้างความเสียหายถาวรต่อสมอง และที่สำคัญสมองขาดเลือดชั่งคราวยังเป็นสัญญาณเตือนในการเกิดโรคหลอสาเหตุหลักที่ TIA เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ก็ คือ มักเป็นสัญญาณเตือนว่าอาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วย TIA มากถึง 20% จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายใน 90 วัน และครึ่งหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นภายใน 2 วันแรกหลังจากเกิด TIA[4] แม้ว่าจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงต่อ TIA นั้นคล้ายคลึงกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงคือภาวะหรือพฤติกรรม เช่น ความดันโลหิตสูงหรือการสูบบุหรี่ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพบางอย่างเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง การมีปัจจัยเสี่ยงไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดสมอง และการไม่มีปัจจัยเสี่ยงไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะไม่เป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลายประการสามารถรักษาหรือป้องกันได้ ควรรักษาอาการต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นวิธีสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีภาวะ TIA ก็ตาม ผู้ที่เคยมีภาวะ TIA สามารถปรับเปลี่ยนไลฟ์สไตล์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยทำดังนี้ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วน มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และเลิกสูบบุหรี่[5,6] จากข้อมูลของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 538 คน, 559 คน และ 599 คน พบการเสียชีวิต จำนวน 46 คน,

50 คนและ 69 คนคิดเป็นร้อยละ 8.55, 8.94 และ 11.52 ตามลำดับ[7]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี เชื้อชาติไทย จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ รับจ้าง มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 15 ธันวาคม 2566

อาการสำคัญ เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้อ่อนเพลียมากเป็นมา 2 วัน 1 วันก่อนมา มีอาการแขนขาซ้ายชาและอ่อนแรง มีอาการประมาณ 15 นาทีแล้วหายเอง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อ่อนเพลียมากเป็น มา 2 วัน 1วันก่อนมีอาการ แขนขาซ้ายชา อ่อนแรง มีอาการประมาณ 15 นาทีแล้วหายเอง ตอนเช้ามีอาการเวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อ่อนเพลียมาก แขนขาซ้ายชา อ่อนแรงอีก มีอาการประมาณ 15 นาทีแล้วหายเอง จึงไปตรวจที่ รพ.สต. พบว่าความดันโลหิตสูงผิดปกติ เจ้าหน้าที่แนะนำให้มารักษาต่อที่ รพ.พระนารายณ์มหาราช

แรกรับผู้ป่วยเดินมาพร้อมกับหลานชาย ยื่นบัตรคิว เวลา 10.30 น. เรียกซักประวัติที่หน้าห้องตรวจโรคทั่วไป เวลา 10.55 น. ตรวจวัดสัญญาณชีพ จากการประเมินสัญญาณชีพ และสภาพแรกรับ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183/100 มิลลิเมตรปรอท น้ำตาลปลายนิ้ว 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สีหน้าวิตกกังวล บ่นเวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้มาก เนื่องจากผู้ป่วยเวียนศีรษะ มึนงง เดินได้ช้าๆ ดูแลย้ายให้นอนบนเปลนอนและยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้างเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และย้ายมาสังเกตอาการใกล้กับโต๊ะของพยาบาลที่สังเกตอาการได้ชัดเจน และเตรียมพร้อมให้แพทย์ตรวจโดยจัดลำดับให้ตรวจเป็นลำดับแรก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ตั้งแต่ปี 2560 เป็นโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูงรักษาที่ รพ.พระนารายณ์มหาราช หลังปี พ.ศ.2565 ไม่ได้รับประทานยา และไม่ได้มาตรวจรักษาตามนัด ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน

แบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ

เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ มักไปซื้อยามารับทานเอง และตรวจที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน ปฏิเสธการแพ้ยา ดื่มสุรา 1/2แบน / วัน 5-6 วัน/สัปดาห์ สูบยาเส้น 10-20 มวน/วัน สูบมา 20 ปี ปัจจุบันสูบลดลงเหลือ 5-10 มวน/วัน และปฏิเสธสารเสพติดทุกชนิด

แบบแผนที่ 2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร

รับประทานอาหาร 3 มื้อไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารได้ทุกประเภท ไม่ชอบกินเนื้อสัตว์ ชอบอาหารรสชาติเค็ม หวาน มัน ชอบดื่มกาแฟซอง ดื่มน้ำประปาหมู่บ้านที่ผ่านการกรอง วันละ 6-7 แก้ว มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหารเนื่องจากใช้ฟันปลอม ระบบการกลืนและการย่อยอาหารปกติ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.40 อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183/100 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97-98% Room air ผลตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3 - 4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้ตามปกติ ไม่เคยออกกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

นอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 21.00-04.30 น. นอนหลับไม่สนิท ตื่นกลางดึกบ่อยๆ

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ต่อเวลา สถานที่ บุคคล ปกติ มีการรับรู้ถึง ความไม่สุขสบาย จากอาการมึนเวียนศีรษะ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

รับรู้ว่าตนเองขณะนี้ มีอาการผิดปกติจากอาการ เวียนศีรษะ มึนงงมาก และไม่ทราบว่าเป็นอะไรจึงมีความวิตกกังวล

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

ในครอบครัวอยู่ด้วยกัน 2 คน อาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 2 คนอยู่บ้านคนละหลังบริเวณรั้วเดียวกัน ในครอบครัวรักใคร่กันดี ครั้งนี้หลานพามาตรวจ

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์

ไม่มีปัญหา

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

มีสีหน้าวิตกกังวล แต่ปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถเผชิญกับอาการได้เหมาะสม

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม

การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

การตรวจดูสภาพทั่ว ๆ ไปของร่างกาย (Head-to-Toe assessment criteria)

ศีรษะ ใบหน้า และ ลำคอ : ศีรษะและใบหน้า มีความสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ลำคอมีท่อหลอดลม คอ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ตา : เปลือกตาไม่ซีด การมองเห็นชัดเจน 2 ข้าง ปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน

หู : การได้ยินปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก : ภายในโพรงจมูกไม่อักเสบ เยื่อบุไม่บวม ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

ช่องปากและลำคอ : ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ในปากไม่เป็นฝ้า ทอนซิลปกติ คอไม่แดง

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ผิวหนังแห้งไม่แตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม

ต่อมน้ำเหลือง : ไม่มีก้อนที่หลังหู คอ รักแร้ และขาหนีบ

การตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria) ได้แก่

ระบบประสาท : GCS 15 คะแนน รู้สึกตัวดี รับรู้ปกติ การเคลื่อนไหวปกติ

ระบบทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอดปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ระบบหัวใจและหลอดเลือด:

การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : Motor power grade 5 all

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะออกปกติ ไม่แสบขัด

ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีท้องบวมโต ท้องไม่อืด การเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ คลำตับและม้ามไม่โต

ระบบสืบพันธ์ : ปฏิเสธความผิดปกติ

ผลการตรวจพิเศษ การตรวจภาพถ่ายรังสี (CT brain)

ผล CT brain NC No evidence of acute large territorial infarction or intracranial hemorrhage. However, hyperacute infarction is limited in this modality.

- Several old lacunar infarctions at head of right caudate nucleus, right external capsule, left thalamus and left cerebellar hemisphere.

- Age-related brain atrophy with non-specific white matter change.

- A 2.2x5.5x5.0-cm well-defined subcutaneous cystic lesionat right parieto-temporal region, could be epidermal inclusion cyst or other benign lesion

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood for complete blood count ; WBC 9,880 cell/cu.m.m. Neutrophil 63.8%, Lymphocyte 21.3% ,Monocyte 5.2%, Hb 13.4%, Hct 40.7%, Plt.count 287,000 cell/cu.m.m. PT 11.4 s, INR 0.97 ,PTT 20.8 s Blood for Biochemistry ; BUN 19 mg/dl, Creatinine 1.10 mg/dl,eGFR 66.1 ml/min, Na 142 mmol/L, K 4.14 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO2 27.9 mmol/L ,FBS 167 mg%

การวินิจฉัยโรค Transient Ischemic Attack (TIA) with Hypertension with Hyperglycemia

เวลา 13.10 น. หลังได้ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และส่งห้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์พิจารณาให้เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล การวินิจฉัยของแพทย์ Transient Ischemic Attack (TIA) , U/D Diabetes mellitus ,Hypertension

แรกรับที่จุดคัดกรอง แรกรับผู้ป่วยเดินมาพร้อมกับหลานชาย ยื่นบัตร เวลา 10.30 น. เรียกซักประวัติที่หน้าห้องตรวจโรคทั่วไป เวลา 10.55 น. ตรวจวัดสัญญาณชีพ จากการประเมินสัญญาณชีพ และสภาพแรกรับ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.40 kg/m2 อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 183/100 มิลลิเมตรปรอท น้ำตาลปลายนิ้ว 220 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ O2 saturation 98% Room air ขณะรอตรวจประสานศูนย์นำส่ง เพื่อเปลี่ยนเป็นเปลนอน ย้ายมาสังเกตอาการใกล้ชิดบริเวณใกล้จุดที่มีพยาบาล จัดลำดับคิวตรวจลำดับแรก ระหว่างดูแลผู้ป่วยพบปัญหา ดังนี้

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนตรวจ 1. เสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันจากภาวะความดันโลหิตสูง	**กิจกรรมการพยาบาล** สังเกตและประเมินอาการแสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามือ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น จัดลำดับคิวตรวจเป็นอับดับต้นๆ หากพบอาการดังกล่าวให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง หาก ผู้ป่วยความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 200/110 มิลลิเมตรปรอท ต้องย้ายเข้าห้องฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตทางหลอดดำ เพื่อให้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ระดับความ ดันโลหิตลดลงเพียงพอที่จะไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการ แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย และอาการทางระบบประสาท และหากความดันโลหิตมากกว่าหรือ เท่ากับ 180/100 มม.ปรอท จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบ ปราศจากเสียงรบกวนจะสามารถช่วยลด ความดันโลหิตได้อย่างน้อง 10 – 20 มม.ปรอท ประเมินซ้ำอีกครั้งว่ามีภาวะความดันสูงวิกฤต หรือไม่ วัดความดันโลหิตหลังพัก 15 นาทีดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเตือน อาการและ อาการแสดงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตัวเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง เช่น ลดอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง การออกกำลังกาย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ งดการสูบบุหรี่ และ การดื่มสุรา **การประเมินผล** ผู้ป่วยความดันนิโลหิตลดลง ความดันโลหิต 160/92 มิลลิเมตรปรอท ยังมีอาการมึนเวียนศีรษะและไม่มีอาการเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน เช่น อาการปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามือ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง อาการแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย
2. ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงขณะรอตรวจ	**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลคัดกรองผู้ป่วยตาม Triage แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ดูแลเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ได้แก่ ดูแลซักประวัติ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจได้ครบถ้วน ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 - 30 นาที ดูแลประเมินผู้ป่วยตามขั้นตอน A B C D คือ A : Airway ทางเดินหายใจโล่งดีมีเสมหะ มีสิ่ง อุดกั้นทางเดินหายใจหรือไม่, B : Breathing ประเมินการหายใจ ทั้งอัตรา ลักษณะของการหายใจ, C : Circulation ประเมินระบบการไหลเวียนโลหิต ดูอัตราการเต้นของหัวใจ, D : Disability ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma score และลงบันทึก ประเมินซ้ำและติดตามอาการเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอ ตรวจ อธิบายและแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ เหนื่อยหอบ อาการปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่ามือ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขาอ่อนแรง อาการแน่นหน้าอก เป็นต้น การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ รู้สึกตัวดี E4V5M6 Glasgow Coma Score เท่ากับ 15 คะแนน สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97-98% Room air ดูแลย้ายให้นอนบนเปลนอนเพื่อสังเกตอาการ ดูแลยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้างเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ประคองและช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนย้ายสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ระหว่างผู้ป่วยรอพบแพทย์ ประเมินซ้ำ ยังเวียนศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน พักได้บนเปลนอน และไม่เกิดอุบัติเหตุอธิบายขั้นตอนการตรวจและเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติฟังอย่างชัดเจน ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้ญาติอยู่ใกล้ผู้ป่วยเพื่อลดความเครียด
การพยาบาลระยะขณะตรวจ **1. เสี่ยงอันตรายจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง**	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินอาการและอาการ แสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยสายตาพร่ามัว ตาลาย ติด เชื้ออักเสบได้ง่าย ผิวแห้งและคัน เหนื่อยหรืออ่อนล้าผิดปกติหิวโหยอยากทานอาหารมากขึ้น อาการรุนแรง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้งหายใจเหนื่อยหอบ **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6, Glasgow Coma Score เท่ากับ 15 คะแนน ไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง เช่น มองไม่ชัด เห็น ภาพเบลอ ภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง
2. มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว	กิจกรรมการพยาบาล แพทย์มีแผนการรักษา ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีแผนการรักษาให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ดูแลให้นอนพักบนเปลนอน ยกเหล็กกั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง สังเกตอาการทางระบบประสาทและสมอง และลงบันทึก เตรียมเอกสาร ระบุตัวผู้ป่วย ประวัติ และเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจ ประสานเวรเปลส่งตรวจตามแผนการรักษา ขณะรอผลตรวจประเมินสัญญาณชีพ วัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน สังเกตระดับความผิดปกติทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการตรวจครบถ้วนตามแผนการรักษา มีอาการเวียนมึนศีรษะลดลง รู้สึกตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประเมินสัญญาณชีพ ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97-98% Room air
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และ eGFR 66.2 ml/min	**กิจกรรมการพยาบาล** ติดตามและประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการทำงานของไตสังเกตและบันทึกปริมาณ ปัสสาวะ สี และความถี่ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น BUN, Creatinine, eGFRสังเกตอาการบวม (edema) บริเวณใบหน้า มือ เท้า ควบคุมและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น เวียนศีรษะ ส่งเสริมพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อไตเช่น แนะนำการลดเกลือและอาหารรสเค็ม ดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสม และออกกำลังกายอย่างเหมาะสมให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติอธิบายความสำคัญของการควบคุมความดันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร่วมกับนักโภชนาการวางแผนการควบคุมอาหาร
4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและปฏิเสธการตรวจ CT Scan Brain	**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นของการตรวจ ประเมินความกลัว และ หาสาเหตุของการปฏิเสธการตรวจ CT Scan Brain พบว่า ผู้ป่วยกลัวขั้นตอนในการตรวจ CT Scan Brainและกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่ายค่าตรวจ เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ และซักถามข้อสงสัย ประสานญาติที่ติดตามผู้ป่วยมาตรวจ ให้ทราบขั้นตอนและการปฏิบัติตนขณะตรวจ CT Scan Brain และการใช้สิทธิบัตรสุขภาพในการตรวจรักษา ภายหลังให้ข้อมูลครบถ้วน **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และยินยอม ตรวจ CT Scan Brain ตามแผนการรักษาของแพทย์
การพยาบาลระยะหลังตรวจ	ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลกับอาการป่วยและกลัวอาการทรุดหนัก กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้ใจ ประเมินสาเหตุและระดับ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อธิบายกับผู้ป่วยและ ครอบครัวโดยมี เนื้อหาสำคัญ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปของโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว การเกิดโรค อาการและอาการแสดง แผนการรักษา พร้อมทั้งประสานแพทย์อธิบายเกี่ยวกับโรค แจ้งอาการและผลการตรวจให้ผู้ป่วย และญาติทราบเหตุผลความจำเป็นที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ให้กำลังใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาให้ความ ร่วมมือและมีส่วนร่วมในการรักษา มีสีหน้าเคร่งเครียดลดลง ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการ และแผนการรักษา ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย และจัดเตรียมเอกสาร ประวัติการตรวจรักษาของผู้ป่วย ติดป้ายข้อมือเพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วย ให้กับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ขณะรอเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วย ตรวจประเมินสัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาท ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง เมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย แจ้งศูนย์เปลให้นำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยใน เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป ในเวลา 13.30น. การประเมินสัญญาณชีพ และอาการก่อนเข้าหอผู้ป่วย ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 185/98มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี ยังเวียนศีรษะมึนงง พักได้บนตียง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง
การติดตามเยี่ยม	16 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS (E4V5M6) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 14๒/85 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 97-98% Room air ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 96 mg/dl HbA1C 6.2% Cholesterol 215 mg/dl Triglyceride 123 mg/dl HDL- Cholesterol 39 mg/dl LDL-Cholesterol 146 mg/dl อาการเวียนศีรษะ มึนงงทุเลาลง ไม่มีอาการแขน ขา อ่อนแรง หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ มีแผนการรักษาให้กลับบ้าน 17 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS (E4V5M6) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/8๒ มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98% Room air อาการเวียนศีรษะ มึนงง ทุเลาลง ไม่มีอาการแขนขา อ่อนแรง หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ให้กลับบ้านได้ ระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 15-17 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 3 วัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การวางแผนจำหน่าย	1. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรค การตรวจรักษาต่อเนื่อง การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดภาวะสมองขาดเลือดซ้ำอีก 2. แนะนำรายละเอียดเกี่ยวกับยาที่แพทย์ให้นำกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน ระบุชื่อยา ขนาดและกำหนดเวลารับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยต้องได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ไม่ควรหยุดยาเอง 3. แนะนำการตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน วันละ1 ครั้ง พร้อมจดบันทึกและนำผลตรวจมาพบแพทย์ หากพบผลผิดปกติ ให้นั่งพัก ๑๕ นาทีและตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำ หากสูงผิดปกติมากควรมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา 4. การมาพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น เวียนศีรษะ ชา แขนขาอ่อนแรง กลืนลำบาก พูดไม่ชัด สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น 5. ให้คำแนะนำและการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยง หรืองดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมความรุนแรงของโรค เช่น งดดื่มสุรา งดการสูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 6. แนะนำสถานที่ บุคคล หน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม.เยี่ยมบ้าน 7. การดูแลในเรื่องภาวะโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น การงดอาหารรสเค็ม ไขมันสูง อาหารแปรรูป อาหารทอด งดดื่มน้ำอัดลมทุกชนิด รับประทานอาหารที่มีกากใย เพื่อการขับถ่ายสะดวก 8. ระวังการเดิน การเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีประวัติ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคยมีประวัติการขาดยา ตรวจรักษาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นความเสี่ยงและอันตรายต่อการเกิดความพิการและเสียชีวิต พยาบาลคัดกรองได้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วตามมาตรฐานการคัดกรองแบบ MOPH ED Triage ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษารวดเร็วและปลอดภัย ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และเสริมทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ให้ความรู้และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้กับประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ควรจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[3,5]

เอกสารอ้างอิง

1.คณะกรรมการวิชาการสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. วารสารการแพทย์ไทย, 103(2), 101-108.

2.คณะกรรมการวิชาการสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการแพทย์ไทย, 103(4), 378-384

3.สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย.

4.สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). โรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย.

5.สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.

6.วรางคณา บุญนาค, และคณะ. (2562). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(1), 45–56.

7.กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. (2567). รายงานสถิติการบริการ. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

Nursing Care of a Pediatric Patient with Pneumonia and Acute Respiratory Failure: A Case Study.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

พัชรี บำเพ็ญทาน[1]
Patcharee bumpenthan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ศึกษาในผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 1 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 พฤษภาคม 2568 อาการสำคัญ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ขณะดูแลผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน

ผลการศึกษา: ดูแลบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ให้ยาปฏิชีวนะ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ปกครอง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน 10 วัน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด เคาะปอด ดูดเสมหะลดการติดเชื้อ และเปลี่ยนให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ได้ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติได้ถูกต้อง จนอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 15 พฤษภาคม 2566 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรคปอดอักเสบ, ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of pediatric patients with pneumonia and acute respiratory failure. The patient was a 1-year-old Thai male who was admitted to the hospital on May 4, 2025. Chief complaints included fever, cough, and shortness of breath one day prior to hospitalization.

Results: During care, the patient exhibited oxygen deficiency and was treated with high-flow oxygen therapy, intravenous antibiotics, and fluids. Additionally, information was provided to the parents. The patient received oxygen therapy for 10 days, along with physical therapy, chest percussion, and suctioning to reduce infection. Oxygen delivery was later switched to a face mask. The patient's relatives were educated and trained in proper caregiving techniques. The patient's condition gradually improved, and he was discharged on May 15, 2025, after a total of 11 days of hospitalization.

Keywords: Nursing care, Pediatric patient, Pneumonia, Respiratory failure

บทนำ

โรคปอดอักเสบในเด็กเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจที่มีความรุนแรงมากที่สุด พบในเด็กได้มากกว่าในผู้ใหญ่ พบได้ร้อยละ 10 ของเด็กที่มารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี [1] ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ คิดเป็นอัตราป่วย 330.06 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย 0.74 ต่อแสนประชากร โดยกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยสูงสุดประมาณ 1,975.97 ต่อแสนประชากร[2] สำหรับโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สถิติจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มโรคปอดอักเสบ

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

(Pneumonia) ปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีจำนวน 277, 189 และ 352 ราย ตามลำดับ[3]

โรคปอดอักเสบมักรุนแรงในเด็กเล็ก เนื่องจากระบบทางเดินหายใจที่ยังไม่สมบูรณแข็งแรงเท่าผู้ใหญ่ เช่น ทางเดินหายใจมีขนาดเล็ก ปอดและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจยังอ่อนแอ รวมถึงระบบภูมิคุกันไม่พัฒนาเต็มที่ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายและมีอาการรุนแรงกว่าผู้ใหญ่ เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อของปอดจะทำให้มีการสร้างเสมหะ น้ำ และหนองปริมาณมากในถุงลมปอด ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซและการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทวงทีอาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดรุนแรง (hypoxemia) และภาวะคารบอนไดออกไซด์คั่ง (hypercapnia) ร่างกายชดเชยโดยการเพิ่มอัตราการหายใจและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใชในการหายใจ แต่หากไม่สามารถแก้ไขสาเหตุได้จะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด (respiratory acidosis) และลุกลามนำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และอวัยวะล้มเหลวในที่สุด การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวระยะฉับพลันมักจำเป็นต้องใชเครื่องช่วยหายใจชนิดต่าง ๆ ร่วมกับการรักษาตามสาเหตุ[4] ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือแบบองค์รวม รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้ความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉินและต่อเนื่อง สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช ชีวิตตามปกติได้ และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

2. เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันอย่างครอบคลุมองค์รวม ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3. นำมาเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 1 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 พฤษภาคม 2568 เวลา 10.38 น

อาการสำคัญ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มารดาให้ประวัติว่า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ไอบ่อย ให้รับประทานยาแก้ไอที่มีอยู่เดิม ไม่ทุเลา 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีไข้ ไอมากขึ้น มีอาการเหนื่อยหอบ จึงพามาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีโรคประจำตัวหอบหืด เคยได้รับการผ่าตัดถุงอัณฑะเดือนธันวาคม 2567

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติแรกคลอด คลอดปกติ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอด 2,000 กรัมได้รับวัคซีนตามวัย การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ส่วนสูง น้ำหนักตามเกณฑ์ 10.3 kgs. สูง 83 cm.

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ

ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC (White blood count 9,410 cells/ cell/mm^3, Neutrophil 44.1%, Lymphocyte 40.9%, Monocyte 14 %, Eosinophil 0.9%, Basophil 0.1%, Hematocrit 42.9%, Platelet count 271,000 cell/mm^3) Na 141 mmol /L, K 3.13 mmol /L, Cl 106 mmol /L, CO_2 16.6 mmol /L

ผลการตรวจร่างกายระบบ HEENT : not pale conjunctiva mild injection pharynx. Heart: normal S1, S2 no murmur. Lung: crepitation both lung. Abdomen: no distension, abdominal wall soft, not tender. Extremities: no rash no petechia. Neuromuscular: no stiff neck

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา Film chest: BUL patchy ground glass infiltration (8 พฤษภาคม 2568)

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เป็นโรคหอบหืด บิดามารดาเป็นผู้รับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีความวิตกกังวลกลัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เวลาเจ็บป่วยมักพาไปหาหมอที่โรงพยาบาล

แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร รับประทานนมอย่างเดียว 6 เดือน 7 เดือน เริ่มรับประทานอาหารเสริม มีการเผาผลาญและต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นมีไข้ ไอมาก เหนื่อยหอบ ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ รับประทานนม และอาการอ่อน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ถ่ายอุจจาระปกติ มีภาวะโปตัสเซี่ยมต่ำ

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวของทรวงอกเร็วและแรง หายใจเร็ว 34 ครั้ง/นาที หายใจหอบ เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงจากการติดเชื้อที่ปอด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ กรณีศึกษาหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อย เนื่องจาก ต้องปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเช่น เช็ดตัวลดไข้ พ่นยาดูดเสมหะ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาล มารดาได้รับผลกระทบต่อแบบแผนการนอนจากความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ก่อนเจ็บป่วยเด็กมีพัฒนาการสมวัย อารมณ์แปรปรวน ร้องงอแงบ่อย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มารดาและครอบครัวกังวล เครียด แต่เมื่อผู้ป่วย อาการดีขึ้นมารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจผลการรักษาพยาบาล

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ เป็นเด็กเล็กต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีให้การช่วยเหลือ ดูแลร่วมกัน

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นเด็กเล็กเพศชาย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดสูง แต่มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผ่านภาวะวิกฤติไปได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวของมารดาและครอบครัวคือศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ

สรุปอาการและการรักษา

แรกรับที่หอผู้ป่วยสงฆ์ล่าง วันที่ 4 พฤษภาคม 2568 เวลา 10.38 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.7

องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 99% ไอมีเสมหะสีขาวขุ่นพอสมควร พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 0 1 ml+NSS up to 5 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง ดูแลให้ยา Hydrocortisone 50 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง Cefotaxime 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง Muflex 250 mg 2.5 ml oral tid pc 24 ชั่วโมง หลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยเด็กมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 99% มี subcostal retraction มี crepitation both lung มีไข้ 38 องศาเซลเซียส เปลี่ยนให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.3 keep O_2 saturation ≥ 95% ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 5%D/NSS 1000 ml iv rate 35 ml/hr เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Cr, Electrolyte ส่งตรวจ film chest พบ infiltration both lung ส่งตรวจ swab ไข้หวัดใหญ่ พบ Parainfluenza Virus เพิ่มยา Tamiflu 30 mg oral bid pc 5 วัน

วันที่ 7 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัว On HHHFNC อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.3 หายใจเร็ว ตื้น อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 95% สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38-38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 130-140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34-36 ครั้งต่อนาที ไอมีเสมหะสีขาวขุ่น พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 01 ml+NSS up to 5 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง ให้ยา Hydrocortisone 50 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง อาการไม่ทุเลา แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ On ETT No.3.5 mark 12 cms PCV mode PIP 14+5, IP 0.65, RR 30, PEEP 5, FiO_2 0.4 keep SpO_2 ≥95% เก็บ sputum gram stain, culture ให้ยา Methylprednisolone 11 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง เริ่ม feed นม 180 ml วันละ 3 มื้อ feed รับได้ทุกมื้อ สอนผู้ปปครองช่วยเช็ดตัว ร่วมกับให้ยา Paracetamol syrup 4 ml feed prn ทุก 4-6 ชั่วโมง

วันที่ 8-9 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัว On ETT No.3.5 mark 12 cms PCV mode PIP 15, IP 0.65, RR 32, PEEP 5, FiO_2 0.4 keep SpO_2 ≥94% สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37-38 องศาเซลเซียส ชีพจร 118-140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28-32 ครั้งต่อนาที ดูดเสมหะสีขาวขุ่นเต็มสาย พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 01 ml+NSS up to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยมี Desaturation SpO_2 ≥92-93% ฟังเสียงปอดมี crepitation rhonchi both lung ส่ง film chest ผล patchy infiltration both upper lung ให้ Lasix 5 mg v stat ปรับเครื่องช่วยหายใจใหม่ SIMV mode IP 0.65, RR 25, PS 13, FiO_2 0.4 keep SpO_2 ≥94% feed นม 180 ml วันละ 3 มื้อ feed รับได้ทุกมื้อ

วันที่ 10 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัว On ETT SIMV mode IP 0.65, RR 25, PS 13, FiO_2 0.4 keep SpO_2 ≥94% สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37-37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 118-130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28-32 ครั้งต่อนาที SpO_2 ≥98-99% On IV 5%D/NSS 1000 ml iv rate 30 ml/hr แพทย์พิจารณา off ETT On HHHFNC อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.4 O_2 saturation keep SpO_2 ≥95% Ventolin 0 1 ml+NSS up to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง Hydrocortisone 50 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง Adrenaline (1:1000) 1 ml+NSS to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง หลัง off ETT พบ suprasternal retraction และ expire wheezing เริ่มให้รับประทานอ่อนมื้อเย็น รับประทานได้ประมาณครึ่งถ้วย ส่วนใหญ่รับประทานนม

วันที่ 11-12 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัว On HHHFNC อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.4 O_2 saturation keep SpO_2 ≥95% สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 110-128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที SpO_2 ≥98-99% พ่น Ventolin 0 1 ml+NSS up to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง

Hydrocortisone 50 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง Adrenaline (1:1000) 1 ml+NSS to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง เคาะปอด ดูดเสมหะได้เสมหะเหนียวใสประมาณครึ่งสาย รับประทานอาหารอ่อนและนมได้ ส่งตรวจ CBC Electrolyte พบ โปตัสเซี่ยมต่ำ (K=3.13) ให้รับประทาน E.KCL (20 mEq/15 ml) 8 ml po ทุก 3 ชั่วโมง 2 มื้อ

วันที่ 13 พฤษภาคม 2568 รู้สึกตัวดี On HHHFNC อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.4O_2 saturation keep SpO_2 ≥95% หายใจไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 110-128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที SpO_2 ≥98-99% off HHHFNC หลัง off ผู้ป่วยมีอาการคงที่ลดออกซิเจนเป็นออกซิเจนผ่านจมูก canular ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 1 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที ไม่มี retraction O_2 saturation 98-99% รับประทานอาหารอ่อน และนมได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้การฟื้นฟูสภาพ ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่มารดา ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติทางการหายใจ การล้างจมูก และการเคาะปอด จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 15 พฤษภาคม 2566 เวลา 15.30 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต **1. เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ**	**กิจกรรมการพยาบาล** จัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใช้ผ้าหนุนให้คอแหงนเล็กน้อย เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอัตราไหลสูงด้วยเครื่อง HHHFNC ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษา คือปรับ Flow 20 LPM FiO_2 0.3 ประเมินติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก มีหายใจหน้าอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋มรุนแรงมากขึ้น สังเกตอาการไอ การขับเสมหะ ลักษณะปริมาณ สีของเสมหะ วัดสัญญาณชีพความอิ่มตัวของออกซิเจนโดยประเมินทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพปกติ ติดตาม O_2 saturation และฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง กายภาพบำบัดทรวงอกและดูดเสมหะที่เป็นสาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจ แนะนำให้ผู้ปกครองสังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น หายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์คือ 5% D/NSS 1000 ml iv drip 35 ml/hr ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา คือ On ETT No.3.5 mark 12 cms PCV mode PIP 15, IP 0.65, RR 32, PEEP 5, FiO_2 0.4 keep SpO_2 ≥94% บันทึกการ setting เครื่องช่วยหายใจทุกครั้ง ประเมินการหายใจของผู้ป่วยสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบ D-Disconnection การเชื่อมต่อสนิทของท่อหลอดลมคอกับ circuit/ Displacement การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ ระวังการหัก พับ งอ ของท่อ P-Pneumothorax การมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด E-Equipment Failure ของเครื่องมือ ดูแลให้รับยาขยายหลอดลม Ventolin 1 ml+NSS up to 4 ml ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Cefotaxime 500 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา ทำกายภาพบำบัดทรวงอกโดยการจัดท่าระบาย เสมหะ เคาะปอด และการสั่นสะเทือน ติดตามผล chest X-ray เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของปอด ให้เด็กได้พักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รบกวนผู้ป่วยเมื่อจำเป็นและพยายามทำกิจกรรมการพยาบาลให้เสร็จสิ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ควบคุมอุณหภูมิร่างกายโดยเช็ดตัวลดไข้เพื่อลดการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอัตราไหลสูงด้วยเครื่อง HHHFNC จำนวน 2 วัน หลังจากนั้นอาการเปลี่ยนแปลงใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 wean off ventilator และถอดท่อหายใจได้ในวันที่ 11 พฤษภาคม 2568 หลังถอดท่อช่วยหายใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	On HHHFNC 2 วัน หยุดการใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยเด็กรู้ตัวดี หายใจเหนื่อยลดลง เริ่มทำกิจกรรมได้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน Oxygen saturation 98-99% สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 26-28 ครั้ง/นาที ชีพจร 120-124 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-100/60 มิลลิเมตรปรอท
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่เครื่อง HHHFNC	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจการเคลื่อนไหวของทรวงอก รวมถึงแรงขับเสมหะของผู้ป่วยและสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด เสียงหายใจ เพื่อพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ HHHFNC อธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ HHHFNC แก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบแหล่งจ่ายออกซิเจนและอากาศ ชุดทำความชื้น ไม่ให้ชำรุด รั่ว ซึมปรับอุณหภูมิเครื่องทำความอุ่นชื้น อากาศระหว่าง 34-37 องศาเซลเซียส ปรับตั้งการไหลของอากาศตามน้ำหนักและอาการของผู้ป่วยเด็ก รายนี้โดยเริ่มที่ Flow 20 ลิตร FiO_2 0.3 เลือก nasal cannula ที่มีขนาดระยะห่างระหว่าง nasal prong 2 ข้าง พอดีกับรูจมูก และมีขนาดของท่อ nasal prong ประมาณครึ่งหนึ่งของรูจมูกคือเบอร์ เพื่อให้สะดวกในการระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และความดันบวกที่สูงเกินออกสู่ภายนอก จัดตำแหน่งของ nasal cannula ให้อยู่บริเวณกึ่งกลาง ใส่สายให้อยู่ในรูจมูกเสมอและปลายท่อไม่ชนผนังจมูก คล้องและหนีบสาย heated inspiratory circuit กับผ้าปูที่นอนไม่ให้เลื่อนหลุด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการจัดท่านอนและดูดเสมหะทุก 4 ชั่วโมง ให้ออกซิเจนที่มีความร้อนผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจได้สะดวก ความร้อนไม่สะสมบริเวณโพรงจมูก ไม่เกิดการควบแน่นของน้ำ อธิบายให้ผู้ปกครองช่วยปิดปากผู้ป่วยให้สนิท ให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูกไม่อ้าปากหายใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการเพิ่ม PEEP ช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถปิดปากได้ ประเมินสัญญาณชีพเฝ้าสังเกตอาการเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ลักษณะการหายใจลำบาก ติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก เฝ้าระวังและประเมินตรวจสอบเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้งาน เช่น แผลกดทับในจมูกจากการใส่ตำแหน่ง nasal cannula ที่ชิดจมูกมากเกิน ติดและเปลี่ยนผิวหนังเทียมทุกครั้งที่มีการหลุดร่อน ใช้ผ้านุ่มรองใต้สายบริเวณตำแหน่งที่มีการกดทับรัดสายให้แน่นพอดี ดูแลทำความสะอาดบริเวณรูจมูกและบริเวณ nasal cannula ทุกเวรด้วยไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือเพื่อลดการติดเชื้อและป้องกันการอุดตันจากน้ำมูก สังเกตอาการท้องอืด เนื่องจากอาจมีออกซิเจนบางส่วนรั่วเข้าไปในทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องอืด เฝ้าระวังค่า Oxygen saturation ถ้าลดลงอย่างรวดเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้น รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาตรวจภาพถ่ายรังสีปอด ประเมินภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด **การประเมินผล** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ On HHHFNC ได้แก่ แผลกดทับในจมูก อาการท้องอืด ภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด
3. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารอาหารน้ำ และอิเลกโตรลัยจากการสูญเสียน้ำจากการหายใจ หอบเหนื่อย และไม่สามารถรับสารอาหารทางปากได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ	**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลให้รับสารน้ำทางหลอดเลือดตามแผนรักษา 5%D/NSS 1000 ml iv drip 35 ml/hr วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังมีความตึงตัวลดลง ในช่วงใส่ท่อช่วยหายใจ Feed นม 180 ml วันละ 3 มื้อ หลังถอดท่อช่วยหายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานนม ก่อนให้อาหารประเมินเสมหะในทางเดินหายใจ ช่วยระบายเสมหะโดยการทำกายภาพบำบัดทรวงอกและดูดเสมหะ ดูแลความสะอาดของปากและฟัน กระตุ้นให้อยากอาหาร ประเมินภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เช่น ผิวหนังแห้ง skin turgor กระหม่อมลึกโบ๋ ริมฝีปากแห้ง ชั่งน้ำหนักและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุกวัน **การประเมินผล** ผู้ป่วยริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีภาวะขาดสารน้ำ รับประทานนมได้ดี น้ำหนักไม่ลดลงกว่าเดิม
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง	**กิจกรรมการพยาบาล** วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้ประเมินไข้ซ้ำทุก 30 นาทีจนไข้ลง และสอนมารดาเช็ดตัวที่ถูกวิธี ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นบิดน้ำให้หมาดพอควร เริ่มเช็ดบริเวณใบหน้าและพักไว้ที่หน้าผาก ซอกคอ ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง เช็ดบริเวณหน้าอกและลำตัวเช็ดแขนด้านไกลตัว จากปลายแขนเข้าหาต้นแขน และรักแร้เป็นการเช็ดในลักษณะย้อนรูขุมขน เพื่อระบายความร้อน ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง และพักผ้าไว้บริเวณข้อพับแขน และรักแร้ เช็ดตัวให้แห้ง แล้วใส่เสื้อผ้าผู้ป่วยให้เรียบร้อย ให้ยาลดไข้ Paracetamol syrup oral 8 ml prn ทุก 4-6 ชั่วโมง ล้างมือก่อน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	และหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ทุกครั้ง แยกโซนผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อและการติดเชื้อซ้ำ ดูแลดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อ และแยกเครื่องใช้ต่าง ๆ ในการดูดเสมหะของผู้ป่วยแต่ละราย สังเกตและบันทึก ลักษณะ สี กลิ่นจำนวนของเสมหะ ดูแลทำความสะอาดร่างกายและในช่องปากทุก 4 ชั่วโมงโดยใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือเช็ดในปากเพื่อลดการติดเชื้อ ตามแผนการรักษา 4 วัน ให้ยาปฏิชีวนะ Cefotaxime 7 วัน เฝ้าระวังอาการแพ้ยาและสังเกตุอาการข้างเคียงจากยา ให้สารน้ำอย่างเพียงพอโดยให้ 5% D/NSS 1000 ml iv drip 20-35 ml/hr เป็นระยะเวลา 10 วัน **การประเมินผล** อุณหภูมิ 36.9-37.2 องศาเซลเซียส ปริมาณเสมหะลดลง ผล CBC ปกติ (WBC 5,810 Cell/mm^3)
การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง **1. เสี่ยงต่อภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพในการขับเสมะ**	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค โดยวัดสัญญาณชีพทุก 1- 2 ชั่วโมง ตามสภาพของผู้ป่วย ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อประเมินเสมหะ จัดท่าให้เสมหะออกได้ง่าย (postural drainage) เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา ตามสภาพร่างกาย ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยช่วยเคาะปอดและดูดเสมหะร่วมด้วยโดยใช้แรงดันไม่เกิน 100 mmHg และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกสู่ภายนอกได้ดียิ่งขึ้น ประเมินปริมาณของเสมหะจากลักษณะของการหายใจ เสียงการหายใจและการไอ สังเกตสีและความเหนียวของเสมหะที่ออกมา และส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยดูแลร่วมและให้คำแนะนำกับบิดามารดาดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาโดยเฉพาะช่วงที่มีไข้สูง จะช่วยละลายเสมหะทำให้สามารถขับออกได้สะดวก และระวังให้น้ำในปริมาณพอเหมาะป้องกันภาวะน้ำเกิน **การประเมินผล** ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่ง ไม่เกิดภาวะเสมหะอุดกั้น หลังเคาะปอด ไอขับเสมหะออกได้ดีขึ้น ปริมาณเสมหะลดลง
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการไอมีเสมหะ	**กิจกรรมทางการพยาบาล** ติดตามความถี่ของการไอเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ดูแลให้จิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ เพื่อให้คอชุ่มชื่น เสมหะอ่อนตัวและขับเสมหะออกได้ง่าย จัดท่านอน Semi fowler's position เพื่อให้ปอดขยายตัวเต็มที่ กระบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น สอนการหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพ ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลมและช่วยเคาะปอดเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก ดูแลพ่นยา Ventolin 0.3 ml+NSS up to 2.7 ml ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่มารดาเกี่ยวกับการพ่นยา อาการข้างเคียง เหตุผลของความจำเป็นในการพ่นยา **การประเมินผล** อาการไอทุเลา เสียง rhonchi with Crepitation both lung ลดลง subcostal retraction ลดลง
3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	**กิจกรรมการพยาบาล** ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์คือ 5%D/NSS 1000 ml iv drip 20 ml/hr ควบคุมการไหลตลอดเวลา ดูแลจัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มให้เร็วที่สุด ให้นม และน้ำซุป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ ประเมินระดับโพแทสเซียมในในกระแสเลือดโดยเจาะเลือดส่งตรวจ ดูแลให้ Elixer KCL 8 ml oral ทุก 3 ชั่วโมง 2 เวลา ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน รีบรายงานแพทย์ Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ และบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าออก **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการภาวะโพแทสเซียมต่ำติดตามค่า Potassium ปกติ 3.53 mmol /L รับประทานนมได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร	**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบิดามารดาและเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ อธิบายความสำคัญและความจำเป็นในการติดตามอาการบ่อยครั้งในช่วงแรก เพื่อให้บิดามารดาเข้าใจวัตถุประสงค์ ยอมรับและให้ความร่วมมือ สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนในระยะแรกให้เกิดความมั่นใจ อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างง่าย ๆ และให้โอกาสซักถาม ตลอดจนประสานงานให้พบแพทย์ตามความต้องการ สนับสนุนให้บิดาหรือมารดาให้อยู่กับเด็กตลอดเวลา และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเท่าที่ทำได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อธิบายถึงวิธีรักษา และแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตรงกัน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและแจ้งบิดาหรือมารดาก่อนทุกครั้ง ดูแลความสุขสบาย จัดหาของเล่นและกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย **การประเมินผล** บิดามารดาคลายความวิตกกังวลมีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ มีการซักถามเจ้าหน้าที่เมื่อไม่เข้าใจ
5. มารดาพร่องความรู้ในการดูแลบุตร มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** อธิบายให้มารดาผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการเกิดของโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการและอาการแสดง การรักษา ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล การเช็ดตัวลดไข้ การช่วยดูแลผู้ป่วยขณะพยาบาลเคาะปอดดูดเสมหะ วางแผนจาหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้ D : Disease ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ สาเหตุ M : Medication ข้อมูลเรื่องการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สอนการพ่นยา E : Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การทำความสะอาดของบ้านเรือนให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก T : Treatment ข้อมูลการรักษาแพทย์อาการผิดปกติ แนะนำเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น อาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ มีเสมหะ มีไข้ ซึมลง ไม่รับประทานอาหาร หรือรับประทานได้น้อย ถ่ายอุจจาระบ่อย ท้องอืดที่ควรมาพบแพทย์ เช่น หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน H : Health ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ หลีกเลี่ยงการสัมผัสโรคโดยไม่ควรให้เด็กใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อทุกประเภท ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทั้งผู้ดูแลและตัวผู้ป่วย โดยล้างมือบ่อย ๆ ให้สะอาด ไม่ขยี้ตาหรือจมูก ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนของใช้สำหรับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลการระคายเคืองทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นละออง อากาศร้อนจัด เย็นจัด ที่อับชื้น สถานที่ที่มีคนแออัด คนสูบบุหรี่ ควันไฟ และควันจากท่อไอเสียรถยนต์ควรหลีกเลี่ยง O : Outpatient Referral ตรวจตามนัด อย่างต่อเนื่อง D : Diet แนะนำให้รับประทานนม และอาหารเสริมตามวัย **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่าย หน้าตาสดชื่นไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มารดาบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 2 วัน สอบถามผู้ปกครองเด็ก ผู้ป่วยเด็กไม่มีไข้ หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไอนาน ๆ ครั้ง เสมหะสีขาวใส รับประทานอาหารอ่อนได้ประมาณมื้อละ 1 ถ้วย ดื่มนมได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา มารดาพาเด็กมารับการตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 23 พฤษภาคม 2568 สัญญาณชีพปกติ เด็กมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติ ไม่มีอาการไอ หรือเหนื่อยหอบ ผู้ปกครองเด็กบอกการดูแลผู้ป่วยหลังจากกลับบ้านได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

1. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ในระยะวิกฤต ดูแลบำบัดการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่อง HHHFNC ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด เคาะปอด ดูดเสมหะลดการติดเชื้อ และเปลี่ยนให้ออกซิเจนทางจมูกได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากการใส่เครื่อง HHHFNC โดยให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในทุกระยะ ร่วมกับให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Sterile technique ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมถึงการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ ยาขยาย

หลอดลม ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำให้ยาโพแทสเซียม ติดตามผลเกลือแร่อยู่ในภาวะปกติ ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอด ปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ได้ให้ความรู้และเน้นย้ำการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ คลายความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย[4]

2. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กรายนี้ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะสูง และต้องมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาการจัดการทางเดินหายใจ ในระยะวิกฤต มีอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก หายใจลำบากมีภาวะพร่องออกซิเจนให้ HHHFNC ต้องมีการปรับเพิ่ม Setting ในขนาดแรงดันสูง แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น เกิดภาวะหายใจล้มเหลวจึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และหลังถอดท่อช่วยหายใจกลับมาใช้ HHHFNC อีกครั้งซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่อง HHHFNC เนื่องจากเด็กมีอายุน้อย การดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่อง HHHFNC จึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยทางเดินหายใจ มีการประเมินระดับความรุนแรงผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขภาวะวิกฤตินี้ได้ ต้องมีการประเมินเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีการติดตามสัญญาณชีพเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหายใจล้มเหลว การแปรผลเลือดและการรายงานอาการผิดปกติที่พบให้แพทย์รักษาทราบทันทีรวมทั้งการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที นอกจากนี้ยังต้องเฝ้าระวังแผลกดทับบริเวณจมูก ต้องเลือกขนาดของ canular ให้เหมาะสมกับรูจมูก และหมั่นสังเกตแผลกดทับบ่อยๆ เนื่องจากเด็กจะไม่อยู่นิ่ง[2]

3. การพยาบาลแบบองค์รวมและการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวหายจากโรคโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ในที่สุด ลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและ ความพิการที่อาจเกิดตามมา ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรคปอดอักเสบยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย พยาบาลในฐานะวิชาชีพหลัก ที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ควรมีการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ การคิดวิเคราะห์แบบองค์รวม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการประสานความร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[4]

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและลดความแปรปรวนในการดูแล หน่วยงานควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัว และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมหรือเครื่องมือในการเฝ้าระวังและช่วยประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Vachira Pediatric Warning Scores: V-PEWS) โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ระบบเตือนภัยล่วงหน้าจากสัญญาณชีพ ระบบการจัดการข้อมูลอัตโนมัติ เพื่อให้พยาบาลสามารถตรวจจับและการจัดการภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุขสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2562). โรคปอดอักเสบ. http://www.boe.moph.go.th/pneumonia

2.วิมลพรรณ สังข์กุล. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ. ในพรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. บริษัทธนาเพรส จำกัด.

3.โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2567). รายงานสถิติประจำปี 2565-2567. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.

4.อุ่นเรือน กลิ่นขจร และ สุพรรษา วรมาลี. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช:คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง : กรณีศึกษา

A Case Study on Nursing Care for a Diabetic Patient with Hypoglycemia and End-Stage Renal Disease Undergoing Peritoneal Dialysis.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

กุลรภัส เสนาวัตร[1]
Kullatas Sanawat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง ศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี มีโรคประจำตัวหลายโรค ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 (30 ปี), ความดันโลหิตสูง (10 ปี), และไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 (3 ปี) โดยได้รับการล้างไตทางหน้าท้องเป็นเวลา 1 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการซึม เวียนศีรษะ คล้ายหน้ามืดก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที

ผลการศึกษา พบว่า แพทย์วินิจฉัยว่าเกิดภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemic coma) ร่วมกับภาวะติดเชื้อ พยาบาลได้ดำเนินการพยาบาลตามกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องในแต่ละระยะของการรักษา ได้แก่ ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ ติดตามเยี่ยม และก่อนจำหน่าย โดยเน้นการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตามแบบแผนของกอร์ดอน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม พร้อมทั้งเน้นการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต การพยาบาลครอบคลุมการแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำ การป้องกันการเกิดซ้ำ การดูแลภาวะติดเชื้อบริเวณข้อเข่าและทางเดินสาย Tenckhoff ตลอดจนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านตามหลัก DMETHOD เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: Hypoglycemia, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การล้างไตทางหน้าท้อง, การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This case study aimed to explore the nursing care of a diabetic patient with hypoglycemia and end-stage renal disease (ESRD) undergoing peritoneal dialysis. The case involved a 63-year-old Thai male with multiple comorbidities, including type 2 diabetes mellitus (30 years), hypertension (10 years), and stage 5 chronic kidney disease (3 years), who had been receiving peritoneal dialysis for one year. He was admitted to the hospital due to drowsiness, dizziness, and near fainting approximately 30 minutes before arrival.

Result: The physician diagnosed him with hypoglycemic coma accompanied by an infection. Nursing care was provided continuously throughout all phases of treatment: pre-assessment, during examination, post-examination, follow-up visits, and discharge planning. The focus was on comprehensive assessment based on Gordon's functional health patterns, covering physical, psychological, and behavioral aspects. Emphasis was also placed on patient education, behavior modification, and prevention of future complications. Nursing interventions included correcting hypoglycemia, preventing recurrence, managing infection around the knee joint and the Tenckhoff catheter site, and preparing for discharge using the DMETHOD approach to prevent re-admission. Psychological support was also provided to both the patient and his family.

Keywords: Hypoglycemia, End-Stage Renal Disease, Peritoneal Dialysis, Diabetes Nursing Care, Complication Prevention

[1] โรงพยาบาลขามทะเลสอ

บทนำ

โรคเบาหวาน และโรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในทุกประเทศ มีแนวโน้มต่อผลในการรักษาที่เลวลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากขึ้น[1] องค์การอนามัยโลก รายงานว่าโรคไตวายเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีปัญหาระดับโลก (Global burden disease)[2] ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากถึง 85,064 คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย[3] ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้ายด้วยการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น หรือน้อยกว่าระยะที่ 4 เพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้ได้ผลดีและลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและไตวาย ซึ่งการชะลอความเสื่อมของไตทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดน้ำหนัก งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงสารหรือยาที่มีผลเสียต่อไต[4]

โรงพยาบาลขามทะเลสอเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพประชาชนในเขตและพื้นที่ใกล้เคียง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มีการจัดตั้ง CKD Clinic เพื่อดูแลผู้ป่วย CKD มีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 คน มีการเข้ารับการอบรมฟื้นฟูวิชาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลขามทะเลสอปี 2566 ผู้ป่วย CKD stage 3 จำนวน 85 ราย CKD stage 4 จำนวน 14 ราย CKD stage 5 จำนวน 8 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CAPD 2 คน ปฏิเสธการรักษา 4 คน เสียชีวิต 2 คน[5] ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การให้คำแนะนำและให้การปรึกษาในด้านเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตั้งแต่ ก่อนการใส่สายล้างไตทางหน้าท้อง การดูแลผู้ป่วยหลังใส่สายล้างไตทางหน้าท้อง การส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองเพื่อให้ได้ผลในการรักษา ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายโดยให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรัง การจัดการปัญหาในแต่ละคนลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการลดลงของ eGFR

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ที่อยู่ 190 ม.4 ต.ขามทะเลสอ อ.ขามทะเลสอ จ.นครราชสีมา

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

21 พฤศจิกายน 2567 – 25 พฤศจิกายน 2567

อาการสำคัญ ซึม บ่นเวียนศีรษะ คล้ายหน้ามืด 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล EMS ออกรับซึมปลุกไม่ตื่น 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติว่าขณะกำลังรับประทานอาหารอยู่ดีๆ ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว หายใจไม่สะดวก และหมดสติไป และรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน

30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยซึมรับประทานอาหารได้น้อย บ่นเวียนศีรษะ คล้ายหน้ามืด ญาติจึงพามาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นมา 30 ปี โรคความดันโลหิตสูง 10 ปี โรคไตวายเรื้อรัง 3 ปี ได้รับการฟอกไตทางหน้าท้อง 1 ปี ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง ดื่มสุราตั้งแต่อายุ 20 ปี
สูบบุหรี่วันละ 10-20 มวน

ประวัติสุขภาพครอบครัว มารดาเป็นเบาหวาน บิดาไม่มีโรคประจำตัว แต่งงานมีบุตรชาย 2 คน อาศัยอยู่กับภรรยาที่ตำบาลขามทะเลสอ อำเภอขามทะเลสอ ทำอาชีพค้าขาย

การประเมินผู้ป่วย การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน (Gordon's functional health)

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะไปตรวจรักษาที่
โรงพยาบาลขามทะเลสอ การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยปัจจุบันรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายทั่วไปท้วม ซีด สามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้เมื่ออยู่ บ้าน เมื่อฟังคำอธิบายจากแพทย์ ยินยอมปฏิบัติตาม ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร ปฏิเสธการดื่มสุรา บุหรี่และสารเสพติดทุกชนิด

แบบแผนที่ 2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาทุกวัน อาหารที่รับประทานเป็นอาหารจัด ติดหวาน มัน เค็ม รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ยกเว้นเนื้อวัว ดื่มน้ำถัง วันละ 6-7 แก้ว ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน และการย่อยที่ผิดปกติ น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศา เซลเซียส

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะออกน้อย การขับถ่ายทางผิวหนัง เหงื่อออก ปกติ

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ไม่เคยออกกำลังกายแบบมีแบบแผน ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้ตามปกติ ส่วนใหญ่ทำงานบ้าน ลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ดี การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ปกติ

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ปกตินอนวันละ 4-5 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยใช้ยา นอนหลับ นอนหลับกลางวันทุกวัน วันละ 1-2 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ รู้สึกตัวดี การรับรู้ต่อเวลา สถานที่ บุคคล ปกติ มีการจดจำ/โต้ตอบ การได้ยิน การพูด การมองเห็น และการสัมผัส ปกติ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ คิดว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากโรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังที่เป็นอยู่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน สามี ภรรยา และบุตร 2 คน สัมพันธภาพในครอบครัว มี สัมพันธภาพดี มีการทะเลาะกันบ้างเล็กน้อย

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์ ไม่มีปัญหาทางเพศสืบพันธุ์ อวัยวะเพศปกติ พฤติกรรมแสดงออกทางเพศเหมาะสม

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด ไม่เคยประสบเหตุการณ์สำคัญหรือร้ายแรงในชีวิต เป็นคนมีเหตุผลและมีพฤติกรรมการเผชิญ ความเครียดที่เหมาะสม เวลาที่มีปัญหาจะขอความช่วยเหลือจากภรรยา

แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาป บุญ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วม

การศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างท้วม ผิวขาว น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราหายใจเร็ว 22 ครั้งต่อนาที อัตราหัวใจเต้น 109 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 168/89 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : ผู้ป่วยซึม ปลุกตื่น E4V5M6

ผิวหนัง : ผิวสองสี ผิวแห้งไม่แตก ไม่มีจ้ำเลือด

ต่อมน้ำเหลือง : ไม่มีก้อนที่หลังหู คอรักแร้และขาหนีบ

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำแซมขาว ไม่มีบาดแผล ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร ริม ฝีปากแห้ง ภายในปากไม่มีแผล ไม่เป็นฝ้า ทอนซิลปกติ ไม่โต คอไม่แดง gag reflex ปกติ กล้ามเนื้อคอ สมมาตรกันดี ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ระบบทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตรกันดี วัด O2 saturation 96%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ฟังเสียงหัวใจเต้นแรงสม่ำเสมอ ไม่ได้ ยินเสียง murmur EKG พบ Sinus tachycardia rate 109 ครั้ง/นาที

ระบบช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องแบนราบ มีสาย Tenckhoff catheter รอบสายมี discharge สีเหลืองซึมเล็กน้อย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดรูป Motor power grade 5 ขาข้างขวาบวมแดงบริเวณหัวเข่า

ระบบสืบพันธ์: ปฏิเสธความผิดปกติ

การตรวจทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผลเอกซเรย์

CBC: WBC 14,920 cell/mm3 (WBC สูงเนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย) Neutrophil 95% (สูงมีภาวะอักเสบติดเชื้อในร่างกาย) Hct 37% Eletrolyte Na 135 mmol/l K 3.7 mmol/l Cl 98 mmol/l CO2 25 mmol/l blood chemistry BUN 98 mg/dl Creatinine 10.80 Creatinine Phosphorus, blood 7.2 mmol/L Ca 7.7 mg/dl Magnesium, blood 1.8 mg/dl eGFR (CKD-EPI) 4.46 ml/min FBS 74 mg/dl

การวินิจฉัยโรคของแพทย์และการรักษา

การวินิจฉัย Hypoglycemic coma dueto mixtard and infection

แผนการรักษา

แรกรับ E1V1M1 DTX 27 mg% ให้ 50% glucose 50 ml IV push 15 นาที DTX 103 mg% E4V5M6 Lung: clear BL Ext: no pitting edema, tender and warm Rt lateral thigh + tender around joint line of Rt knee plan IV 10% D/N/2 ,IV ATB

การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ	แรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจโรคทั่วไป ผู้ป่วยมาพร้อมกับบุตรสาวโดยรถนั่ง มาถึงจุดคัดกรองหน้าห้องตรวจเวลา 07.30 น. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ตรวจวัดสัญญาณชีพ จากการประเมินสัญญาณชีพ และสภาพแรกรับ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/82 มิลลิเมตรปรอท เจาะ DTX stat 72 mg/dl ประสานย้ายผู้ป่วยขึ้นเปลนอน แก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดื่มน้ำหวาน เจาะ DTX ซ้ำ 94 mg/dl และจัดลำดับคิวตรวจเป็นลำดับแรก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ซึม บ่นเวียนศีรษะ คล้ายหน้ามืด 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล 2. DTX at OPD 72 mg/dl 3. U/D DM มียาฉีด Mixtard Insulin ฉีดยาใต้ผิวหนัง 34 ยูนิด ก่อนอาหารเช้า 34 ยูนิด ก่อนอาหารเย็น **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypoglycemia 2. เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (70-180 mg%) **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15 คะแนน (E4V5M6) 2. ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (70-180mg%) 3. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90mmHg, MAP ≥ 65mmHg, T 36-37.5°c, PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20ครั้ง/นาที, O2sat ≥ 95 %	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้ดื่มน้ำหวาน และประสานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อเตรียมยา และการดูแลต่อเนื่อง 2. สังเกตอาการของผู้ป่วยหลังดื่มน้ำหวาน เช่น ซึม กระสับกระส่าย ใจสั่น เหงื่อแตกตัวเย็น ชัก หมดสติ ย้ายผู้ป่วยไปห้องตรวจหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3. ดูแลให้ On 10% D N/2 1000 ml iv drip 140 ml/hr ตามแผนการรักษา 4. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง goal 80-120 then DTX premeal hs keep 80-250 5. สังเกตอาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิดเช่น ซึม กระสับกระส่าย ใจสั่น เหงื่อแตกตัวเย็น ชัก หมดสติ หลังได้รับสารน้ำ 6. หยุดยาเบาหวานเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติและสามารถรับประทานอาหารอาหารได้ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทันที และประเมินถ้าอาการของผู้ป่วยดี **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ท่าทางยังเหนื่อยอ่อนเพลียอยู่ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีใจสั่น GCS 15 คะแนน (E4V5M6) DTX 103 (70-180mg%) สัญญาณชีพ BP 179/85 mmHg, T 36.5°c, PR 88 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที, O2sat 96 %
ระยะขณะตรวจ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่ข้อเข่าข้างขวาและแผลทางหน้าท้อง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกว่า "ขยับขาไม่ได้" 2. CBC WEC 14,920 cell/mm3 [SYNOVIAL FLUID (ALL EXAM)] : WBC COUNT 2,605 cells/cumm. N 95 % 3. เข่าขวา บวมแดง ปวดเวลาขยับ Pain 3/10 4. ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง 3 ครั้ง/วัน เวลา 12.00 น.,18.00 น.,22.00 น.สาย Tenckhoff catheter รอบสายมี discharge สีเหลืองขุ่นเล็กน้อย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย **เกณฑ์การประเมินผล** 1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC4,600-10,200 cell/cu.mm, N 50-60 %	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง ทุก 15-30 นาที จนกว่าจะคงที่ เมื่อคงที่แล้วให้ประเมินทุก 1 ชั่วโมง 4 ชั่วโมง 2. ประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินอาการและอาการแสดง Observe ไข้ หนาวสั่น หายใจเร็ว ขาบวมแดง ปวดมากขึ้น 3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ Ceftazidime 1 g. IV OD, Clindavid inj 600 mg IV q 8 hr 4. ดูแลให้ para 500 1 tab oral prn q 4-6 hr เพื่อลดไข้และบรรเทาอาการปวด 5. ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเทคนิคปลอด เชื้อ ล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาล 6. ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย รักษาความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาดร่างกาย 7. อธิบายให้ผู้ป่วยสังเกตน้ำยาล้างไตทุกครั้งที่ทำการล้างไต 8. ดูแลทำความสะอาดแผลรอบๆ Tenckhoff catheter **การประเมินผล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90mmHg, MAP ≥ 65mmHg, T 36-37.5°c, PR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-20ครั้ง/นาที, O2sat ≥ 95 % 3. เข่าขวายุบบวม 4. แผลบริเวณสายล้างไตไม่บวมแดงหรือมีหนอง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางดูเหนื่อยเพลีย นอนพักได้ เข่ายังบวมแดงเล็กน้อย บ่นปวดเข่าขวาเวลาขยับ PS:2-3/10 คะแนน รอบๆ Tenckhoff catheter ไม่มีรอยบวมแดง สัญญาณชีพ BP184/84 mmHg, T 36.6°c, PR 86 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที, O2sat 95 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia ซ้ำ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 3 วัน เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย 2-3 ช้อน/มื้อ หลังฉีดยาเบาหวานมีอาการใจสั่นเป็นระยะๆ 2. ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia ขณะปรับยาเบาหวาน **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงระดับรุนแรง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (70-180 mg%) **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15 คะแนน (E4V5M6) 2. สัญญาณชีพเป็นปกติ BP 90/60-140/90 mmHg,T 36-37.5°c, PR 60-100ครั้ง/นาที RR 16-20 ครั้ง/นาที, O2sat ≥ 95% 3. ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ (80-180 mg%)	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องหลังหยุดยาเบาหวานทุกชนิด และขณะปรับขนาดอินซูลิน 2. สังเกตอาการและอาการแสดงทางคลินิกอย่างใกล้ชิด เช่น ซึม กระสับกระส่าย ใจสั่น เหงื่อแตกตัวเย็น ชัก หมดสติ เป็นต้น อย่างต่อเนื่อง 3. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติและสามารถรับประทานอาหารได้ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรคได้แก่ อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 4. การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด DTX q 30 hr * 2 hr goal 80-120 then DTX premeal hs keep 80-250 mg% 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และการ แก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน (E4V5M6) ไม่พบภาวะภาวะน้ำตาลในต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ 80-180 mg% ผู้ป่วยไม่มีอาการซึม กระสับกระส่าย ใจสั่น เหงื่อแตกตัวเย็น ชัก หมดสติสัญญาณชีพเป็นปกติ BP 140/70 mmHg,T 37.1°c, PR 60-100ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที, O2sat 97%
ระยะหลังตรวจ **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่ายๆ สั้นๆ ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน 3. ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบาย 4. ให้กำลังใจ ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ 5. ดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เช็ดตัว **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย 2. สัญญาณชีพปกติ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไปหอผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน 2. ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา 3. ตรวจดูสายยางออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน 4. ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยให้เรียบร้อย เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที 6. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป 7. พยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อถึงหอผู้ป่วยบอกอาการ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย
ระยะติดตามเยี่ยม **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยถามวิธีการฟอกไตแบบถูกวิธี เพราะไม่ค่อยมั่นใจ 2. BUN 98 mg/dl, Cr 10.80 mg/dl eGFR 4.46 mL/min, Electrolyte CO2 25 mmol/L **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติเพื่อชะลอไตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อให้การช่วยเหลือและให้ ค้าแนะน้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติตัว เพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งอาการแสดงที่ควรสังเกตและรายงานให้ทราบ 3. ให้ค้าแนะน้าผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการจัดการอาการวิธีการบริหารยา การสังเกตอาการ ที่เปลี่ยนแปลง และเป้าหมายในการจัดการอาการ 4. ประเมินผลความรู้และการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้กำลังใจเพื่อให้สามารถจัดการดูแลได้อย่างเหมาะสม ประเมิน ความกลัวความวิตกกังวล ความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวปรับแผนการจัดการตามความเหมาะสมส่งต่อ เข้ารับการรักษา CKD Clinic และประสานทีมสหวิชาชีพร่วมให้ความรู้ สร้าง Health literacy **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจาก ภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ขาดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่ายอย่างปลอดภัย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยและญาติบอกไม่มั่นใจที่จะกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ป่วยมีประวัติเป็น T2DM, HT, DLP, CKD stage 5 รับยาต่อเนื่อง มีภาวะ Hypoglycemic coma **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลมีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admit) **เกณฑ์การประเมินผล**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินปัญหาเพื่อน้ามาวางแผนการจ้าหน่ายตามหลัก DMETHOD D : Disease: สอนความรู้เรื่องโรคโดยใช้กระบวนการการท้า Nursing Round ร่วมวางแผนการดูแล M : Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน ตามแผนการรักษาของแพทย์ E : Environment ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดระวังการพลัดตกหกล้ม T : Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง H : Health care การดูแลสุขอนามัย การนอนหลับพักผ่อนอย่างพียงพออาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน 2. ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติใดๆ	D :Diet การเตรียมอาหารเฉพาะโรค และสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ 2. สรุปผลการประเมินตามแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHOD ส่งต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไป อยู่บ้านและสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวานเป็นมา 30 ปี โรคความดันโลหิตสูง 10 ปี โรคไตวายเรื้อรัง 3 ปี ได้รับการฟอกไตทางหน้าท้อง 1 ปี จากการศึกษาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุมาด้วยภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ครบ 3 มื้อ ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง จำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกต้องมีทักษะในการประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจ และแก้ไขโดยเร็วด้วยการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด บริหารและจัดโซนในการสังเกตอาการผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลใกล้ชิดปลอดภัยตลอดระยะเวลารอตรวจซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ พวงจิตร[6] นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยพบว่า การดูแลหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การละเลยไม่เคร่งครัดในการทำความสะอาดร่างกายและอุปกรณ์อย่างเพียงพอ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะและความชำนาญพิเศษเฉพาะในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ตลอดจนการให้คำแนะนำตามขั้นตอนของการเปลี่ยนน้ำยา เทคนิคการปลอดเชื้อ ความสะอาดของสถานที่และอุปกรณ์การทำแผลช่องทางออกของสายเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ สุพรรณ[7]

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes. บริษัทร่มเย็น มีเดีย
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561. http://www.nephrothai.org/images/คมอการฟอกเลอด_e-book_final.pdf
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). HDC Service จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage (Coverage) ปี 2565 – 2566. กระทรวงสาธารณสุข
4. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. (2561). บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 1/(1), 46-57
5. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลขามทะเลสอ. (2568). ข้อมูลสถิติผู้ป่วย.งานศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลขามทะเลสอ.
6. เยาวลักษณ์ พวงจิตร. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(3), 148–165.
7. วิไลวรรณ สุพรรณ. (2023). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ: กรณีศึกษา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8(3), 608–615.

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก

Development of an Intensive Lifestyle Modification Program for Type 2 Diabetes Remission: A Study at Ongkharak Hospital Diabetic Clinic in Nakhon Nayok Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

จริยา มูลมะณี[1] เนาวรัตน์ อาหมัด[1] ภาสวิชญ์ เรืองปานกัน[2]
Jariya Moolmanee[1] Naowarat Ahmad[1] Phasawit Rueangpankan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม -กันยายน 2568 รวม 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพในขั้นตอนพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวม 15 คน กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนประเมินผลโปรแกรม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 39 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลแบบเชิงรุก การสร้างทีมสหวิชาชีพ การให้ความรู้เชิงลึกเรื่องโรคเบาหวานระยะสงบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีระบบ การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การพัฒนาแผนอาหารเฉพาะเจาะจง และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ระดับ HbA1c ลดลงจาก 7.8 ± 1.2% เป็น 6.2 ± 0.8% น้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 6.40 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายลดลงจาก 27.4 ± 3.1 เป็น 24.8 ± 2.6 กิโลกรัม/ตารางเมตร คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.68 ± 2.15 เป็น 15.82 ± 1.28 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 38.97 ± 12.17 เป็น 65.32 ± 10.68 คะแนน และคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 32.60 ± 3.85 เป็น 34.68 ± 2.21 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t= 8.92, 12.85, 3.47 ตามลำดับ) ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบและมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก (39.71 ± 5.70 คะแนน)
คำสำคัญ: โรคเบาหวานระยะสงบ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด, Solution-Focused Brief Therapy

Abstract

This study was action research approach aiming to develop an intensive lifestyle modification program for type 2 diabetes remission at the Diabetic Clinic, Ongkharak Hospital, Nakhon Nayok Province. The study was conducted from March to November 2025, spanning 9 months. Qualitative samples comprised 15 medical and public health personnel for program development. Quantitative samples included 39 type 2 diabetes patients for program evaluation. Research tools included focus group discussion guidelines, diabetes knowledge assessment forms, attitude questionnaires, self-care behavior questionnaires, and satisfaction assessment forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Paired t-test), while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results revealed that the intensive lifestyle modification program comprised eight main components: development of proactive care systems, multidisciplinary team creation, in-depth diabetes remission education, systematic behavior modification, technology support utilization, patient participation enhancement, specific dietary planning, and continuous monitoring and evaluation. After program implementation, HbA1c levels decreased from

[1] หน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก
[2] นายแพทย์ โรงพยาบาลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

7.8 ± 1.2% to 6.2 ± 0.8%, body weight decreased by an average of 6.40 kg, BMI decreased from 27.4 ± 3.1 to 24.8 ± 2.6 kg/m², knowledge scores increased from 12.68 ± 2.15 to 15.82 ± 1.28, self-care behavior scores improved from 38.97 ± 12.17 to 65.32 ± 10.68, and attitude scores increased from 32.60 ± 3.85 to 34.68 ± 2.21, all statistically significant at the .001 level (t= 8.92, 12.85, 3.47 respectively). The developed system enabled diabetes patients to achieve remission and showed high satisfaction with the program (39.71 ± 5.70 points).

Keywords: Diabetes remission, intensive lifestyle modification, Solution-Focused Brief Therapy

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาสาธารณสุขทุกประเทศทั่วโลกและเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากร 537 ล้านคนทั่วโลกหรือคิดเป็น ร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานและคาดว่าจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 643 ล้าน คนในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 ตามลำดับ[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย เบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในห้าของการเสียชีวิตทั้งหมด จากการสำรวจความชุกของเบาหวาน ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบความชุก ร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของศูนย์ข้อมูลสุขภาพเขตสุขภาพที่ 4 ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าจังหวัดนครนายกมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีคิดเป็นร้อยละ 28.34 ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์มากกว่า 40 ปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจน้ำตาลสะสมจำนวน 10,780 คน ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี 4,692 คน คิดเป็นร้อยละ 26.36 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี มีแนวโน้มลดลง[2]

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 3,303 คน จากข้อมูล Health Data Center ปี พ.ศ. 2563 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีคิดเป็นร้อยละ 39.63 และ 39.39 , 37.07 ในปี พ.ศ. 2564 , 2565 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจะเห็นว่า แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี มีแนวโน้มลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 7.09 , ตัดนิ้วเท้าร้อยละ 0.50 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 56.76 ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โรงพยาบาลองครักษ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีคลินิกเบาหวาน ให้บริการ 2 วัน / สัปดาห์ จำนวนผู้มารับบริการ 200 - 250 คน จัดระบบบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้สุขศึกษาก่อนพบแพทย์ พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรค นักโภชนากร ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับ การเลือกรับประทานอาหาร เภสัชกรประเมินและให้ความรู้การใช้ยา กายภาพสอนเรื่องการออกกำลังกาย/การดูแลเท้า ทันตกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก และตรวจรักษาโดยแพทย์ทุกราย โดยมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาพูดคุยซักถามปัญหา ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่มีการติดตามการปรับเปลี่ยนหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เป้าหมายของการควบคุมเบาหวานคือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ให้น้อยกว่า 7 mg%, ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และลดภาวะแทรกซ้อนอันจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ปัญหาการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หรือขาดการดูแลสุขภาพของตนเองปล่อยให้เกิดสภาพร่างกายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การรับประทานอาหาร หวาน เค็ม มัน การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง และการมีภาวะเครียด

เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการส่งผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิซึมและการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อันตรายจากการป่วยเป็นโรคเบาหวานจะส่งผล กระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยเบาหวานด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเป็นแล้วใช้เวลายาวนาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นทำให้เสียทรัพยากรการเงิน ด้านสุขภาพส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม ของประเทศจากภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน การรักษาไม่ถูกต้อง นำสู่ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมมากมาย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรกรทางการแพทย์และสาธารณสุข[3] ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า Diabetes remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก โรคเบาหวานระยะสงบนั้นจะเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการในการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกินอาหารอย่างเหมาะสมและการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายมากพอ รวมถึงลดพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือการอยู่กับที่นานๆ ลดความเครียด มีการพักผ่อนการนอนที่ดีและมากพอ ไม่บริโภคสุราและยาสูบทุกรูปแบบ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมเบาหวานด้วย จำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด รวมทั้งวิธีการป้องกันและแก้ไข มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลชนิดพกพา บันทึกอาหารที่บริโภคและกิจกรรมต่างๆคู่กับระดับน้ำตาลในเลือด มีช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา ปรับยา / ขนาดยาที่ใช้ (ถ้ามี) เมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างเข้มงวด การเพิ่มกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเป็นเวลา 3 ถึง 6 เดือน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักลงได้ร้อยละ 10 – 15 จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่า การลดน้ำหนักร้อยละ 10 – 15 ของน้ำหนักตัว จะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ (2) ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อน ส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลงและฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ โดยหากลดน้ำหนักได้มากจะมีโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น (3) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานระยะสงบ เรื่องการจำกัดพลังงานอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะอ้วนร่วมด้วยโดยการรับประทานอาหารพลังงานต่ำมากเพียงอย่างเดียว สามารถทำให้เกิดการสงบของเบาหวานได้

การพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยต่างๆ พบว่าได้ผลดีเช่น การวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน[4] กลุ่มตัวอย่างยังไม่รู้ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ไม่ทราบปัญหาในการหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง กระบวนการที่ พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การเพิ่มวิธีการ เทคนิคในการประเมินตนเอง กิจกรรมและแนวทางในการดำเนิน กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผลหาประสิทธิภาพโดย การประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีความเหมาะสมด้านเนื้อหา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังเข้ากระบวนการสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ มีคะแนนทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ในระดับสูง และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการอยู่ในระดับมากที่สุด[2] การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามทฤษฎีโซลูชั่น-โฟกัสผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ของผู้ที่อยู่ในภาวะก่อนเบาหวาน[5] ค่าเฉลี่ยรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าลดลง หลัง

เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการใช้แนวคิดทฤษฎีโซลูชั่น – โฟกัส หรือ SFBT (Solution Focused Brief Therapy) โดย Steve de Shazer and Insoo Kim Berg จะช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้คงอยู่และดำเนินต่อช่วยให้ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานสามารถให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จและปฏิบัติได้ยาว ในประเทศไทยได้มีการนำรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิด SFBT มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มเด็กและครอบครัว ด้วยการใช้คำถามกระตุ้น พบว่า ช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นให้คำปรึกษาที่ให้ความสนใจเรื่องการแก้ปัญหาโดยบุคคลต้องทบทวนปัญหาของตนเอง ค้นหาจุดเริ่มต้นของปัญหาและผู้บำบัดมุ่งเน้นคำตอบด้วยการรับฟัง การอธิบาย วิธีการแก้ปัญหาของบุคคล ผู้บำบัดจะเป็นผู้ชี้นำให้บุคคลกำหนดเป้าหมายของตนเอง และหาหนทางที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ ประสิทธิผลของแนวคิดนี้ ช่วยให้บุคคลที่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มติดสารเสพติด ช่วยให้ควบคุมตนเองได้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันเริ่มเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคเรื้อรัง การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบโดยกำหนดรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการใช้แนวคิด ทฤษฎีโซลูชั่น – โฟกัส หรือ SFBT 1) รูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มงวด ได้แก่ การประทานอาหารแบบคาร์โบไฮเดรตต่ำ การประทานอาหารพลังงานต่ำโดยใช้โมเดล 2:1:1 การอดอาหารเป็นช่วง การออกกำลังกายการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม MI (Motivational Interviewing) การติดตามทาง application ไลน์ หรือโทรศัพท์ 2) ปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร่วมกับการรับประทานยาเป็นเวลา 3 เดือน ประเมิน ติดตาม วัดผลระดับน้ำตาลหลังอดอาหารระดับน้ำตาลในเลือดสะสม น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย เพื่อประเมินหยุดการใช้ยาเบาหวาน ซึ่งหากผู้ป่วยหยุดยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดอีก 3 เดือนและมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมน้อยกว่า 6.5 ผู้ป่วยเบาหวานจะเข้าสู่ระยะสงบได้ โดยเริ่มจัดระบบบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ แล้วขยายผลลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอองครักษ์[3]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบได้ เพราะนอกจากจะช่วยลดผลกระทบด้านสุขภาพยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้ยา และการเดินทางมาพบแพทย์ การกำหนดกลยุทธ์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับหน่วยงานหรือภาคีที่เกี่ยวข้อง จะช่วยการขับเคลื่อนงานมีการบูรณาการและเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทุกระดับที่เป็นทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยคาดหวังผู้ป่วยเหล่านี้จะสามารถเข้าสู่การเข้าสู่เบาหวานสงบ หรือ DM Remission ได้ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก

3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ดำเนินการวิจัย 9 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2568 และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาบริบท สถานการณ์ของปัญหา 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้

ประชากร กลุ่มเชิงคุณภาพในขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน นักโภชนาการและเภสัชกร และผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าแผนกที่เกี่ยวข้อง กลุ่มประเมินผลโปรแกรม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่เกิน 5 ปี มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²) มีระดับน้ำตาลสะสม HbA1c น้อยกว่า 9.0 mg% และ eGFR มากกว่า 45 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 140 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพในขั้นตอนพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาล จำนวน 6 คน เภสัชกร จำนวน 3 คน นักโภชนาการ 1 คน และผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน รวม 15 คน กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนประเมินผลโปรแกรม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 9 เดือน จำนวน 39 คน โดยเลือกจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จากคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบน อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี มีภาวะอ้วน (BMI > 25 กก./ม²) ระดับ HbA1c < 9.0 mg% eGFR > 45 ไม่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ไม่มีโรคทางจิตเวชและโรคร่วมรุนแรง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 17 ข้อ (KR20 = 0.78) 3) แบบสอบถามทัศนคติ 12 ข้อ (Cronbach's Alpha = 0.91) 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 15 ข้อ (Cronbach's Alpha = 0.84) 5) แบบประเมินความพึงพอใจ 9 ข้อ (Cronbach's Alpha = 0.88)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ระยะศึกษาบริบท สถานการณ์ของปัญหา โดยทำการสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ การออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานระยะสงบ แนวคิด Solution-Focused Brief Therapy และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวบรวมข้อมูล สืบค้นเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ รวมถึงการพัฒนากิจกรรมและเครื่องมือสำหรับโปรแกรม

2. ระยะพัฒนารูปแบบ การดำเนินการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้ 2.1) ศึกษาสภาพการณ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิก

เบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน สถิติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ การสนทนากลุ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพ นำข้อมูลบริบทข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมโรค การสนับสนุนจากระบบสุขภาพ และรูปแบบการดูแลปัจจุบัน สรุปประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก เริ่มดำเนินการตั้งเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 2.2) พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เดือนมีนาคม - เมษายน 2568 โดยการออกแบบกิจกรรมตามแนวคิด Solution-Focused Brief Therapy การกำหนดเนื้อหาและรูปแบบการให้ความรู้ การพัฒนาเครื่องมือสนับสนุน เช่น สมุดบันทึกประจำตัว การจัดเตรียมระบบ Line group สำหรับติดตาม การฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพ และการทดลองใช้โปรแกรมเบื้องต้นกับกลุ่มนำร่อง 2.3) นำโปรแกรมไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568 โดยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ 6 ครั้ง การติดตามและประเมินผลระหว่างการดำเนินงาน การปรับปรุงและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

3. ระยะประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ โดยติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน สรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข การดำเนินการประเมินผลโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เดือนกันยายน 2568 มีรายละเอียดดังนี้ 3.1) การประเมินผลระยะกลางและระยะสุดท้าย โดยการเก็บข้อมูล Post-test การตรวจวัดระดับ HbA1c การประเมินการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และรอบเอว การวิเคราะห์อัตราการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ 3.2) การถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงาน โดยการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโปรแกรมและทีมสหวิชาชีพ การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยสำเร็จ การปรับปรุงโปรแกรมตามบทเรียนที่ได้รับ 3.3) การวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำรายงานผลการวิจัย และการเตรียมเผยแพร่ผลงานเพื่อการขยายผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบก่อนหลังใช้สถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับมอบหมายความรับให้ปฏิบัติงานวิจัย ต่อเนื่อง 1 ปี นับจากเดือนธันวาคม 2567 สิ้นสุดโครงการวันที่ 30 กันยายน 2568 พฤศจิกายน 2568 ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยได้ขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และเก็บข้อมูล โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิในการให้ข้อมูลรวมทั้งการตอบรับ หรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะไม่มีผลต่อการมารับบริการใดๆ การเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมของการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 15 คน พบปัญหาหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (ร้อยละ 86.67) ขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย (ร้อยละ 73.33) ข้อจำกัดด้านเวลาในการให้คำปรึกษา (ร้อยละ 60.00) และขาด

การติดตามอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 53.33) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการดูแลแบบเชิงรุก 2) การสร้างทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทชัดเจน 3) การให้ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับโรคเบาหวานระยะสงบ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดแบบมีระบบ 5) การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการติดตาม 6) การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย 7) การพัฒนาแผนอาหารแบบเฉพาะเจาะจง 8) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมจัดกิจกรรม 6 ครั้ง โดยใช้แนวคิด Solution-Focused Brief Therapy และการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning) ประกอบด้วย การรับรู้และแปลผลสุขภาพ การสร้างแนวคิดและดึงศักยภาพ การให้ความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย การติดตามรายบุคคล การสนับสนุนผ่าน Line group และการประเมินผลสุดท้าย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การรับรู้และแปลผลสุขภาพและการปรับแนวคิดเพื่อสร้างพลัง ดึงศักยภาพ และความสามารถที่จะค้นหาทางออกคำตอบหรือวิธีการ (solution) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินการทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สำหรับเป็นข้อมูลเบื้องต้น บันทึกรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี นำมาประเมินผลของตนเองว่าอยู่กลุ่มใด ชาร์ทระดับสีของจราจรชีวิตปิงปองเจ็ดสี ดำเนินกระบวนการ สร้างแนวคิดเพื่อสร้างพลัง ดึงศักยภาพและความสามารถที่จะค้นหาทางออก คำตอบ หรือวิธีการ (solution) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในขั้นตอนนี้แต่ละคนจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองสู่เพื่อนร่วมกลุ่ม และตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในครั้งแรก ให้ความรู้เรื่องอาหาร การนับคาร์บ จานอาหารสุขภาพ 2:1:1 โมเดล และใบความรู้, กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกาย แจกสมุดประจำตัว ให้ประเมินคะแนนตาม scaling คะแนนตนเองว่าอยู่ที่คะแนนเท่าไร ทำอะไรมาบ้างแล้ว และต้องทำอะไรเพิ่ม มอบการบ้าน และให้ สมาชิก ADD LINE เข้ากลุ่มนัดหมายเก็บสมุดประจำตัวคืนใน 1 สัปดาห์พร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน

ครั้งที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 1 สรุปผลจากการเก็บการบ้าน ผลความดันโลหิต น้ำตาล น้ำหนัก รอบเอว มาร่วมแปลกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นการปรับพฤติกรรมรายบุคคล มีรายละเอียดดังนี้ มีกิจกรรมประเมินตนเองว่าคะแนนตาม scaling ที่ตั้งไว้ สำเร็จเป้าหมายหรือไม่ ถ้าตามเป้าหมายทำอะไรไปบ้าง ถ้าไม่ได้ตามเป้าหมายเพราะอะไร จากนั้นนำมาวิเคราะห์ ส่วนที่ดีอยู่แล้วทำต่อเนื่อง ส่วนที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายร่วมกันหาวิธีการและทางออกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ตั้งเป้าหมายคะแนนครั้งต่อไป พร้อมบันทึกพฤติกรรมที่จะทำอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสัปดาห์ ผู้วิจัยจะส่งข้อมูลประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเข้าในกลุ่มไลน์ ร่วมกับการให้ความรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การตั้งกิจกรรมเพื่อตั้งเป้าหมาย โดยการตั้งคำถามควรมีแนวคิดดังนี้ 1) ค้นหาสิ่งที่สมาชิกต้องการ แทนที่จะค้นหาสิ่งที่พวกเขาไม่ต้องการ 2) ไม่ทำการวิเคราะห์หาสาเหตุในตัวสมาชิก เพราะจะเป็นการลดทอนความสามารถของพวกเขา แต่มองไปยังสิ่งที่กำลัง ทำงานอยู่ในตัวของพวกเขา และกระตุ้นให้กำลังใจพวกเขาทำต่อไป 3) ถ้าสิ่งที่สมาชิกกำลังทำอยู่ไม่เกิดผล ให้กำลังใจพวกเขาลองทำสิ่งที่แตกต่างออกไป 4) การทำกลุ่มแต่ละครั้ง พยายามกระชับให้สั้น และเสมือนหนึ่งว่าเป็นการทำกลุ่มครั้งสุดท้าย

ครั้งที่ 3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 2 สรุปผลจากการเก็บการบ้าน ผลความดันโลหิต น้ำตาล น้ำหนัก รอบเอว มาร่วมแปลกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นการปรับพฤติกรรมรายบุคคล มีกิจกรรมดังนี้ ประเมินตนเองว่าคะแนนตาม scaling ที่ตั้งไว้ สำเร็จเป้าหมายหรือไม่ ถ้าตามเป้าหมายทำอะไรไปบ้าง ถ้าไม่ได้ตามเป้าหมายเพราะอะไร จากนั้นนำมาวิเคราะห์ ส่วนที่ดีอยู่แล้วทำต่อเนื่อง ส่วนที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายร่วมกันหาวิธีการและทางออกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายคะแนนครั้ง

ต่อไป พร้อมบันทึกพฤติกรรมที่จะทำอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสัปดาห์ ผู้วิจัยจะส่งข้อมูลประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเข้าในกลุ่มไลน์ ร่วมกับการให้ความรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 4 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 4 สรุปผลจากการเก็บการบ้าน ผลความดันโลหิต น้ำตาล น้ำหนัก รอบเอว มาร่วมแปลกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นการปรับพฤติกรรมรายบุคคล โดยประเมินตนเองว่าคะแนนตาม scaling ที่ตั้งไว้ สำเร็จเป้าหมายหรือไม่ ถ้าตามเป้าหมายทำอะไรไปบ้าง ถ้าไม่ได้ตามเป้าหมายเพราะอะไร จากนั้นนำมาวิเคราะห์ ส่วนที่ดีอยู่แล้วทำต่อเนื่อง ส่วนที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายร่วมกันหาวิธีการและทางออกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งเป้าหมายคะแนนครั้งต่อไป พร้อมบันทึกพฤติกรรมที่จะทำอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสัปดาห์ ผู้วิจัยจะส่งข้อมูลประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเข้าในกลุ่มไลน์ ร่วมกับการให้ความรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 5 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 8 สรุปผลจากการเก็บการบ้าน ผลความดันโลหิต น้ำตาล น้ำหนัก รอบเอว มาร่วมแปลกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นการปรับพฤติกรรมรายบุคคล โดยประเมินตนเองว่าคะแนนตาม scaling ที่ตั้งไว้ สำเร็จเป้าหมายหรือไม่ ถ้าตามเป้าหมายทำอะไรไปบ้าง ถ้าไม่ได้ตามเป้าหมายเพราะอะไร จากนั้นนำมาวิเคราะห์ ส่วนที่ดีอยู่แล้วทำต่อเนื่อง ส่วนที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายร่วมกันหาวิธีการและทางออกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายคะแนนครั้งต่อไป พร้อมบันทึกพฤติกรรมที่จะทำอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสัปดาห์ ผู้วิจัยจะส่งข้อมูลประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเข้าในกลุ่มไลน์ ร่วมกับการให้ความรู้ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 6 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 12 โดยทำแบบทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน,แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (Post -test), แบบประเมินความพึงพอใจร่วมกับจราจรชีวิตปิงปองเจ็ดสี ผู้วิจัยตั้งประเด็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจากที่ทำกิจกรรมรายบุคคลที่สอดคล้องกับการแปลผลทักษะด้านพฤติกรรม นัดหมายเจาะเลือด HbA1C เพื่อติดตามผลเดือนที่ 6 โดยแนวทางการจัดกิจกรรมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก ภายใต้แนวคิดการให้คำปรึกษาเพื่อหาทางออก Solution- focused counseling และ การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning)

2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 39 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.23) มีอายุเฉลี่ย 58.4 ± 9.2 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากจบประถมศึกษา (ร้อยละ 74.36) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 35.90) รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,250 ± 6,850 บาท ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 3.2 ± 1.4 ปี ก่อนเข้าโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่า HbA1c เฉลี่ย 7.8 ± 1.2% ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.4 ± 3.1 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนมากใช้ Metformin เพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 46.15) หรือร่วมกับ Sulfonylurea (ร้อยละ 38.46) มีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 79.49) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.97)

3. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้านความรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 12.68 ± 2.15 เป็น 15.82 ± 1.28 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 8.92) โดยมี 10 ข้อที่ตอบถูกร้อยละ 100.00 หลังการใช้โปรแกรม **ด้านทัศนคติ** ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 32.60 ± 3.85 เป็น 34.68 ± 2.21 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 3.47) **ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง** พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 38.97 ± 12.17 เป็น 65.32 ± 10.68 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 12.85) โดยเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก **ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก** ระดับ HbA1c ลดลงจาก 7.8 ± 1.2% เป็น 6.2 ± 0.8% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 7.94) น้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 6.40 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายลดลงจาก

27.4 ± 3.1 เป็น 24.8 ± 2.6 กิโลกรัม/ตารางเมตร รอบเอวลดลงในเพศชาย จาก 92.8 ± 8.5 เป็น 86.2 ± 7.1 เซนติเมตร และเพศหญิงจาก 89.7 ± 7.2 เป็น 83.1 ± 6.5 เซนติเมตร **ด้านความพึงพอใจ** ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 39.71 ± 5.70 คะแนน (ร้อยละ 88.24) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านการได้รับความรู้และประโยชน์เพื่อนำไปปรับใช้ได้ (4.59 ± 0.55 คะแนน)

4. การเปรียบเทียบภาพรวม ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และตัวชี้วัดทางคลินิก ก่อน-หลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า **ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน** ก่อนการใช้โปรแกรมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ย 12.68 คะแนน (S.D. 2.15) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้โปรแกรมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ย 15.82 คะแนน (S.D. 1.28) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, t=8.92 **ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน** ก่อนการใช้โปรแกรมพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ย 32.60 คะแนน (S.D. 3.85) อยู่ในระดับมาก ภายหลังการใช้โปรแกรมพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ย 34.68 คะแนน (S.D. 2.21) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, t=3.47 **พฤติกรรมการดูแลตนเอง** ก่อนการใช้โปรแกรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 38.97 คะแนน (S.D. 12.17) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้โปรแกรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 65.32 คะแนน (S.D. 10.68) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, t=12.85 **ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)** ก่อนการใช้โปรแกรมพบว่า ระดับ HbA1c เฉลี่ย 7.8% (S.D. 1.2) ภายหลังการใช้โปรแกรมพบว่า ระดับ HbA1c เฉลี่ย 6.2% (S.D. 0.8) จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, t=7.94 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ก่อน-หลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก (n=39)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 17)	12.68	2.15	ปานกลาง	15.82	1.28	มาก	8.92	<0.001*
2. ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 36)	32.60	3.85	มาก	34.68	2.21	มาก	3.47	0.001*
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 75)	38.97	12.17	ปานกลาง	65.32	10.68	มาก	12.85	<0.001*
4. ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)	7.80	1.2	-	6.20	0.8	-	7.94	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบ การลดลงของระดับ HbA1c จาก 7.8% เป็น 6.2% (ลดลง 1.6%) ถือเป็นการปรับปรุงที่มีความหมายทางคลินิกอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศ

ไทย[3] ที่กำหนดเกณฑ์การเข้าสู่ระยะสงบคือ HbA1c < 6.5% การลดน้ำหนักเฉลี่ย 6.40 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 9.34 เข้าใกล้เป้าหมายร้อยละ 10-15 ที่แนะนำสำหรับการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor และคณะ[6] ที่พบว่าการลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญสามารถนำไปสู่การฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lean และคณะ[7] ในการศึกษา DiRECT ที่พบว่าผู้ป่วยที่ลดน้ำหนักได้มากกว่า 10 กิโลกรัมมีโอกาสเข้าสู่ระยะสงบมากกว่าร้อยละ 85 การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้แนวคิด Solution-Focused Brief Therapy ในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim[7] ที่พบว่าการให้คำปรึกษาแบบ SFBT สามารถเพิ่มความสามารถในการจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ scaling question และ miracle question ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายและติดตามความก้าวหน้าได้ด้วยตนเอง การใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่ผสมผสานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การใช้เทคโนโลยี Line group เพื่อติดตาม และการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการรักษา[8] ความสำเร็จของโปรแกรมนี้เกิดจากการบูรณาการหลายปัจจัย ได้แก่ 1) การใช้แนวคิด Solution-Focused Brief Therapy ที่เน้นจุดแข็งและทางออกของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับโรคเบาหวานระยะสงบ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดที่มีระบบ 4) การใช้เทคโนโลยี Line group ในการติดตาม และ 5) การทำงานของทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทชัดเจน ความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก (ร้อยละ 88.24) แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความเหมาะสมของโปรแกรมกับบริบทของผู้ป่วยไทย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้แนวคิด Solution-Focused Brief Therapy ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาจุดแข็งและทางออกด้วยตนเอง ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน[6] การปรับปรุงทุกตัวชี้วัด ทั้งน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิต แสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกแบบองค์รวมของโปรแกรม ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านหัวใจและหลอดเลือดด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ American Diabetes Association[8] ที่เน้นการจัดการแบบองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลองครักษ์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยและการปรับปรุงโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th Edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ; 2566.
3. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. 2nd ed. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565.

4. กนกศรี จาดเงิน และ เสกสรร ไข่เจริญ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 (2022)
5. ธัสมน นามวงษ์ และคณะ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (2024)
6. Taylor R, Al-Mrabeh A, Zhyzhneuskaya S, Peters C, Barnes AC, Aribisala BS, et al. Remission of human type 2 diabetes requires decrease in liver and pancreas fat content but is dependent upon capacity for β cell recovery. Cell Metab. 2019;28(4):547-556.
7. Kim JS. Solution-focused brief therapy for diabetes management: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2020;103(8):1548-1557.
8. American Diabetes Association. Standards of care in diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Supplement 1):S1-S291.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Development of Continuous Palliative Care Model for End-of-Life Patients from Hospital to Community, Kongkrailat Hospital, Sukhothai Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

ฐณัชชา ต้นประสงค์[1]
Thanatcha Tonprasong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ จำนวน 34 ราย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวทางสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรู้ แบบประเมินคุณภาพการดูแล แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินและวางแผนการดูแลแบบองค์รวม การพัฒนาทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายการดูแล การสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและชุมชน การจัดการอาการและยาอย่างมีประสิทธิภาพ และการติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 69.17 เป็น ร้อยละ 90.83 คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (68.42±12.34 คะแนน) เป็นระดับมาก (103.58±8.67 คะแนน) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (52.35±9.87 คะแนน) เป็นระดับมาก (83.50±6.42 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 15.68, 23.47, 18.92 ตามลำดับ) การปรับปรุงตัวชี้วัดการดำเนินงานพบว่า ร้อยละการส่งต่อและติดตามดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 29.4 เป็น 88.2 ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับ Family Meeting/Advance Care Plan เพิ่มขึ้นจาก 38.2 เป็น 91.2 และร้อยละการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นจาก 70.6 เป็น 91.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในระดับสูง (ร้อยละ 82.89)

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลต่อเนื่อง, ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน, โรงพยาบาลสู่ชุมชน

Abstract

This study was action research approach using the ADDIE model integrated with Meleis' Transition Theory and Wagner's Chronic Care Model. The objectives were to investigate the current situation, develop a continuous palliative care model for end-of-life patients from hospital to community settings, and evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted from October 2024 to September 2025. Sample size were 34 end-of-life patients receiving palliative care services. Research instruments comprised interview guides, demographic questionnaires, palliative care knowledge assessments, care quality evaluation scales, satisfaction assessments, and operational performance recording sheets. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-tests for pre-post comparisons.

Results showed that the developed care model consisted of six core components: holistic assessment and care planning, multidisciplinary team development, seamless continuum of care system, family and community empowerment, effective symptom management, and continuous monitoring and quality improvement. The model's effectiveness demonstrated significant improvements: nurses' knowledge

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาชีวาภิบาล โรงพยาบาลกงไกรลาศ

increased from 69.17% to 90.83%, patient care quality improved from moderate (68.42±12.34) to high level (103.58±8.67), and patient satisfaction increased from moderate (52.35±9.87) to high level (83.50±6.42), all statistically significant at p<.001 (t = 15.68, 23.47, 18.92, respectively). Operational indicators showed continuity of care increased from 29.4% to 88.2%, Family Meeting/Advance Care Planning from 38.2% to 91.2%, and dignified death rates from 70.6% to 91.2%, all statistically significant at p<.001. Expert evaluation rated the model's appropriateness as high (82.89%).

Keywords: Palliative care, End-of-life patients, Continuum of care, Transition theory, Hospital to community

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นประเด็นสำคัญของสุขภาพโลกที่ต้องการการดำเนินการเร่งด่วน จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 38.50) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 34.00) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 10.30)[1] ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนของระบบสุขภาพไทย

จังหวัดสุโขทัยพบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 144,591 คน อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 85.30, 88.70, และ 92.10 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2565, 2566, และ 2567 ตามลำดับ[2] โรงพยาบาลกงไกรลาศมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง 107, 119, และ 99 ราย ในปี 2565, 2566, และ 2567 ตามลำดับ[3] แม้ว่าโรงพยาบาลกงไกรลาศจะมีการจัดบริการดูแลแบบประคับประคองแล้ว แต่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการที่จำกัด การติดตามอาการที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และการดูแลที่ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจนจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน[4] ประกอบกับแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานระหว่างการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้แบบจำลองการพัฒนารูปแบบ ADDIE ร่วมกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของ Wagner ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ (4 เดือน) ระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบ (6 เดือน) และระยะที่ 3 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (2 เดือน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Paired t-test สำหรับการเปรียบเทียบก่อน-หลัง ได้ขนาดตัวอย่าง 20 คน เพิ่มเป็น 34 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 12 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 34 ราย โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยประคับประคองปี 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับพยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 15 ข้อ และ (สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย) จำนวน 17 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (สำหรับพยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่

ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (สำหรับผู้ป่วย) จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ คะแนนเต็ม 125 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ (สำหรับผู้ป่วย) จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน

ชุดที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจ และประสิทธิภาพระบบ

ชุดที่ 6 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล (สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ) จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ คะแนนเต็ม 90 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ คุณภาพการดูแล และความพึงพอใจ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ คุณภาพการดูแล และความพึงพอใจก่อนหลังการใช้รูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

เชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 12 คน พบปัญหาหลัก 8 ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านบุคลากร (PCN ทำงาน Part-time เพียง 1.5 วันต่อสัปดาห์) ปัญหาด้านระบบการดูแล (การส่งต่อข้อมูลไม่เป็นระบบ) ปัญหาด้านความรู้และทักษะ (ขาดความรู้การจัดการอาการปวดด้วย Strong Opioid) ปัญหาด้านครอบครัวและชุมชน (ขาดความรู้ในการดูแลที่บ้าน) ปัญหาด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ (อุปกรณ์การแพทย์ไม่

เพียงพอ) ปัญหาด้านเทคโนโลยี (ระบบ EMR ไม่เชื่อมโยง) ปัญหาด้านการสื่อสารและประสานงาน และปัญหาด้านการประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพ

เชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน ร้อยละ 83.33 อายุส่วนมาก 31-40 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 41.67 ระดับการศึกษาส่วนมาก ปริญญาตรี จำนวน 9 คน ร้อยละ 75.00 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1-3 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 33.33 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 34 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน ร้อยละ 55.88 อายุเฉลี่ย 66.8±11.2 ปี การวินิจฉัยส่วนมากเป็นมะเร็งปอด จำนวน 8 คน ร้อยละ 23.53

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การพัฒนารูปแบบใช้แบบจำลอง ADDIE ร่วมกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของ Wagner ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ **1) การประเมินและวางแผนการดูแลแบบองค์รวม** การพัฒนาเครื่องมือประเมิน ESAS และ PPS การสร้างแบบประเมินการดูแลแบบองค์รวม 4 มิติ และการจัดทำแนวทางการวางแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วม **2) การพัฒนาทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายการดูแล** การเพิ่มเวลาการทำงานของ PCN เป็น 3-4 วันต่อสัปดาห์ การอบรมบุคลากรปฐมภูมิ และการสร้างทีม Case manager **3) การสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ** การพัฒนาระบบ EMR ที่เชื่อมโยง การสร้าง Care Pathway และการใช้ Tele-medicine **4) การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและชุมชน** การจัดโปรแกรม Family Caregiver Training การสร้าง Support Group และการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข **5) การจัดการอาการและยาอย่างมีประสิทธิภาพ** การพัฒนา Pain Management Protocol การปรับปรุงระบบการจ่ายยา Strong Opioid และการใช้ Syringe Driver **6) การติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง** การพัฒนาระบบติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ การจัด MDT Meeting และการใช้ Patient Satisfaction Survey

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ก่อนพัฒนารูปแบบพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เฉลี่ย ร้อยละ 69.17 อยู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนารูปแบบพบว่า ความรู้เฉลี่ย ร้อยละ 90.83 อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001, t=15.68

3.2 คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนพัฒนารูปแบบพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการรับรู้คุณภาพการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 68.42 คะแนน (S.D. 12.34) อยู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนารูปแบบพบว่า คุณภาพการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 103.58 คะแนน (S.D. 8.67) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติพบว่า คุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001, t=23.47

3.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนพัฒนารูปแบบพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ย 52.35 คะแนน (S.D. 9.87) อยู่ในระดับปานกลาง หลังพัฒนารูปแบบพบว่า ความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ย 83.50 คะแนน (S.D. 6.42) อยู่ในระดับมาก จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001, t=18.92

3.4 การประเมินผลการดำเนินงาน ผลการประเมินการดำเนินงานแสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในตัวชี้วัดส่วนใหญ่ โดยสามารถบรรลุเป้าหมาย 10 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่มีการปรับปรุงสูงสุด ได้แก่ ร้อยละการส่งต่อและติดตามดูแลต่อเนื่อง ปรับปรุงจาก ร้อยละ

29.4 เป็น ร้อยละ 88.2 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 58.8 รองลงมา คือ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับ Family Meeting/Advance Care Plan ปรับปรุงจาก ร้อยละ 38.2 เป็น ร้อยละ 91.2 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 53.0 และร้อยละการบรรเทาอาการปวดด้วย Strong Opioid ปรับปรุงจาก ร้อยละ 42.6 เป็น ร้อยละ 76.5 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 33.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ คุณภาพการดูแล และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่อง (n=34)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้พยาบาล (%)	69.17	8.25	ปานกลาง	90.83	6.18	มาก	15.68	<0.001*
2. คุณภาพการดูแล	68.42	12.34	ปานกลาง	103.58	8.67	มาก	23.47	<0.001*
3. ความพึงพอใจ	52.35	9.87	ปานกลาง	83.50	6.42	มาก	18.92	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องของโรงพยาบาลกงไกรลาศ พบปัญหาหลัก 8 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บังอร อุเทศพรรัตนกุล[5] ที่พบปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการดูแลและการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ การพัฒนารูปแบบที่ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของ Wagner เป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก สอดคล้องกับแนวคิดของ Sítima และคนอื่น ๆ[6] ที่เน้นความสำคัญของการดูแลแบบบูรณาการและการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆ ผลการประเมินรูปแบบการดูแลแสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์[7] ที่พบการปรับปรุงความรู้และทักษะของบุคลากรหลังการอบรม คุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายปรับปรุงในทิศทางที่ดีขึ้น และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่การปรับปรุงนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณัฏดา คเชนทร์ชัย[8] ที่พบความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและญาติผู้ป่วยต่อระบบการดูแลอยู่ในระดับมาก การประเมินผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นการบรรลุเป้าหมาย 10 ตัวชี้วัดจากทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดที่มีการปรับปรุงสูงสุดคือ ร้อยละการส่งต่อและติดตามดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงพิมพ์ ปัณระสี[9] ที่พบการลดลงของการใช้บริการโรงพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บังอร อุเทศพรรัตนกุล ที่ได้รับการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการประเมินต่ำสุดคือความเพียงพอของงบประมาณและอุปกรณ์การแพทย์[5]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลอื่น ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยใช้เวลาในการพัฒนาอย่างน้อย 12 เดือน

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเพิ่มจำนวนและเวลาการทำงานของ

พยาบาลประคับประคอง (PCN) และการอบรมทีมสหวิชาชีพ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อประเมินการขยายผลและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

4. ควรศึกษาการประเมินผลกระทบระยะยาวของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกงไกรลาศที่ให้การสนับสนุน และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative Care. Geneva: WHO; 2020.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. รายงานสถานการณ์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประจำปี 2567. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2568.
3. โรงพยาบาลกงไกรลาศ. รายงานประจำปีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประจำปี 2567. กงไกรลาศ: โรงพยาบาลกงไกรลาศ; 2568.
4. กิตติโพวานนท์ สารสิน และ รัตนาภรณ์ประชากูล ดาราวรรณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลไทย 2567;73(2):45-62.
5. บังอร อุเทศพรรัตนกุล. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2564;15(3):78-95.
6. Sítima E, et al. Inequities in access to palliative care across contexts: a scoping review. BMC Palliat Care. 2024;23(1):45.
7. ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;39(4):123-140.
8. สุณัฏดา คเชนทร์ชัย และ มุจจรินทร์ อัศวพัฒน. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารการพยาบาลเวชปฏิบัติ 2564;8(2):67-84.
9. เพียงพิมพ์ ปัณระสี และ ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข. รูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารพยาบาลทหาร 2563;21(3):156-173.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

The Effect of a Health Literacy Promotion Program on Self-Care Behavior and Blood Pressure Levels of Hypertensive Patients with Uncontrolled Hypertension Attending the Hypertension Clinic at Wihankao Health Promoting Hospital, Tha Chang District, Sing Buri Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

วรัญญา วิทยา[1]
Waranya Withaya[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 10 สัปดาห์ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (103.2±18.6 คะแนน) เป็นระดับสูง (151.7±12.4 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (2.95±0.58 คะแนน) เป็นระดับมาก (4.17±0.43 คะแนน) และอัตราการควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจาก 0% เป็น 87.1% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญ ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก (4.42±0.37 คะแนน)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of a health literacy promotion program on self-care behavior and blood pressure levels of hypertensive patients with uncontrolled hypertension. The study was conducted from October 2024 to September 2025. The sample consisted of 62 patients with uncontrolled hypertension, divided into experimental (n=31) and control groups (n=31). Research instruments included a 10-week health literacy promotion program covering 5 core components, health literacy assessment scale, self-care behavior assessment scale, and clinical data recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. Results showed significant effectiveness of the health literacy promotion program.

The experimental group demonstrated increased health literacy from moderate level (103.2±18.6 points) to high level (151.7±12.4 points), improved self-care behavior from moderate level (2.95±0.58 points) to high level (4.17±0.43 points), and increased blood pressure control rate from 0% to 87.1%, all statistically significant at p<.001. Between-group comparisons revealed that the experimental group had significantly

[1] พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

higher mean scores than the control group in all variables. Participants expressed high satisfaction with the program (4.42±0.37 points).

Keywords: Health literacy, Self-care behavior, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2023 พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา จาก 650 ล้านคนในปี 1990 เป็น 1.30 พันล้านคนในปี 2019[1] การคาดการณ์ในอนาคตแสดงให้เห็นว่าภายในปี 2040 อัตราความชุกจะลดลงเหลือร้อยละ 20.30 แต่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในประเทศกำลังพัฒนา[2]

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 ในปี 2563-2564 พบว่าอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 25.70[3] สถานการณ์การควบคุมโรคยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยอัตราการรับรู้โรค การรักษา และการควบคุมความดันโลหิตอยู่ที่ร้อยละ 51.20, 47.60 และ 22.60 ตามลำดับ[4] ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี[5] การศึกษาระดับนานาชาติแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ดีและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น[6] ตำบลวิหารขาวมีประชากร 1,850 ราย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 480 ราย (ร้อยละ 29.94) โดยมีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 254 ราย (ร้อยละ 52.91) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ปัญหาที่พบประกอบด้วย การให้ความรู้รายบุคคลที่ไม่เพียงพอ ปัญหาการลืมกินยา การแบ่งยากันกิน และการหลีกเลี่ยงการรักษา

จากปัญหาดังกล่าว การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ทักษะ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two-Group Pretest-Posttest Design ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2567-กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ อายุ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตไม่สามารถควบคุมได้ (≥ 140/90 mmHg) ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมาอย่างน้อย 3 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการเป็นเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 120 นาที ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก: การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุน

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 35 ข้อ คะแนนเต็ม 175 คะแนน แบบ Likert Scale 5 ระดับ

3. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 40 ข้อ คะแนนเต็ม 200 คะแนน ครอบคลุม 5 ด้าน

4. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก บันทึกค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และสถานะการควบคุมความดันโลหิต

5. แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 125 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.56 และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's Alpha 0.82-0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test ใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เลขที่ SEC 23/2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.52) อายุเฉลี่ย 58.23 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 61.29) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.06) รายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.71) เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5-10 ปี (ร้อยละ 38.71) และมีโรคร่วม โดยพบเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 48.39)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากระดับปานกลาง (103.2±18.6 คะแนน) เป็นระดับสูง (151.7±12.4 คะแนน) โดย $t = 14.23$, $p < 0.001$ ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 78.6±15.2 เป็น 105.3±19.2 คะแนน

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากระดับปานกลาง (2.95±0.58 คะแนน) เป็นระดับมาก (4.17±0.43 คะแนน) โดย $t = 13.86$, $p < 0.001$ ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจติดตาม และการจัดการความเครียด

3. ระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีอัตราการควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 0% เป็น 87.1% ($\chi^2 = 25.17$, $p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 0% เป็น 6.5% เท่านั้น ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงจาก 149.8±19.4 mmHg เป็น 125.8±12.8 mmHg และไดแอสโตลิกลดลงจาก 93.2±12.4 mmHg เป็น 78.6±9.2 mmHg

4. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Mean Difference = 46.4, t = 12.84, p < 0.001) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Mean Difference = 1.15, t = 10.73, p < 0.001) ความดันโลหิตซิสโตลิก (Mean Difference = -20.4, t = -6.32, p < 0.001) ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Mean Difference = -12.2, t = -5.74, p < 0.001)

5. ความพึงพอใจต่อโปรแกรม ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก (4.42±0.37 คะแนน) โดยพึงพอใจมากที่สุดในด้านประโยชน์และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (4.59±0.40 คะแนน)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongied และคณะ[7] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแบบจำลองส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การใช้แนวคิดของ Nutbeam[5] ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลักช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นในทุกด้านสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohsenzadeh และคณะ[8] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง การใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ร่วมกับการมีส่วนร่วมและการติดตามผ่านกลุ่ม Line ช่วยสร้างแรงจูงใจและการเรียนรู้ที่ยั่งยืน ผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดคือการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Delavar และคณะ[9] ที่พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของความดันโลหิตหลังการแทรกแซงด้วยการศึกษาการจัดการตนเองที่ปรับให้เหมาะสมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการแทรกแซงแบบดั้งเดิมสอดคล้องกับแนวทางของ Sun และคณะ[10] ที่พบว่าการผสมผสานมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทที่ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและมีการศึกษาระดับประถม

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมการนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปขยายผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ เนื่องจากสามารถลดอัตราการเข้าโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนได้

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรพิจารณาสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินโปรแกรม เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาจากภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำโปรแกรมไปปรับใช้ตามบริบทของชุมชน โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

4. ควรพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับการติดตามและให้คำปรึกษาผู้ป่วยออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่อง

5. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในบริบทที่แตกต่างกัน และพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ พยาบาล

วิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิหารขาวที่ให้การสนับสนุน และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: The race against a silent killer. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Kazibwe R, Nankabirwa J, Ssinabulya I, Kiwanuka SN, Ddumba E, Nabwiso M, et al. A glimpse into the future: modelling global prevalence of hypertension. BMC Public Health. 2023;23:1664.
3. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Sangthong R, Inthawong R, Putwatana P. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. BMC Public Health. 2024;24:3149.
4. Thongcharoensathien V, Tanasugarn C, Tipayamongkholgul M, Aimyong N, Neelapaichit N, Kloyiam S. 2022 Thai Hypertension Society guidelines on home blood pressure monitoring. J Clin Hypertens. 2022;24(10):1265-79.
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
6. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: an integrative review. Int J Nurs Sci. 2018;5(3):301-9.
7. Thongied K, Sukcharoen P, Tanseng K, Meesit A, Kongkate P. Impact of a transformative health literacy model for Thai older adults with hypertension. BMC Res Notes. 2024;17:265.
8. Mohsenzadeh Y, Ahmadi F, Farajzadegan Z. The Relationship Between Health Literacy, Self-Efficacy, and Self-Care Behaviors in Older Adults With Hypertension in the North of Iran. Health Lit Res Pract. 2022;6(4):e269-76.
9. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2020;103(2):336-42.
10. Sun T, Xu X, Ding Z, Xie H, Ma L, Zhang J, et al. Development of a Health Behavioral Digital Intervention for Patients With Hypertension Based on an Intelligent Health Promotion System and WeChat: Randomized Controlled Trial. JMIR mHealth uHealth. 2024;12:e53006.

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.10 NO.5 September - October 2025

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568

ISSN : 2672-9717

PART III

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025 Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง 517
จิระมารถ กระเป๋าทอง

การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานแบบบูรณาการในตำบลหนองฮางอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ 526
กุณธีรา คำนึง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กรณีศึกษา อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 537
รวิษฎา หิรัญภัทรภากุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง 550
ปาริฉัตร น้อยนาฎ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย..... 560
จินดา ทองคมขำ

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบริบทพื้นที่ชายแดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ 570
ทศพร ศรีทอง

ผลการจัดการโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี 579
ภาชญา กลิ่นกุหลาบ

ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี 591
ปาลิดา ภาคาเขต

ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน 601
กนกเพชร แก้วเกิด ,อังคณา ผาลิกา ,อริษา บุตรโคตร

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารเปรียบเทียบแนวทางการ : พยาบาลในผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ติดเชื้อHIV ร่วม 614
ปิ่นแก้ว คำสิงหา

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี 623
สุนันทา เอมน้อย

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดที่ 1 ระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวผู้คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด 633
พิมพ์ใจ มากสกุล

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยการส่องกล้องผ่านทางช่องปาก 639
สุภาภรณ์ จิมขุนทด

ผลของการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-cog ต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส 647
นูรอามีลา วาเฮง

เปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในสถาบันบำราศนราดูร กรณีศึกษา 2 ราย 656
อนงค์ พรหมราช

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2568 VOL. 10 NO. 5 September – October 2025 Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 663
มนสิชา เวรุนัต

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดา อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ 674
อรุณ เครือเนียม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี 682
เมธัส ต่างวิวัฒน์

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 5) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – สิงหาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินนอกงบประมาณ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล การวางแผนจำหน่าย โดยรูปแบบ D-METHOD-P การจัดเก็บรายได้โดยใช้โปรแกรมตรวจสอบระบบข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล อัตรารอดชีพที่ 3 ปี ภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นโดยใช้แบบสอบถาม STOP-Bang โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริก ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช การส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาล โปรแกรมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับความรอบรู้สุขภาพปอดและสมรรถภาพปอด ภาวะกลืนลำบากที่ไม่มีการอุดตันของหลอดอาหารด้วยการตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุราและสารเสพติด ผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การบริการลดละเลิกบุหรี่แบบครบวงจร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย รูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ พัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเรื่องไตในชุมชน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นตั้งครรภ์ การป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมกับไตวายระยะสุดท้าย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่อง รูปแบบการประเมินความเสี่ยงฉุกเฉินก่อนส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ รูปแบบการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดเพื่อลดภาวะเสี่ยง โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 10 ฉบับที่ 5 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง
Development of a Palliative Care Model for End Stage Cancer Patient at Khok Samrong Hospital.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

จิระมารถ กระเป๋าทอง[1]
Chiramart Krapaothong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (2) พัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง และ (3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลดังกล่าว การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มทีมผู้ให้บริการและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยการจัดทำร่าง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC=0.82) ทดลองใช้และปรับปรุงให้สมบูรณ์ และระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 32 คน และผู้ดูแล 32 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale: POS) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล และแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) (2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวมตามแนวคิด “LIFESS” และ (3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต หลังการใช้รูปแบบ พบว่าค่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สะท้อนว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงและได้รับการดูแลที่เหมาะสม ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.08, SD = 0.108) และความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.48, SD = 0.239)
คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

The objectives of this research were (1) to study the current situation of palliative care for End Stage Cancer Patient, (2) to develop a palliative care model for End Stage Cancer Patient at Khok Samrong Hospital, and (3) to examine the effectiveness of the developed model. The study employed action research consisting of three phases. Phase 1 involved situational analysis through focus group discussions with healthcare providers and in-depth interviews with caregivers. Phase 2 focused on developing the model, drafting and validating its content (IOC = 0.82), and pilot testing before final revision. Phase 3 evaluated the effectiveness of the model among 32 terminal cancer patients and 32 caregivers. Research instruments included the Palliative Care Outcome Scale (POS), a caregiver satisfaction questionnaire, and a healthcare team satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The developed palliative care model comprised three key components: (1) advance care planning, (2) holistic palliative care based on the “LIFESS” concept, and (3) end-of-life care management. The findings revealed that the POS scores significantly decreased after implementation ($p < 0.05$), indicating reduced suffering and improved patient outcomes. Caregivers’ satisfaction was at a high level (Mean = 4.08, SD = 0.108), and healthcare providers’ satisfaction was also high (Mean = 4.48, SD = 0.239).
Keywords: Palliative care, End Stage Cancer Patient, Model development.

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโคกสำโรง

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลรายงานขององค์กรวิจัยมะเร็งนานาชาติ สังกัดองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับแรก และสถิติโรคมะเร็งในเขตภาคกลาง ปี พ.ศ.2556-2564 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เฉลี่ย 14,044 รายต่อปี และมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตเฉลี่ย 7,187 รายต่อปี[2] (สภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งของประเทศไทยเกือบร้อยละ 80 เป็นผู้ที่โรคมะเร็งลุกลามไปมาก[3] ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกมักจะไม่ค่อยแสดงอาการให้เห็นเด่นชัด ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ในระยะหลังที่ปรากฏอาการชัดเจนแล้ว เซลล์มะเร็งก็ได้ลุกลามและแพร่กระจายไปมาก หรือภายหลังการได้รับการรักษาที่เฉพาะไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด ให้เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีการตอบสนองไม่ดีต่อการรักษาหรือการรักษาไม่สามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้เท่าที่ควร ระยะลุกลามของโรคมะเร็งไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย อาการของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอวัยวะที่โรคลุกลามไปถึง ก่อให้เกิดผลทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ร่างกายทุกระบบซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานจนกว่าจะเสียชีวิต อาการต่างๆ ที่รุมเร้าก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก กลืนอาหารลำบาก ท้องผูก หรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบย่อยอาหารผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นมะเร็งยังประสบกับความทุกข์ด้านจิตสังคมและความเครียดด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้น เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ การที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรครวมทั้งการเผชิญกับความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จากการศึกษาของคัดเนอร์ และคณะ[4] พบว่า สิ่งที่ผู้เป็นมะเร็งกังวลมากที่สุดในภาวะใกล้ตาย มีดังนี้ 1) ความปวด ความทุกข์ทรมาน หรือกระบวนการตายที่ยาวนาน 2) ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยและการตายต่อครอบครัว 3) ภารกิจที่ยังไม่ได้รับการจัดการก่อนการตาย 4) กระบวนการหรือเหตุการณ์ของการตาย หากผู้ที่เป็นมะเร็งไม่สามารถเผชิญและยอมรับกับความตาย วาระสุดท้ายของบุคคลเหล่านี้จะเป็นวาระแห่งความเศร้าโศก ทุกข์ทรมานทั้งแก่ตัวผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัว จะเห็นได้ว่า สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและครอบครัวควรได้รับการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการดูแลที่ลดความทุกข์ทรมาน ตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญต่อเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ การดูแลแบบนี้เรียกว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความว่า “เป็นการดูแลเพื่อบรรเทามากกว่าการรักษาอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยใช้การตรวจพบแต่เนิ่น ๆ การประเมินและการรักษาอาการเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว” (WHO, 2002) ซึ่งผลการสำรวจสถานการณ์ทั่วโลกมีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 56.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมากถึง 25.7 ล้านคน[5] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคมะเร็ง ด้วยการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ขึ้น โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2561–2565 เพื่อให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคอง

ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงการบริการที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งประเทศ[6]

โรงพยาบาลโคกสำโรง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีภารกิจด้านการดูแลประคับประคองเชื่อมต่อจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองอย่างมีมาตรฐาน ถ่ายทอดองค์ความรู้และวิชาการด้านการดูแลแบบประคับประคอง ได้จัดทำคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับการรักษาระหว่าง พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 98, 124 และ 132 คน ตามลำดับ[7] มะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ จากระยะเวลาของการนอนป่วยที่โรงพยาบาลมีจำนวนวันนอนที่สูงขึ้นตามจำนวนของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลจึงดำเนินการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล แต่ยังไม่มีแนวทางชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ข้อมูลเบื้องต้นจากผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว ได้รับบริการการดูแลแบบประคับประคอง เพียงร้อยละ 34.7 และผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านในวาระสุดท้ายได้ พยาบาลในหอผู้ป่วยไม่มั่นใจในการให้การดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่มีระบบการประสานงานกับเครือข่ายที่ดีที่เป็นระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน (home ward) ตามนโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยใน

จากสภาพปัญหาในการบริการผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หากบุคลากรทีมสุขภาพมีการจัดการการดูแลที่เป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และครอบครัวได้อย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การมีรูปแบบในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แบบประคับประคองมีความสำคัญต่อการสื่อความหมายทั้งระบบโครงสร้างการทำงาน ทำให้มองเห็นภาพรวมของระบบใหญ่ก่อให้เกิดความเข้าใจกระบวนการในการปฏิบัติ ใช้กำกับกระบวนการ ตรวจสอบงาน อีกทั้งสามารถควบคุมติดตามได้อย่างต่อเนื่องและมีประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนา และที่สำคัญทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม และมีความเหมาะสมกับบริบทในด้านวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพและระดับของการบริการสุขภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง โดยพัฒนาศักยภาพของพยาบาล ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

(Focus group) ทีมผู้ให้บริการ 2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่น้อยกว่า 2 ปี ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน โภชนากร 1 คน เภสัชกร 1 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการศึกษาตำรา การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1. แนวคำถามในการการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ 3) ด้านผลลัพธ์ 4) ข้อเสนอแนะ

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ความต้องการการช่วยเหลือ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์แบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์จากระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 2 ร่างรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า 2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม 3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต ตรวจสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC=0.82

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบรูปแบบ โดย 1) นำรูปแบบการดูแลใน 3 ประเด็น ทำความเข้าใจกับทีมผู้ให้บริการโดย ฝึกอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะกับพยาบาล คณะผู้วิจัยสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนามในระหว่างการฝึกอบรม 2) นำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ในหอผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดย คณะผู้วิจัยสังเกตและบันทึกผลการทดลอง ได้รูปแบบ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) รูปแบบการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า 2) รูปแบบการดูแลประคับประคองแบบองค์รวม 3) รูปแบบการวางแผนจำหน่าย (home ward) และปรับปรุงรูปแบบที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 32 คน คัดเลือกแบบเจาะจง มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ มีการกระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 32 คน ที่เป็นญาติ หรือเป็นบุคคลหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า 2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม 3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต

2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง 2) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Care Outcome scale (POS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ข้อ 1 - 10 เป็นคำถามปลายปิด ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับค่าคะแนน 0, 1, 2, 3 และ 4 (0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 = เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ) **การแปลผล** ถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 40 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ อย่างมากมาย

ท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตนเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ ไม่ได้รับข้อมูล/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ ถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 0 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีอาการรบกวนใดๆ/ได้รับข้อมูลเต็มที่/ได้รับการช่วยเหลือเต็มที่/ ไม่เสียเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด เก็บข้อมูลครั้งเดียว คือ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน **การแปลผล** คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีระดับพึงพอใจมากที่สุด **ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.87 ค่าความเที่ยง (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค) เท่ากับ 0.81

4. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 หมายถึง ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 หมายถึง 3.50 ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 –2.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด **ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยง (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค) เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

คะแนนความพึงพอใจ ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (สำหรับผู้ป่วย) โดยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เมื่อแรกรับและครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการจำหน่าย ใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ให้บริการสุขภาพ 25 คน ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน โภชนากร 1 คน เภสัชกร 1 คน โดยมีพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 80 เป็นผู้หญิงทั้งหมด อายุ 25-50 ปี อายุเฉลี่ย 39.84 ปี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะเวลาเฉลี่ย 3.2 ปี 2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 32 คน เพศหญิง 22 คน ร้อยละ 68.75 อายุเฉลี่ย 59.82 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 เรียนจบประถมศึกษา ร้อยละ 59.38 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.50 มะเร็งที่พบ ได้แก่ มะเร็งเต้านมร้อยละ 28.12 มะเร็งปอดร้อยละ 25 มะเร็งลำไส้ร้อยละ 15.62 ทั้งหมดทราบการวินิจฉัยและระยะของโรค 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 32 คน เป็นเพศหญิง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25 อายุเฉลี่ย 41.27 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.50 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.25 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 75

2. รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย

1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า โดยพยาบาล Palliative care ward nurses (PCWN) ประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติอันดับแรก เตรียมในการแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรคอย่างชัดเจนจากนั้นดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ (1) ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับโรค ระยะของโรค (2) การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยการบอกเป้าหมาย ให้ทางเลือก เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ (3) วางแผนร่วมกับครอบครัว จากนั้นมีการเซ็นยินยอมเข้าระบบบริการ (inform consent) และกำหนดพินัยกรรมชีวิต (living will) ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เลือกบุคคลใกล้ชิดแสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยมีการวินิจฉัยจากพทย์ก่อนว่า คนไข้อยู่ในภาวะไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้วหรือยัง เพื่อตัดสินใจงดการรักษา ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือยื้อชีวิต การงดใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ การงดช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม ได้แก่ การ ดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิด “LIFESS” ประกอบด้วย (1) กำหนดพินัยกรรมชีวิต (2) ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วย (3) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วย Palliative performance scale (PPS) (4) สังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (5) จัดการความไม่สุขสบาย อาการรบกวน โดยประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (6) ประเมินผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พยาบาล PCWN วางแผนการจำหน่าย ส่งต่อผู้ป่วยกลับดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ (1) การจัดการอาการเจ็บปวด หายใจลำบาก จัดกิจกรรมการพยาบาลตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละวันตามการประเมิน ESAS (2) การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำตามวัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะแรก (3) การดำเนินการตามขั้นตอนการอำนวยความสะดวกให้กับญาติ

3. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประดับประคองโดยใช้แบบประเมิน POS (สำหรับผู้ป่วย) ก่อนดูแลแรกรับ และ หลังได้รับการดูแลหลังจำหน่าย พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม และรายข้อลดลง แสดงว่าผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ปัญหาและความต้องการ	แรกรับ Mean±SD	หลังจำหน่าย Mean±SD	t	p-value
1. อาการปวด	3.04 ± 0.89	2.73 ± 0.63	-3.219	0.001*
2. อาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย	3.19 ± 0.81	3.02 ± 0.74	-4.207	0.042*
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.87 ± 0.54	1.04 ± 0.43	-3.118	0.000*
4. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.41 ± 0.48	1.63 ± 0.41	-4.233	0.010*
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา	2.19 ± 0.72	1.24 ± 0.41	-3.856	0.003*
6. การได้รับการระบายความรู้สึก/ได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจ	2.35 ± 0.39	1.08 ± 0.34	-3.668	0.000*
7. ความรู้สึกซึมเศร้า	2.27 ± 0.41	1.13 ± 0.47	-4.220	0.001*
8. ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า	2.18 ± 0.35	1.98 ± 0.39	-4.397	0.028*
9. การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา	3.34 ± 0.28	1.34 ± 0.19	-4.302	0.000*
10. การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ปัญหา อื่นๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย	3.71 ± 0.37	1.53 ± 0.34	-3.879	0.000*
โดยรวม	2.98 ± 0.29	1.67 ± 0.47	-3.001	0.000*

P < 0.05

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ค่าเฉลี่ย โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.08, SD=0.108) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Mean=4.28, SD=0.731) การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นระยะๆ พร้อมแผนการรักษาพยาบาล (Mean=3.78, SD=0.591) และเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ท่านและครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดก่อนเสียชีวิต (Mean=3.69, SD=0.824)

5. ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.48, SD=0.239) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ รูปแบบการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง (Mean=3.98, SD=0.702) รูปแบบการพยาบาลสามารถเรียนรู้ และปฏิบัติตามได้ (Mean=3.78, SD=0.207) และ เนื้อหารายละเอียด ครอบคลุม (Mean=3.59, SD=0.361)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ

1) การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ให้การดูแล และตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจหารือและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ดูแล สำหรับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสถานะที่สามารถสื่อสารทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพของตนเองได้ การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสามารถใช้ได้กับทุกขั้นตอนของชีวิต ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพยาบาล Palliative care ward nurses (PCWN) ซึ่งผ่านการอบรมจะมีความมั่นใจและเป็นผู้ประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติอันดับแรก เตรียมในการแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจถึงการดำเนินของโรคอย่างชัดเจนจากนั้นดำเนินการ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ระยะของโรค การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยการบอกเป้าหมาย ให้ทางเลือก เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ วางแผนร่วมกับครอบครัว จากนั้นมีการเซ็นยินยอมเข้าระบบบริการ (inform consent) และกำหนดพินัยกรรมชีวิต (living will) ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ[8]

2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวม เป็นการดูแลตามแนวคิด “LIFESS” ประกอบด้วย (1) กำหนดพินัยกรรมชีวิต (2) ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วย (3) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วย Palliative performance scale (PPS) (4) สังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว (5) จัดการความไม่สุขสบาย อาการรบกวน โดยประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (6) ประเมินผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยมีผู้ประสานงานการดูแลแบบองค์รวมทั้งหมดซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้ และพยาบาล Palliative care ward nurses (PCWN) ดังนั้นควรสนับสนุนให้พยาบาลผู้รับผิดชอบได้รับการฝึกอบรมให้สามารถทำบทบาทนี้ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ[9]

3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิต หลังจากการได้รับแจ้งว่าผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตนั้นเป็นเรื่องที่น่าเศร้าใจอย่างยิ่ง สามารถกระตุ้นอารมณ์ต่างๆ มากมายและบางทีอาจนำไปสู่คำถามมากมายในภายหลังของผู้ดูแลและญาติ ซึ่งรูปแบบในองค์ประกอบนี้ มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งด้าน

ร่างกาย และจิตใจ ตั้งแต่การจัดการอาการเจ็บปวด หายใจลำบาก จัดกิจกรรมการพยาบาลตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละวันตามการประเมิน ESAS การดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำตามวัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะแรก การดำเนินการตามขั้นตอนการอำนวยความสะดวกให้กับญาติ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ท่านและครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดก่อนเสียชีวิต

4) ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกายและใจ รวมถึงอาการรบกวนต่างๆ ได้ ตรงกับความต้องการ ได้รับการดูแลเยียวยาจิตใจดูแล ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ บรรเทาความวิตกกังวล และได้รับการสนับสนุนความรู้ทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทีมผู้ให้บริการ จนระดับความทุกข์ทรมานจากโรคลดลงในขณะที่สภาพการดำเนินโรคนั้นจะยังคงรักษา ไม่หาย แสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธ์ ทิพย์ บุญยัง และ กาญจนา วิสัย[10]

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองนี้สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้ เพื่อให้รูปแบบการดูแลนี้ยั่งยืน ควรพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพให้ศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน (palliative care nurse) หรือ พยาบาล PCWN เพื่อเป็นพยาบาลผู้ประสานงานการให้บริการในเครือข่ายบริการสุขภาพ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งต่อไปควรต่อยอดไปถึงการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลด้วย และอาจจะปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อื่นๆ ได้อีก เช่น เพิ่มช่องทางหรือระบบรับคำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีเชื่อมโยงการดูแลระหว่างทีมเครือข่ายปฐมภูมิ ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักตลอดจนโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เคยดูแลผู้ป่วยอยู่ เพื่อการปรับเปลี่ยนการรักษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแล้วต้องการเปลี่ยนแผนการรักษา จะได้จัดการปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างราบรื่นและรวดเร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Freddie, B., Jacques, F., Isabelle, S., Rebecca, L.S., Lindsey, A. T., & Ahmedin, J. GLOBOCAN Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. A Cancer Journal for Clinicians. 2018, 68(6), 394-424.
2. ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ, บุรินทร์วงศ์ฝากว้,ศิรินยาแสงคา , มนฐิตินนั ท์ประดิษฐ์ค่าย,และ รวิสรา มีมาก. แนวโน้มอุบัติการณ์และอัตราตายโรคมะเร็งในภาคเหนือตอนบนของ ประเทศไทยปีพ.ศ. 2560-2563: ผลของการพัฒนาเครือข่ายทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. สำนักพิมพ์งานดี, 2563
3. กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561–2565. กระทรวงสาธารณสุข, 2562
4. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. Asia Pac J Oncol Nurs 2018, 5(1), 4-8.
5. World Health Organization. (2018). Cancer. https://www. who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563. กระทรวงสาธารณสุข, 2563.
7. โรงพยาบาลโคกสำโรง. สถิติโรคมะเร็ง. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโคกสำโรง, 2567.
8. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, สำลี สาลีกุล, นิภาพร อภิสิทธิวาสนา, มณีรัตน์ เทียมหมอก. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. 2560, 33(3), 138-145.

9. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564, 30(6), 1101-1111.
10. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และ กาญจนา วิสัย. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2563, 16(2), 104-117.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานแบบบูรณาการในตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Developing Patterns of an integrated diabetes prevention and control model in Nong Hang Subdistrict, Benchalak District, Sisaket Province.

(Received: October 22,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

กุณธีรา คำนึง[1]
Kunteera Khamnueng[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานแบบบูรณาการในตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ มุ่งเน้นให้เกิดการส่งเสริมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม 2568 - กันยายน 2568 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 50 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 50 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 วงรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย ค่าสถิติ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์จังหวัดศรีสะเกษคือ NONGHANG Model ได้แก่ 1) Networking for Health Alliance: การสร้างเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมวิเคราะห์ วางแผน และจัดให้มีรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง 2) Observation & Outreach: การเฝ้าระวังและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยมีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน 3) Nutrition & Lifestyle Modification: การส่งเสริมโภชนาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปฏิบัติยอมรับและเต็มใจ 4) Guideline-based Care: การดูแลตามแนวทางมาตรฐาน 5) Health Literacy & Empowerment: การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ไม่มีโรคภัย การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ประชาชนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 6) Active Community Participation: การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเข้มแข็ง ส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทเป็นเจ้าของปัญหา 7) New Innovation & Sustainability: นวัตกรรมสุขภาพและความยั่งยืน ใช้นวัตกรรม จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความเบาหวานมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตัว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การป้องกันโรคเบาหวาน, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, หนองฮางโมเดล

Abstract

This action research aimed to develop an integrated model for diabetes prevention and control in Nonghang Subdistrict, Benchalak District, Sisaket Province, Thailand. The study focused on promoting and modifying health behaviors among individuals at risk of diabetes through the primary health care service system and community participation. The research was conducted between March and September 2025.The participants included 50 public

[1] ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

health personnel and community network partners, as well as 50 individuals identified as being at risk of diabetes. The research process comprised four iterative stages—planning, action, observation, and reflection—implemented across two action cycles. Qualitative data were analyzed using inductive reasoning, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, along with inferential analysis through the paired t-test.

The results revealed that the integrated health behavior modification model developed for diabetes risk groups through the primary health care system and community participation in Nonghang Subdistrict was identified as the NONGHANG Model, consisting of seven key components: Networking for Health Alliance – Building community health networks and promoting stakeholder collaboration; Observation & Outreach – Conducting proactive surveillance and engagement with target groups; Nutrition & Lifestyle Modification – Encouraging healthy nutrition and voluntary lifestyle adjustments; Guideline-based Care – Implementing care according to standardized clinical guidelines; Health Literacy & Empowerment – Enhancing health literacy and self-care capacity; Active Community Participation – Strengthening community ownership and participation; and New Innovation & Sustainability – Promoting health innovation and ensuring sustainability of outcomes. The findings demonstrated that individuals at risk of diabetes showed significantly higher levels of perceived disease severity, perceived susceptibility, self-efficacy, and perceived effectiveness of self-care behaviors after the intervention compared with pre-intervention levels, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: Diabetes Prevention; Health Behavior Modification; Primary Health Care; Community Participation; NONGHANG Model

บทนำ

แนวโน้มปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของประชาชน ทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งถือเป็นภัยเงียบ เนื่องจากมักไม่แสดงอาการชัดเจน แต่มีผลรุนแรงต่อสุขภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ,ไตและหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี 2563- 2567 พบอัตราการผู้ป่วยของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 501.33, 522.93, 564.78, 609.07 และ 644.11 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทุกๆปี[2,3] จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี 2563- 2567 พบอัตราการผู้ป่วยของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 501.33, 522.93, 564.78, 609.07และ 644.11 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดศรีสะเกษในปี พ.ศ. 2563 – 2567 จากการคัดกรองโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานรายใหม่ ต่อประชากร 1 แสนคน เท่ากับ 465.35, 434.53, 447.48, 530.00, และ 562.67 ตามลำดับ[2] ซึ่งในระดับจังหวัดมีสถานการณ์เพิ่มขึ้นในปี 2564-2567 สอดคล้องกับระดับประเทศ ส่วนสถานการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานรายใหม่ ต่อประชากร 1 แสนคน ของอำเภอเบญจลักษ์ ในปี 2563 – 2567 เท่ากับ 499.50, 608.99, 871.62, 630.63 และ 604.61 ตามลำดับ ซึ่งในระดับอำเภอเบญจลักษ์จะมีแนวโน้มลดลงในปี 2566 – 2567 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานรายใหม่ ต่อประชากร 1 แสนคน ของตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ ในปี พ.ศ. 2563-2567

พบว่ามีอัตราป่วยเท่ากับ 563.91, 561.64, 1,093.37, 617.90 และ 647.39 ตามลำดับ[2,4] จากสถานการณ์โรคเบาหวานของตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ ในปี 2563-2565 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่สูงขึ้นทุกปีและสูงกว่าระดับจังหวัดและประเทศ และลดลงมาในปี 2566 จากนั้นในปี 2567 มีอัตราป่วยที่สูงขึ้นและสูงกว่าอัตราป่วยของระดับอำเภอ จังหวัดและประเทศและนอกจากนี้ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2567 ตำบลหนองฮาง มีประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 2,069 ราย พบผู้มีภาวะเสี่ยง จำนวน 483 คน คิดเป็นร้อยละ 23.34 ส่งผลให้ตำบลหนองฮาง มีอัตราการค้นพบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสูงที่สุดในอำเภอเบญจลักษ์ ซึ่งในประชากรกลุ่มเสี่ยง หากไม่ดูแลตนเอง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก็มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้ในอนาคต[4]

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพ[5] หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีความใกล้ชิดกับชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง แต่ปัจจุบันส่วนใหญ่หน่วยบริการปฐมภูมิมีภาระงานด้านการคัดกรองและรักษาผู้ป่วยแล้วเป็นหลัก[6,7] การดำเนินงานเชิงป้องกันระดับต้นและการมีส่วนร่วมของชุมชนยังมีจำกัด จากความสำคัญดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฮางได้พัฒนาแผนบริการปฐมภูมิในปี 2566 โดยเน้นการลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[8] การมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)[9,10] และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Motivation Prevention Theory) ของ Roger (1986) ซึ่งเน้นการสร้างความเข้าใจตนเอง การตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และการสร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ[11,12] ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานแบบบูรณาการในตำบลหนองฮาง โดยเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและลดภาระโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และแนวทางในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษจังหวัด ศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[13] ผสานทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers โดยออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการ PAOR ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยสองกลุ่มหลัก:

1. ประชากรเพื่อศึกษาบริบทชุมชน

ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ครอบคลุมกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพระดับตำบล และภาคประชาชน เช่น กลุ่มร้านชำ อสม. แม่บ้าน เยาวชน และผู้สูงอายุ โดยดำเนินการจนข้อมูลอิ่มตัว เพื่อวิเคราะห์บริบทที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพและคุณภาพชีวิตตำบล

2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่อำเภอเบญจลักษ์ ที่ผ่านการคัดกรองพบว่ามีภาวะก่อนเบาหวาน ได้แก่ มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) อยู่ระหว่าง 100–125 mg/dL และระดับ HbA1C อยู่ระหว่าง 5.7–6.4%

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 อ้างอิงจากผลวิจัยของ ชุติภา แก้วลือ[15] ที่ใช้หลัก 3อ 2ส ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง (10.06 ± 2.22) และกลุ่มเปรียบเทียบ (11.64 ± 2.39) คำนวณค่า Effect Size = 0.68, Alpha = 0.01, และ Power = 0.99 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 47 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียจากการถอนตัว จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 50 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 จากขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน นำมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในตำบลหนองฮาง กับจำนวนกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานทั้งหมด

ขั้นที่ 2 นำกลุ่มประชากรทั้งหมดมาจับสลาก โดยใช้รายชื่อจากทะเบียนกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ของตำบลหนองฮางรวมกัน

ขั้นที่ 3 นำรายชื่อที่สุ่มได้มาจัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. กลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์จังหวัดศรีสะเกษ ≥ 6 เดือน

2. สมัครใจเข้าร่วมตลอดโครงการ

3. มีศักยภาพในการสื่อสารและแสดงความคิดเห็น

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายออกนอกพื้นที่

2. ขอถอนตัว หรือมีปัญหาสุขภาพรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลทางประชากร เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูล ลักษณะประชากร ของประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ในการประเมินอันตรายโดยแบ่งเป็น 2 ข้อย่อยได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน แบบสอบถามการเผชิญปัญหา ได้แก่ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน แบบสอบถามการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนโรคเบาหวาน[16]

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม(Focus Group) เวทีสมัชชาสุขภาพ และ แบบสังเกต[17,18] โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลจากประชากรเป้าหมายผ่านกระบวนการภาคสนาม ด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตามกรอบทฤษฎีและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data): รวบรวมจากแหล่งข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

การสังเกต (Direct Observation): ใช้ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เพื่อติดตามพฤติกรรมและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในบริบทจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), ค่าสูงสุด–ต่ำสุด รวมทั้งเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมด้วย สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พร้อมรายงาน ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Unadjusted Mean Difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถามด้วยค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2025-042 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. บริบทและการประเมินสถานการณ์

1.1 สถานการณ์โรคเบาหวานและระบบบริการสุขภาพในตำบลหนองฮาง

จากข้อมูลระบาดวิทยาช่วงปี 2563–2567 พบว่าอัตราชุกโรคเบาหวานในตำบลหนองฮางเพิ่มขึ้นจาก 6,937.8 เป็น 8,710.49 ต่อแสนประชากร ขณะที่อัตราผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มลดลงระหว่างปี 2563–2566 และกลับมาเพิ่มขึ้นในปี 2567 การคัดกรองประชาชนอายุ ≥35 ปี พบภาวะก่อนเบาหวานสูงถึง 38.68% ซึ่งสูงที่สุดในอำเภอเบญจลักษ์

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการผ่าน รพ.สต.หนองฮางและเครือข่าย “3 หมอ” โดยใช้ทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข มีการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มและการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม บทบาทด้านการป้องกันยังไม่เข้มแข็งเท่าการรักษา จำเป็นต้องเร่งพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในอนาคต

1.2 ปัญหาและข้อจำกัดจากการศึกษาข้อมูลเชิงลึก

การวิเคราะห์จากภาคสนามและการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่ายพบปัญหาหลัก 6 ประเด็น

1.2.1 ระบบติดตามกลุ่มเสี่ยงไม่ต่อเนื่อง กลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองได้ (ร้อยละ 38.68) กว่า 80% พัฒนาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน สะท้อนการขาดกลไกติดตามและให้คำปรึกษาเชิงรุกในระดับชุมชน

1.2.2 ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชนและผู้นำท้องถิ่นยังไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงจากผลการคัดกรอง และขาดระบบสนับสนุนการจัดบริการดูแลกลุ่มเสี่ยง

1.2.3 พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ประชาชนส่วนใหญ่ยังบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม นิยมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง และออกกำลังกายน้อย ซึ่งกลายเป็นวัฒนธรรมการบริโภคที่ยากต่อการปรับเปลี่ยน

1.2.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ยั่งยืน แม้จะมีความรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังขาดแรงจูงใจและการติดตามพฤติกรรม เช่น ในกลุ่ม อสม. เองก็ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เปลี่ยนแปลง

1.2.5 ขาดกลไกเชิงนโยบายระดับพื้นที่ การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นโครงการระยะสั้น ขาดการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคสุขภาพ และประชาชนในระดับตำบล

1.2.6 ขาดรูปแบบชัดเจนในการดำเนินงานร่วมกับชุมชน ชุมชนต้องการให้มีการคืนข้อมูลรายครัวเรือน จัดอบรมกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการออกกำลังกาย และใช้อสม.เป็นแกนนำสร้างความตระหนักเรื่องการบริโภคอาหารสุขภาพ รวมถึงขยายกิจกรรมสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง

สรุป ตำบลหนองฮางมีศักยภาพพื้นฐานที่เอื้อต่อการพัฒนา แต่ยังขาดการบูรณาการเชิงระบบและการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม ที่เน้นการสร้างความตระหนักรู้และกลไกติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมและชะลอการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กระบวนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนโรคเบาหวาน

กระบวนการพัฒนารูปแบบดำเนินการผ่านการประชุมกลุ่มระดมสมองร่วมกับภาคีเครือข่ายในตำบลหนองฮาง จำนวน 50 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น คณะกรรมการกองทุนสุขภาพ ตัวแทนประชาชน และภาควิชาการ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดวิสัยทัศน์ และพัฒนายุทธศาสตร์ตำบลใน 5 ด้าน ได้แก่:

1. สิ่งแวดล้อมดี ปลอดโรค ปลอดขยะ
2. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
4. พัฒนาระบบสุขภาพตำบลอย่างยั่งยืน
5. ขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะ

กระบวนการพัฒนารูปแบบ (ตามวงจร PAOR)

1. Planning: ตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบล วางยุทธศาสตร์ และพัฒนาศักยภาพแกนนำ

2. Action: ดำเนินกิจกรรมอบรม “ผู้บริหารยุคใหม่” เพื่อสร้างผู้นำสุขภาพระดับท้องถิ่น

3. Observation & Reflection: ประชุมติดตามผลรายไตรมาส พร้อมเวทีถอดบทเรียน

4. ผลลัพธ์: เกิดกลไกบูรณาการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ อปท. และภาคประชาชน ทำให้ประชาชนตระหนักรู้ เข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น และสามารถผลักดันนโยบายสุขภาพในระดับตำบล

รูปแบบ NONGHANG Model

รูปแบบ “NONGHANG Model” ได้รับการออกแบบจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในตำบลหนองฮาง เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 7 ด้าน ได้แก่:

1. Networking for Health Alliance: สร้างเครือข่ายสุขภาพร่วมวางแผนและดำเนินงาน

2. Observation & Outreach: เฝ้าระวังเชิงรุกและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

3. Nutrition & Lifestyle Modification: ส่งเสริมโภชนาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. Guideline-based Care: ดูแลตามแนวทางมาตรฐาน

5. Health Literacy & Empowerment: สร้างความรู้และศักยภาพในการดูแลตนเอง

6. Active Community Participation: สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกระดับ

7. New Innovation & Sustainability: นำนวัตกรรมและแนวทางที่ยั่งยืนมาใช้ในการขับเคลื่อน

3. ผลลัพธ์และการประเมินผล

ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบ จากแบบสัมภาษณ์และคำถามปลายเปิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่าง 50 คน แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 28.0 เพศหญิงร้อยละ 72.0 อายุเฉลี่ย 49.94 ปี (SD=10.01) อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 46.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเดือนละ 6,256.00บาท (SD=

3,193.63) ดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 46.0

ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนโรคเบาหวาน ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง ดังนี้

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้ความรุนแรงของโรค เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 0.97 คะแนน (95%CI=-0.99-(-0.95)) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้น 0.94 คะแนน (95%CI=-0.97-(-0.91)) ผลต่างค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน (95% CI=-0.98-(-0.91)) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 0.97 คะแนน (95%CI=-0.99-(-0.95)) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง(n=50)

รูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนโรคเบาหวาน	ก่อนการพัฒนา (n=50) Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา (n=50) Mean(S.D.)	$\overline{d}$	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.02(0.07)	1.99(0.03)	-0.97	-0.99-(-0.95)	-98.04	<0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	1.06(0.10)	2.00(0.01)	-0.94	-0.97-(-0.91)	-63.90	<0.001**
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันฯ	1.04(0.08)	1.99 (0.04)	-0.95	-0.98-(-0.91)	-58.99	<0.001**
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันฯ	1.03(0.07)	2.00(0.01)	-0.97	-0.99-(-0.95)	-97.89	<0.001**

p-value= 0.001

การเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด ด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการสูบบุหรี่ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้น 0.73 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 1.35 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการพักผ่อนเพิ่มขึ้น 0.58 และด้านการดูแลจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น 1.24 ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านจัดการกับการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้น 0.35 ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านจัดการกับการสูบบุหรี่ดีขึ้น 0.1 ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 13.90 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนโรคเบาหวาน

รูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนโรคเบาหวาน	ก่อนพัฒนา (n=50) Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา (n=50) Mean (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ด้านการควบคุมอาหาร	1.05(0.19)	1.79(0.03)	-0.73	-0.78-(-0.68)	-28.48	<0.001**
ด้านการออกกำลังกาย	0.63(0.19)	1.99 (0.49)	-1.35	-1.41-(-1.29)	-48.83	<0.001**
ด้านการพักผ่อน	0.42(0.49)	1.00(0.20)	-0.58	-0.72-(-0.43)	-8.22	<0.001**
ด้านคลายความเครียด	0.72(0.25)	1.96(0.12)	-1.24	-1.32-(-1.16)	-31.99	<0.001**
ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.36(0.59)	1.74(0.44)	-0.38	-0.56-(-0.19)	-4.22	<0.001**
ด้านการสูบบุหรี่	1.68(0.65)	1.78(0.41)	-0.1	-0.18-(-0.01)	-2.33	<0.024
ระดับน้ำตาลในเลือดFBS	109.00(5.81)	95.10(6.06)	13.90	12.26-15.53	17.09	<0.001**

P-value =0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของพบว่าตำบลหนองฮางยังไม่มีความชัดเจนและเป็นระบบ ประชาชนขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมคืนข้อมูล การประชุมกลุ่มระดมสมองและออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพได้แก่ การค้นหาปัญหาของชุมชนร่วมกัน การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง การจัดบริการสุขภาพด้านการรักษาให้ผู้รับบริการเข้าถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยหมอคนที่ 1 หมอคนที่ 2 ให้ความรู้แนวทางปฏิบัติตัวและหมอคนที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและและการบริการระบบปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข[19, 20] ให้การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องของหมอคนที่ 1 และครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง การให้สุขศึกษาในระบบออนไลน์ สื่อการเรียนรู้เข้าถึงง่ายและทันสมัย[21]จนได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนองฮางคือ NONGHANG Model ได้แก่ 1) Networking for Health Alliance: การสร้างเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมวิเคราะห์ วางแผน และจัดให้มีรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง 2) Observation & Outreach: การเฝ้าระวังและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยมีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน 3) Nutrition & Lifestyle Modification: การส่งเสริมโภชนาการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปฏิบัติยอมรับและเต็มใจ 4) Guideline-based Care: การดูแลตามแนวทางมาตรฐาน 5) Health Literacy & Empowerment: การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ไม่มีโรคภัย การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ประชาชนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 6) Active Community Participation:

การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเข้มแข็ง ส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทเป็นเจ้าของปัญหา 7) New Innovation & Sustainability: นวัตกรรมสุขภาพและความยั่งยืน ใช้นวัตกรรม เช่น “อสม.ชวนนับคาร์บ” บันทึกสุขภาพดิจิทัล หรือ สอน.บัดดี้ พร้อมวางระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ส่วนการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ระดับคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในการปฏิบัติตัวและประสิทธิภาพการรักษาของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยยะทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การพักผ่อนดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยลดลง ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยยทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงการที่ภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทำให้ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์และความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่ตำบลหนองฮาง เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนั้นการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (วนิดา สมภูงา, 2565) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวาน ด้วยหลักการ 6 building blocks ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ[22] และการใช้นำระบบสุขภาพปฐมภูมิมาบูรณาการร่วมในการจัดกระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การติดตามอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่าย 3 หมอ ตั้งแต่หมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอคนที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอคนที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐพัตรา ศรีวณิชชากรและดวงดาว ศรียากูล ทำให้กลุ่มเสี่ยงเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค[8, 23] และที่สำคัญรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นยังมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งจะส่งผลให้ความเสี่ยงด้วยโรคเบาหวานลดลงอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสร้างการรับรู้ให้ครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงย่อมจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้โอกาสของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลงสอดคล้องกับการศึกษา ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนตาบลนาดูนอำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนารูปแบบจนเกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและบริบทพื้นที่[17] ประชาชนตระหนักถึงปัญหาและมองว่าเป็นปัญหาที่คนในชุมชนต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้แผนงานโครงการ มีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wanida Ronyut ซึ่งได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดชัยภูมิ เรียกว่า รูปแบบ AFTER ประกอบด้วย การประเมิน การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการประเมินและสะท้อนความคิดเห็น 3) หลังจากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความคาดหวังผลการควบคุมโรคเบาหวาน ความคาดหวังความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[18] และสอดคล้องกับการศึกษาของพิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น มีการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข5 ที่เน้น การส่งเสริม และป้องกันโรคมากขึ้น[19] ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ปัญหา โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำาเนินการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างบูรณาการ ลดภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ดังนั้นการสร้างวิสัยทัศน์ คือ“นับคาร์บ ปรับสมดุล ลดเบาหวาน” แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย แผนจัดเมนูชูสุขภาพ แผนสร้างกิจกรรมทางกาย แผนผ่อนคลาย และแผนการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการตามแผน ปรับแผน และประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมได้แก่ อสม.ชวนนับคาร์บ ขยับกายหายจากโรค เมนูชูสุขภาพ พลังครอบครัว เรียนรู้เพื่อสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของกฤตพัทธ์ ฝึกฝน และคณะและกิ่งเพชร แก้วสิงห์ ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงและสุขภาพดีตามบริบทและวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับระดับน้ำตาลในเลือดได้ปกติ[24, 25] และใกล้เคียงปกติผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การขยายระยะเวลาในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในเขตตำบลหนองฮางไปในระยะเวลา 1 ปีเพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องและสามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตำบลหนองฮางได้จริง

2. ควรมีการใช้เครื่องมือใหม่ๆมาปรับใช้ในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตำบลหนองฮางเพื่อให้เกิดกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น และควรมีการนำนโยบายมาระดับจังหวัด อำเภอและตำบลมาทบทวนปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท เพื่อให้เกิดการยกร่างและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างกระแสอย่างต่อเนื่องและสร้างการรับรู้ในวงกว้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. *Diabetes*. 2024; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.
2. กระทรวงสาธารณสุข, ข้อมูลเพื่อตอบสนอง *Service Plan* สาขาโรคไม่ติดต่อ (*NCD DM,HT,CVD).* 2567.
3. กระทรวงสาธารณสุข, ก.ก., รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2564: กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์, รายงานประจำปี 2567 ควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2567: อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2566 (2023 *Clinical Practice Guidelines for Diabetes).* 2566, กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
6. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, คนไทยทุกครอบครัวกำลังจะมีหมอประจำตัว ครอบครัวละ 3 คน. 2563.
7. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ., คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. 2566.
8. ศรีวณิชชากร, ส., ระบบบริการปฐมภูมิ กับการสร้างเสริมสุขภาพ : ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (*NCDs).* 2565.

9. พ่วงสมจิตร์, ช., การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโรงเรียนประถมศึกษาในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร. 2540.
10. วุฑฒิกรรมรักษา, ฉ., ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัลดีเด่นของตำบลคุ้งพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
11. Green, L.W., & Kreuter, M.W. , *Health Education Planning: An Educational and Ecological Approach.* Mountain View, 1999.
12. Rogers Ronald W. (1986). "Protection Motivation Theory," Health Education Research Theory and Practice, 1: 153-161.
13. Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). Participatory Action Research. In Handbook of Qualitative Research. edited by Denzin, N. & Lincoln, Y. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage. pp. 567-605.
14. Lockett, M. (1986). *Popular Participation in Planning for Basic Needs.* The China Quarterly, 107: p. 546–547.
15. ชุติภา แก้วลื้อ. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเชียงเครือ ตำบลป่งไฮ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ.
16. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
17. Kumchan, J., Namyota, C., & Wongkongdech, A. (2024). *The development of a model for promoting health behaviors in risk groups for diabetes prevention in the community, Na Dun Subdistrict, Na Dun District, Maha Sarakham Province*, 13(1): p. 63-73.
18. Ronyut W, R.N., Rattanaarporn W. (2024). *DEVELOPMENT FOR DIABETES PATIENT CARE MODEL BY COMMUNITY PARTICIPATIONCHAIYAPHUM PROVINCE.* Primary Health Care Journal (Northeastern Edition), 39(3): p. 64-78.
19. พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการ แพทย์และสุขภาพ, 10(2), 309-316.
20. ศิริเนตร สุขดี. (2560). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
21. อัจฉรา บุญชุม. (2556). การพัฒนารูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บนเครือข่ายออนไลน์เพื่อการสื่อสารด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานสำหรับนักวิชาการสาธารณสุข. คณะวิทยาศาสตร์การกีฬามหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
22. วนิดา สมภูงา. (2565). ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยหลักการ 6 building blocks จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(1), 142-155.
23. ดวงดาว ศรียากูล. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรไทยกลุ่มสี่ยง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.18(1),72-92
24. กิ่งเพชร แก้วสิงห์. (2562). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
25. กฤตพัทธ์ ฝึกฝน และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(4), 369-382.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กรณีศึกษาอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Suicide Prevention Model for Students through Network Partnership A Case Study of Mueang Roi Et District, Roi Et Province.

(Received: October 23,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

รวิษฎา หิรัญภัทรภากุล[1]
Rawissada Hiranphattarapakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และศึกษาผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการตามกระบวนการ PAOR กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 220 คน ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กด้วยแบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 ($\bar{X}$ = 10.51, S.D. = 2.31) มีทัศนคติที่ถูกต้องในระดับสูง ร้อยละ 70.0 ($\bar{X}$ = 1.35, S.D. = 0.28) และมีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 6.8 ($\bar{X}$ = 12.84, S.D. = 8.73) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบการป้องกัน 2 ระดับตามความเสี่ยง (2) โครงสร้างภาคีเครือข่าย (3) ระบบการคัดกรองและติดตาม (4) ระบบการจัดการวิกฤต โดยมีกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมชั่วโมงแนะแนว "รู้ใจ วัยใส", เครือข่าย "เพื่อนช่วยเพื่อน", การให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่ และการพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากร หลังการใช้รูปแบบ พบว่านักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ร้อยละ 76.4 ($\bar{X}$ = 12.24, S.D. = 1.87) มีทัศนคติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.2 ($\bar{X}$ = 1.47, S.D. = 0.23) และภาวะซึมเศร้าทางคลินิกลดลงเหลือร้อยละ 3.6 ($\bar{X}$ = 10.22, S.D. = 5.31) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิกทั้งหมดได้รับการส่งต่อไปยังจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การป้องกันการฆ่าตัวตาย, วัยเรียน, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research study aimed to develop a suicide prevention model for school-age students through the participation of network partners and to evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted following the PAOR process. The sample consisted of 220 students in grades 1-3 from a secondary school in Mueang District, Roi Et Province. Research instruments included structured interview guidelines for focus group discussions, questionnaires assessing knowledge and attitudes toward depression and suicide, and the Children's Depression Inventory (CDI) for depression screening. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and paired sample t-tests.

The findings revealed that prior to the intervention, the majority of students had moderate knowledge about depression and suicide (58.2%, M = 10.51, SD = 2.31), high levels of appropriate attitudes (70.0%, M = 1.35, SD = 0.28), and clinically significant depression (6.8%, M = 12.84, SD = 8.73). The developed suicide

[1] กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

prevention model comprised six main components: (1) a two-tier prevention system based on risk levels, (2) network partnership structure, (3) screening and monitoring system, (4) crisis management system, (5) networking and support system establishment, and (6) monitoring and evaluation mechanisms. Five core activities were implemented: the "Know Your Heart, Bright Youth" weekly guidance sessions, the "Peer-to-Peer Support" network, health education by public health personnel, mobile mental health clinics, and capacity building for teachers and staff. Following the implementation of the model, students demonstrated significantly improved outcomes. Knowledge levels increased to the high category (76.4%, M = 12.24, SD = 1.87), appropriate attitudes rose to 88.2% (M = 1.47, SD = 0.23), and clinically significant depression decreased to 3.6% (M = 10.22, SD = 5.31), all statistically significant at the 0.05 level ($p < 0.001$). All students identified with clinically significant depression were referred to child and adolescent psychiatrists (100%).
Keywords: suicide prevention, school-age students, network partnership participation, action research

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กที่อาศัยเทคโนโลยี ทำให้กลไกในการสร้าง และควบคุมความสัมพันธ์ของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อภาวะความเข้มแข็งของจิตใจของเด็กทำให้ระดับความอดทนของคนเราลดลง เกิดเป็นปัญหาสังคมที่มีแนวโน้มรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งความรุนแรงในสังคมนั้นสามารถพบได้ทั่วไป ทั้งในครอบครัว และโรงเรียน สภาพความกดดันเช่นนี้ สร้างผลกระทบแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องชุมชน และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่จิตใจไม่เข้มแข็ง มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ส่งผลไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกหนีปัญหา การฆ่าตัวตายจึงเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก และพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมีประมาณ 10 - 20 หรือโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี[1] จากการรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก ๆ 2 ชั่วโมง และคนไทยพยายามฆ่าตัวตาย 31.110 คน หรือเท่ากับ 47.74 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 85 คน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด 5 อันดับแรกของประเทศ คือ จังหวัดเชียงใหม่ 15.33 ต่อแสนประชากร จังหวัดน่าน 15.21 ต่อแสนประชากร จังหวัดแม่ฮ่องสอน 14.06 ต่อแสนประชากร จังหวัดเชียงราย 13.90 ต่อแสนประชากร และจังหวัดตาก 13.00 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ จังหวัดนครราชสีมา 251 คน จังหวัดเชียงใหม่ 250 คน กรุงเทพมหานคร 250 คน จังหวัดนครศรีธรรมราช 172 คน จังหวัดเชียงราย 163 คน เมื่อจำแนกรายกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดที่สุด 10.39 ต่อแสนประชากร และกลุ่มวัยรุ่น วัยนักศึกษา มีอัตราการพยายามการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 104.86 ต่อแสนประชากร[2] ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด สถิติรายงานการฆ่าตัวตายในปี 2566 พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 201 ราย คิดเป็น 15.68 ต่อแสนประชากร พบมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 20 – 59 ปี) จำนวน 95 คน คิดเป็น 12.26 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่น วัยนักศึกษา (อายุ 15 – 19 ปี) จำนวน 52 คน คิดเป็น 71.95 ต่อแสนประชากร วัยเรียน (อายุ 5 – 14 ปี) จำนวน 40 คน คิดเป็น 30.33 ต่อแสนประชากร และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.47 ต่อแสนประชากร โดยปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ป่วยโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 46.77 เคยทำร้ายตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 31.84 ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 15.42 ติดสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 13.43 และใช้สุรา คิดเป็นร้อย

ละ 12.94 ด้านปัจจัยกระตุ้นพบว่า มีปัจจัยด้านปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คิดเป็นร้อยละ 85.57 (น้อยใจโดนดุด่า ตำหนิ ร้อยละ 59.20, ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 50.25, ผิดหวังความรัก ร้อยละ 14.43) ปัญหาทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 14.43[3] สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากเรื่องอารมณ์ คือ น้อยใจ เสียใจ ความเครียด ถูกกดดันจิตใจจากปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องปัญหาหนี้สิน โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ COVID-19ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพและใช้ชีวิตได้ตามปกติ การถูกเลิกจ้างงาน ตกงาน ขาดรายได้มาใช้จ่ายเลี้ยงดูครอบครัว การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบให้เกิดความเครียด ซึมเศร้า วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้วิธีรับประทานยาเกินขนาด รับประทานยาฆ่าแมลงและน้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 90 ใช้วิธีการแขวนคอ รองลงมาใช้วิธีรับประทานยาฆ่าแมลง ใช้ปืนยิง รมควัน และรับประทานสารพิษจำพวกน้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 25 – 59 ปี เป็นวัยทำงานซึ่งผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกือบทุกรายส่งสัญญาณให้ญาติ หรือคนรอบข้างได้รับรู้มาก่อน เช่น บ่นอยากตาย หรือคำพูดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ซึ่งญาติหรือสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกผิดที่ไม่ได้เห็นความสำคัญของคำพูดหรือสัญญาณเตือนโดยขาดการสังเกต และเฝ้าระวัง หรือให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจมาก่อน[4]

วัยรุ่น และวัยเรียน ถือเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงกล่าวได้ว่า วัยรุ่น วัยเรียน เป็นช่วงวัยที่สำคัญของชีวิต การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัววัยรุ่น วัยเรียน ทำให้มีความเครียด และบางครั้งไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หากวัยรุ่นมีความเครียดสะสมในระดับที่มากเกินไปจะส่งผลกระทบทางด้านลบต่อปัญหาสุขภาพกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดหลัง ใจสั่น และส่งผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย คิดมาก วิตกกังวล เศร้าหมอง ไม่มีสมาธิ รวมทั้งทางพฤติกรรม ได้แก่ เงียบขรึม เก็บตัว สูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น ชวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ อาจใช้สารเสพติด หากวัยรุ่นมีภาวะเครียดรุนแรงมากยิ่งขึ้น อาจถึงขั้นเกิดภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ นำมาซึ่งความสูญเสียเป็นอย่างมาก[5] นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง และปรับตัวสูง ทั้งต่อโรงเรียน ครู กลุ่มเพื่อน การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวทำให้นักเรียนวัยรุ่นมีความเครียด และบางครั้งไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้[6] อีกทั้งยังพบว่า สุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นไทย กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุข และสังคมที่ควรได้รับการสนใจ เนื่องจากภาวะเครียดในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น และนักเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง[7] อีกทั้งเป็นช่วงวัยที่ต้องจริงจังกับการเรียนมากขึ้น ทำให้เด็กในวัยเรียนมีการแข่งขันทางการศึกษาสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดความกดดัน และเกิดความเครียดได้ หากวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับ ความเครียดได้จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกท้อแท้หมดหวัง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เบื่อหน่าย เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ บางคนล้มเหลวในชีวิตการเป็นนักเรียน และลาออกจากการเรียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และเกิดการสูญเปล่าทางการศึกษาเป็นอย่างมาก[8] และความเครียดจากการเรียนที่เกิดขึ้นนั้น ยังมาจากมุมมองเกี่ยวกับการศึกษาว่าจะสามารถพัฒนาตนเองให้มีความสมบูรณ์ พร้อมทั้งความสามารถทางด้านวิชาชีพ ความสามารถด้านทักษะการดำเนินชีวิต เพื่อให้บุคคลนั้นดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้เด็กวัยรุ่นต่างต้องดิ้นรนสอบแข่งขัน เพื่อให้ตนเองได้รับโอกาสที่ดีทางการศึกษา และการประกอบอาชีพในอนาคต จากปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลกระทบโดยตรงต่อ

วัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา และเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ความเครียดที่มีจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพใน การเรียนรู้ การรับรู้ความสามารถและความเชื่อมั่นในตนเองของวัยรุ่นได้[9]

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยเรียน มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยเรียนมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตใจ สังคม และครอบครัว การทำงานร่วมกันของเครือข่ายที่ประกอบด้วยโรงเรียน ครู ผู้ปกครอง หน่วยงานสาธารณสุข นักจิตวิทยา และชุมชนช่วยให้เกิดระบบการเฝ้าระวังที่ครอบคลุม และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยให้แก่นักเรียน การมีส่วนร่วมนี้ช่วยให้ทุกฝ่ายสามารถรับรู้สัญญาณเตือนของนักเรียนที่อาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ ทำให้มีโอกาสในการแทรกแซง และให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที นอกจากนี้เครือข่ายยังช่วยพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างความแข็งแรงทางจิตใจ และทักษะการจัดการกับความเครียดในนักเรียน ทำให้พวกเขามีเครื่องมือในการรับมือกับปัญหาในชีวิตประจำวัน การทำงานร่วมกันของเครือข่ายยังช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัว และชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพจิตในวัยเรียน ทำให้สามารถสนับสนุน และดูแลนักเรียนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งจะช่วยให้การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยเรียนมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงเรียน[10] จากข้อมูลและสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับภาวะความเครียดของกลุ่มวัยเรียน ซึ่งเป็นเรื่องที่จำเป็นเร่งด่วน ควรได้รับ การป้องกันในระยะต้น ๆ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในขั้นรุนแรงอื่น ๆ ตามมา และเป็นการช่วยเหลือนักเรียน ที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาได้อย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้สูญเสียนักเรียนไปในระหว่างการศึกษา จึงได้ทำการวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กรณีศึกษาอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้มีโปรแกรมในการดำเนินงานที่เหมาะสม และส่งผลให้การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในกลุ่ม วัยเรียน ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในกลุ่ม วัยเรียน ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาและประเมินรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 - เมษายน 2568 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ กลุ่มตัวอย่างในส่วนนี้เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 477 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan[11] จำนวน 220 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ

1.เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ในโรงเรียนที่เป็นโรงเรียนเป้าหมาย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ในปีการศึกษา 2567

2.เป็นผู้ที่ได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน เข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และมีความสนใจตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม พร้อมทั้งได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

3.เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการได้ ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้หรือการตอบแบบสอบถาม

4.สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี มีความสามารถในการอ่านและเขียนที่เพียงพอต่อการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การคัดออก คือ

1.นักเรียนที่ไม่ได้กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ในโรงเรียนที่เป็นโรงเรียนเป้าหมาย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด หรือนักเรียนที่ย้ายโรงเรียนหรือหยุดเรียนระหว่างการดำเนินการวิจัย

2.นักเรียนที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำซ้อนหลายครั้งหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง ซึ่งต้องการการดูแลเฉพาะทางจากจิตแพทย์อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยนักเรียนกลุ่มนี้จะได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

3.นักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายหรือจิตใจที่รุนแรง เช่น โรคเรื้อรัง ความพิการทางร่างกายหรือสติปัญญาที่รุนแรง หรือโรคทางจิตเวชที่รุนแรง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการหรืออาจได้รับผลกระทบในทางลบจากการเข้าร่วมกิจกรรม

4.นักเรียนที่ไม่แสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ หรือผู้ปกครองไม่ให้ความยินยอม หรือนักเรียนที่ขอยุติการเข้าร่วมโครงการระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเคารพสิทธิ์ในการตัดสินใจของนักเรียนและผู้ปกครองตลอดระยะเวลาการวิจัย

5.นักเรียนที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 20 ของกิจกรรมทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามกระบวนการวิจัยเป็น 2 ประเภท รายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ลักษณะเป็นเครื่องมือแนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน วิเคราะห์แนวทางในการดำเนินงาน แนวคิด และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนที่มีความเหมาะสม ระหว่างผู้วิจัยที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้นำการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างโดยประเด็นแนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย

1.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สนทนากลุ่ม 1.2) บทบาทหน้าที่ หรือประสบการณ์ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพจิต หรือการป้องกันการฆ่าตัวตาย 1.3) แนวคิดการดำเนินงาน กิจกรรมที่สำคัญ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน 1.4) แนวทางการติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงาน

2) เครื่องมือที่ใช้ศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิต จำแนกความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและทดสอบการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.1) แบบสอบถามความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากศักรินทร์ แก้วเฮ้า และคณะ[12] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบการป้องกัน และแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูลด้าน เพศ อายุ ระดับชั้นภูมิลำเนา สถานะทางครอบครัว สถานะการพักอาศัย ประวัติผู้ป่วยสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเข้าอบรมหรือหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ช่องทางการอบรมหรือรับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ประวัติการคัดกรองภาวะซึมเศร้า รวมทั้งหมด 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย เป็นแบบสอบถามลักษณะคำถามเกี่ยวกับความรู้โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งช่วงอ้างอิงตาม Bloom[13] ได้ผลการแปลผลคะแนน รายละเอียดดังนี้ 1.คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ในระดับสูง 2.คะแนนระหว่างร้อยละ 60 -79 มีความรู้ในระดับปานกลาง 3.คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย

เป็นแบบสอบถามลักษณะคำถามเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ลักษณะมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งช่วงอ้างอิงตาม Bloom[13] ได้ผลการแปลผลคะแนนรายละเอียดดังนี้ 1.คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00 มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในระดับสูง 2. 0.67 – 1.33 มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง 3.0.00 – 0.66 มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

2.2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต ที่พัฒนามาจาก Maria Kovacs[14] ลักษณะคำถามเกี่ยวกับการประเมินโรคซึมเศร้า ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาถึงวันตอบแบบสอบถาม รวมทั้งหมด 27 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบ 3 ตัวเลือก และได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งช่วงอ้างอิงตามกรมสุขภาพจิต (2567) ได้ผลการแปลผลคะแนน รายละเอียดดังนี้ 1.ต่ำกว่า 15 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก 2. 15 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งฉบับส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือค่าความตรงเชิงเนื้อหาเทียบกับวัตถุประสงค์การศึกษา โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of congruence: IOC) ระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.50 ทุกข้อ

2) การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านมากรตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ดำเนินการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในส่วนแบบสอบถามทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายโดยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่า Cronbach Alpha Coefficient โดยแบบทดสอบความรู้

เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย มีค่าเท่ากับ 0.78 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย มีค่าเท่ากับ 0.84

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

เมื่อโครงร่างงานวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวของของ Kemmis and Mc Taggart[15] โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ดำเนินการแต่งตั้งผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และบุคลากรโรงเรียนเป้าหมาย จำนวน 2 ท่าน โดยให้มีบทบาทในการช่วยขับเคลื่อนกระบวนการวิจัย การเก็บข้อมูลวิจัย และการประสานงานในส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) จัดทำหนังสือประสานไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนเป้าหมาย และผู้บริหารของหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย และเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูล รวมถึง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

3) ขั้นตอนการวางแผน (Planning: P1) วงรอบที่ 1 ดำเนินการกระบวนการเก็บข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิต จำแนกความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดการวิจัย สิทธิประโยชน์ และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาแสดงความยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลในเอกสาร

4) ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามตามแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิต (ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย) และ ชุดที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ตามแนวทางการคัดกรองของกรมสุขภาพจิต โดยการแจกแบบสอบถามให้ และให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 วัน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ส่งแบบสอบถามได้ทางกล่องรับแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ให้ที่ห้องพยาบาลของโรงเรียน หรือสามารถส่งได้โดยตรงที่อาจารย์ผู้ร่วมวิจัย โดยผลการตอบคำถามจะถูกเก็บเป็นความลับตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

5) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Acting: A1) วงรอบที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยการเชิญกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมประชุม และสนทนากลุ่ม โดยใช้สถานที่ห้องประชุมโรงเรียนเป้าหมาย โดยมีการนำข้อมูลจากขั้นตอนการวางแผนเป็นข้อมูลนำเข้า หลังจากนั้นผู้วิจัย ดำเนินการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งร่วมกันสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสม โดยผลลัพธ์คือรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

6) นำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมาย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยระหว่างการนำไปใช้ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ

7) ขั้นตอนการสังเกต และประเมินผล (Observing: O1) วงรอบที่ 1 หลังจากการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 พร้อมทั้งหาอุปสรรคปัญหาการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาให้รูปแบบมีความสมบูรณ์ โดยเน้นการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ และความสำเร็จการดำเนินงานในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม (กลุ่มปกติ, กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย)

8) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflecting: R1) วงรอบที่ 1 ดำเนินการวิเคราะห์ผล และสรุปผล

การดำเนินงานในวงรอบที่ 1 และเตรียมเข้าสู่การดำเนินงานวิจัยในวงรอบที่ 2

9) ดำเนินการวิจัยตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยกระบวนการ PAOR ในวงรอบที่ 2 โดยนำข้อมูลจากการสะท้อนผลในวงรอบที่ 1 เป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการวางแผน (Planning 2) และดำเนินการปฏิบัติการโดยการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาให้รูปแบบมีความสมบูรณ์ และนำไปทดลองใช้ (Acting2) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

10) ขั้นตอนการสังเกต และประเมินผล (Observing: O2) วงรอบที่ 2 โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ตามแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิต (ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย) และ ชุดที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) อีกครั้งเพื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้รูปแบบ รวมถึงบันทึกแบบการติดตามการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

11) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflecting: R2) วงรอบที่ 2 ดำเนินการวิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งเผยแพร่ผลการดำเนินงานเพื่อเป็นประโยชน์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการใช้งานต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้นำโครงร่างงานวิจัยเสนอเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดซึ่ง โดยได้รับอนุมัติเลขที่ COE 0632567 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.1 กระจายตัวในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 46.4 อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 98.2 โดยมาจากอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ร้อยละ 42.3 และอำเภอจังหาร ร้อยละ 33.6 ด้านสถานะครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบิดา-มารดาอาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 57.7 แต่มีสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงของครอบครัวที่บิดา-มารดาหย่าร้าง ร้อยละ 30.9 สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต พบว่ามีประวัติผู้ป่วยสุขภาพจิตในครอบครัว ร้อยละ 6.8 และประวัติการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว ร้อยละ 4.5 ขณะที่การเข้าถึงความรู้และบริการด้านสุขภาพจิตยังมีจำกัด โดยมีเพียงร้อยละ 30.9 ที่เคยรับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต และร้อยละ 9.5 ที่เคยรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 10.51 คะแนน (S.D. = 2.31) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องในระดับสูงมากในหลายประเด็น โดยเฉพาะเกี่ยวกับการที่โรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่นได้ ร้อยละ 99.1 สาเหตุการฆ่าตัวตายที่หลากหลาย ร้อยละ 98.2 และประโยชน์ของการพูดคุยเรื่องความรู้สึก ร้อยละ 97.7 ขณะที่ความรู้

ในระดับปานกลางถึงต่ำพบในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลักษณะอาการและกลไกการเกิดโรค

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ถูกต้องในระดับสูง ร้อยละ 70.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่มีทัศนคติในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเท่ากับ 1.35 (S.D. = 0.28) ซึ่งอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ถูกต้องในระดับสูงในประเด็นคำถามเชิงลบทั้งหมด โดยเฉพาะการปฏิเสธแนวคิดที่ว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ($\bar{x}$ = 1.73, S.D. = 0.48)

ด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.2 ขณะที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 6.8 (15 คน) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน CDI เท่ากับ 12.84 คะแนน (S.D. = 8.73) ซึ่งสะท้อนถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาที่อยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง

2. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กรณีศึกษาอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการสนทนากลุ่มและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ส่วน ดังนี้

1. ระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1: กลุ่มนักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิก (คะแนน CDI = 0-14 คะแนน) มุ่งเน้นการป้องกันปฐมภูมิ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) กิจกรรมชั่วโมงแนะแนวรายสัปดาห์ "รู้ใจ วัยใส" ครอบคลุม 12 หัวข้อด้านสุขภาพจิต (2) กิจกรรมเครือข่าย "เพื่อนช่วยเพื่อน" เป็นระบบการดูแลแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (3) กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการบรรยาย "Mental Health 101" โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (4) กิจกรรมคลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่ และ (5) การพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากร

ระดับที่ 2: กลุ่มนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิก (คะแนน CDI ≥15 คะแนน) มุ่งเน้นการป้องกันทุติยภูมิและตติยภูมิ ประกอบด้วย (1) การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างละเอียด (2) การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลแบบเข้มข้น (3) การส่งต่อไปยังจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และ (4) แผนการดูแลความปลอดภัย (Safety Planning)

2. โครงสร้างภาคีเครือข่าย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

(1) ระดับโรงเรียน ประกอบด้วยทีมสุขภาพจิตโรงเรียนและคณะกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย (2) ระดับชุมชน ประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และวัด (3) ระดับครอบครัว ประกอบด้วยสมาคมผู้ปกครอง เครือข่ายครอบครัว และกลุ่มอาสาสมัครผู้ปกครอง

3. ระบบการคัดกรองและติดตาม ประกอบด้วย (1) การคัดกรองเชิงรุกด้วย CDI ทุก 6 เดือน (2) ระบบการสังเกตพฤติกรรมโดยครูประจำชั้น (3) ระบบรายงานของเพื่อนนักเรียน (4) ระบบแจ้งเตือนสำหรับกรณีฉุกเฉิน

4. ระบบการจัดการวิกฤต ประกอบด้วย (1) ระบบการตอบสนองฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง (2) ทีมตอบสนองวิกฤตโรงเรียน (3) แผนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล (4) การจัดการหลังเหตุการณ์ (5) การป้องกันการเลียนแบบ (6) การฟื้นฟูบรรยากาศโรงเรียน

3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย หลังการนำรูปแบบมาใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 76.4 เพิ่มขึ้นจากก่อนการนำรูปแบบมาใช้ที่มีความรู้ระดับสูงเพียงร้อยละ 25.5 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 12.24 คะแนน (S.D. =

1.87) เพิ่มขึ้นจาก 10.51 คะแนน (S.D. = 2.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย หลังการนำรูปแบบมาใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ถูกต้องในระดับสูง ร้อยละ 88.2 เพิ่มขึ้นจากก่อนการนำรูปแบบมาใช้ที่มีทัศนคติระดับสูงร้อยละ 70.0 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเท่ากับ 1.47 (S.D. = 0.23) เพิ่มขึ้นจาก 1.35 (S.D. = 0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า หลังการนำรูปแบบมาใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 96.4 เพิ่มขึ้นจากก่อนการนำรูปแบบมาใช้ร้อยละ 93.2 ขณะที่นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกลดลงเหลือร้อยละ 3.6 (8 คน) จากเดิมร้อยละ 6.8 (15 คน) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน CDI เท่ากับ 10.22 คะแนน (S.D. = 5.31) ลดลงจาก 12.84 คะแนน (S.D. = 8.73) ทั้งนี้นักเรียนกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกทั้ง 8 ราย ได้รับการส่งต่อไปยังจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

ผลการศึกษาพบนักเรียนมีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหลายประการ โดยเฉพาะครอบครัวที่บิดามารดาหย่าร้างสูงถึงร้อยละ 30.9 สอดคล้องกับเนตรนภา ภะมะราภา[16] ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย และพุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ และคณะ[17] ที่พบกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาการสูญเสียและปัญหาเศรษฐกิจ การขาดความอบอุ่นจากครอบครัวนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต นักเรียนเคยรับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 30.9 และเคยรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.5 สะท้อนช่องว่างในการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับนงคราญ คชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ[10] ที่พบการรู้เท่าทันสุขภาพจิตยังต้องพัฒนา การขาดความรู้ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถระบุอาการและขอความช่วยเหลือได้ทันท่วงที

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 10.51) แสดงว่ายังมีช่องว่างในการพัฒนาความเข้าใจ สอดคล้องกับสุรชัย เฉนียง และปาริชาติ เมืองขวา[18] และอธิวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์ และคณะ[19] ที่พบว่าการให้ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 1.35) แม้ความรู้ยังไม่เพียงพอ แต่นักเรียนมีทัศนคติบวกต่อการขอความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกัน ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกพบร้อยละ 6.8 สอดคล้องกับจักรกริช ไชยทองศรี และคณะ[20] และภานุพันธ์ ไพทูรย์[21] ที่พบนักเรียนมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การคัดกรองและระบุกลุ่มเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการป้องกัน

2. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบบูรณาการครอบคลุมการป้องกันระดับปฐมภูมิและการดูแลเฉพาะกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับอธิวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์ และคณะ[19] ที่เสนอโปรแกรมสองรูปแบบ: สำหรับวัยรุ่นทั่วไปเน้นเสริมสร้างความรู้และปรับทัศนคติ และสำหรับกลุ่มเสี่ยงเน้นการช่วยเหลือรายบุคคล การแบ่งระดับตามความเสี่ยงช่วยจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม รูปแบบให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามระดับ: โรงเรียน ชุมชน และครอบครัว สอดคล้องกับจินตนา พลมีศักดิ์ และคณะ[22] ที่พัฒนา TABTOA Model เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และนงคราญ คชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ[10] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ประชาชนมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสูงขึ้น กิจกรรมหลักประกอบด้วย 1. ชั่วโมงแนะ

แนว "รู้ใจ วัยใส" สร้างความรู้เท่าทันสุขภาพจิตและทักษะชีวิต สอดคล้องกับอธิวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์ และคณะ[19] ที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และการสังเกตสัญญาณเตือน 2. เครือข่าย "เพื่อนช่วยเพื่อน" ใช้ระบบ Peer Support สอดคล้องกับสุรชัย เฉนียง และปาริชาติ เมืองขวา[18] ที่พบว่าวัยรุ่นเข้าใจและช่วยเหลือกันได้ดี ระบบนี้มีประสิทธิภาพในการระบุสัญญาณเตือนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย 3. การบูรณาการกับโครงการ To Be Number One ผ่านศูนย์เพื่อนใจที่มุ่งเน้นพัฒนา IQ และ EQ ภายใต้ปรัชญา "ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ" ส่งเสริมทักษะการจัดการอารมณ์ การตัดสินใจ และสร้างสัมพันธภาพที่ดี 4. การพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากร สอดคล้องกับนพภัสสร วิเศษ และคณะ[4] ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรส่งผลให้มีความรู้และทักษะการดูแลสูงขึ้น การฝึกอบรมบุคลากรที่เป็นแนวหน้าเป็นกุญแจสำคัญของระบบป้องกัน 5. คลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่ ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับจักรกริช ไชยทองศรี และคณะ[20] ที่เน้นความสำคัญของการเข้าถึงบริการ การนำบริการไปถึงกลุ่มเป้าหมายช่วยเพิ่มโอกาสคัดกรองและระบุกลุ่มเสี่ยงทันท่วงที การดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงเน้นการประเมินความเสี่ยงละเอียดและให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลเข้มข้น สอดคล้องกับเนตรนภา ภะมะราภา[16] ที่เสนอระบบค้นหาคัดกรอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การส่งต่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทันทีสำหรับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิกช่วยป้องกันการดำเนินของอาการสู่ความรุนแรง ระบบสนับสนุนประกอบด้วยการคัดกรองเชิงรุกและติดตามต่อเนื่อง โดยบูรณาการโปรแกรม HERO OBEC CARE ของ สพฐ. ที่เก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคลและวิเคราะห์ความเสี่ยง ร่วมกับ Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิตที่ประเมินภาวะเสี่ยงสุขภาพจิต การบูรณาการทั้งสองระบบทำให้จำแนกกลุ่มเสี่ยง ติดตามการเปลี่ยนแปลง และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเป็นระบบ

3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน

ผลการประเมินพบนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 10.51 เป็น 12.24 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.4 สอดคล้องกับอธิวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์ และคณะ[19] และนงคราญ คชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ[10] แสดงประสิทธิภาพของกิจกรรมให้ความรู้ที่หลากหลายและต่อเนื่อง ทัศนคติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 1.35 เป็น 1.47 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.2 สอดคล้องกับจักรกริช ไชยทองศรี และคณะ[20] ทัศนคติบวกช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ สะท้อนความสำเร็จในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกลดลงจากร้อยละ 6.8 เหลือร้อยละ 3.6 ค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 12.84 เป็น 10.22 สอดคล้องกับภานุพันธ์ ไพทูรย์[21] และเนตรนภา ภะมะราภา[16] แสดงประสิทธิผลของรูปแบบในการป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต นักเรียนกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิกทั้งหมดได้รับการส่งต่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นร้อยละ 100 สอดคล้องกับสุรชัย เฉนียง และปาริชาติ เมืองขวา[18] การมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเป็นกุญแจสำคัญให้กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้โดยปรับตามบริบทโรงเรียน บูรณาการกิจกรรมสุขภาพจิตเข้ากับหลักสูตรแกนกลาง และชั่วโมงแนะแนวให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการศึกษา

2. ควรจัดตั้งทีมสุขภาพจิตโรงเรียนอย่างเป็นทางการ พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจิตที่เป็นมาตรฐานและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพชุมชน จัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม

3. ควรจัดอบรมครูและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น

3. จัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตระดับอำเภอและจังหวัดเพื่อวางแผนและติดตามผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืน

2. ศึกษาในโรงเรียนหลายแห่งที่มีบริบทแตกต่าง

3. ศึกษาผลต่อตัวแปรอื่น เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4. ศึกษาในกลุ่มวัยเรียนระดับอื่นเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละวัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มีคุณค่า ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ ขอบพระคุณผู้อำนวยการ และบุคลากรของโรงเรียนเป้าหมายที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มวัยเรียนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.กัญญา อภิพรชัยสกุล. สุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=40.

2.ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92.

3.โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ.2564 – 2565. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

4.นพภัสสร วิเศษ, ยชญ์รวินทร์ จรบุรมย์, อภิญญา วงศ์บุญสูง, พงษ์ศักดิ์ ศรีโคตร, ยุทธนา รัตนอากร, รุจิภาส วิสุทธิสัตย์. ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;18(2):1–11.

5.กรมสุขภาพจิต. ปัญหาเครียดในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30188.

6.Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1965.

7.จุฑารัตน์ สถิรปัญญา, วิทยา เหมพันธ์. ศึกษาความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วารสารมหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2556;1(1):42-58.

8.พรมมณี โฮชิน. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2557.

9.Goel A, Bardhan S. Effect of stress on self-efficacy and emotional intelligence among college students of humanities and sciences: A study on gender differences. Int J Appl Res. 2559;2(12):318-28.

10.นงคราญ คชรักษา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทย์นาวี. 2563;47(2):446–63.

11.Krejcie R.V., Morgan D.W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
12.ศักรินทร์ แก้วเฮ้า, ลัดดาวัลย์ สุวรรณโคตร, ยชญ์รวินทร์ จรบุรมย์, อภิญญา วงศ์บุญสูง, มัณฑนา เหมวิจิตร, พงษ์ศักดิ์ ศรีโคตร. การพัฒนาระบบการป้องกัน และแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วม. เอกสารเผยแพร่ภายใต้งบดำเนินงานโครงการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.
13.Bloom B.S, Hastings J.T, Madaus G.F. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York (NY): McGraw-Hill; 1971.
14.Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI). Psychological Corporation; 1977.
15.Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer; 2014.
16.เนตรนภา ภะมะราภา. การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2565;9(3):92-107.
17.พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ, สุทธีพร มูลศาสตร์, ชัยวุฒิ สิทธิเวช, วรรณดี พุ่มไสว, นพวรรณ วิจิตรจรัสกุล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565;38(2):187-97.
18.สุรชัย เฉนียง, ปาริชาติ เมืองขวา. พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562;20(39):121-30.
19.อธิวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์, อทิตยา พรชัยเกตุ, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น : การพยาบาลตามหลักเชิงประจักษ์. วารสารแพทย์นาวี. 2557;41(2):19-31.
20.จักรกริช ไชยทองศรี, อาทิตยา บุตรแสง, ปาลิกา แก้วลาย, ยศยา จันทะกุล, นภาพร เพียรชนะ, ศิริวรรณ แก้วเล็ก, และคณะ. ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2565;67(1):59-70.
21.ภานุพันธ์ ไพทูรย์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดพะเยา. วารสารสหวิทยาการเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. 2567;14(1):1-14.
22.จินตนา พลมีศักดิ์, วิรัติ ปานศิลา, กัญญารัตน์ คมคาย. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านตับเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558;12(1):31-9.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

The Effectiveness of Food Literacy Promoting Program on Eating Behaviors Among Elderly with of Hyertension. In Khao Kop Subdistrict, Huai Yot District, Trang Province.

(Received: October 24,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

ปาริฉัตร น้อยนาฎ[1]
Parichat Noynad[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมและเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ทำศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2568 การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคำนวณจากค่าขนาดอิทธิพลของการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 64 ราย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Pair t-test และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Independent-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมอาหารคือชีวิต กิจกรรมห้องเรียนอาหารแบบท้องถิ่น กิจกรรมนักสืบฉลาก&โซเดียม กิจกรรมเมนูสองโลก กิจกรรมสมุดบันทึกสองมิติ กิจกรรมปรับตำรับ ปรับตำนาน และสูตรอาหารบรรพชนสู่คนรุ่นหลัง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร, ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Development and Effectiveness of a Food Literacy Promotion Program for Hypertensive Elderly in Khao Kop Sub-district, Huai Yot District, Trang Province. Objective: This research aimed to develop a program and to study the effectiveness of a food literacy promotion program for elderly individuals with hypertension in Khao Kop Sub-district, Huai Yot District, Trang Province.

Methods This study employed a Quasi-Experimental Design and was conducted from February to April 2025. Purposive sampling was used to select a total of 64 participants, with the sample size calculated based on the effect size for a two-group pre-test and post-test design. Descriptive statistics were used to analyze general data. The comparison of food consumption behavior scores before and after the intervention within the experimental and control groups was analyzed using the Paired samples t-test. The comparison of food consumption behavior scores between the experimental and control groups (pre- and post-program) was analyzed using the Independent samples t-test, at a statistical significance level of $\alpha = 0.05. Results The study found that the 8-week food literacy promotion program for hypertensive elderly consisted of seven main activities: "Food is Life," "Local Food Classroom," "Label & Sodium Detective," "Two-World Menu," "Two-Dimensional Journal," "Recipe and Legend

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

Adaptation," and "Ancestral Recipes for the New Generation. The mean score of food consumption behavior among the hypertensive elderly after participating in the program was significantly higher than before participation ($p < .001$). The mean score of food consumption behavior among the hypertensive elderly in the experimental group after the program was significantly higher than that of the control group ($p < .001$).

Key words: Food Literacy Promotion Program, Older Adults, Hypertension

บทนำ

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย[1] ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต พบว่า มีเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนี้ 1) อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ ๑๘ ปี ความดันโลหิต เท่ากับ ๑๒๐/๗๐ มม.ปรอท แต่พออายุ ๖๐ ปี ความดันโลหิตอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๔๐/๙๐ แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ ๑๒๐/๗๐ เท่าเดิมก็ได้ 2) เวลา ความดันโลหิตจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน เช่น ตอนเช้าความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) อาจจะวัดได้ ๑๓๐ มม.ปรอท ขณะที่ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง ๑๔๐ มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง ๑๐๐ มม.ปรอท เป็นต้น 3) จิตใจและอารมณ์ พบว่ามีผลต่อความดันโลหิตได้มากขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง ๓๐ มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน 4) เพศ พบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง 5) พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติในครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่เคร่งเครียด ก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันสูงขึ้นด้วยเช่นกัน 6) สภาพภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท 7) เชื้อชาติ พบว่าชาวแอฟริกันอเมริกันมีความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว และ8) เกลือ ผู้ที่กินเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่กินเกลือน้อย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เหมาะสมจะสามารถลดความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น[1]

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง[2] ในพื้นที่จังหวัดตรัง ปี 2567 พบผู้ป่วยด้วยโรคความ ดันโลหิตสูง จำนวน 82,418 ราย อัตราป่วย 16,381.71 ต่อแสนประชากร หรือจังหวัดตรังมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.38 ของประชากรทั้งหมด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง เป็นอำเภอที่มีประชากรจำนวน 68,800 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้ง 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15,814 คน ร้อยละ 22.99 และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12,353 ราย อัตราป่วย 17,954.94 ต่อแสนประชากร ซึ่งแตกต่างเพียงเล็กน้อยกับข้อมูลระดับจังหวัด เมื่อแยกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามกลุ่มอายุพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุกในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ จำนวน 8,281 ราย หรือร้อยละ 52.36 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด เช่นเดียวกับข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของตำบลเขากอบ ที่มีประชากรทั้งหมด 5,913 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 1,448 คน ร้อยละ 24.49 และพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,143 ราย ร้อยละ 19.33 ของประชากรทั้งหมด พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 779 ราย ร้อยละ 53.80 จากผลการทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3อ.2ส. และการป้องกันโรคอุบัติใหม่ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กลุ่มผู้สูงอายุ) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่า มีการบริโภคอาหารมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ แกงกะทิ และกินอาหาร เค็มหรือปรุงรสเค็ม เช่น ไส้กรอก ขนมกรุบกรอบ สัปดาห์ละ 3-4 วัน สอดคล้องกับจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับความดันโลหิตที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูงรับประทานอาหารไขมันอิ่มตัวสูงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักตัวเกิน ขาดการออกกำลังกายและความเครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เหมาะสมจะสามารถลดความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน[3] การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คือพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยการรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้ที่มีกากใยสูงในปริมาณที่มากขึ้น อาหารที่มีไขมันปริมาณเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ติดมัน เพิ่มอาหารจำพวกเนื้อปลาลดอาหารเค็มรวมไปถึงจำกัดการบริโภคเกลือและลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ซึ่งการมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเหล่านี้จะสามารถลดระดับความดันซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท[4]

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของรักษาโรคความดันโลหิต ซึ่งจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปปี 2562[1] ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้ให้คำแนะนำอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผักผลไม้ในปริมาณที่มากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ลดอาหารเค็ม และการจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น และอีกหนึ่งแนวทางในการรับประทานอาหารที่มีการประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การบริโภคอาหารตามหลักของอาหารต้าน ความดันสูตร DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) ซึ่งเป็นวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้นำใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างทักษะและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งมักจะเป็นการจัดกิจกรรมที่มีองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ ไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง[7] ผู้วิจัยในฐานะเป็นนักวิชาการสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตและสมรรถนะการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพและนำมาวางแผนพัฒนางานดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งในกลุ่มที่มีสุขภาพดีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและกลุ่มผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีรวมถึงต้องพัฒนาการจัดการและดูแลระบบการดูแลบุคคลแบบองค์รวม การบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการป้องกันและรักษาซึ่งเป็นที่มาของปัญหาสุขภาพ จากบทบาทหน้าที่ดังกล่าวจึงมีความจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ทำให้มีความสนใจในการนำแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร มาประยุกต์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง เพื่อที่ได้จะได้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความ ดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอ ห้วยยอด จังหวัดตรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ทำศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2568 ในพื้นที่ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวน 779 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1 ใช้ Statistical Test แบบ mean: Difference between two group independent means (two groups) คำนวณ Effect Size จากงานวิจัยในอดีตกับการศึกษาในครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกัน คำนวณได้ค่า Effect Size เท่ากับ 0.717 กำหนดให้ค่า α error probability เท่ากับ 0.05 ค่า power (1-β error prob) เท่ากับ 0.80 คำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 32 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 64 คน

การเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา (Sampling method) โดยวิธี การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/ อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. เป็นประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง แพทย์วินิจฉัยป่วยโรค ความดันโลหิตสูง

2. ได้รับการรักษาด้วยยาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรงพยาบาล

3. สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้

4. มีความสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาในการศึกษา

5. ยินยอมให้ติดตามผลของโปรแกรม 8 สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/ อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/ อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย (Withdrawal or Terminal criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขอถอนตัวอกจากการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบ ด้วยโปรแกรมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโรคความดันโลหิตสูงของ Nutbeam 2008[4] ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม จำนวน 8 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เข้าใจความขัดแย้งที่สวยงาม ผู้เข้าร่วมจะเริ่มด้วยกิจกรรมการค้นพบรากเหง้าอาหารและความขัดแย้ง ผ่านเวทีแลกเปลี่ยน และกิจกรรมอาหารคือชีวิต เพื่อแบ่งปันความทรงจำเกี่ยวกับอาหารโปรดและอาหารประจำถิ่น จากนั้นวิทยากรจะช่วยวิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหารเหล่านั้นว่าส่วนใดเป็นมิตร/ ไม่เป็นมิตรต่อโรคความดันโลหิตสูง ก่อนจะสร้าง แผนที่ความขัดแย้งเพื่อระบุความขัดแย้งระหว่างอาหารตามวัฒนธรรมกับคำแนะนำทางการแพทย์

สัปดาห์ที่ 2 เข้าถึงข้อมูลและความรู้ด้านอาหาร กิจกรรมในสัปดาห์นี้คือ กิจกรรมสร้างสะพานเชื่อมความรู้เก่าและใหม่ ด้วยกิจกรรมนักสืบฉลาก&โซเดียม ซึ่งเป็นการฝึกอ่านฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ใช้บ่อยในพื้นที่ และเรียนรู้คำที่บ่งบอกถึงโซเดียมสูงบนฉลาก

สัปดาห์ที่ 3 การสื่อสารเพื่อตัดสินใจ มุ่งเน้นที่บทสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง ผ่านกิจกรรม ละครบทบาทสมมติที่โต๊ะอาหาร เพื่อฝึกการสื่อสารความต้องการด้านอาหารเพื่อสุขภาพและการปฏิเสธอาหาร

ที่ไม่เหมาะสมอย่างนุ่มนวล จากนั้น ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวจะเข้าร่วมกิจกรรมครัวแห่งการเจรจา เพื่อฝึกการเจรจาและทำข้อตกลงครอบครัวในการปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหาร

สัปดาห์ที่ 4 การตัดสินใจเลือกอาหาร กิจกรรมสร้างทางเลือกที่สมดุล เริ่มด้วยตลาดนัดทางเลือก ซึ่งเป็นการจำลองสถานการณ์การซื้ออาหารและวัตถุดิบจริง เพื่อประเมินและปรับปรุงการเลือกซื้ออาหาร จากนั้นผู้เข้าร่วมจะออกแบบเมนูสองโลก ซึ่งเป็นการผสมผสานความอร่อยตามวัฒนธรรมกับคุณค่าทางโภชนาการ เช่น การสร้างสรรค์ข้าวยำใต้แบบควบคุมโซเดียม

สัปดาห์ที่ 5 การจัดการตนเอง สัปดาห์นี้เน้นที่เครื่องมือจัดการความขัดแย้งโดยผู้สูงอายุจะได้รับสมุดบันทึกสองมิติ เพื่อบันทึกความรู้สึกและความพึงพอใจต่ออาหารควบคู่ไปกับการบันทึกผลต่อความดันโลหิตและสุขภาพ เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงและวางแผนรับมือกับสถานการณ์พิเศษ เช่น งานเลี้ยงและเทศกาล

สัปดาห์ที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลด้านอาหาร กิจกรรมแยกแยะความจริงจากความเชื่อประกอบด้วยกิจกรรมปรับตำรับ ปรับตำนาน เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ความเชื่อด้านอาหารในท้องถิ่นว่ามีความน่าเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์หรือไม่ และนำไปสู่การปรับปรุงตำรับอาหารพื้นบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยความดัน

สัปดาห์ที่ 7 การปรุงอาหารเพื่อชีวิตใหม่ สัปดาห์นี้เป็นสร้างมรดกแห่งความขัดแย้งที่สวยงาม โดยผู้สูงอายุจะปรับปรุงสูตรอาหารดั้งเดิมของครอบครัวและจัดทำเป็นคู่มือทำอาหารชุมชน

สัปดาห์ที่ 8 การสร้างนวัตกรรมและการแบ่งปัน กิจกรรมสุดท้ายคือ พิธีปิดและสัญญาแห่งการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้เข้าร่วมจะนำเสนอแผนจัดการอาหารส่วนตัวระยะยาว และร่วมกันกำหนด สัญญาชุมชน เพื่อสนับสนุนการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ ชนิดของโรคประจำตัว สุขภาพในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และช่องทางได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ซึ่งครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหารการเลือกวิธีปรุงอาหารการรับประทานอาหาร มีข้อคำถาม ทั้งหมด 25 ข้อมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ผลค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดกระทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง และมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะกิจกรรมมากระทำทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นอยู่กลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มทดลอง (single-blinding) มีขั้นตอน ดังนี้

1) ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง และเข้าพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งสองแห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขากอบ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือเพื่อ

ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมกับมอบสื่อประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมวิจัย และเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นทำการนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัยและขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

3) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดจึงดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยการสุ่มอย่างง่าย

4) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลทั่ว ไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Pair t-test ในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Independent-test ในการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยยื่นขอจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ CPH-EC-004/2568 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง นำเสนอ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.50 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 78.10 พบมีอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.80 กลุ่มทดลองร้อยละ 43.80 โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 66.90 ปี (S.D. = 3.88) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.25 ปี (S.D. = 3.83) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.40 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 87.50 ของกลุ่มทดลอง กลุ่มมตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.80 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 62.50 ของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 62.50 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 59.40 ของกลุ่มทดลอง มีรายได้ระหว่าง 5,001–10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 65.60 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 56.30 ของกลุ่มทดลอง โดยความพอเพียงทางเศรษฐกิจในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 53.10 ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โรคประจำตัวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 59.40 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 43.80 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่องทางได้รับข้อมูลข่าวสาร จากสื่อออนไลน์ ร้อยละ 87.50 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 93.80 ของกลุ่มควบคุม

2. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมฯ

พบว่าในกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 73.78 (SD.=3.04) และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 73.15 (SD.= 3.18) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.122) สำหรับผลการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนการทดลองเท่ากับ 72.22 (SD. = 5.91) และหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 92.18 (SD. = 7.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=32)		หลังได้รับโปรแกรม (n=32)		p-value
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	
กลุ่มควบคุม	73.78	3.04	73.15	3.18	.122
กลุ่มทดลอง	72.22	5.91	92.18	7.00	< .001

3. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิเคราะห์ เปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิเคราะห์ เปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการเข้าโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 73.78 คะแนน (S.D. = 3.04) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 72.22 คะแนน (S.D. = 5.91) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.189) ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 92.18 (S.D.= 7.00) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 71.15 (S.D.= 3.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิเคราะห์ เปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=32)		หลังได้รับโปรแกรม (n=32)		p-value
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	
กลุ่มควบคุม	73.78	3.04	73.15	3.18	.189
กลุ่มทดลอง	72.22	5.91	92.18	7.00	< .001

สรุปและอภิปรายผล

สรุปการวิจัย

จากศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขากอบ อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารจากการประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam)[4] มีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อภิปรายได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการส่งเสริมความรู้หรือพัฒนาทักษะพฤติกรรมการบริโภค เมื่อเวลาผ่านไปผู้ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้จะละเลยหรือเพิกเฉยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ผลการศึกษาภาคตัดขวางนั้นพบว่า ผู้ปกครองที่เพิกเฉยต่อความรอบรู้ทางทันตสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียน ส่งผลให้เกิดเด็กก่อนวัยเรียนเกิดปัญหาในช่องปากได้ ฉัตรนภา จบศรี[5]ระยะเวลาการดูแลตนเองมีผลการความรุนแรงของโรคเรื้อรัง หากดูแลสุขภาพเร็วในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <0.001$) สกาวเดือน สำรวย[6] ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานโดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร 72.22 (S.D. = 5.91) และหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร 92.18 (S.D. = 7.00) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร จากผลดังกล่าวอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านอาหารในแต่ละสัปดาห์ เน้นการสร้างและพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านอาหารที่เหมาะสมกับโรค คือ 1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ (Access) 2. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Cognitive) 3. ทักษะการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร (Communication skill) 4. ทักษะการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหาร (Decision skill) 5. ทักษะการจัดการตนเองในด้านอาหาร (Selfmanagement) 6. ทักษะการบอกต่อและรู้เท่าทันสื่อในด้านอาหาร (Media literacy) ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านอาหารในเรื่องการเลือกอาหาร การวางแผนและการจัดการซื้ออาหารการเตรียมอาหารการบริโภคอาหาร[8] ซึ่งผู้วิจัยสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ (Access) ทักษะนี้เน้นที่การสามารถค้นหาและเข้าถึงข้อมูลอาหารและโภชนาการที่จำเป็น ในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม นักสืบฉลาก&โซเดียม เป็นการฝึกทักษะการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลบน ฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร ที่ใช้บ่อยในพื้นที่ รวมถึงการเรียนรู้คำที่บ่งบอกถึงโซเดียม

2. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Cognitive) ความเข้าใจนี้เน้นที่ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและผลกระทบของอาหารต่อโรค ตามสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม เวทีแลกเปลี่ยน 'อาหารคือชีวิต มีการวิเคราะห์โดยวิทยากรว่าส่วนประกอบใดในอาหารโปรด/ อาหารประจำถิ่นเป็นมิตรหรือไม่เป็นมิตรกับโรคความดันโลหิตสูง และแผนที่ความขัดแย้งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและระบุ ความขัดแย้ง ระหว่างอาหารที่รัก/ วัฒนธรรมกับ คำแนะนำทางการแพทย์เป็นเทคนิคทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

3. ทักษะการสื่อสารในด้านการบริโภคอาหาร (Communication skill) ทักษะนี้เน้นการสื่อสารความต้องการและข้อมูลด้านอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ ดังกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม ละครบทบาทสมมติ ที่โต๊ะอาหาร มุ่งเน้นการฝึกทักษะสื่อสารความต้องการด้านอาหารเพื่อสุขภาพ เมื่อต้องรับประทานอาหารนอกบ้านหรือในงานเลี้ยง โดยฝึกการ ปฏิเสธอาหารที่ไม่เหมาะสมอย่างนุ่มนวล และกิจกรรมครัวแห่งการเจรจา ส่งเสริมการเจรจา เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารในครอบครัว และทำข้อตกลงครอบครัว เพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการสื่อสารกับคนในครอบครัว

4. ทักษะการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหาร (Decision skill) ทักษะนี้เกี่ยวข้องกับการชั่งน้ำหนักข้อมูลและสถานการณ์เพื่อเลือกอาหารที่เหมาะสม ซึ่งสัปดาห์ที่ 4 ตลาดนัดทางเลือก เป็นการฝึกตัดสินใจเลือกซื้อ วัตถุดิบจริงตามงบประมาณจำลอง เพื่อทำอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ 3 มื้อ และได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงการเลือก รวมถึงกิจกรรมเมนูสองโลก เป็นการฝึก ออกแบบเมนูอาหาร ที่ผสมผสานระหว่างความอร่อยตามวัฒนธรรมและคุณค่าทางโภชนาการ เช่น การควบคุมโซเดียมในอาหารท้องถิ่น ซึ่งต้องอาศัยการตัดสินใจเลือกส่วนประกอบและวิธีการปรุง

5. ทักษะการจัดการตนเองในด้านอาหาร (Selfmanagement) ทักษะนี้เน้นความสามารถในการวางแผนและควบคุมพฤติกรรมการบริโภคของตนเองในชีวิตประจำวัน ดังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 สมุดบันทึกสองมิติ เป็นเครื่องมือจัดการตนเองที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ บันทึกความรู้สึกและ บันทึกผลต่อความดันโลหิต เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างความสุขด้านอาหารกับสุขภาพ และสัปดาห์ที่ 8 ผู้สูงอายุนำเสนอ แผนจัดการอาหารส่วนตัวระยะยาว ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน

6. ทักษะการบอกต่อและรู้เท่าทันสื่อในด้านอาหาร (Media literacy) ทักษะนี้คือความสามารถในการประเมินข้อมูลและสื่อสารต่อข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งกิจกรรมปรับตำรับ ปรับตำนาน เป็นการวิเคราะห์ความเชื่อด้านอาหารในท้องถิ่น ว่ามีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์หรือไม่ และปรับปรุงตำรับให้เหมาะสม และสัปดาห์ที่ 8 กิจกรรม สมุดทำอาหารชุมชน เป็นการส่งเสริมทักษะการบอกต่อและเป็นผู้สร้างสื่อที่ถูกต้อง (Prosumer)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารูปแบบและการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรในระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือน รวมถึงค่าระดับความดันโลหิต เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. [อินเทอร์เน็ต]. ตรัง. [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/search.php?search=%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%AB%E0%B8%B4%E0%B8%95

3. รัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. [อินเทอร์เน็ต]. มี.ค.-ส.ค. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2567]: 38-49. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/252571
4. พิริพัฒน์ เตชะกันทา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. [พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่; 2567. [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2567]: 110-122. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ scnet/article/view/268776/182881
5. ฉัตรนภา จบศรี. ความรอบรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองของเด็ก อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
6. สกาวเดือน สำรวย. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยืน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. [อินเทอร์เน็ต]. 31 มีนาคม 2023 [อ้างถึง 24 ตุลาคาม 2567]; 8(1):61-72. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/261728
7. ปิยพร ศรีพนมเขต. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมมนุษย์. [อินเทอร์เน็ต]. ตุลาคม 2564 - เมษายน 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]: 121-132. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/254780?utm_source=chatgpt.com
8. รัตนาภรณ์ สาสีทา และคณะ. ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. [อินเทอร์เน็ต]. มกราคม – มิถุนายน 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]: 28-43. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/256875?utm_source=chatgpt.com

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย

Development of integrated care model for patients undergoing spine surgery in Operating Room, Sukhothai hospital

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

จินดา ทองคมขำ[1]
Jinda Thongcomkam[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย ดำเนินการเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 15 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณในขั้นตอนประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 32 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแล แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, χ^2test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบบูรณาการ การดูแลระหว่างผ่าตัดด้วยมาตรฐานความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ การประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ความรู้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 18.6±2.4 คะแนน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 78.9±6.2 คะแนน อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดลดลงเป็น 2.18% อุบัติการณ์แผลกดทับลดลงเป็น 3.85% อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดลดลงเป็น 0.96% ระยะเวลาฟื้นตัวลดลงเป็น 3.1±1.2 วัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 8.9±0.8 คะแนน อัตราการเตรียมผู้ป่วยได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.8 และอัตราการได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.45, 9.82, 4.23, 5.67, 2.89, 3.45, 6.78, χ^2 = 6.75, 6.85 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง, พยาบาลห้องผ่าตัด

Abstract

This study was action research utilizing both qualitative and quantitative approaches, aimed at developing an integrated care model for spine surgery patients in the operating room at Sukhothai Hospital. The study was conducted from October 2024 to September 2025, spanning 12 months. The sample for model development comprised 15 registered nurses, while the quantitative sample for model evaluation included 32 spine surgery patients. Research instruments consisted of an integrated care model, general information questionnaires, nursing care knowledge assessment tools, care behavior evaluation forms, satisfaction questionnaires, and quality indicator recording forms. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test, χ^2 test), while qualitative data underwent content analysis.

The findings revealed that the developed care model comprised six core components: comprehensive preoperative patient assessment and preparation, intraoperative care with safety standards, systematic complication prevention, multidisciplinary team coordination, continuous monitoring and evaluation, and ongoing staff development. Following model implementation, nurses' knowledge of spine

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย

surgery patient care increased to 18.6±2.4 points, care behaviors improved to 78.9±6.2 points, surgical postponement incidents decreased to 2.18%, pressure ulcer incidence reduced to 3.85%, surgical site infection rates dropped to 0.96%, recovery time shortened to 3.1±1.2 days, patient satisfaction increased to 8.9±0.8 points, complete patient preparation rates rose to 93.8%, and standard care compliance improved to 90.6%. All improvements were statistically significant at $p<0.05$ ($t = 8.45, 9.82, 4.23, 5.67, 2.89, 3.45, 6.78$; $\chi^2 = 6.75, 6.85$, respectively).

Keywords: integrated care model, spine surgery, operating room nursing, patient safety

บทนำ

โรคกระดูกสันหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการประสบอุบัติเหตุทำให้กระดูกสันหลังหัก หรือเกิดจากความเสื่อมของหมอนรองกระดูก ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลัง และขาอ่อนแรงส่งผลให้เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก รบกวนการดำรงชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพและคุณภาพชีวิตลดลง การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน[1] ถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ชนิดหนึ่ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับกระดูกสันหลัง โดยการเอาสิ่งที่กดทับรากประสาทไขสันหลังออก ทำให้รากประสาทเส้นนั้นเป็นอิสระไม่ถูกกดทับ หรือการผ่าตัดเพื่อรักษาอาการบาดเจ็บ แก้ไขความผิดรูปของกระดูกสันหลัง ช่วยจัดแนวกระดูกสันหลังให้ตรง เพิ่มความมั่นคงและความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยใช้วัสดุยึดตรึงภายในกระดูก ผลดีของการผ่าตัดคือเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด แก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด[2]

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จากสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังปี 2024 ทั่วโลก มีการผ่าตัดกระดูกสันหลังประมาณ 2.5 ล้านรายต่อปี[3] ทวีปเอเชีย มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังประมาณ 600,000 รายต่อปี โดยประเทศที่มีจำนวนการผ่าตัดสูงสุด ได้แก่ ญี่ปุ่น จีน และอินเดีย[4] ประเทศไทยพบมีการผ่าตัดกระดูกสันหลังประมาณ 15,000 รายต่อปี[5] ถึงแม้ว่าการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง แต่จัดเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การจัดท่าในการผ่าตัด การผ่าตัดที่ใช้เวลานาน แผลผ่าตัดขนาดใหญ่และลึกถึงบริเวณเส้นประสาท ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยถางกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน และต้องมีการเจาะกระดูกสันหลังเพื่อทำการใส่วัสดุยึดตรึงภายในกระดูกสันหลังทำให้เนื้อเยื่อได้รับภยันตราย โรงพยาบาลที่ให้บริการต้องมีแพทย์และพยาบาลที่มีเชี่ยวชาญเฉพาะทางการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสุโขทัยที่มีศัลยแพทย์เฉพาะทางการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 2 คน จากสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย ปี 2565 - 2567 จำนวน 124, 132 และ 156 รายตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ[5]

การบริการทางการพยาบาลผ่าตัดเป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด โดยเน้นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ รวมถึงการประสานงานในทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญี และทีมการพยาบาลหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมผ่าตัดที่มีบทบาทให้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการผ่าตัด[6] พยาบาลห้องผ่าตัดนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้วยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดและมีความชำนาญเฉพาะด้านการใช้เครื่องมือผ่าตัดร่วมกับเทคโนโลยีใหม่ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ในขณะเดียวกันก็ต้อง

ใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด[7] จากการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลและอุบัติการณ์ของห้องผ่าตัดในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่ามีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดมากเป็นอันดับที่ 1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดปี 2565-2567 ร้อยละ 4.47, 5.01 และ 6.41 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ร้อยละ 2.5, 2.77 และ 3.35 ตามลำดับ[8] จากการศึกษาสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม พบว่ามีสาเหตุจากความไม่พร้อมของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีไข้ เป็นต้น และไม่พร้อมทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด เป็นต้น และจากการทบทวนปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ผ่านมาของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ การเกิดแผลกดทับบริเวณหน้าอกจากการจัดท่าคว่ำ ในปี 2567 จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.53[8] และอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ปี 2565 - 2567 ร้อยละ 0.8, 0 และ 2.61 ตามลำดับ[9] รวมทั้งห้องผ่าตัดมีแนวทางการปฏิบัติงานไม่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ไม่มีแนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน โดยการใช้ทฤษฎีการพยาบาลแบบบูรณาการ[9] และมาตรฐานงานห้องผ่าตัดเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[10] เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกระบวนการในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) และเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ร่วมด้วย ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร เชิงคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 18 คน เชิงปริมาณ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 60 คน ที่มารับบริการในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 15 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวน 32 คน เปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนา

รูปแบบ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากแพทย์ที่โรงพยาบาลสุโขทัย ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน หรือมีผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารและให้ความช่วยเหลือได้ มีสภาพร่างกายและจิตใจที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมการประเมินได้ ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลหรือการเข้าร่วมกิจกรรม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีประสบการณ์การทำงานในงานห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี มีใบประกอบวิชาชีพที่ยังไม่หมดอายุและมีสถานะการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full-time) ในห้องผ่าตัด มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นประจำ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน มีสภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง มีความสมัครใจและพร้อมที่จะเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลใหม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการประชุม การฝึกอบรม และการประเมินผลได้อย่างสม่ำเสมอ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือมีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามหรือให้ข้อมูลได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้ ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ และพยาบาลวิชาชีพที่มีแผนลาออกหรือโยกย้ายออกจากหน่วยงานในระหว่างระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ระยะเวลา 12 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และค้นหาปัญหา ระยะการพัฒนารูปแบบ ระยะการใช้รูปแบบ และระยะการประเมินผลและติดตาม 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและพยาบาล 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล 6) แบบบันทึกการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแล ตัวชี้วัดคุณภาพ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลใช้ Paired t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์ และการถอดบทเรียนจากการดำเนินรูปแบบการดูแลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญ และการตีความหมาย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.3 มีอายุระหว่าง 50-65 ปี ร้อยละ 43.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานบริษัท ร้อยละ 43.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000-25,000 บาท ร้อยละ 46.9 มีอาการปวดหลังมาแล้ว 1-3 ปี ร้อยละ 40.6 ได้รับการผ่าตัดประเภท Lumbar Fusion ร้อยละ 53.1 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ร้อยละ 62.5 โดยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่

1.2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุระหว่าง 25-35 ปี ร้อยละ 53.3 มีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด 3-7 ปี ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.3 และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน ร้อยละ 46.7

1.3 สถานการณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 14.2±3.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 5.8±1.2 คะแนน) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระหว่างผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 4.1±1.4 คะแนน) และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 4.3±1.6 คะแนน)

1.4 สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 62.4±8.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 85 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 16.8±2.1 คะแนน) การจัดท่าผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 14.3±2.6 คะแนน) การป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 15.2±1.9 คะแนน) การดูแลความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 12.1±2.4 คะแนน) และการบันทึกและรายงานอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 4.0±1.3 คะแนน)

1.5 สถานการณ์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี พบว่า อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ร้อยละ 6.41 อุบัติการณ์แผลกดทับจากการจัดท่า ร้อยละ 11.53 อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 2.61 ระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเฉลี่ย 4.2±1.8 วัน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล 7.3±1.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

1.6 ปัญหาและอุปสรรคที่พบ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน พบปัญหาหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้และทักษะ พบว่าขาดความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2) ด้านแนวทางการปฏิบัติ พบว่าไม่มีแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานและไม่มีการประสานงานระหว่างทีม 3) ด้านการจัดการความเสี่ยง พบว่าขาดการประเมินความเสี่ยงที่เป็นระบบและการติดตามที่ต่อเนื่อง 4) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ พบว่าขาดอุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับที่เหมาะสม

และ 5) ด้านการสื่อสารและประสานงาน พบว่าขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมดูแล

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหา ผู้วิจัยและทีมงานได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้บริหาร ผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ครั้ง รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีระยะเวลา 12 เดือน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบบูรณาการ 2) การดูแลระหว่างผ่าตัดด้วยมาตรฐานความปลอดภัย 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ 4) การประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผสมผสานการบรรยาย การสาธิต การปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติ และการประเมินความก้าวหน้า

3. ผลของรูปแบบการดูแลต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรม และตัวชี้วัดทางคลินิกของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

3.1 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบ 14.2±3.1 คะแนน เป็นหลังการใช้รูปแบบ 18.6±2.4 คะแนน ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบ 62.4±8.7 คะแนน เป็นหลังการใช้รูปแบบ 78.9±6.2 คะแนน และด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล มีค่าเฉลี่ย 8.7±1.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแล ภายหลังจากการใช้รูปแบบการดูแล พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้นจาก 14.2±3.1 คะแนน เป็น 18.6±2.4 คะแนน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 62.4±8.7 คะแนน เป็น 78.9±6.2 คะแนน

3.3 การประเมินตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อมลดลงจาก 6.41% เป็น 2.18% (t=4.23, p<0.001) อุบัติการณ์แผลกดทับจากการจัดท่าลดลงจาก 11.53% เป็น 3.85% (t=5.67, p<0.001) อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดลดลงจาก 2.61% เป็น 0.96% (t=2.89, p=0.008) ระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลดลงจาก 4.2±1.8 วัน เป็น 3.1±1.2 วัน (t=3.45, p=0.002) และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 7.3±1.2 คะแนน เป็น 8.9±0.8 คะแนน (t=6.78, p<0.001) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลัง การใช้รูปแบบ (n=32)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด (%)	6.41	2.1	2.18	1.3	4.23	<0.001*
2. อุบัติการณ์แผลกดทับ (%)	11.53	3.2	3.85	1.8	5.67	<0.001*
3. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (%)	2.61	1.4	0.96	0.7	2.89	0.008*
4. ระยะเวลาการฟื้นตัว (วัน)	4.2	1.8	3.1	1.2	3.45	0.002*
5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย (คะแนน)	7.3	1.2	8.9	0.8	6.78	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.4 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงหมวดหมู่ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่า อัตราการ

เตรียมผู้ป่วยได้สมบูรณ์เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 68.8 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 93.8 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=6.75, p=0.009) อัตราการจัดท่าผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 75.0 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 96.9 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=5.93, p=0.015) อัตราการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 81.3 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 100.0 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=6.40, p=0.011) อัตราการบันทึกข้อมูลครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 56.3 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 87.5 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=7.29, p=0.007) อัตราการได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 62.5 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 90.6 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=6.85, p=0.009) อย่างไรก็ตาม อัตราการใช้อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 43.8 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 59.4 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=1.56, p=0.212) อัตราการมีการประสานงานระหว่างทีมเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 37.5 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 53.1 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=1.59, p=0.207) อัตราการติดตามอาการหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 50.0 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 62.5 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=1.02, p=0.313) และอัตราการมีความพึงพอใจระดับสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ ร้อยละ 46.9 เป็นหลังใช้รูปแบบ ร้อยละ 65.6 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=2.25, p=0.134) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม (n=32)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ (ร้อยละ)	หลังใช้รูปแบบ (ร้อยละ)	χ^2	p-value
1. อัตราการเตรียมผู้ป่วยได้สมบูรณ์	68.8	93.8	6.75	0.009*
2. อัตราการจัดท่าผู้ป่วยถูกต้อง	75.0	96.9	5.93	0.015*
3. อัตราการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน	81.3	100.0	6.40	0.011*
4. อัตราการบันทึกข้อมูลครบถ้วน	56.3	87.5	7.29	0.007*
5. อัตราการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	62.5	90.6	6.85	0.009*
6. อัตราการใช้อุปกรณ์ป้องกันแผลกดทับ	43.8	59.4	1.56	0.212
7. อัตราการมีการประสานงานระหว่างทีม	37.5	53.1	1.59	0.207
8. อัตราการติดตามอาการหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง	50.0	62.5	1.02	0.313
9. อัตราการมีความพึงพอใจระดับสูง	46.9	65.6	2.25	0.134

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุโขทัยผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังพบว่า พยาบาลมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนา และคณะ, 2563[11] ที่พบว่าพยาบาลขาดความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลระหว่างผ่าตัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ปัญหาที่พบใน

การศึกษาครั้งนี้ เช่น อุบัติการณ์แผลกดทับจากการจัดท่าและการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเทพ สิริมหาไชยกุล และสืบสิน จิรวรพัฒน์[12] ที่ระบุว่าแผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนคว่ำเป็นเวลานาน การขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและการประสานงานระหว่างทีมที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังที่ สุภิดา สุวรรณพันธ์ และคณะ[13] ได้กล่าวว่า การมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและการทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การศึกษานี้ยังพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงคุณภาพการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม วัตถุประสงค์ที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยหกองค์ประกอบหลัก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบบูรณาการของ Barbara M. Dossey[14] ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ การที่รูปแบบนี้เน้นการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพสอดคล้องกับการศึกษาระหว่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่าการทำงานแบบทีมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย[15] การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบสอดคล้องกับแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[16] ที่เน้นการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาองค์ประกอบด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization, 2020[17] ที่เน้นการใช้มาตรการป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน การที่รูปแบบนี้รวมองค์ประกอบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ฉลานุวัฒน์ และคณะ[18] ที่พบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ดังที่ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล[19] ได้เสนอแนะไว้วัตถุประสงค์ที่ 3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแสดงให้เห็นการปรับปรุงที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน การที่ความรู้และพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณา จันทราโยธากร[20] ที่พบว่าการมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการปฏิบัติงานของพยาบาล การลดลงของอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับและการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะท้อนถึงประสิทธิผลของมาตรการป้องกันที่นำมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alvarado และคณะ[21] ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางการป้องกันที่เป็นระบบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพการที่ระยะเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลดลงและความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรมาลี ภูมิเรืองศรี และคณะ[22] ที่พบว่าการดูแลแบบมีระบบช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นและมีความพึงพอใจมากขึ้น การที่อัตราการเตรียมผู้ป่วยได้สมบูรณ์และการได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสะท้อนถึงการปรับปรุงคุณภาพการดูแลโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ที่เน้นการเตรียมความพร้อมและการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีที่สุด[23]

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย หัวหน้าฝ่ายการ

พยาบาล และหัวหน้าห้องผ่าตัด ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบบูรณาการ ขอบคุณพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทีมผ่าตัดที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ ขอบคุณผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจ สุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนาและคณะ. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(1):15-23.
2. อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, พัชนี สมกำลัง. การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. วารสารการพยาบาล. 2561.
3. World Health Organization. Global spine surgery statistics 2024. WHO Press; 2024.
4. Asian Spine Journal. Spine surgery statistics in Asia Pacific region 2024. Asian Spine J. 2024.
5. กรมการแพทย์. สถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2564.
6. Michael, Shriver, Valerie. Perioperative nursing care and patient safety. J Perioper Nurs. 2015.
7. สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ องัคณิตย์, อาริยา สอนบุญ. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด และปฏิบัติบริการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(3):51-60.
8. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสุโขทัย. รายงานตัวชี้วัดคุณภาพห้องผ่าตัด ปี 2565-2567. สุโขทัย: โรงพยาบาลสุโขทัย; 2567.
9. Barbara M, Dossey BM. Holistic nursing: A handbook for practice. 7th ed. Jones & Bartlett Learning; 2020.
10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner: Doing critical participatory action research. 3rd ed. Springer; 1988.
11. ขวัญจิตร ศักดิ์ศรีวัฒนาและคณะ. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(1):15-23.
12. พรเทพ สิริมหาไชยกุล, สืบสิน จิรวรพัฒน์. ทบทวนวรรณกรรม แผลกดทับ. วารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย. 2564;5(2):55-77.
13. สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ องัคณิตย์, อาริยา สอนบุญ. สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด และปฏิบัติบริการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(3):51-60.
14. Barbara M, Dossey BM. Holistic nursing: A handbook for practice. 7th ed. Jones & Bartlett Learning; 2020.
15. Sethi RK, Pong RP, Leveque JC, Dean TC, Olivar SJ, Rubin LE. The Seattle Spine Team approach to adult deformity surgery: a systems-based approach to perioperative care and subsequent reduction in perioperative complication rates. Spine Deform. 2014;2(2):95-103.
16. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.
17. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2020: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: WHO Press; 2020.
18. จิราภรณ์ ฉลานุวัฒน์ และคณะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกสะโพกภายในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(4):34-46.

19. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. คู่มือเส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2559.
20. ลักษณา จันทราโยธากร. การพัฒนาคุณภาพการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลแพร่. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2566;41(2):78-89.
21. Alvarado AM, Porto GB, Wessell J, Buchholz AL, Arnold PM. Venous thromboprophylaxis in spine surgery. Global Spine J. 2020;10(1_suppl):65S-70S.
22. อมรมาลี ภูมิเรืองศรีและคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):327-334.
23. Colomina MJ, Bagó J, Pérez-Bracchiglione J, Aquino MBN, Salas KR, Requeijo C, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in spine surgery: a systematic review. Eur Spine J. 2021;30(5):1175-1187.

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บริบทพื้นที่ชายแดนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่

Effectiveness of Dengue Fever Prevention and Control Model Through Village Health Volunteer Participation in Border Area Context Ban Tha Ton Health Promotion Hospital, Mae Ai District, Chiang Mai Province.

(Received: October 9,2025 ; Revised: October 17,2025 ; Accepted: October 18,2025)

ทศพร ศรีทอง[1]
Thodsaporn Srithong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บริบทพื้นที่ชายแดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน โดยรวบรวมข้อมูลประชุมเชิงปฏิบัติการ และสัมภาษณ์จากแกนนำเครือข่ายด้านสาธารณสุขตำบลท่าตอน จำนวน 11 คน วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ และทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 130 คน เปรียบเทียบข้อมูลดัชนีลูกน้ำยุงลาย และอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Wilcoxon signed rank test และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังในชุมชน 2) วางแผน และพัฒนาความรู้ทักษะ 3) การปฏิบัติการต้านภัยโรคไข้เลือดออก 4) การสรุปประเมินผล และผลการศึกษาประสิทธิผล พบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนความรู้ และคะแนนทักษะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.01 โดยมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.05 และอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง

สำคัญ : ไข้เลือดออก, การป้องกันและควบคุมโรค

Abstract

This study employed a mixed methods research approach with the objectives of developing and examining the effectiveness of a dengue fever prevention and control model through the participation of village health volunteers in a border area context at Ban Tha Ton Sub-district Health Promoting Hospital. Data were collected through workshops and interviews with 11 public health network leaders in Tha Ton Sub-district. Knowledge and skills questionnaires on dengue fever prevention and control were analyzed from 130 village health volunteers. The Breteau Index and dengue fever morbidity rates were compared before and after implementation of the developed model, using descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test, and Paired t-test for data analysis.

The study findings revealed that the developed dengue fever prevention and control model consisted of four activities: 1) community surveillance, 2) planning and knowledge-skills development, 3) dengue fever combat operations, and 4) summary and evaluation. The effectiveness study results showed that after implementing the developed model, the mean knowledge and skills scores increased with statistical significance at P<0.01 level. The Breteau Index decreased with statistical significance at P<0.05 level, and the dengue fever morbidity rate per 100,000 population decreased.

Keywords: dengue fever, prevention and control

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่อาย

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยที่พบอย่างต่อเนื่อง การมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างมีประสิทธิภาพมีความสำคัญมาก โดยวิธีการที่ดีที่สุด คือ การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันยุงกัด และการให้ความรู้หรือสื่อสาร ความเสี่ยงแก่ประชาชนให้ทราบอาการของโรคเพื่อให้ไปพบแพทย์โดยเร็วซึ่งจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพื่อ ลดอาการแทรกซ้อนรุนแรงและลดการเสียชีวิตลงได้[1] ซึ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะเกิดผลสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน (ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนที่เป็นเจ้าของบ้าน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธชัย นาดอน และคณะ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม คือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน การสร้างความรู้ความเข้าใจในโครงการและกิจกรรม การสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ เกิดการนำมาตรการไปใช้ในชุมชน[2] ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนทั้งในด้านการเฝ้าระวังโรค การควบคุมโรค และการป้องกันโรคโดยอาศัย กลยุทธ์การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ของชุมชน และการบูรณาการกับงานสาธารณสุขมูลฐานอื่น ๆ ความสำเร็จของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับความรู้ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมและพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดโรคและการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ผู้ศึกษาได้ทบทวนสถานการณ์ปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องในการทำงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกในช่วงทศวรรษ ที่ผ่านมาพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีข้อมูลการคาดการณ์ว่าจะมี ผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกประมาณ 100 – 400 ล้านคนต่อปี[3] สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 105,250 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 232.47 ต่อแสนประชากร และ มีผู้เสียชีวิต 168 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.11[4] ในระดับภูมิภาคพบผู้ป่วย สูงที่สุดในภาคใต้มีจำนวนผู้ป่วย 25,368 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 267.18 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือภาคเหนือพบจำนวนผู้ป่วย 27,633 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 224.42 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบจำนวนผู้ป่วย 16,828 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 135.51 ต่อแสนประชากร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบจำนวนผู้ป่วย 6,614 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 120.00 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[4]

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือที่พบโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญ จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกโปรแกรม D506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปี 2567 จังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยจำนวน 3,576 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 220.21 ต่อแสนประชากร เมื่อจำแนกผู้ป่วยรายอำเภอพบว่า มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในทุกอำเภอ อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ อำเภอเวียงแหง รองลงมาคือ อำเภอแม่วาง อำเภอเมืองเชียงใหม่ อำเภอสันทราย และอำเภอแม่อาย มีอัตราป่วย 646.57, 380.93, 371.92, 354.25 และ 348.78 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[4] ในพื้นที่อำเภอแม่อายโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยสำหรับควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอแม่อาย ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอแม่อาย ปี 2567 พบอัตราป่วย 459.24 ต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์แยกรายตำบลพบอัตราป่วยสูงสุดที่ตำบล แม่อาย รองลงมาได้แก่ ตำบลแม่นาวาง, ตำบลสันต้นหมื้อ, ตำบลท่าตอน และตำบลแม่สาว โดยมีอัตราป่วยเรียงตามลำดับ ดังนี้ 865.09, 821.94, 610.15, 570.03 และ 496.56 ต่อแสนประชากร[5] ในปี 2567 ตำบลท่าตอนพบผู้ป่วย จำนวน 123 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 570.03 ต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์แยกรายหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน 5 หมู่บ้าน พบผู้ป่วย

จำนวน 9 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 123 ต่อแสนประชากร[5] และพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องโดยสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2565-2567) พบมีอัตราป่วยเฉลี่ย 68.5 ต่อแสนประชากร

อำเภอแม่อาย และพื้นที่หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอนมีบริบทเป็นพื้นที่ชายแดน กล่าวคือมีอาณาเขตทางด้านทิศเหนือติดกับประเทศสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ มีแนวพรมแดนธรรมชาติทั้งทางน้ำและทางบก ประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านสามารถเคลื่อนย้ายเข้ามาพักอาศัยและทำงานในพื้นที่ได้ง่าย[6] จึงมีลักษณะประชากรที่มีความหลากหลายของชาติพันธ์ และมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาในพื้นที่ จากข้อมูลรายงานการให้บริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน ปีงบประมาณ 2563 - 2567 พบผู้รับบริการใช้สิทธิ์ ต่างด้าวเข้ามารับบริการคิดเป็นร้อยละ 15 – ร้อยละ 30 พบการระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ ในกลุ่มประชากรต่างด้าวรวมถึงโรคไข้เลือดออก[7] บริบทพื้นที่ชายแดนจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งด้านภาระงานและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

จากการทบทวนสภาพปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ และบริบทพื้นที่ชายแดนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน ที่มีความท้าทายต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน บุคลากร ที่สำคัญในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนารูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่มีประสิทธิผลโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผลการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิผล และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายแดน อันจะส่งผลต่อการลดอัตราป่วยและแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา และขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษา และพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่มีประสิทธิผล นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายแดน และมีประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บริบทพื้นที่ชายแดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผล การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บริบทพื้นที่ชายแดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ท่าตอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัย ระยะที่ 1 ประกอบด้วย แกนนำเครือข่ายด้านสาธารณสุข จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5 คน ผู้อำนวยการโรงเรียน 1 คน ครูอนามัยโรงเรียน 1 คน กำนันตำบลท่าตอน 1 คน และผู้ใหญ่บ้าน 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบลท่าตอน 3 คน ระยะที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ปัญหา การดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

2. แบบสอบถามวัดระดับความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ประวัติการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของตนเอง สมาชิกในครอบครัวและครัวเรือนที่รับผิดชอบ และประวัติการอบรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบถูก-ผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยประยุกต์เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม[8] ดังนี้

ความรู้	เกณฑ์	คะแนน
สูง	> 80	> 12 คะแนน
ปานกลาง	60-80	9-12 คะแนน
ต่ำ	< 60	< 9 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 ข้อ และแปลผลตามเกณฑ์ลักษณะแบบวัดเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ[9] โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนน ดังนี้ ปฏิบัติไม่ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติได้เพียงเล็กน้อย 2 คะแนน ปฏิบัติได้แต่ไม่ชำนาญ 3 คะแนน ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและชำนาญ 4 คะแนน ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและชำนาญมาก 5 คะแนน โดยเกณฑ์ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออกระดับดีมาก >= 61 คะแนน

ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออกระดับดี 46-60 คะแนน

ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง 31-45 คะแนน

ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออกระดับน้อย 16-30 คะแนน

ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออกระดับน้อยมาก <= 15 คะแนน

3. แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย ใช้สำรวจแหล่งเพาะพันธ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน และคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI CI BI) เกณฑ์ภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุข[9] ดังนี้

ระดับความเสี่ยง	HI	CI	BI
ต่ำ	HI < 1	CI < 1	BI < 5
ปานกลาง	1≤HI<10	1 ≤CI<5	5 ≤BI <50
สูง	HI ≥10	CI ≥ 5	BI ≥50

4. แบบบันทึกสรุปรายงานโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และด้านการวิจัยและประเมินผล โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง(Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าในระดับที่ยอมรับได้ คือ 0.87 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability Validity) ของแบบทดสอบความรู้ ใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) และแบบประเมินทักษะใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคายหลวง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยรวมเท่ากับ 0.83 และ 0.85

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา เดือน สิงหาคม 2568

ระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้

1. แบบสอบถามวัดระดับความรู้ และทักษะในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เดือน สิงหาคม 2568 - ตุลาคม 2568

2. แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย สำรวจ และวิเคราะห์ดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI CI BI) ก่อน (เดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2567) และหลัง (เดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2568) การใช้รูปแบบ

3. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลโรคไข้เลือดออก และวิเคราะห์อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ก่อน (เดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2567) และหลัง (เดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2568) การใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ และประมวลข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics)หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะในการป้องกันและควบคุมโรค ค่าเฉลี่ยดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI CI BI) ค่าเฉลี่ยอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากร ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล หากพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติจึงเลือกใช้สถิติ pair t-test (หากพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจะเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน

จากการสัมภาษณ์และประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน กลุ่มเป้าหมายคือ แกนนำเครือข่ายด้านสาธารณสุขในตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสิ้นจำนวน 11 คน ผลการศึกษาที่ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ มีดังนี้

“การวางแผนงบประมาณประจำปีด้านควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องสำคัญ และการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน อสม.มีบทบาทมากที่จะช่วยให้งานสำเร็จทุกด้านโดยทำงานร่วมกับหมออนามัยและทีมพ่นสารเคมี อบต.ท่าตอน (นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าตอน สิงหาคม 2568)

“การระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่บ้านร่มไทย หมู่ 14 ตำบลท่าตอน ส่วนใหญ่พบปัญหาในกลุ่มประชากรต่างด้าวที่ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้ขาดการดูแลแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านที่ตนเองอาศัยอยู่ และเมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากกลัวเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา อยากให้มีมาตรการแก้ปัญหากลุ่มต่างด้าวดังกล่าว” (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 14 สิงหาคม 2568)

“พื้นที่หมู่ 3 บ้านท่าตอน ก็พบปัญหาคล้าย ๆ หมู่ 14 คือ ในพื้นที่ที่ต่างด้าวอาศัยอยู่จะควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ยาก เพราะไม่ได้รับความร่วมมือในการควบคุมโรค อยากให้ อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค้นหาผู้ป่วยไข้เลือดออกในหมู่บ้านในระยะที่มีการระบาด” (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่ที่ 3 สิงหาคม 2568)

“พื้นที่หมู่ 1 บ้านห้วยปู พบปัญหาการควบคุมโรคในกลุ่มบ้านพื้นที่สูง เนื่องจากขาดความร่วมมือ มีปัญหาในการสื่อสารภาษา ขอเสนอให้ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะแก้ไขปัญหานี้” (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่ที่ 1 สิงหาคม 2568)

“พื้นที่หมู่ 2 บ้านห้วยมะเฟือง ส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ ไม่พบปัญหา เนื่องจากผู้นำชุมชนกำหนดมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน และอสม.ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การเฝ้าระวังสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย พ่นสารเคมีกำจัดยุง ร่วมกับผู้นำชุมชน ประชาชน และหน่วยงานรัฐหรือเอกชน” (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 2 สิงหาคม 2568)

“หมู่ 4 บ้านห้วยน้ำเย็น พบปัญหาการใช้ภาษาในการสื่อสารในคนต่างด้าว การขาดความร่วมมือในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน อยากให้มีระบบจัดการควบคุมโรคในกลุ่มที่เป็นปัญหา โดยอสม.รณรงค์ให้เจ้าของบ้านทั้งคนไทยและต่างด้าวร่วมสำรวจและกำจัดยุงลายทุกสัปดาห์ต่อเนื่องตลอดปี” (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมู่ที่ 4 สิงหาคม 2568)

“จากประเด็นปัญหาที่พบว่าต่างด้าวในพื้นที่ขาดความร่วมมือในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแนะนำว่าควรมีระบบเฝ้าระวังประชากรต่างด้าวที่เข้ามาพักอาศัยในชุมชนโดย อสม. ร่วมกับผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนในหมู่บ้านช่วยกันสอดส่องดูแล และอสม.จัดทำแบบสำรวจประชากรต่างด้าวในชุมชน และจัดทำข้อมูลครัวเรือนของต่างด้าวในเขตรับผิดชอบของตนเอง เพื่อสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ด้วย” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่ามะแกง สิงหาคม 2568)

“ระยะก่อนระบาดควรมีการเตรียมความพร้อมทีมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โดยเฉพาะอสม.ผู้มีบทบาทสำคัญในการกำจัดยุงลาย ได้แก่ ความรู้และทักษะเรื่อง สัญญาณเตือนของโรคไข้เลือดออก การสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย การใช้เครื่องมือพ่นสารเคมีกำจัดยุงลาย ข้อควรระวังการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนผ่านสื่อท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้าใจ และจิตสำนึกในการป้องกันโรคแก่ประชาชนในชุมชน” (ผู้อำนวยการโรงเรียนเพียงหลวง ๑ (บ้านท่าตอน) สิงหาคม 2568)

“ควรมีการกำหนดดัชนีชี้วัดความพร้อม เช่น จำนวนบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรม Big Cleaning จำนวนครัวเรือนที่เคาะประตูบ้าน เป็นต้น” (ผู้อำนวยการโรงเรียนเพียงหลวง ๑ (บ้านท่าตอน) สิงหาคม 2568)

“ในระยะการระบาดของโรคควรมีการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นโดยอสม. มีระบบและแนวทางส่งต่อผู้ป่วยระหว่างชุมชนถึง รพ.สต.ท่าตอน และรพ.แม่อาย” (ผู้อำนวยการโรงเรียนเพียงหลวง ๑ (บ้านท่าตอน) สิงหาคม 2568)

“ระยะหลังการเกิดโรคควรมีการถอดบทเรียน (After Action Review) ร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมถึงทีมอสม. ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เพื่อสรุปจุดแข็ง จุดอ่อน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปและประเด็นสำคัญนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการ เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานในปีถัดไป” (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าตอน สิงหาคม 2568)

“ควรมีการบูรณาการแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสุขภาพโดยใช้ข้อมูลพื้นที่เสี่ยงสูงของปีที่ผ่านมามาขับเคลื่อนและจัดทำรายงานสรุปเพื่อเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นศึกษา”(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองงาม สิงหาคม 2568)

“ผู้ใหญ่บ้านทำงานร่วมกับอสม.ในหมู่บ้าน โดยประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านช่วยกันป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกและให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคในบ้าน” (กำนันตำบลท่าตอน สิงหาคม 2568)

“ผมทำงานร่วมกับอสม.และหมออนามัยในการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย คอยประชาสัมพันธ์แจ้งข่าวสารชาวบ้านให้กำจัดยุงลายในบ้านตนเองเสมอๆ” (ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 2 สิงหาคม 2568)

“ครูได้จัดกิจกรรมการสอนให้นักเรียนป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกทุกปี และอสม.ได้เข้าช่วยสำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน” (ครูอนามัยโรงเรียนวัดห้วยน้ำเย็น สิงหาคม 2568)

“สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะจากที่ประชุมได้พูดถึงปัญหาการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน คือการขาดความร่วมมือในการควบคุมโรคจากกลุ่มประชากรต่างด้าว และกลุ่มประชากรพื้นที่สูง และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ จากผู้เข้าร่วมประชุมใน 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการเตรียมความพร้อม กิจกรรมการเฝ้าระวังในชุมชนทั้งสำรวจประชากรต่างด้าว เฝ้าระวังผู้ป่วยไข้เลือดออกและเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย กิจกรรมการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค และกิจกรรมการสรุปประเมินผล” (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน สิงหาคม 2568)

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังในชุมชน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านประชากรต่างด้าว, ด้านผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และด้านสิ่งแวดล้อม (แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย) 2) การเตรียมความพร้อมโดยการวางแผน และพัฒนาความรู้ทักษะ 3) การปฏิบัติการต้านภัยโรคไข้เลือดออก 4) การสรุปประเมินผล

ส่วนที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน 4 ด้าน มีดังนี้

ด้านที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการป้องกันควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่ามีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนความรู้เฉลี่ย (Median=11, SD=1.56) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (Median=10, SD=1.3.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีคะแนนทักษะเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับดี โดยก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ (Median= 55.4, SD=6.10) และหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ (Median=58.42, SD=0.45) ดังนั้นค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI, BI) ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบพบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลง ทั้งค่า HI CI และ BI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ด้านที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากร ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่าอัตราป่วยต่อแสนประชากรลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ ที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff [10] ที่เน้นการมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ การตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล การที่รูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมเฝ้าระวังในชุมชนเป็นจุดเด่นสำคัญ เนื่องจากพื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีประชากรต่างด้าวเข้ามาอาศัยอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นัส เมืองจันทร์ และสุทธิศักดิ์ นรดี [11] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบต้องคำนึงถึงบริบทของพื้นที่

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนใช้รูปแบบมีค่า Median=10, SD=1.31 ซึ่งหลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น (Median=11, SD=1.56) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-8.05, p=0.000) การเพิ่มขึ้นของความรู้นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยุทธชัย นาดอน และคณะ [2] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกส่งผลให้ประชาชนมีความรู้และเจตคติที่ดีขึ้น

2.2 ด้านทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ 55.4 และค่าความแปรปรวน 6.10 และหลังการใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ 58.42 และค่าความแปรปรวน 0.45 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=- 6.90, p= 0.00) ซึ่งสะท้อนให้

เห็นว่าการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องไม่เพียงแต่เพิ่มความรู้ แต่ยังพัฒนาทักษะปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธงชัย วิเศษบุปผา และคณะ[12]และวิภาวดี วุฒิเดช [13] ที่พบว่าการฝึกอบรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมป้องกันควบคุมโรค ส่งผลให้ความรู้ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มขึ้น การที่คะแนนทักษะเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 ด้านค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ค่า HI CI และ BI) ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย พบว่า ค่า House Index (HI) ลดลงจาก 20.53 ในปี 2567 เป็น 10.39 ในปี 2568 (t=5.26, p=0.034) ค่า Container Index (CI) ลดลงจาก 5.16 เป็น 1.44 (t=12.54, p=0.006) และค่า Breteau Index (BI) ลดลงจาก 54.30 เป็น 14.78 (t=7.12, p=0.019) ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ค่า HI CI และ BI) ทุกค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลดลงของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้ง 3 ตัวชี้วัดนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ชัดเจนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เสือพูมี และคณะ[14]ที่พบว่าโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยลดค่า Breteau Index, Container Index และ Biting Rate อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการศึกษาของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ[15] ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะค่า BI ที่ลดลงจาก 54.30 เป็น 14.78 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ดีที่สุดสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก[9]

2.4 ด้านอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก อัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2567 ก่อนการใช้รูปแบบ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เฉลี่ย 110.06 และค่าความแปรปรวน 85.34 ช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2568 หลังการใช้รูปแบบ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เฉลี่ย 37.80 และค่าความแปรปรวน 29.51 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากรก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่าหลังการใช้รูปแบบ อัตราป่วยต่อแสนประชากรเฉลี่ยลดลงจาก 110.06 ต่อแสนประชากรเป็น 37.80 ต่อแสนประชากร แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-1.60, p=0.11) แม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แสดงแนวโน้มการลดลงที่เป็นบวก การที่อัตราการเกิดโรคลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิตินั้น อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น ระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือนซึ่งยังไม่เพียงพอ หรือปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรค เช่น สภาพอากาศ การเคลื่อนย้ายของประชากร หรือมาตรการควบคุมโรคอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยพัชร์ แก้วประสิทธิ์ [16] ที่พบว่าการลดอัตราป่วยต้องใช้เวลาในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน ในบริบทพื้นที่ชายแดนมีประสิทธิผลในการยกระดับความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความท้าทายพิเศษ เช่น พื้นที่ชายแดนที่มีประชากรหลากหลายและมีการเคลื่อนย้ายของประชากรต่างด้าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชายแดนอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลประชากรต่างด้าวในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบต่อการลดอัตราป่วยและการคงอยู่ของรูปแบบ

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564.

2.ยุทธชัย นาดอน, สุมัทนา กลางคาร, ศิรินาถ ตงศิริ (2563). การพัฒนามาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. ปีที่ 6, ฉบับที่1: 60-71.

3.World Health Organization [WHO]. (2023). Dengue and severe dengue. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา. https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengu (20 พฤษภาคม 2568)

4.กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/DDS2/sheet33?%3Aembed=y&%3AisuestRedirectFromVizportal=y (12 พฤษภาคม 2568).

5.โรงพยาบาลแม่อาย (2567). สรุปข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอแม่อาย 2567.

6.องค์การบริหารส่วนตำบลท่าตอน. (2567). รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2567. องค์การบริหารส่วนตำบลท่าตอน ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จ.เชียงใหม่[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา https://www.thaton.go.th/document/annual_result_operation_report/971.

7.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน (2567). รายงานสรุปการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตอน ปี 2563-2567.

8.Bloom, B.J. (Ed.), Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H. and Krathwohl, D.R. (1956). Taxonomy of Educational Objectives : Handbook I : Cognitive Domain. New York : David McKay.

9.อุษาวดี ถาวระ. (2553). ชีววิทยา นิเวศวิทยา และการควบคุมยุง ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

10.Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World development, 8(3), 213-235.

11.นัส เมืองจันทร์, สุทธิศักดิ์ นรดี. (2568). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ ตำบลกู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่3 , ฉบับที่ 1 : 61-75.

12.ธงชัย วิเศษบุปผา, จิราภรณ์ พรหมอินทร์ และ จุฑามาศ เถาว์ชาลี. (2567). การศึกษาการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ. Journal of Roi Kaensarn Academi. ปีที่ 9, ฉบับที่ 4: 46-62.

13.วิภาวดี วุฒิเดช. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

14.นงนุช เสือพูมี, กุลฤดี จิตตยานันต์, วันดี วงศ์รัตนรักษ์, วัลทณี นาคศรีสังข์. (2558). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่25, ฉบับที่ 1 : 25-39.

15.วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง, มนตรี รักภักดี (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนี ลูกน้ำยุงลาย จังหวัดตรัง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ปีที่ 40, ฉบับที่5 : 71-84.

16.หทัยพัชร์ แก้วประสิทธิ์. (2567). พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. ปีที่ 9, ฉบับที่5 : 326-334.

ผลการจัดการโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

Results of the management of the kidney failure delay program in patients with type 2 diabetes of Huapa Subdistrict Health Promotion Hospital, Phromburi District, Sing Buri Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

ภาชญา กลิ่นกุหลาบ[1]
Pachchaya Krinkulab[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two-Group Pretest-Posttest Design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดการโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดำเนินการเดือนพฤศจิกายน 2567-กันยายน 2568 รวม 11 เดือน กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวานและผู้เชี่ยวชาญ รวม 18 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงในขั้นตอนประเมินผลโปรแกรม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, Independent t-test, χ^2test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้ความรู้ การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล การเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะ การส่งเสริมทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมด้านโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามคำแนะนำ หลังการใช้โปรแกรม พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 167.4±18.9 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 26.8±3.2 คะแนน ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นเป็น 78.9±16.4 ml/min/1.73m² ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงเป็น 7.2±0.9% อัตราการควบคุมเบาหวานตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.6 และอัตราการชะลอการลดลงของ eGFR เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 12.47, 9.83, 2.14, 7.65, χ^2 = 8.17, 7.23 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: โปรแกรมชะลอไตเสื่อม, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study was quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a kidney deterioration prevention program for type 2 diabetes patients at Huapa Sub-district Health Promoting Hospital, Phrom Buri District, Sing Buri Province. The study was conducted from November 2024 to September 2025, spanning 11 months. The qualitative sample for program development included 18 participants: public health personnel, diabetes patients, and experts. The quantitative sample for program evaluation comprised 70 type 2 diabetes patients with kidney deterioration, divided into experimental and control groups of 35 participants each. Research instruments included the kidney deterioration prevention program, general information questionnaire, self-management behavior assessment scale, knowledge assessment about diabetes and kidney complications, satisfaction evaluation form, and clinical data recording form. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (paired t-test, independent t-test, χ^2 test), while qualitative data employed content analysis.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี

Results revealed that the developed program consisted of 8 core components: diabetes and kidney complication education, health information access skills development, health information understanding and evaluation skills enhancement, health communication skills promotion, nutritional self-care behavior development, exercise promotion, stress management, and medical compliance. Post-intervention, self-management behaviors for kidney deterioration prevention increased to 167.4±18.9 points, knowledge about diabetes and kidney complications improved to 26.8±3.2 points, estimated glomerular filtration rate (eGFR) increased to 78.9±16.4 ml/min/1.73m², glycated hemoglobin (HbA1c) decreased to 7.2±0.9%, diabetes control target achievement rate increased to 68.6%, and eGFR decline prevention rate improved to 77.1%, all statistically significant at $p<.05$ ($t = 12.47, 9.83, 2.14, 7.65$, $\chi^2 = 8.17, 7.23$ respectively).
Keywords: kidney deterioration prevention program, self-management behavior, type 2 diabetes patients

บทนำ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยประมาณร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะพัฒนาเป็นโรคไตเรื้อรังในระหว่างชีวิต[1] การศึกษาระบาดวิทยาระดับโลกพบว่า โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ ซึ่งมักมีระบบสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการรับมือกับภาระโรคดังกล่าว[2] โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยส่งผลกระทบต่อประชากรมากกว่าร้อยละ 10.00 ของประชากรโลก หรือมากกว่า 800 ล้านคน[3] โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายระยะสุดท้าย (Diabetic Kidney Disease: DKD) ทั่วโลก[4] จากข้อมูลขององค์การเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี ค.ศ. 2021 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังที่รุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5.20 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี[5] จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 มากถึง 85,064 คน โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย[6] นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในแต่ละปี โดยส่วนใหญ่พบเป็นระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 43.68[5] การควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยไทยยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีเพียงร้อยละ 36.50 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (A1C) ให้น้อยกว่าร้อยละ 7 ตามที่แนวทางเวชปฏิบัติกำหนด[7]

โปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อม เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามประเมินผล และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประสิทธิผลของโปรแกรมมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างมาก[8] ประสิทธิผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ[9] การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการ

จัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ โดยพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและยาเพิ่มสูงขึ้นและมีอัตราการกรองของไตดีขึ้น[10] การสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมและค่าอัตราการกรองของไตสูงขึ้นอีกด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการป้องกันโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้[11] รูปแบบบูรณาการเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าการบูรณาการความรู้และทักษะในการดูแลตนเองสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[12] ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อการชะลอไตเสื่อมในระดับปฐมภูมิส่งผลให้การดูแลแบบมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพสามารถลดอัตราการลดลงของค่า eGFR ได้

จังหวัดสิงห์บุรี เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังสูง ตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี มีประชากรทั้งหมด 1,345 ราย ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.10 ที่รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า จากการติดตามในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตเรื้อรังรวม 1, 9, 0 ราย ตามลำดับ สถานการณ์การควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ (HbA1c < 7%) ในปี พ.ศ. 2565, 2566, และ 2567 เป็น 41.10, 43.26 และ 43.68 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 40 เล็กน้อย ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบภาวะโรคไตเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่พบเป็นระยะที่ 3 ปัญหาการดำเนินงานที่พบในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานลืมกินยา หยุดยาเอง บางรายแบ่งยากันกิน บางคนหลบหนีไม่อยากรักษาเพราะคิดว่าไม่เป็นไร เจ้าหน้าที่รับหลายงานทำไม่ทัน ติดตามได้ไม่ดี และรูปแบบการติดตามไม่ชัดเจน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นปัญหาระดับพื้นที่ ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ชะลอการเสื่อมของไต ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การวิจัยครั้งนี้จะช่วยสร้างองค์ความรู้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการโปรแกรมชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบต่อเนื่องและยั่งยืน ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการขยายผลไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่น ๆ และช่วยลดอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

วิธีการวิจัย

ผลการจัดการโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two-Group Pretest-Posttest Design ที่มีการติดตามผลระยะยาว (Follow-up) ดำเนินการในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567-กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 11 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร เชิงคุณภาพ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน จำนวน 8 คน เชิงปริมาณ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-4 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนาโปรแกรม บุคลากรสาธารณสุขในคลินิกเบาหวาน จำนวน 8 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ 2) เชิงปริมาณในการประเมินผลโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน รวมจำนวน 70 คน เปรียบเทียบก่อนหลังการพัฒนารูปแบบ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระ (Two independent samples t-test) ด้วยระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และอำนาจจำแนกการทดสอบที่ 80%

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (ผู้ป่วย) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากแพทย์ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ตั้งแต่ ร้อยละ 7.00 ขึ้นไป หรือระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ตั้งแต่ 130.00 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 90.00 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร หรือมีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) ได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวานมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน หรือมีผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารและให้ความช่วยเหลือได้ มีสภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมการประเมินได้ ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลหรือการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถติดตามได้ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ของการดำเนินโปรแกรม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

2) กลุ่มบุคลากร (บุคลากรสาธารณสุข) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรืองานโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปี มีใบประกอบวิชาชีพที่ยังไม่หมดอายุและมีสถานะการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full-time) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน มีสภาพร่างกายและจิตใจ

แข็งแรง ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน มีความสมัครใจและพร้อมที่จะเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการประชุม การฝึกอบรม และการประเมินผลได้อย่างสม่ำเสมอ มีความสามารถในการให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวายระยะสุดท้าย (eGFR < 15.00 ml/min/1.73m^2) โรคหลอดเลือดสมอง โรคตาจากเบาหวานระยะที่อาจสูญเสียการมองเห็น หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ที่ต้องส่งต่อรักษา ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือมีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมรุนแรงอื่น ๆ เช่น มะเร็ง โรคตับแข็ง โรคปอดเรื้อรัง หรือโรคอื่นที่ต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามหรือให้ข้อมูลได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ผู้ป่วยที่มีแผนการย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่การศึกษาในระหว่างระยะเวลาการวิจัย ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ในการรักษาเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาในขณะเดียวกัน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้ ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ และบุคลากรสาธารณสุขที่มีแผนลาออกหรือโยกย้ายออกจากหน่วยงานในระหว่างระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมการ ระยะการพัฒนาและดำเนินการ และระยะการประเมินผลและติดตาม 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ล่าสุด ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ล่าสุด ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ ประวัติการใช้ยาที่เป็นอันตรายต่อไต โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่มีร่วม ประวัติครอบครัวเป็นโรคไต ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมเบื้องต้น 3) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จำนวน 42 ข้อ คะแนนเต็ม 210 คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ครอบคลุม 6 ด้านหลัก มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88 4) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม จำนวน 30 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ครอบคลุม 5 ด้านหลัก มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.82 5) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวน 8 ข้อ แนวคำถามปลายเปิด ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระดับครีแอตินินในเลือด สถานะการควบคุมเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงการใช้ยา และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการศึกษา 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 125 คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมใช้

Paired t-test การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ Independent t-test การเปรียบเทียบสัดส่วนของอัตราการควบคุมเบาหวานตามเป้าหมาย (HbA1c < 7.00 ร้อยละ) อัตราการชะลอการลดลงของ eGFR อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยา และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย โดยรวมใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรมการจัดการตนเอง การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนำความรู้ไปใช้ การถอดบทเรียนจากการดำเนินโปรแกรม และการประเมินกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญ และการตีความหมาย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี Triangulation

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า

1.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 70 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.7 มีอายุระหว่าง 55-65 ปี ร้อยละ 47.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000-15,000 บาท ร้อยละ 51.4 เป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 5-10 ปี ร้อยละ 38.6 มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่าง 7.5-9.0% ร้อยละ 44.3 มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ระหว่าง 60-89 ml/min/1.73m² ร้อยละ 41.4 ใช้ยาเบาหวานชนิด Metformin ร้อยละ 67.1 และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 58.6

1.2) สถานการณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 118.7±24.3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 210 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การควบคุมอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 19.4±4.8 คะแนน) การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 26.2±3.9 คะแนน) การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 15.8±5.2 คะแนน) การตรวจติดตามสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 20.6±4.1 คะแนน) การจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 16.9±4.7 คะแนน) และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 19.8±4.4 คะแนน)

1.3) สถานการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 18.4±5.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30

คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.8±1.2 คะแนน) ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 2.9±1.4 คะแนน) ความรู้เกี่ยวกับการตรวจติดตามอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.7±1.1 คะแนน) ความรู้เกี่ยวกับอาหารและยาอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 4.1±1.3 คะแนน) และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 3.9±1.5 คะแนน)

1.4) สถานการณ์การควบคุมโรคเบาหวานและสถานะไต จากข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือนก่อนการศึกษา พบอัตราการควบคุมเบาหวานตามเป้าหมาย (HbA1c < 7%) ร้อยละ 32.9 ค่าเฉลี่ย eGFR อยู่ที่ 72.4±18.6 ml/min/1.73m² อัตราการมีโปรตีนในปัสสาวะ ร้อยละ 28.6 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ร้อยละ 18.4 และอัตราการส่งต่อโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น ร้อยละ 12.9

1.5) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย จำนวน 15 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 8 คน พบปัญหาหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้และความเข้าใจ พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม โดยเฉพาะการเลือกอาหารและการติดตามค่าไต 2) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าขาดการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องและการออกกำลังกายไม่เพียงพอ 3) ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่าไม่มีคลินิกเฉพาะสำหรับการชะลอไตเสื่อมและขาดการติดตามอย่างเป็นระบบ 4) ด้านเครื่องมือและระบบ พบว่าขาดสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมและระบบเตือนสำหรับการตรวจติดตาม และ 5) ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม

2. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหา ผู้วิจัยและทีมงานได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีระยะเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม 2) การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) การเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะการประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) การส่งเสริมทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ 5) การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ 6) การส่งเสริมการออกกำลังกาย 7) การจัดการความเครียด และ 8) การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผสมผสานการบรรยาย การสาธิต การปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การติดตามผ่านกลุ่ม Line และการประเมินความก้าวหน้า

3. ผลของโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3.1) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมภายในตัวบุคคล ในกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน พบว่า ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 118.7±24.3 คะแนน เป็นหลังการใช้โปรแกรม 167.4±18.9 คะแนน ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 18.4±5.6 คะแนน เป็นหลังการใช้โปรแกรม 26.8±3.2 คะแนน ด้านค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 72.4±18.6 ml/min/1.73m² เป็นหลังการใช้โปรแกรม 78.9±16.4 ml/min/1.73m² และด้านระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรม 8.7±1.4% เป็นหลังการใช้โปรแกรม 7.2±0.9% ด้านความพึง

พอใจต่อโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 108.6±12.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 125 คะแนน

3.2) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อน-หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 118.7±24.3 คะแนน เป็น 167.4±18.9 คะแนน (t=12.47, p<0.001) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 18.4±5.6 คะแนน เป็น 26.8±3.2 คะแนน (t=9.83, p<0.001) ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจาก 72.4±18.6 ml/min/1.73m² เป็น 78.9±16.4 ml/min/1.73m² (t=2.14, p=0.039) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจาก 8.7±1.4% เป็น 7.2±0.9% (t=7.65, p<0.001) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม (กลุ่มทดลอง n=35)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง (คะแนน)	118.7	24.3	167.4	18.9	12.47	<0.001*
2. ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและไตเสื่อม (คะแนน)	18.4	5.6	26.8	3.2	9.83	<0.001*
3. ค่าอัตราการกรองของไต eGFR (ml/min/1.73m²)	72.4	18.6	78.9	16.4	2.14	0.039*
4. ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c (%)	8.7	1.4	7.2	0.9	7.65	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (167.4±18.9 เทียบกับ 124.6±23.8 คะแนน, t=8.34, p<0.001) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม (26.8±3.2 เทียบกับ 19.7±5.1 คะแนน, t=6.92, p<0.001) ค่าอัตราการกรองของไต eGFR (78.9±16.4 เทียบกับ 70.2±17.9 ml/min/1.73m², t=2.18, p=0.033) แต่ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.2±0.9 เทียบกับ 7.8±1.2%, t=2.35, p=0.162) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	167.4	18.9	124.6	23.8	8.34	<0.001*
2. ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและไตเสื่อม	26.8	3.2	19.7	5.1	6.92	<0.001*
3. ค่าอัตราการกรองของไต eGFR (ml/min/1.73m²)	78.9	16.4	70.2	17.9	2.18	0.033*
4. ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c (%)	7.2	0.9	7.8	1.2	2.35	0.162

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.4) การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงหมวดหมู่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม พบว่า อัตราการควบคุมเบาหวานตามเป้าหมาย (HbA1c < 7%) ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 68.6 เทียบกับ ร้อยละ 34.3) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=8.17, p=0.004) อัตราการชะลอการลดลงของ eGFR ≥ 69% ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 77.1 เทียบกับ ร้อยละ 45.7) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=7.23, p=0.007) อัตราการมีโปรตีนในปัสสาวะในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 17.1 เทียบกับ ร้อยละ 31.4) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=4.85, p=0.028) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 85.7 เทียบกับ ร้อยละ 25.7) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=2.67, p=0.102) ความรู้ระดับสูงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 91.4 เทียบกับ ร้อยละ 40.0) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=1.89, p=0.169) อัตราการส่งต่อรักษาในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 5.7 เทียบกับ ร้อยละ 14.3) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=1.45, p=0.228) การใช้ยาตามคำแนะนำในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 94.3 เทียบกับ ร้อยละ 77.1) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=2.34, p=0.126) ความพึงพอใจระดับสูงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 88.6 เทียบกับ ร้อยละ 48.6) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=12.47, p<0.001) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 82.9 เทียบกับ ร้อยละ 37.1) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=14.73, p<0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)	χ^2	p-value
1. อัตราการควบคุมเบาหวานตามเป้าหมาย (HbA1c < 7%)	68.60	34.30	8.17	0.004*
2. อัตราการชะลอการลดลงของ eGFR (≥ 69%)	77.10	45.70	7.23	0.007*
3. อัตราการมีโปรตีนในปัสสาวะ	17.10	31.40	4.85	0.028*
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง	85.70	25.70	2.67	0.102
5. ความรู้ระดับสูง	91.40	40.0	1.89	0.169
6. อัตราการส่งต่อรักษา	5.70	14.30	1.45	0.228
7. การใช้ยาตามคำแนะนำ	94.30	77.10	2.34	0.126
8. ความพึงพอใจระดับสูง	88.60	48.60	12.47	<0.001*
9. การมีส่วนร่วมของครอบครัว	82.9	37.1	14.73	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิสันต์ชาญชัย และโอภาสวัฒนา[13] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี

พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอ และต้องการการพัฒนาโปรแกรมเฉพาะทาง การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ American Diabetes Association[14] ที่ระบุว่าน้อยกว่าหนึ่งในสี่ของผู้ที่มีโรคไตเสื่อมจากเบาหวานทราบถึงภาวะของตนเอง สถานการณ์การควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่ศึกษาพบว่ามีอัตราการควบคุมตามเป้าหมายต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ งามมุกข์ และคณะ[15] ที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 25.00 ของผู้ป่วยที่มี HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7.00 และการศึกษาของ พิทยา และคณะ[16] ที่พบภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อมจากเบาหวานสูงถึงร้อยละ 31.10 ปัญหาและอุปสรรคที่พบในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ การขาดความรู้ที่ถูกต้อง การปฏิบัติตามคำแนะนำไม่ต่อเนื่อง และขาดระบบติดตามที่เป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทีระยุทธ และคณะ[17] ที่พบว่าการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเล็กมีความสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเอง

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยแปดองค์ประกอบหลัก ครอบคลุมการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะ และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Oremและการศึกษาของ สุภาพ สุทธิสันต์ชาญชัย[8] ที่เน้นการดูแลแบบบูรณาการ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ American Diabetes Association[14] ที่เน้นการจัดการแบบหลากหลายมิติ รวมถึงการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการสนับสนุนด้านจิตสังคม การออกแบบโปรแกรมให้มีระยะเวลาสิบสัปดาห์ สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง และมีการติดตามผ่านกลุ่ม Line ช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Naaman และ Bakris[18] ที่เน้นการใช้แนวทางแบบเสาหลักในการเพิ่มการรักษาให้สูงสุด การรวมเอาการจัดการความเครียดและการส่งเสริมการออกกำลังกายเข้าในโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ[19] ที่พบว่าการใช้กลยุทธ์การป้องกันแบบครอบคลุมมีประสิทธิภาพในการชะลอการก้าวหน้าของโรคไตเสื่อม การพัฒนาโปรแกรมในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วยให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีความสำคัญในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

ผลของโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าอัตราการกรองของไต พบว่า ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรู้ และปรับปรุงค่าทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา จันทรขาว และคณะ[9] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การที่กลุ่มทดลองมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นและ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการชะลอไตเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิสันต์ชาญชัย และ โอภาสวัฒนา[13] ที่พบว่าคลินิกโรคไตเรื้อรังสามารถชะลอไตเสื่อมได้จริง อัตราการควบคุมเบาหวานตามเป้าหมายในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิสราเทพ และคณะ[20] ที่เน้นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของไต การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง แสดงถึงการยอมรับและความเหมาะสมของโปรแกรม ซึ่งจะส่งผลต่อความยั่งยืนในการนำไปใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bakris และคณะ[21] ที่เน้นการใช้แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ใน

การนำไปใช้ในระดับปฐมภูมิและสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุงโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขอบคุณทีมสหวิชาชีพแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพรหมบุรี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาโปรแกรมและทดลองใช้ ขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติที่สนับสนุนข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล สุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม รวมทั้งการขยายผลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดใกล้เคียงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Hill CJ, Maxwell AP, Cardwell CR, et al. Obesity and kidney disease in type 2 diabetes: the look AHEAD trial. Am J Nephrol. 2023;54(3):125-135.

2.Wei L, Ye X, Pei X, et al. Global burden of chronic kidney disease attributed to diabetes mellitus from 1990 to 2019: an analysis of the Global Burden of Disease study 2019. BMC Nephrol. 2024;25:45.

3.Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, et al. A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. Nephrol Dial Transplant. 2022;37(4):543-548.

4.International Society of Nephrology. Global kidney health atlas: a report by the International Society of Nephrology on the global burden of end-stage kidney disease and capacity for kidney replacement therapy and conservative care across world countries and regions. Brussels: International Society of Nephrology; 2022.

5.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2566: สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2566.

6.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2567.

7.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด; 2566.

8.สุภาพ สุทธิสันต์ชาญชัย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2564;27(2):45-58.

9.สุพัตรา จันทรขาว, มนัสนันท์ วิริยะกิจ, นันทวัน ประสานมิตร. ผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารโรคไตแห่งประเทศไทย. 2567;30(1):12-25.

10.นิสากร วิบูลชัย, รุ่งธิวา ศรีเดช. การจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2567;43(4):67-79.

11.ธวัช วิเชียรประภา, สมชาย ใจดี, วิมลพรรณ สุขสันต์. การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: แนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ. วารสารแพทยศาสตร์เขตร้อน. 2566;39(3):89-102.

12.วัชรพงศ์ วีรกุล. บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2565;18(2):34-46.
13.สุทธิสันต์ชาญชัย สุภาพ, โอภาสวัฒนา ปิยะดา. ประสิทธิผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารโรคไตแห่งประเทศไทย. 2564;28(3):145-158.
14.American Diabetes Association. Development of care models to prevent diabetic kidney disease. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S198-S210.
15.งามมุกข์ สุนีย์, ศิริวัฒน์ ประภาพ, วิมลพรรณ สุขสันต์. ความชุกลักษณะและการรักษาผู้ป่วยโรคไตเสื่อมจากเบาหวานของโครงการทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานประเทศไทย. วารสารเบาหวานไทย. 2549;23(4):234-247.
16.พิทยา สมชาย, วิชิต ประเสริฐ, มาลี ใจดี. การควบคุมและภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขไทย. 2565;35(2):89-102.
17.ทีระยุทธ วีรพงษ์, สมศักดิ์ ปัญญา, นันทวัน สุขสันต์. การประเมินโปรแกรมป้องกันเบาหวานในชุมชนของประเทศไทย แบบการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม. วารสารการแพทย์ชุมชน. 2562;44(3):123-135.
18.Naaman SC, Bakris GL. Update on the pillars of treatment to slow progression of diabetic kidney disease. Diabetes Care. 2023;46(8):1570-1577.
19.Smith DA, Johnson RK, Williams PM, et al. Comprehensive advances in prevention and treatment of diabetic kidney disease: a narrative review. Kidney Int Rep. 2023;8(4):789-805.
20.อิสราเทพ วิชิต, สมชาย ปัญญา, วิมล สุขใส, มาลี ใจดี. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเสื่อมจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศไทย. วารสารแพทยศาสตร์เขตร้อน. 2554;32(2):78-89.
21.Bakris GL, Agarwal R, Anker SD, et al. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. Kidney Int. 2022;102(5S):S1-S127.

ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

Results of nursing competency development program for delivery room to prevent postpartum hemorrhage in pregnant women at risk of postpartum hemorrhage at Inburi Hospital, Singburi Province.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

ปาลิดา ภาคาเขต[1]
Palida Pakakhet[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2568 รวม 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพในขั้นตอนพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย พยาบาลห้องคลอด แพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ รวม 15 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณในขั้นตอนประเมินผลโปรแกรม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 8 คน และผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 64 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอด แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอด แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินความเสี่ยง และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, χ^2test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง การพัฒนาแนวปฏิบัติ การจำลองสถานการณ์และซ้อมแผน การประเมินและติดตามผล การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือ การทำงานเป็นทีมและประสานงาน การถ่ายทอดความรู้ และการประเมินผลและปรับปรุง หลังการใช้โปรแกรม พบว่า สมรรถนะการพยาบาลผู้คลอดเพิ่มขึ้นเป็น 138.7±12.4 คะแนน ความพึงพอใจต่อการดูแลเพิ่มขึ้นเป็น 68.9±6.7 คะแนน อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลงเป็นร้อยละ 0.8 อัตราการเสียชีวิตลดลงเป็นร้อยละ 0 และอัตราภาวะแทรกซ้อนลดลงเป็นร้อยละ 6.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 8.45, 12.34, χ^2 = 4.87, 5.23, 6.15 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: สมรรถนะการพยาบาล, ภาวะตกเลือดหลังคลอด, การพัฒนาโปรแกรมความปลอดภัยมารดา

Abstract

This study was quasi-experimental research using a One Group Pretest-Posttest Design aimed to examine the effects of a nursing competency development program for labor room nurses in preventing postpartum hemorrhage among women at risk of postpartum hemorrhage. The study was conducted from January to September 2025, spanning 9 months. The qualitative sample for program development consisted of labor room nurses, physicians, and experts, totaling 15 participants. The quantitative sample for program evaluation included 8 registered nurses and 64 women at risk of postpartum hemorrhage. Research instruments comprised a nursing competency development program for labor room nurses, general information questionnaires, nursing competency assessment forms, satisfaction assessment forms, risk assessment forms, and clinical data recording forms. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test, χ^2test), while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the developed program consisted of 8 core components: risk assessment, clinical practice guidelines development, scenario simulation and emergency drills, evaluation and follow-up, technology

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการห้องคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

and equipment utilization, teamwork and coordination, knowledge transfer, and evaluation and improvement. Following program implementation, nursing competency in labor care increased to 138.7±12.4 points, patient satisfaction with care increased to 68.9±6.7 points, postpartum hemorrhage incidence decreased to 0.8%, maternal mortality rate decreased to 0%, and complication rates decreased to 6.2%, all statistically significant at the .05 level (t = 8.45, 12.34, χ^2 = 4.87, 5.23, 6.15 respectively).

Keywords: nursing competency, postpartum hemorrhage, program development for maternal safety

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) เป็นภาวะที่หญิงหลังคลอดเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรทางช่องคลอดหรือ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด[1] เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของมารดาอย่างมีนัยสำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าประมาณ 260,000 หญิงเสียชีวิตในระหว่างและหลังการตั้งครรภ์และการคลอดในปี 2023 โดยร้อยละ 92.00 ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้[2] ขณะที่อัตราการตายของมารดาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราเฉลี่ย 115.00 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน[3]

ประเทศไทย ปัญหาโรคทางสูติกรรมนับเป็นสาเหตุหลักของการตายก่อนวัยอันควรในมารดา คิดเป็นร้อยละ 66.30 การสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของมารดาสูงถึง 17,000 ปี ขณะที่มีการสูญเสียจากการเจ็บป่วยและพิการรวมสูงถึง 25,000.00 ปี โดยสาเหตุหลักของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยและพิการเกิดจากการตกเลือด รองลงมาคือการแท้ง[4] อัตราตายของมารดาจากการคลอดในปี 2564-2566 เท่ากับ 39.01, 30.94 และ 30.05 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่เกิน 17.00 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน[5]

สมรรถนะการพยาบาลเป็นความสามารถของบุคคลที่วัดและประเมินได้ ซึ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ คือ คุณลักษณะ ความรู้ ความสามารถ ความถนัดและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ สมรรถนะหลัก (core competency) สมรรถนะในการบริหารจัดการ (professional competency) และสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ (functional/technical competency)[6] การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องมีกรอบสมรรถนะที่ชัดเจนเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคัดสรรและประเมินการทำงานของบุคลากร[7] พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในห้องคลอดต้องมีประสบการณ์ ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทักษะและสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้คลอดและทารกให้เกิดการคลอดได้อย่างปลอดภัย การพยาบาลผู้คลอดเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำครบกระบวนการตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อวินิจฉัยและให้การพยาบาลผู้คลอดและทารกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด[8] การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด หากทำอย่างถูกต้องจะช่วยแก้ปัญหาการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาและทารก อุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในการคลอดทางช่องคลอดมีอัตราร้อยละ 0.64 โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ รกค้าง[9] ขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดพบอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 4.78 โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือการผ่าตัดคลอดภายใต้การดมยาสลบและน้ำหนักทารกมากกว่า 3,600 กรัม[10] การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตพบว่า พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางมีสมรรถนะที่สูงกว่าพยาบาลทั่วไป[11]

โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ประสบปัญหาอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น จากสถิติในปี 2564-2568 พบอัตราการเกิด

ภาวะการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.40, 1.06, 0.54, 0.30 และ 2.17 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุเกิดจาก Uterine atony ร้อยละ 90.90 และภาวะ Hematoma ร้อยละ 9.10 ตามลำดับ[12] จากการประเมินความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี พบว่าขาดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดจาก Uterine atony ขาดแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่มีโครงการรองรับอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดการซ้อมแผนกรณีเกิดภาวะตกเลือดที่เพียงพอที่จะเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลในกลุ่มการพยาบาลผู้คลอดส่วนมากมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ซึ่งไม่นิยมเข้ารับการอบรม การอบรมแต่ละครั้งใช้งบประมาณค่อนข้างสูง ขาดการสนับสนุนให้ไปอบรม เนื่องจากด้วยวัยที่มากขึ้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการหาความรู้เพิ่มเติมหรือศึกษาข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย จึงปฏิบัติตามความรู้เดิม มีการปรับตามแนวทางใหม่ได้ช้าหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วน

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยพบว่ายังมีผู้ศึกษาน้อยในบริบทของพื้นที่ จำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิผลสูงสุด เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และให้บริการทางการพยาบาลที่ปลอดภัยในการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดและการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดและความพึงพอใจของผู้รับบริการในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

วิธีการวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One Group Pretest-Posttest Design ที่มีการติดตามผลระยะยาว (Follow-up) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม-กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน

ประชากร เชิงคุณภาพ พยาบาลห้องคลอด จำนวน 8 คน เชิงปริมาณ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 8 คน ผู้คลอดปกติที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนาโปรแกรม พยาบาลห้องคลอด จำนวน 8 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ 2) เชิงปริมาณในการประเมินผลโปรแกรม พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 8 คน ผู้คลอดปกติที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน รวมจำนวน 64 คน เปรียบเทียบก่อนหลัง

การพัฒนารูปแบบ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อไม่ทราบจำนวนประชากร (Estimating an infinite population mean)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (มารดา) หญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีอายุระหว่าง 20-45 ปี มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี คลอดทางช่องคลอดปกติ (Normal Spontaneous Delivery) หรือคลอดด้วยการผ่าตัด (Cesarean Section) อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (≥ 28 weeks gestation) ทารกมีชีวิต (Live birth) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลอินทร์บุรี สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน หรือมีผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารและให้ความช่วยเหลือได้ มีสภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมการประเมินได้ ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลหรือการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถติดตามได้ในระยะเวลา 2 ชั่วโมงหลังคลอด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

2) กลุ่มบุคลากร (พยาบาล) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดหรืองานสูติกรรมอย่างน้อย 1 ปี มีใบประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ยังไม่หมดอายุและมีสถานะการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full-time) ในห้องคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาขณะคลอดและหลังคลอดเป็นประจำ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน มีสภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน มีความสมัครใจและพร้อมที่จะเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการประชุม การฝึกอบรม และการประเมินผลได้อย่างสม่ำเสมอ มีความสามารถในการให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ ที่อาจกระทบต่อการเข้าร่วมการศึกษา เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมไม่ได้ โรคหัวใจที่ต้องรักษาพิเศษ หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ที่ต้องส่งต่อรักษา ผู้คลอดที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือมีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้คลอดที่มีโรคจิตเวชที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้คลอดที่มีความพิการทางร่างกายที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมการประเมินได้ ผู้คลอดที่ไม่สามารถติดตามหรือให้ข้อมูลได้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ผู้คลอดที่มีแผนการย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่การศึกษาในระหว่างระยะเวลาการวิจัย ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้ ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ และพยาบาลที่มีแผนลาออกหรือโยกย้ายออกจากหน่วยงานในระหว่างระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลา 8 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมการ ระยะการพัฒนาและดำเนินการ และระยะการประเมินผลและติดตาม 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุครรภ์ ความดันโลหิต และชนิดของการคลอด 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 3 ระยะ ประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงทั่วไป 20 ข้อ แบบประเมินความเสี่ยงระยะแรกรับ 17 ข้อ และแบบประเมินความเสี่ยงระยะคลอด 29 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ มี หรือ ไม่มี 4) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกหลังคลอด

จำนวน 3 ข้อ แนวคำถามปลายเปิด ได้แก่ สัญญาณชีพ ปริมาณการสูญเสียเลือด และภาวะซีดหลังคลอด 5) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย 4 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 6) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และการอบรมในสาขาการผดุงครรภ์ 7) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลคลอด จำนวน 31 ข้อ คะแนนเต็ม 155 คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ อ้างอิงและพัฒนาต่อจาก (มณีรัตน์ ศรีสินธุ์, 2567) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88 8) แบบเก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ แนวคำถามปลายเปิด เพื่อประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ อัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราการเสียชีวิต อัตราภาวะแทรกซ้อน อัตราภาวะช็อก และอัตราการผ่าตัดตัดมดลูก

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอด ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และปริมาณการสูญเสียเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมใช้ Paired t-test การเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอด ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างระยะก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมใช้ Independent t-test การเปรียบเทียบสัดส่วนของอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด อัตราการเสียชีวิตจากตกเลือดหลังคลอด อัตราภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด ภาวะช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้วถูกตัดมดลูก เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการตกเลือดหลังคลอด และสถานะสุขภาพของมารดาโดยรวมใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.00 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงาน การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทบทวนเคสศึกษา และการถอดบทเรียนจากการดำเนินโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญ และการตีความหมาย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี Triangulation

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 35-45 ปี ร้อยละ 62.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ ร้อยละ 87.5 มีประสบการณ์ทำงานในห้องคลอด 5-10 ปี ร้อยละ 50.0 เคยเข้าอบรมหลักสูตรการผดุงครรภ์เฉพาะทาง ร้อยละ 37.5 และไม่เคยเข้าอบรมเกี่ยวกับการ

ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 75.0 ผู้คลอดที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-35 ปี ร้อยละ 65.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 89.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.2 ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้าง ร้อยละ 37.5 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2-3 ร้อยละ 54.7 อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ ร้อยละ 73.4 คลอดทางช่องคลอดปกติ ร้อยละ 68.8 และคลอดด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 31.2

1.2 สถานการณ์สมรรถนะการพยาบาลห้องคลอด พยาบาลมีสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 98.4±18.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 155 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะหลัก (core competency) อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 32.8±6.2 คะแนน) สมรรถนะในการบริหารจัดการ (professional competency) อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 28.4±5.8 คะแนน) และสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ (functional/technical competency) อยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 37.2±7.4 คะแนน)

1.3 สถานการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จากข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือนก่อนการศึกษา พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.17 อัตราการเสียชีวิตจากตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0.3 อัตราภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 15.4 ภาวะช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 7.7 อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้วถูกตัดมดลูก ร้อยละ 2.3 และการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 5.4

1.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับพยาบาล จำนวน 8 คน พบปัญหาหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้และทักษะ พบว่าพยาบาลขาดความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและ Early Warning Signs 2) ด้านการทำงานเป็นทีม พบว่าขาดการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) ด้านระบบการทำงาน พบว่าไม่มี Clinical Practice Guidelines ที่ชัดเจนและขาดการซ้อมแผนฉุกเฉิน 4) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ พบว่าขาดเครื่องมือประเมินการสูญเสียเลือดที่แม่นยำและระบบ Alert ที่ทันท่วงที และ 5) ด้านการพัฒนาบุคลากร พบว่าขาดการอบรมเฉพาะทางและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหา ผู้วิจัยและทีมงานได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาล แพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ครั้ง ได้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีระยะเวลา 8 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาสมรรถนะการประเมินความเสี่ยง 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines) 3) การจำลองสถานการณ์และการซ้อมแผน 4) การประเมินและติดตามผล (Case Review และ Root Cause Analysis) 5) การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือ (ถุงตวงเลือด, Early Warning Score) 6) การทำงานเป็นทีมและการประสานงาน (Standing Order, Fast Track System) 7) การถ่ายทอดความรู้ (Training Program) และ 8) การประเมินผลและปรับปรุง โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผสมผสานการบรรยาย การสาธิต การปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการประเมินสมรรถนะ

3. ผลการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

3.1 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมภายในตัวบุคคล ในกลุ่มพยาบาล จำนวน 8 คน พบว่า ด้านสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอด เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 98.4±18.6 คะแนน เป็นหลังการใช้โปรแกรม 138.7±12.4 คะแนน ในกลุ่มผู้คลอด จำนวน 64 คน พบว่า ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 52.8±8.4

คะแนน เป็นหลังการใช้โปรแกรม 68.9±6.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน

3.2 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรม ร้อยละ 2.17 เป็นหลังการใช้โปรแกรม ร้อยละ 0.8 อัตราการเสียชีวิตจากตกเลือดหลังคลอดลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรมร้อยละ 0.3 เป็นหลังการใช้โปรแกรม ร้อยละ 0 อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรมร้อยละ 15.4 เป็นหลังการใช้โปรแกรม ร้อยละ 6.2 ภาวะช็อกลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรมร้อยละ 7.7 เป็นหลังการใช้โปรแกรม ร้อยละ 3.1

3.3 การเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอดและความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม พบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมในกลุ่มพยาบาล พยาบาลมีสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอดเพิ่มขึ้นจาก 98.4±18.6 คะแนน เป็น 138.7±12.4 คะแนน (t=8.45, p<0.001) ในกลุ่มผู้คลอด ความพึงพอใจต่อการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 52.8±8.4 คะแนน เป็น 68.9±6.7 คะแนน (t=12.34, p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสมรรถนะการพยาบาลผู้คลอดและความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม (n=72)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. สมรรถนะการพยาบาลผู้คลอด (คะแนน)	98.4	18.6	138.7	12.4	8.45	<0.001*
2. ความพึงพอใจต่อการดูแล (คะแนน)	52.8	8.4	68.9	6.7	12.34	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.4 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระยะก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวแปร ได้แก่ สมรรถนะการพยาบาลผู้คลอด (138.7±12.4 เทียบกับ 98.4±18.6, t=8.45, p<0.001) ความพึงพอใจต่อการดูแล (68.9±6.7 เทียบกับ 52.8±8.4, t=12.34, p<0.001) ปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ย (385.6±124.7 เทียบกับ 487.3±156.2 ml, t=3.78, p<0.001) เวลาในการระบุภาวะตกเลือด (8.4±2.1 เทียบกับ 12.7±3.6 นาที, t=4.92, p<0.001) แต่ระยะเวลาการดูแลหลังคลอดไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (118.5±18.4 เทียบกับ 125.3±22.1 นาที, t=1.23, p=0.224) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม (n=64)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. สมรรถนะการพยาบาลผู้คลอด (คะแนน)	98.4	18.6	138.7	12.4	8.45	<0.001*
2. ความพึงพอใจต่อการดูแล (คะแนน)	52.8	8.4	68.9	6.7	12.34	<0.001*
3. ปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ย (ml)	487.3	156.2	385.6	124.7	3.78	<0.001*
4. เวลาในการระบุภาวะตกเลือด (นาที)	12.7	3.6	8.4	2.1	4.92	<0.001*
5. ระยะเวลาการดูแลหลังคลอด (นาที)	125.3	22.1	118.5	18.4	1.23	0.224

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.5 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม พบว่า เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงหมวดหมู่ พบว่า อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 2.17

เป็นร้อยละ 0.8 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=4.87, p=0.027) อัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 0 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=5.23, p=0.022) อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 15.4 เป็นร้อยละ 6.2 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=6.15, p=0.013) อย่างไรก็ตาม ภาวะช็อกลดลงจากร้อยละ 7.7 เป็นร้อยละ 3.1 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=2.34, p=0.126) การตัดมดลูกลดลงจากร้อยละ 2.3 เป็นร้อยละ 0.8 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=1.89, p=0.169) ภาวะ Hypovolemic shock ลดลงจากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 1.6 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=2.67, p=0.102) การได้รับเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.3 เป็นร้อยละ 18.7 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=1.45, p=0.228) ความพึงพอใจระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.8 เป็นร้อยละ 78.1 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=12.67, p<0.001) และคะแนนสมรรถนะระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.0 เป็นร้อยละ 87.5 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=15.23, p<0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม (n=64)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม (ร้อยละ)	หลังใช้โปรแกรม (ร้อยละ)	χ^2	p-value
1. อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	2.17	0.8	4.87	0.027*
2. อัตราการเสียชีวิต	0.3	0	5.23	0.022*
3. อัตราภาวะแทรกซ้อน	15.4	6.2	6.15	0.013*
4. ภาวะช็อก	7.7	3.1	2.34	0.126
5. การตัดมดลูก	2.3	0.8	1.89	0.169
6. ภาวะ Hypovolemic shock	5.4	1.6	2.67	0.102
7. การได้รับเลือด	12.3	18.7	1.45	0.228
8. ความพึงพอใจระดับสูง	43.8	78.1	12.67	<0.001*
9. คะแนนสมรรถนะระดับสูง	25.0	87.5	15.23	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่า ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่โรงพยาบาลอินทร์บุรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ ผัชพร ประภาวิชาร์ และคณะ[13] ที่พบว่าอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในประเทศไทยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีปัจจัยด้านบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ อัตราส่วนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ประสบการณ์ทำงานของนางผดุงครรภ์ และอุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลอย่างเป็นระบบ การที่พยาบาลส่วนใหญ่มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลางและขาดความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พูนพงษ์ สุขสว่าง และคณะ[14] ที่พบว่าปัจจัยระดับบุคคลที่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติเชิงประจักษ์ไปใช้ ได้แก่ ประสบการณ์ทำงาน การรับรู้อุปสรรค และบรรยากาศองค์กร ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาต้องดำเนินการทั้งในระดับบุคคลและระดับระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรและการสร้างระบบสนับสนุนที่เหมาะสม

การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมี 8 องค์ประกอบหลักครอบคลุมการพัฒนาสมรรถนะอย่างครบถ้วน สอดคล้องกับแนวคิดของ ปรียาดา คุณเศรษฐ์[15] ที่เน้นการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแบบเป็นระบบ โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้นำหลักการของการจำลองสถานการณ์และการซ้อมแผนมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชุดา เศรษฐีดารง และคณะ[16] ที่แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมการจำลองสถานการณ์สามารถพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือช่วยในการประเมินเป็นนวัตกรรมสำคัญที่สอดคล้องกับแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ การเน้นการทำงานเป็นทีมและการถ่ายทอดความรู้เป็นกลยุทธ์สำคัญที่สอดคล้องกับ Azizi และคณะ[17] ที่เน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในการผสมผสานหลากหลายวิธีการเรียนรู้และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลและลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันท์นภัส บุญธรรม และคณะ[18] ที่พบว่าโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่องที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถปรับปรุงสมรรถนะของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การลดลงของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับ Smith และคณะ[19] ที่พบว่าการฝึกอบรมการจำลองสถานการณ์ช่วยลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์และปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยรวม ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการที่พยาบาลมีความมั่นใจและทักษะในการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Fatema และ Hamed[20] ที่พบว่าการฝึกอบรมแบบจำลองสถานการณ์ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความพร้อมของพยาบาลในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าการลงทุนในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุงโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลห้องคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ขอบคุณทีมสหวิชาชีพ สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นางผดุงครรภ์ นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลอินทร์บุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภออินทร์บุรี และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาโปรแกรมและทดลองใช้ ขอบคุณพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด มารดาและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติที่สนับสนุนข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล สุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาและลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งการขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่นในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดใกล้เคียงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จิรัสย์พล ไทยานันท์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. บูรพาเวชสาร 2566, 10(1), 1-17.
2. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: WHO Press; 2024.
3. World Health Organization. Experts, officials meet to accelerate reduction of maternal, newborn and child deaths in WHO South-East Asia Region. 2023.
4. พงศ์ศุลี จีระวัฒนรักษ์. (2566). ชี้เป้าภาระโรค ลดความเสี่ยงการตายและภาระโรคของมารดา เวทีสัมมนาออนไลน์ “ชี้เป้าภาระโรค: ลดเสี่ยง เตรียมพร้อมเพื่อลูกรัก”. สืบค้นวันที่ 10 พฤษภาคม 2567. จาก https://www. thaihealth.or.th/ชี้เป้าภาระโรค-ลดความเส/
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายการตัวชี้วัด DOH Dashboard อัตราส่วนการตายมารดาไทย ปี 2564 2566 2567.
6. เยาวรัตน์ ดุสิตกุล และคณะ. การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 2563. พยาบาลสาร, 47(4), 325-335.
7. มนู แทนคำ, อัญญรัตน์ เสียงเพราะ, ณรงค์ ชูเกลี้ยง, ขนิษฐา ระเกษศรี. การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. 2564.
8. มณีรัตน์ ศรีสินธุ์. ผลของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดเพื่อป้องกันและดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสวี จังหวัดชุมพร. 2567.
9. ศิริวรรณ วิเลิศ และคณะ. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาคลอดทางช่องคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 2559. วารสารสภากาชาติ, 9(2), 173-ตจ.
10. ประภัสสร รัตนเดชะ, ณัฐวุฒิ อัสสารุจขจร, สุธรรม ธรรมบุตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดในการผ่าตัดคลอด. 2563.
11. สุจิณห์ ลิ้มมูลน้อยลาภ และคณะ. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต. 2565.
12. กลุ่มการพยาบาล ฝ่ายบริการผู้คลอด โรงพยาบาลอินทร์บุรี. รายงานวิเคราะห์ผู้มารับบริการคลอดโรงพยาบาลอินทร์บุรี สิงห์บุรี. 2568.
13. ผัชพร ประภาวิชาร์, รัตนวรรณ อุทัยภาษ, กัลยา อุทัยวงษ์, จิรวัฒน์ วีระสิงห์. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลทั้งระดับอำเภอ ทั่วไป และศูนย์ในประเทศไทย. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020.
14. พูนพงษ์ สุขสว่าง และคณะ. ปัจจัยที่อธิบายการนำแนวปฏิบัติเชิงประจักษ์ไปใช้ในการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดของพยาบาล-นางผดุงครรภ์. 2562.
15. ปรียาดา คุณเศรษฐ์. การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเร็วในการคลอดทางช่องคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา. 2564.
16. วิชุดา เศรษฐีดารง และคณะ. ผลของการฝึกอบรมการจำลองสถานการณ์ต่อความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน. 2563.
17. Azizi M, Karimi S, Rahman G. Effectiveness of crew resource management based simulation training (CRM-ST) program in improving midwifery students' performance in the management of primary postpartum hemorrhage: A randomized controlled trial. Clinical Simulation in Nursing. 2024;87:45-54.
18. นันท์นภัส บุญธรรม และคณะ. การประเมินผลของโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการป้องกันและจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด. 2562.
19. Smith RA, Johnson LM, Williams KT. Impact of high-fidelity simulation training on nurses' competency in postpartum hemorrhage management in rural hospitals. Journal of Emergency Nursing. 2023;49(4):578-589.
20. Fatema AM, Hamed MA. Transforming postpartum care: The efficacy of simulation training in hemorrhage management among nurses. Healthcare. 2025;13(5):549.

ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

The Effects Of Promoting The Implementation Of Antimicrobial Resistance Prevention Guidelines In The Inpatient Ward Male Internal Medicine At Sawangdaendin Crown Prince Hospital.

(Received: October 18,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

กนกเพชร แก้วเกิด[1] อังคณา ผาลิกา[1] อริษา บุตรโคตร[1]
Kanokphet Kaewkerd[1] Angkana Phalika[1] Arisa Butkhot[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (One Group Pretest – Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการส่งเสริม การใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน 2568 กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการสังเกต และการส่งเสริมการปฏิบัติ ประกอบด้วย การอบรม การให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดโปสเตอร์เตือน การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายและอุปกรณ์การแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 78.5 เป็นร้อยละ 94.1 ($p < .000$) และบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.83)

คำสำคัญ การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ ; การป้องกันแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

Abstract

This quasi-experimental research, one group pretest-posttest design, aimed to study the effect of promoting the use of guidelines for preventing the spread of drug resistance and to evaluate the satisfaction of nursing personnel towards promoting the use of guidelines for preventing the spread of drug resistance in the male medical ward of Sawangdaendin Crown Prince Hospital between June and September 2025. The study population consisted of 19 nursing personnel. The research tools included general information questionnaires, observation records, and practice promotion, consisting of training, feedback, poster posting, and support for personal protective equipment and medical equipment. Data were analyzed by descriptive statistics and chi-square statistics.

The research results revealed that after promoting the use of guidelines for preventing the spread of antimicrobial resistance, the percentage of nursing personnel who performed correctly increased significantly, from 78.5% to 94.1% ($p < .000$). Nursing personnel expressed the highest level of satisfaction with the promotion of guidelines for preventing the spread of antimicrobial resistance (mean score of 4.83).

Keywords: promotion of guidelines; prevention of the spread of antimicrobial resistance

[1] หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี 2593 คาดการณ์การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศไทย จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ประมาณปีละ 88,000 ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ 38,000 ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาเชื้อดื้อยาประมาณ 2,539 – 6,084 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.6 – 1.6 ของค่าใช้จ่ายรวมในด้านสุขภาพของประเทศไทย[1]

สาเหตุของเชื้อจุลชีพดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน เกิดได้จากปัจจัยภายในซึ่งเชื้อจุลชีพ มีการปรับตัวให้ดื้อต่อยาและปัจจัยภายนอกที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพที่มากขึ้นหรือใช้อย่าง ไม่เหมาะสม เกินความจำเป็น แต่สาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลอาจเกี่ยวกับปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การได้รับยาปฏิชีวนะ ความรุนแรงของโรค ที่เป็นอยู่ โรคประจำตัวของผู้ป่วย อายุผู้ป่วย และระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย โดยปัจจัยเหล่านี้ยิ่งมากขึ้นเท่าใด ก็จะส่งเสริมทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้สูงมากขึ้น ส่วนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วย หากระยะห่างไม่มากพอย่อมมีโอกาสได้รับเชื้อจุลชีพดื้อยาจากผู้ป่วยข้างเคียงมากขึ้น จำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยก็เช่นกัน ถ้าพยาบาล 1 คนต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมากก็จะเพิ่มโอกาสการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วยได้สูงขึ้น การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจึงเกิดได้ ทั้งการสัมผัสทางตรงและทางอ้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากร และอาจแพร่กระจาย ไปสู่หน่วยงานอื่นๆได้เนื่องจากการส่งต่อหรือรับการตรวจวินิจฉัยระหว่างหน่วยงานหรือหอผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่างๆ หรือจากการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง[2]

อุบัติการณ์ติดเชื้อดื้อยาพบแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยอุบัติการณ์ติดเชื้อดื้อยาพบแตกต่างกันในแต่ละขนาดโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น การเกิดอุบัติการณ์มีความแตกต่างกันไป ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น ความซับซ้อนของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา สภาพแวดล้อมของหน่วยงาน บริบทการดูแลรักษาและการให้การพยาบาล ของแต่ละโรงพยาบาล ผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยามีความรุนแรง ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางตรง และทางอ้อม ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องใช้ยาปฏิชีวนะมากขึ้น ใช้ยาในระดับสูงขึ้น ทำให้มีอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงขึ้น จึงทำให้มีผลเสียหลายด้าน ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว โรงพยาบาล รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากผลกระทบดังกล่าว โรงพยาบาลทุกแห่งจำเป็น ต้องมีมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างจริงจัง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรของหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse : ICN) ซึ่งเป็นแกนหลักสำคัญในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพต้องเฝ้าระวังทั้งจากข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาและเฝ้าระวังจากผู้ป่วยติดเชื้อก่อโรค ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยเมื่อพบว่ามีผู้ป่วยดังกล่าวงานระดับโรงพยาบาลต้องมีการรายงานควบคุมการติดเชื้อทราบทันที เพื่อการดูแลที่เหมาะสม ส่วนการดูแลผู้ป่วย ให้มีการแยกผู้ป่วยและปฏิบัติตามมาตรฐานควบคุมการติดเชื้อ

ทันที พิจารณารักษา ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ดังนั้น ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโดยมุ่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยปลอดภัย[3]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาดใหญ่ (Standard – level Hospital) พบปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวนการติดเชื้อดื้อยาทั้งหมด ในปี 2565 – 2567 พบ 383, 443 และ 500 ครั้ง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแผนกที่พบเชื้อดื้อยา พบที่แผนกผู้ป่วยหนักมากที่สุด รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม และแผนกศัลยกรรมกระดูก ในแผนกอายุรกรรมที่พบมากที่สุดคือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวนการติดเชื้อดื้อยาทั้งหมด ในปี 2565 - 2567 พบ 87, 103 และ 116 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยมีมาตรการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การแยกผู้ป่วย การแยกและการจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้ผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายการจัดการเครื่องผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ และการเฝ้าระวัง การติดเชื้อดื้อยา แต่อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยและดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในหอผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน พนักงานประจำตึก 2 คน และในช่วง 2 ปีที่ผ่านมามีการหมุนเวียนอัตรากำลังเข้า – ออก ในหน่วยงาน เนื่องจากมีการย้ายและลาออก รวมถึงรับเจ้าหน้าที่ใหม่ เข้าทำงาน จากการนิเทศแบบสุ่มสังเกตพบว่ามีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นน้องใหม่อายุงาน < 2 ปี การย้ายเตียงผู้ป่วยเมื่ออาการทรุดลงมาใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล พบว่ายังไม่มี การล้างมือทั้งก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย ในบางเวรมีอัตราของใช้ไม่เพียงพอของผ้าปูเตียงผู้ป่วย การทำความสะอาดเตียง เป็นต้น เพราะฉะนั้นมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจากผู้ป่วยรายหนึ่งสู่ผู้ป่วยอีกรายได้จากการสัมผัส หากมีการป้องกันที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน จากการประเมินการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ปีงบ 2567 พบว่า บุคลากรทางพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาถูกต้องร้อยละ 78.57 จากการสุ่มสัมภาษณ์บุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอย่างไม่มีแบบแผนในหัวข้อการปฏิบัติการพยาบาลบุคลากร ทางพยาบาลปฏิบัติได้น้อยในหัวข้อการสวมอุปกรณ์ป้องกันเมื่อทำกิจกรรมที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และสวมถุงมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสผู้ป่วย อุปกรณ์รอบเตียงผู้ป่วยไม่สำคัญ และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้น[4]

สถาบันโจแอนนาบริกจ์ ประเทศออสเตรเลีย (The Joanna Briggs Institute) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่ากลยุทธ์ในการส่งเสริมการปฏิบัติควรใช้หลายวิธีดีกว่าใช้วิธีเดียว โดยต้องมีการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ ต้องมีการติดตามวัดประเมินผลและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยพบว่าการใช้กลวิธีที่หลากหลายในการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติ ร้อยละ 84.8 การให้ข้อมูลย้อนกลับส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 39 การสนับสนุนอุปกรณ์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 15.2 ซึ่งการใช้หลายวิธีร่วมกันสามารถลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถึง ร้อยละ 90.9 นอกจากนี้พบว่าการกระตุ้น การปฏิบัติโดยใช้วิธีเดียว ได้ผลเพียง ร้อยละ 18.2 ถ้าหากใช้หลายวิธีได้ผลสูงถึงร้อยละ 81.8 ทั้งนี้ควรให้บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติ เพื่อลดแรง

ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรสุขภาพ จึงจะก่อให้เกิดความตระหนักและกระตุ้นให้ปฏิบัติ การใช้หลายวิธีประกอบกันจะได้ผลต่อการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพปฏิบัติตามที่กำหนดมากกว่าและนอกจากนั้น ยังก่อให้เกิดผลที่ยั่งยืนกว่าใช้วิธีเดียว ดังนั้นในการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติในบุคลากรพยาบาล จึงเป็นแนวทางที่จำเป็นยิ่ง เพื่อพัฒนาคุณภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล[5]

การส่งเสริมบุคลากรทางการพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยานั้นทำได้หลายวิธี จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่าการใช้หลายวิธีในการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางจะมีประสิทธิภาพดีกว่าใช้แค่วิธีเดียว เช่น การศึกษาของ ศศิประภา ตันสุวัฒน์ (2567) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำพูน ใช้วิธีการส่งเสริมหลายวิธี ยึดหลักความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ติดตามตรวจเยี่ยมการปฏิบัติและทบทวนการปฏิบัติ พร้อมสะท้อนข้อมูลกลับกระตุ้นเตือนการปฏิบัติโดยจัดกิจกรรมรณรงค์การปฏิบัติ โดยจัดทำป้ายโปสเตอร์และแผ่นพับแจกผู้ป่วยและญาติ พบว่าการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลถูกต้องเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัษฎางค์ สุทนต์[6] ศึกษาผลของการปฏิบัติด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริม การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอ่างทอง ใช้กิจกรรม การให้ความรู้ความเข้าใจ ทั้งจัดอบรม ติดโปสเตอร์เตือน จัดบอร์ดให้ความรู้ จัดทำช่องทางสื่อสาร Online และให้ข้อมูลย้อนกลับ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และคะแนนทักษะในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาภายหลังใช้การปฏิบัติด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ที่รับผิดชอบในการนิเทศกำกับการปฏิบัติงาน ของผู้ใต้บังคับบัญชา เห็นความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับ ความปลอดภัย ลดอัตราการติดเชื้อและลดภาระค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล จึงสนใจศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการและทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

สมมติฐานการวิจัย

1. บุคลากรทางการพยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาภายหลังได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ

2. บุคลากรทางการพยาบาลมีความความพึงพอใจต่อการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการ

แพร่กระจายเชื้อดื้อยา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Grol, Grimshaw[7] พบว่าวิธีการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของบุคลากรทางสุขภาพที่ใช้ได้ผลดีจะต้อง ใช้หลายวิธี (Combined Intervention) ในการส่งเสริม เป็นกรอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยการอบรมให้ความรู้ การใช้คู่มือการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา การให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดโปสเตอร์เตือนและการสนับสนุนอุปกรณ์ โดยคาดหวังว่า เมื่อบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการพร่กระจายเชื้อดื้อยาและได้รับการกระตุ้นให้มีการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กระตุ้นให้บุคลากรมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาลดลง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 19 คน ที่ปฏิบัติการพยาบาล
ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน (ยกเว้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน)

2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
สว่างแดนดิน ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อดื้อยา ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2568

เกณฑ์การคัดเข้า

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน และพนักงานประจำตึก จำนวน 2 คน ที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

เกณฑ์การคัดออก

พยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยเหลือคนไข้และพนักงานประจำตึก ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย

1. เกณฑ์ให้อาสาสมัครวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria for Participant) อาสาสมัครต้องการถอนตัวออกจากโครงการ

2. เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination Criteria for the Study) อาสาสมัคร เข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 50 เมื่อดำเนินการวิจัยไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย (1) อายุ (2) เพศ (3) ตำแหน่ง (4) ระดับการศึกษา (5) ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย (6) ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (7) ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

1.2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล จำแนกตามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยแบบบันทึก

การสังเกต มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ในการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้วิธีทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องผลการปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ ตามขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละหมวดกิจกรรม มีความหมายดังนี้

ปฏิบัติถูกต้อง หมายถึง ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนทั้งหมดในกิจกรรมนั้น

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หมายถึง ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือปฏิบัติเพียงบางส่วนไม่ครบถ้วนในกิจกรรมนั้น

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ

ซึ่งแบบบันทึกการสังเกต ประกอบด้วย การบันทึกวัน เวลาที่สังเกต และกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 หมวด ตามรายละเอียดของแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

1.3 แบบบันทึกการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ แบบบันทึกการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล เลขที่โรงพยาบาล (Hospital Number : HN) เลขที่ผู้ป่วยใน (Admission Number : AN) เพศ อายุ วันที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวินิจฉัยแรกรับ ประวัติอาการสำคัญ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาที่ได้รับโดยใช้เครื่องมือสอดใส่เข้าไปในร่างกายผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การได้รับยาปฏิชีวนะ ขนาดยาที่ได้รับ วันเริ่มได้รับยาและวันหยุดให้ยา

ส่วนที่ 5 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการวินิจฉัยการติดเชื้อ ประกอบด้วย อาการผู้ป่วย ตำแหน่งหรือระบบที่ติดเชื้อ สาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริม เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติต่อการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราอันตรภาค (Interval Scale) ในการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินและตัดสินใจด้วยตัวเองว่า มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละข้อคำถาม ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

มากที่สุดหรือดีมาก หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน

มากหรือดี หมายถึง พึงพอใจมาก 4 คะแนน

ปานกลางหรือพอใช้ หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน

น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน หมายถึง พึงพอใจน้อย 2 คะแนน

น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล คำนำ สารบัญ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ความหมาย ของการติดเชื้อดื้อยา การวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยา สาเหตุการติดเชื้อดื้อยา กลุ่มประชากรที่จะใช้ แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติและเอกสารอ้างอิง

2.2 แผนการอบรม เรื่อง การป้องกันการ

แพร่กระจายเชื้อดื้อยา ผู้เรียนเป็นบุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 19 คน ใช้ระยะเวลาในการสอน 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะ ใช้สื่อการอบรมให้ความรู้เป็นโปรแกรมพาวเวอร์พอยท์ มีเนื้อหาแผนการสอนประกอบไปด้วย (1) อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา (2) ความหมายของการติดเชื้อดื้อยา (3) พยาธิสรีรวิทยาของการติดเชื้อดื้อยา (4) การวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยา (5) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อดื้อยา (6) ผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยา (7) แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งคู่มือแนวปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ขณะอบรมมีการนำเสนอผลการสังเกตการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเป็นข้อมูลพื้นฐาน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในช่วงอบรมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และมีการสาธิตในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 1 ชั่วโมง หลังการบรรยาย โดยมีตัวอย่างผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินเป็นกรณีตัวอย่าง

2.3 การติดโปสเตอร์เตือน มีลักษณะเป็นข้อความกระตุ้นการปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ซึ่งเป็นข้อความสั้นๆ กระชับ ได้ใจความชัดเจน มีสีสันสะดุดตาและมีภาพประกอบกระตุ้นให้เกิดการเตือนใจเวลาในการปฏิบัติงาน

2.4 ให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ ทีมผู้วิจัยจะทำการสังเกตและเก็บข้อมูลจากการสังเกต และให้ข้อมูลจากการสังเกตทั้งเป็นรายบุคคลและในภาพรวม โดยเลือกการให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคล อย่างไม่เป็นทางการให้ภายหลังปฏิบัติงานเสร็จสิ้นในกิจกรรมนั้น โดยใช้หลักการเสริมแรง เพื่อให้เกิดการยอมรับในการปฏิบัติและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการ มีการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการปฏิบัติงานในภาพรวมของหน่วยงานเป็นรายสัปดาห์ สรุปในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

2.5 การสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ได้แก่ ผ้าปิดปากและจมูกทุกชนิด น้ำยาทำความสะอาดมือ ถุงมือสะอาด น้ำยาทำความสะอาดพื้นผิว อุปกรณ์ ทางการแพทย์ต่างๆ ผ้าเช็ดมือ ชุดคลุม รองเท้า เป็นต้น โดยผู้วิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหาและจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้อย่างเพียงพอในหน่วยงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการพยาบาล แบบเก็บข้อมูลอัตรา/จำนวนการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติต่อการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย อายุรกรรม 1 ท่าน เพื่อพิจารณาหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยได้นำแบบบันทึก การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณค่าระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 1

วิธีการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

เป็นการศึกษาสภาพปัญหา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็น

โรงพยาบาลทั่วไป ขนาดใหญ่ (Standard – Level Hospital) พบปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาดใหญ่ (Standard – level Hospital) พบปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวนการติดเชื้อดื้อยาทั้งหมด ในปี 2565 – 2567 พบ 383, 443 และ 500 ครั้ง ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน, 2567) เมื่อพิจารณาแผนกที่พบเชื้อดื้อยา พบที่แผนกผู้ป่วยหนักมากที่สุด รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม และแผนกศัลยกรรมกระดูก ในแผนกอายุรกรรมที่พบมากที่สุด คือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวนการติดเชื้อดื้อยาทั้งหมด ในปี 2565 - 2567 พบ 87, 103 และ 116 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยมีมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล ได้แก่ การแยกผู้ป่วย การแยกและการจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้ผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การจัดการเครื่องผ้าที่ใช้กับผู้ป่วย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ และการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา แต่อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยและดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในหอผู้ป่วยมีพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน พนักงานประจำตึก 2 คน และในช่วง 2 ปีที่ผ่านมามีการหมุนเวียนอัตรากำลังเข้า – ออก ในหน่วยงาน เนื่องจากมีการย้ายและลาออก รวมถึงรับเจ้าหน้าที่ใหม่เข้าทำงาน จากการนิเทศแบบสุ่มสังเกตพบว่ามีการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นน้องใหม่อายุงาน < 2 ปี การย้ายเตียงผู้ป่วยเมื่ออาการทรุดลงมาใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล พบว่ายังไม่มีการล้างมือทั้งก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย ในบางเวรมีอัตราของใช้ไม่เพียงพอของผ้าปูเตียงผู้ป่วย การทำความสะอาดเตียงเป็นต้น เพราะฉะนั้นมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจากผู้ป่วยรายหนึ่งสู่ผู้ป่วยอีกรายได้จากการสัมผัส หากมีการป้องกันที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน จากการประเมินการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางพยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ปีงบ 2567 พบว่า บุคลากรทางพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาถูกต้องร้อยละ 78.57 จากการสุ่มสัมภาษณ์บุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอย่างไม่มีแบบแผนในหัวข้อการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางพยาบาลปฏิบัติได้น้อยในหัวข้อการสวมอุปกรณ์ป้องกันเมื่อทำกิจกรรมที่สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และสวมถุงมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสผู้ป่วย อุปกรณ์รอบเตียงผู้ป่วยไม่สำคัญ และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้น

ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยได้มีการกำหนดกลยุทธ์ในการอบรมให้ความรู้และการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2 หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

3 ผู้วิจัยประชุมชี้แจงบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแก่บุคลากร

ทางการพยาบาลทุกคน และติดตามเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้ทำการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โดยใช้วิธีสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) และสุ่มสังเกต เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาสังเกตแต่ละเวร 4 ชั่วโมง เวรเช้าจะเก็บข้อมูลระหว่างเวลา 08.00 – 12.00น. เวรบ่ายจะเก็บข้อมูลระหว่างเวลา 16.00 – 20.00 น. เวรดึกจะเก็บข้อมูลระหว่างเวลา 04.00 – 08.00 น. เพราะเป็นเวลาที่มีการทำกิจกรรมมากที่สุด

1.2 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลโดยการสุ่มเหตุการณ์ (Event Sampling)โดยเลือกกิจกรรมที่จะสังเกต 6 หมวด ได้แก่ การแยกผู้ป่วย การจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม และการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในกรณีที่มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมหลายคนพร้อมกัน ผู้วิจัยจะจับสลากที่จะทำการสังเกต แล้วทำการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของบุคลากรมางการพยาบาลจนสิ้นสุดกิจกรรมนั้น จึงเริ่มสังเกตกิจกรรมใหม่ต่อเนื่องกันไปจนสิ้นสุดเวลาสังเกตในแต่ละเวร

1.3 ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตโดยใช้วิธีทำเครื่องหมาย √ ในช่องผลการปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ ตามขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม

1.4 ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ทุกวันจนครบ 4 สัปดาห์

2. ขั้นตอนทดลองการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ใช้เวลา 8 สัปดาห์ โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1 การอบรมให้ความรู้เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระเชื้อดื้อยา แผนการอบรม ประกอบด้วย อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา ความหมายของการติดเชื้อดื้อยา พยาธิสรีรวิทยาของการติดเชื้อดื้อยา การวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยา ผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาและแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยบรรยายเป็นกลุ่ม ใช้เวลาอบรมประมาณ 2 ชั่วโมง มีการอธิบายความรู้ตามแผนการอบรม และรายละเอียดในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทำความเข้าใจในเป้าหมายการใช้แนวปฏิบัติ มีการสาธิตและฝึกทักษะในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 1 ชั่วโมง รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขั้นตอนนการปฏิบัติที่เป็นไปได้ตามแนวปฏิบัติ

2.2 การติดโปสเตอร์เตือน มีการจัดสิ่งแวดล้อมโดยเพิ่มการติดโปสเตอร์เป็นข้อความกระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยใช้ข้อความสั้นๆ กระชับ ได้ใจความชัดเจน มีสีสันสะดุดตาและมีภาพประกอบกระตุ้นให้เกิดการเตือนใจเวลาปฏิบัติงาน โดยจะติดบริเวณอ่างล้างมือ บริเวณหัวเตียงผู้ป่วย บริเวณที่บุคลากรทางการพยาบาลหยิบอุปกรณ์และมองเห็นได้ชัดเจน

2.3 ให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้วิจัยได้เลือกการให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการ โดยให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคลอย่างไม่เป็นทางการ ภายหลังปฏิบัติงานเสร็จสิ้นในกิจกรรมนั้นเพื่อให้เกิดการยอมรับในการปฏิบัติและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนการให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการมีการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการปฏิบัติงานในภาพรวมของหน่วยงาน เป็นรายสัปดาห์ สรุปในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

2.4 การสนับสนุนอุปกรณ์ ผู้วิจัยดำเนินการจัดเบิกอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เช่น ผ้าปิดปากและจมูกทุกชนิด น้ำยาทำความสะอาดมือ ถุงมือ

สะอาด น้ำยาทำความสะอาดพื้นผิว อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ผ้าเช็ดมือ ชุดคลุม รองเท้า เป็นต้น โดยจัดหาให้เพียงพอใช้งานตลอดเวลา

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร และประชากรที่ศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย

2 เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา นำมาวิเคราะห์โดยหาร้อยละและเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi -Square)

3 วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยแจกแจงเป็นร้อยละ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในรอบ 1 ปี มีข้อมูลลักษณะทั่วไปดังนี้ (1) อายุ ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 21 – 25 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 (2) เพศ ชาย 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.8 เพศหญิง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.2 (3) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.2 พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3 พนักงานประจำตึก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.5 (4) ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.2 ต่ำกว่าปริญญาตรี 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.8 (5) ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ที่ 0 – 5 ปี 11 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 (6) ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ที่ 0 – 5 ปี 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 (7) การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในรอบ 1 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5

2. ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พบว่า จากการศึกษาเมื่อพิจารณาตามหมวดกิจกรรมการปฏิบัติ พบว่า ก่อนการส่งเสริมมีการปฏิบัติกิจกรรมใน 6 หมวดกิจกรรมทั้งหมด 2,016 ครั้ง ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 78.5 แยกเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติดังนี้ กิจกรรมการแยกผู้ป่วย มีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96.2 กิจกรรมการจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้ มีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96.5 กิจกรรมการทำความสะอาดมือ มีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 82.8 กิจกรรมการสวม PPE มีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 40 กิจกรรมการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม มีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 65.8 กิจกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อ มีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 90 ภายหลังการส่งเสริมมีการปฏิบัติกิจกรรมใน 6 หมวดกิจกรรม ทั้งหมด 2,014 ครั้ง ปฏิบัติถูกต้อง

เพิ่มขึ้นในทุกหมวดกิจกรรมร้อยละ 94.1 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรมที่มีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุดคือ กิจกรรมการแยกผู้ป่วย ร้อยละ 99.4 รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมการจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้และกิจกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อ คิดเป็น ร้อยละ 97.6 และ 97.2 ตามลำดับ แสดงว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีการปฏิบัติในกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น โดยมีการส่งเสริมหลายๆวิธีร่วมกัน การอบรมให้ความรู้เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคลากรในขณะปฏิบัติงาน เป็นการเพิ่มทัศนคติที่ดีของบุคลากร เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย มีการเฝ้าระวังและติดตามตัวชี้วัดทุกเดือนและทบทวนหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ถึงแม้จะมีการติดตาม กระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติหลายอย่าง เมื่อแยกเป็นรายหมวดกิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ หมวดการแยกผู้ป่วย โดยก่อนโดยก่อนการส่งเสริมมีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96.2 หลังการส่งเสริมเป็นร้อยละ 99.4 ส่วนในหมวดกิจกรรมที่มีการปฏิบัติถูกน้อยที่สุดคือ หมวดการสวม PPE โดยก่อนการส่งเสริมมีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 40

3. ความพึงพอใจต่อการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยรวมของบุคลากรทางการพยาบาลจาการประเมินผลในภาพรวม บุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.83, S.D. = 0.38)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยการเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผลการวิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พบว่าภายหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พบว่า สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรทางพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในภาพรวมของทุกกิจกรรม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.5 เป็นร้อยละ 94.1 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาภายหลังได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยใช้กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการส่งเสริมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดของบุคลากรทางสุขภาพนั้นจะต้องใช้หลายวิธีในการส่งเสริม จะได้ผลลัพธ์ที่ดีมากกว่าการใช้การส่งเสริมวิธีเดียว[7] เช่น การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยา มีการติดโปสเตอร์เตือนและมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากร จากการที่มีการกระตุ้นการปฏิบัติการพยาบาลหลายๆวิธี จะทำให้บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกิดการเรียนรู้ มีความตระหนัก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ในการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยวิธีที่มีประสิทธิภาพหลายวิธีประกอบกัน จะได้ผลดีกว่าวิธีเดียว และจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คงที่และยั่งยืน ในการวิจัยครั้งนี้ทีมผู้วิจัยใช้การส่งเสริมโดยการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการ

พยาบาลในหน่วยงานด้วยโดยบรรยายเป็นกลุ่ม ใช้เวลาอบรมประมาณ 2 ชั่วโมง มีการอธิบายความรู้ตามแผนการอบรม และรายละเอียดของกลุ่มแนวปฏิบัติ ทำความเข้าใจในเป้าหมายการใช้แนวทางปฏิบัติ มีการสาธิตและฝึกทักษะในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 1 ชั่วโมง ใช้วิธีการการสอนแบบผู้ใหญ่ที่ต้องมีการวิเคราะห์และกำหนดจุดมุ่งหมาย ใช้ความต้องการของผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองและเกิดแรงจูงใจในการสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[3]

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำการติดโปสเตอร์เตือนเพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยใช้ข้อความสั้นๆ กระชับ เข้าใจง่าย ได้ใจความชัดเจน มีรูปภาพประกอบ โดยจะติดบริเวณอ่างล้างมือ บริเวณเตียงผู้ป่วย บริเวณที่บุคลากรทางการพยาบาลหยิบอุปกรณ์ที่บุคลากรทางการพยาบาลเห็นได้ชัดเจน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเตือนใจเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิประภา ตันสุวัตน์ ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพในแผนกหอผู้ป่วยใน ภายหลังการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพพบว่าการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.1 เป็น ร้อยละ 96.3[8]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ควรดำเนินการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

1.2 ควรขยายผลการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปยังหอผู้ป่วยอื่น

2. ด้านบริการพยาบาล

2.1 บุคลากรทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควรตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่นำมาใช้ให้สม่ำเสมอ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินปัญหาการปฏิบัติเพื่อหาช่องทางการช่วยเหลือหรือสนับสนุนในด้านต่างๆ และนำเสนอความก้าวหน้าของการปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หรือผู้บริหาร เพื่อวางแผนการช่วยเหลือต่อไป

3.2 ควรศึกษาในวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยอื่นๆร่วมด้วย เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการติดตามอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล ควรนำผลการติดเชื้อที่สำคัญมาวิเคราะห์หาสาเหตุของการติดเชื้อในด้านอื่นๆร่วมด้วย เพื่อนำไปพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้าน จุลชีพที่ครอบคลุมถึงประเด็นปัญหาที่แท้จริง

2. ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อให้การควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. (2567). สถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://amrthailand.net/
2. คณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. (2560). แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560–2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

3. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลศรีนครินทร์. (2562). คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. (2567) สถานการณ์ติดเชื้อดื้อยา. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
5. สถาบันบำราชนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2020). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
6. อัษฎางค์ สุทนต์. (2022). ผลของการปฏิบัติด้วยวิธีผสมผสานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 6(12), 70–80.
7. เยาวเรศ ก้านมะลิ. (2021). การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล, 48(1), 1–19.
8. ศศิประภา ตันสุวัตน์. (2024). ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูน. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 14, 30–44.

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารเปรียบเทียบ : แนวทางการพยาบาลในผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ติดเชื้อHIV ร่วม

The Role of Nurses in Preventing Postoperative Infections in Gastric Cancer Patients: A Comparative Study Between General Patients and Those with HIV Infection.

(Received: October 28,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

ปิ่นแก้ว คำสิงหา
PINKAEW KAMSINGHA

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร : เปรียบเทียบตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ระยะเวลาตั้งแต่1 – 31 สิงหาคม 2568

ผลการศึกษาพบว่า รายที่ 1 เป็นผู้หญิงไทย อายุ 54 ปี มีประวัติทราบผลเลือดเอชไอวีปีมีอาการ 2560มีอาการปวดท้อง อืดแน่นท้อง เป็นมา 5 เดือนแพทย์อายุรกรรมได้ส่งตรวจพิเศษ พบชิ้นเนื้อมีความผิดปกติ ส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อผ่าตัด หลังจากผ่าตัดผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน ส่วนรายที่ 2 เป็นผู้หญิงไทย อายุ 57 ปี มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด มี มาด้วยอาการมีอาการปวดท้อง อืดแน่นท้อง เป็นมา 2 เดือนแพทย์อายุรกรรมได้ส่งตรวจพิเศษ พบชิ้นเนื้อมีความผิดปกติ ส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อเตรียมผ่าตัด ช่วงที่มาผ่าตัดผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 15 วัน ทั้ง 2 รายมีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค

คำสำคัญ: มะเร็งกระเพาะอาหาร การติดเชื้อ บทบาทพยาบาล

Abstract

This study investigates the role of nurses in preventing postoperative infections in stomach cancer patients: a comparison based on Roy's Adaptation Theory, conducted from August 1 – 31, 2025.

The study's finding revealed that case no.1 is a 54-year-old Thai woman with a known history of HIV since 2017. She has been experiencing abdominal pain and bloating for 5 months. The internist referred her for special examinations, which revealed abnormal tissue. She was then referred to a surgeon for surgery. After the operation, the patient stayed in the hospital for a total of 10 days. The second case is a 57-year-old Thai woman with underlying conditions of hypertension and lypidemia. She presented with symptoms of abdominal pain and bloating that had been ongoing for 2 months. The internist ordered special tests and found abnormal tissue, and then referred her to a surgeon to prepare for surgery. During the surgical period, the patient stayed in the hospital for 15 days.Both individuals are concerned about the progression of the disease.

Keyword: Stomach cancer, infection, the role of nurses

บทนำ

มะเร็งกระเพาะอาหาร (Gastric cancer) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) รายงานว่า มะเร็งกระเพาะอาหารจัดอยู่ในลำดับที่ 5 ของมะเร็งที่พบมากที่สุด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งลำดับที่ 4 ของโลก ข้อมูลจาก Globocan[1] พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 769,000 คนทั่วโลก ส่วนในประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[2] รายงานว่า มะเร็งกระเพาะอาหารติดอันดับต้น ๆ ของมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่พบในคนไทย โดยเฉพาะในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แนวทางการรักษาที่สำคัญของโรคมะเร็งกระเพาะอาหารคือการผ่าตัดกระเพาะอาหาร (Gastrectomy) ทั้งการผ่าตัดบางส่วน (subtotal gastrectomy) และการผ่าตัดทั้งหมด (total gastrectomy) การผ่าตัดดังกล่าวมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หนึ่งในปัญหาสำคัญคือ การติดเชื้อแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI) ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และอาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้

ประเทศไทย มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่ต้องรับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประชากรอายุ ปีขึ้นไป 50 สอดคล้องกับข้อมูลจาก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ[3] ที่ระบุว่า มะเร็งกระเพาะอาหารติดอันดับ 10 ใน 1 ของมะเร็งที่พบบ่อยในชายไทย และมักได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามซึ่งต้องการการผ่าตัดเป็นวิธีหลักในการรักษา ในขณะเดียวกัน ยังคงเผชิญกับ) สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีHIV) โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 6,รายต่อปี ตามรายงานของ 000 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[4] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มปกติ และอาจต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นรายกรณี ในช่วง ปีที่ผ่าน 2 มา พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารเข้ารับการผ่าตัดและเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงเนื่องจากมักได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม การรักษาหลักคือการผ่าตัด (gastrectomy) ซึ่งแม้จะเป็นวิธีที่ช่วยยืดอายุผู้ป่วย แต่ก็มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะ การติดเชื้อ (surgical site infection; SSI) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย และอัตราป่วยตายของผู้ป่วย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่างการนอนโรงพยาบาล ไปจนถึงการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวและลดโอกาสเกิดการติดเชื้อ การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับบ้าน แนวทางเหล่านี้เป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อของ Centers for Disease Control and Prevention[5] และ องค์การอนามัยโลก[6] ซึ่งเน้นการล้างมืออย่างถูกวิธี การใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด การดูแลสายระบายและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังอาการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่ติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) มีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีค่า CD_4 ต่ำกว่า 200 เซลล์.มม.ลบ/ จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่า ทั้งการติดเชื้อฉวยโอกาส)opportunistic infections) และการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด นอกจากนี้ การใช้ยาต้านไวรัส)Antiretroviral Therapy: ART) ยังอาจมีผลข้างเคียงต่อการฟื้นตัวและการหายของแผลผ่าตัด

การติดเชื้อแผลผ่าตัด (Surgical Site Infection: SSI) ถือเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง เช่น มะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นโรคที่มีความชุกในหลายประเทศทั่วโลก โดย ข้อมูลจาก National Healthcare Safety Network, Centers for Disease Control and Prevention[6] รายงานว่า SSI เป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนา และมีอัตราการภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแผลผ่าตัดในอัตราที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วม พบว่ามีอัตราการติดเชื้อ SSI สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มปกติถึง 2 เท่า และมีแนวโน้มต้องใช้เวลารักษานานขึ้น 3-5 วัน โดยเฉลี่ย และระบุว่า SSI คิดเป็นประมาณ 20% ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด ในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร อัตราการเกิด SSI มีรายงานอยู่ที่ประมาณ 10–15% ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป เนื่องจากลักษณะการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร การเสียเลือดมาก การใส่สายระบาย และสภาพโภชนาการของผู้ป่วยที่มักบกพร่อง สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ความเสี่ยงยิ่งสูงขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ การศึกษาของ Patel et al.[7] พบว่า ผู้ติดเชื้อ HIV มีอัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 2–3 เท่า นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม เยื่อบุช่องท้องอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่ติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) จะมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง โดยเฉพาะผู้ที่มีค่า CD4 ต่ำ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องใช้แนวทางการดูแลที่เฉพาะเจาะจงมากกว่า ทั้งด้านการป้องกันการติดเชื้อ การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และการให้การพยาบาลอย่างปลอดภัยสำหรับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

ดังนั้น การศึกษาบทบาทพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ติดเชื้อ HIV จะช่วยสร้างองค์ความรู้ที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ร่วม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย(Case Study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568

วิธีดำเนินงาน การคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารนำมาเปรียบเทียบการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย[8,9,10]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร เลขที่ N027h/68_Exempt เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

รายงานกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	**กรณีศึกษาที่ 1**	**กรณีศึกษาที่ 2**
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	54	57
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	แพทย์นัดฟังผลเลือดและผลชิ้นเนื้อ ไม่มีอาการแสบร้อนท้อง ทานอาหารได้	ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด เพลียมา 3 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	มีอาการปวดท้อง อืดแน่นท้อง เป็นมา 5 เดือน อุณหภูมิ 36.3 ความดันโลหิต 116/67 mmHg ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ18 ครั้งนาที/ ออกซิเจนในเลือด9 8% น้ำหนัก 51กิโลกรัม	2เดือนก่อนมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด 3 วันก่อน เริ่มมีอาการ ปวดท้องมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย เหนื่อย อุณหภูมิ 36.3 ความดันโลหิต 145/72 mmHg ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที หายใจ18 ครั้งนาที/ ออกซิเจนในเลือด9 9% น้ำหนัก 44กิโลกรัม
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ครอบครัว	มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	มารดาป่วยเป็นมะเร็งเต้านม น้องชายป่วยเป็นกระเพาะอาหาร ยายป่วยเป็นมะเร็งที่คอ
การวินิจฉัย	CA Stomach with HIV	CA Stomach with HT
โรคประจำตัว	ทราบผลตรวจเลือดเอชไอวี Positive ปี 2560 พฤษภาคม 2568 ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร ได้รับการผ่าตัด มิถุนายน 2568	โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
ประวัติการแพ้ยา/การใช้สารเสพติด	แพ้ยาSulfa เกิดผื่น	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ	Patho: presence of atypical cell, signet ring cell adenoCA is likely	Patho: poorly diff adenocarcinoma with signet ring cell
การรักษา	D2 total gastrectomy	Radical gastrectomy (Total gastrectomy with D2 Lymphadectomy
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	18 -27 มค 68(10วัน)	10 - 24 มค 66(15วัน)
สถานการณ์จำหน่าย	กลับบ้าน	กลับบ้าน

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้หญิงวัยกลางคน มีประวัติทราบผลเลือดเอชไอวีปี 2560 มารับยาตามนัดอย่างต่อเนื่อง มีอาการมีอาการปวดท้อง อืดแน่นท้อง เป็นมา 5 เดือนแพทย์อายุรกรรมได้ส่งตรวจพิเศษ พบชิ้นเนื้อมีความผิดปกติ ส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อผ่าตัด หลังจากผ่าตัดผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ มาด้วยอาการมีอาการปวดท้อง อืดแน่นท้อง เป็นมา 2 เดือนแพทย์อายุรกรรมได้ส่งตรวจพิเศษ พบชิ้นเนื้อมีความผิดปกติ ส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อเตรียมผ่าตัด ช่วงที่มาผ่าตัดผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 15 วัน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย ของกรณีศึกษา ราย 2

ทฤษฎีของรอย	รายที่ 1	รายที่ 2
การปรับตัวด้านร่างกาย 1.การได้รับออกซิเจน	ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อย RR= 18 ครั้งนาที/ สรุป การปรับตัวด้านการได้รับออกซิเจนมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อย RR= 18 ครั้งนาที/ สรุป การปรับตัวด้านการได้รับออกซิเจนมีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านร่างกาย 2. ภาวะโภชนาการ	ปกติผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละมื้อ ทานได้3 หมดจานทุกมื้อไม่มีอาการแสบร้อนท้อง สรุป การปรับตัวด้านการประเมินภาวะโภชนาการมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยทานอาหารได้น้อยลง สรุป การปรับตัวด้านการประเมินภาวะโภชนาการไม่มีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านร่างกาย 3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระปกติทุกวันวันละครั้งปัสสาวะ1 ปกติ สรุป การปรับตัวด้านการขับถ่ายมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระปกติทุกวันวันละครั้ง1 ปัสสาวะเบ่งเล็กน้อย มีแสบขัด สรุป การปรับตัวด้านการขับถ่ายไม่มีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านร่างกาย 4. การมีกิจกรรมและการพักผ่อน	ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้ สรุป การปรับตัวด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อนมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้ สรุป การปรับตัวด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อนมีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านร่างกาย 5.การรับความรู้สึก	การมองเห็น ผู้ป่วยมีสายตายาว ใส่แว่นเวลาอ่านหนังสือ การได้ยิน หูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจนดี การรับกลิ่น การรับกลิ่นปกติ การรับรส ลิ้นสามารถรับรสได้ปกติ การรับความรู้สึกต่อการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและแขนขาปกติ สรุป การปรับตัวด้านการรับรู้ความรู้สึกมีประสิทธิภาพ	การมองเห็น ผู้ป่วยมีสายตายาว ใส่แว่นเวลาอ่านหนังสือ การได้ยิน หูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจนดี การรับกลิ่น การรับกลิ่นปกติ การรับรส ลิ้นสามารถรับรสได้ปกติการรับความรู้สึกต่อการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและแขนขาปกติ สรุป การปรับตัวด้านการรับรู้ความรู้สึกมีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านร่างกาย 6.น้ำและอิเลคโทรไลต์	ผลอิเลคโทรไลต์ Sodium =141 mmol/L Potassium=4.2 mmol/L Cholride=105 mmol/L CO2 = 26 mmol/L สรุป ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านน้ำและอิเลคโทรไลต์มีประสิทธิภาพ	ผลอิเลคโทรไลต์ Sodium =136 mmol/L Potassium=4.0 mmol/L Cholride=197 mmol/L CO2 = 25 mmol/L สรุป ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านน้ำและอิเลคโทรไลต์ไม่มีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านร่างกาย 7.การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ	ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี สภาพอารมณ์ดี สรุป การปรับตัวด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี สภาพอารมณ์ดี สรุป การปรับตัวด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อมีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตัวเองป่วย สรุป การปรับตัวด้านด้านอัตมโนทัศน์มีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตัวเองป่วย สรุป การปรับตัวด้านด้านอัตมโนทัศน์มีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	ผู้ป่วยหญิงไทย วัยกลางคน อาชีพรับจ้างเมื่อมานอนโรงพยาบาลผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้รับการดูแลจากบุตรอย่างสม่ำเสมอ	ผู้ป่วยหญิงไทย วัยกลางคน อาชีพพนักงานกระทรวง เมื่อมานอนโรงพยาบาลผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้รับการดูแลจากแฟนอย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย ของกรณีศึกษา ราย 2

ทฤษฎีของรอย	รายที่ 1	รายที่ 2
	สรุป การปรับตัวด้านด้านอัตมโนทัศน์มีประสิทธิภาพ	สรุป การปรับตัวด้านด้านอัตมโนทัศน์มีประสิทธิภาพ
การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	บุคคลสำคัญของผู้ป่วยคือ บุตร ผู้ซึ่งคอยดูแลผู้ป่วย สรุป การปรับตัวด้านด้านอัตมโนทัศน์มีประสิทธิภาพ	บุคคลสำคัญของผู้ป่วยคือสามี ผู้ซึ่งคอยดูแลผู้ป่วย สรุป การปรับตัวด้านด้านอัตมโนทัศน์มีประสิทธิภาพ

จากตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบข้อมูลการดูแลตนเองตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยกับกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า ผู้ป่วยรายที่1 สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน รวมถึงการปรับตัวด้านร่างกายได้บางด้าน ส่วนที่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากภาวะโรคที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยรายที่ 2 ก็เช่นเดียวกันที่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในด้านร่างกายหลายๆด้านเนื่องภาวะโรคที่เจ็บป่วยมีผลต่อร่างกาย

ตารางที่ 3 บทบาทการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร

บทบาทของพยาบาล	การวิเคราะห์
บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะภูมิคุ้มกันลดลงจากโรคมะเร็งและการรักษา เช่น เคมีบำบัด หรือการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย สามารถแบ่งบทบาทของพยาบาลออกเป็น 4 ระยะ **1.ระยะก่อนผ่าตัด** เตรียมผู้ป่วยให้พร้อม ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด **บทบาทของพยาบาล:** - ประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป เช่น โภชนาการ ภูมิคุ้มกัน โรคประจำตัว - ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขอนามัย เช่น การอาบน้ำก่อนผ่าตัด การโกนขนบริเวณแผลอย่างถูกวิธี (ใช้กรรไกรหรือเครื่องตัดไฟฟ้า ไม่ใช้มีดโกน) -ตรวจสอบและเตรียมบริเวณผ่าตัดให้สะอาด -ส่งเสริมโภชนาการก่อนผ่าตัด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและแผลหายเร็ว -ให้ความรู้เกี่ยวกับการหายใจลึก การไออย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจหลังผ่าตัด **2.ระยะระหว่างผ่าตัด** ควบคุมการปนเปื้อนและลดการติดเชื้อในห้องผ่าตัด **บทบาทของพยาบาล:** -ปฏิบัติตามหลัก aseptic technique อย่างเคร่งครัด -ตรวจสอบความสะอาดของเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด -ดูแลให้ทีมผ่าตัดสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันครบถ้วน เช่น ถุงมือ หน้ากาก เสื้อกาวน์ปลอดเชื้อ -ช่วยแพทย์โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งปนเปื้อนและลดเวลาในการเปิดแผล **3.ระยะหลังผ่าตัด** ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย **บทบาทของพยาบาล:** **-**ดูแลแผลผ่าตัดอย่างปลอดเชื้อ (ใช้เทคนิคปลอดเชื้อทุกครั้งที่เปลี่ยนผ้าปิดแผล(	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลระยะก่อนและหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุมเป้าหมายคือผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพยาบาลมีความสำคัญในการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐานประเด็นการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยทั้ง2 รายได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารเหมือนกัน

ตารางที่ 3 บทบาทการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร

บทบาทของพยาบาล	การวิเคราะห์
-ประเมินอาการติดเชื้อ เช่น แผลแดง บวม ร้อน มีหนอง หรือไข้ -ดูแลท่อระบาย)drain) ให้ทำงานได้ดี ไม่อุดตัน และเปลี่ยนภาชนะรองรับอย่างสะอาด -ส่งเสริมโภชนาการหลังผ่าตัด โดยเฉพาะโปรตีนและวิตามินซี เพื่อช่วยสมานแผล -ดูแลระบบทางเดินหายใจ เช่น ฝึกหายใจลึก พลิกตัวบ่อย ๆ เพื่อป้องกันปอดอักเสบ -ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากระดับน้ำตาลสูงเพิ่ม (โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ -ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม เช่น ผ้าปูเตียง เครื่องนอน และมือของพยาบาล -ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผลเมื่อกลับบ้าน **4.ระยะจำหน่ายและติดตามผล)Discharge & Follow-up)** ป้องกันการติดเชื้อซ้ำและส่งเสริมการฟื้นฟู **บทบาทของพยาบาล:** -สอนผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการติดเชื้อ เช่น แผลมีน้ำเหลือง มีกลิ่น หรือมีไข้ -แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสะอาด - แนะนำให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ - ส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ การดูแลช่องปาก - ประสานงานกับทีมสหสาขา เช่น โภชนากร หรือแพทย์ เพื่อดูแลต่อเนื่อง	

จากตารางที่ 3 บทบาทของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร มีความสำคัญอย่างมาก โดยครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัยเบื้องต้น การรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ไปจนถึงการดูแลแบบประคับประคอง)palliative care) ซึ่งจะต้องมีบทบาทในด้านต่างๆดังนี้คือ)1) การประเมินและเฝ้าระวังอาการ ประเมินอาการเบื้องต้น เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อาเจียน ปวดท้อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะขาดสารอาหาร เลือดออกในกระเพาะอาหาร หรือการอุดตัน ติดตามผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น เคมีบำบัดหรือการผ่าตัด (2)การดูแลด้านร่างกาย ดูแลแผลผ่าตัด ป้องกันการติดเชื้อ ช่วยวางแผนด้านโภชนาการร่วมกับนักกำหนดอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ จัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย (3) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ รับฟัง ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค และช่วยลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา (4) การให้สุขศึกษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด หรือระหว่างรับเคมีบำบัด สอนการดูแลตัวเองที่บ้าน เช่น การบริหารร่างกายเบาๆ แนะนำเรื่องการตรวจติดตามหลังการรักษา (5) การดูแลแบบประคับประคอง)Palliative care) ดูแลอาการเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจ ประสานงานกับทีมสหสาขาเพื่อดูแลในระยะท้าย สนับสนุนครอบครัวในการเตรียมตัวรับมือกับการจากไปของผู้ป่วย (6) การประสานงานกับทีมสุขภาพ ร่วมวางแผนการรักษากับแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยา ฯลฯ ช่วยวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล)discharge planning)

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ ผู้ป่วย 1หญิงไทยอายุ 54 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง การศึกษาระดับอนุปริญญา ใช้สิทธิประกันสังคม 5 เดือนก่อน มีอาการปวดท้อง อืดแน่นท้อง ไม่มี

อาการแสบร้อนท้อง ทานอาหารได้ วันนี้แพทย์นัดฟังผลเลือดและผลชิ้นเนื้อ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CA Stomach with HIV with HT แพทย์นัดมาเพื่อผ่าตัด D2 total gastrectomy ก่อนการผ่าตัดได้มีการประสานให้ผู้ป่วยได้คุยกับพยาบาลให้คำปรึกษานักโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลกับโรคที่เป็น หลังผ่าตัดมีอาการปวด คะแนนความปวดเท่ากับ 8 ได้รับยาบรรเทาปวดหลังจากนั้นมีการฟื้นตัวของร่างกายดีขึ้นตามลำดับแผลไม่มีเลือดซึมจนจำหน่ายกลับบ้าน รวมนอนโรงพยาบาล 10 วัน (18 – 27 มิถุนายน 2568) ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลกับโรค[8]

กรณีศึกษารายที่ 2ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี สถานภาพ โสด อาชีพรับราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ใช้สิทธิประกันสังคม 2 เดือนก่อน มีอาการปวดท้อง อืดแน่นท้อง ได้รับการส่องกล้องผลชิ้นเนื้อผิดปกติ ปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อเตรียมผ่าตัด ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CA Stomach with HT มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ แพทย์ทำการผ่าตัด Radical gastrectomy (Total gastrectomy with D2 Lymphadectomy หลังผ่าตัดมีอาการปวด คะแนนความปวดเท่ากับ 7 ได้รับยาบรรเทาปวด หลังจากนั้นมีการฟื้นตัวของร่างกายดีขึ้นตามลำดับแผลไม่มีเลือดซึมจนจำหน่ายกลับบ้าน รวมนอนโรงพยาบาล 15 วัน (10 - 24 มกราคม 2566)[9]

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องโรคประจำตัวและประวัติภายในครอบครัว ซึ่งจะต้องมีการเตรียมตัวผู้ป่วยและคนในครอบครัวในเรื่องการดำเนินโรคของโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร รวมถึงแนวทางการรักษาของโรคนี้ เพื่อจะได้เตรียมร่างกายผู้ป่วยให้พร้อมที่จะเข้าสู่กระบวนการการให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริการ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อจะได้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1.Globocan.GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data.[Internet].2024[cited 2025 January 25].Available from: GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC

2.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มะเร็งกระเพาะอาหารภัยร้ายที่แฝงตัวเงียบ ".[อินเตอร์เน็ต] 2564[สืบค้นเมื่อ 25มกราคม 2568]จาก กรมการแพทย์ | หน้าหลัก

3.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)2567(. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2565.กรุงเทพฯ:กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

4.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)2567(.สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี.เอดส์/[อินเตอร์เน็ต] 2567[สืบค้นเมื่อ25มกราคม 2568]จากHIV INFO HUB+ | ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี และโรคร่วม.

5.Sandra I. Berríos-Torres, Craig A. Umscheid, Dale W. Bratzler, Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. .[Internet].2017[[cited 2025 January 25].Available from: Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017 | Wound Care, Infection, Healing | JAMA Surgery | JAMA Network.

6.National Healthcare Safety Network, Centers for Disease Control and Prevention. Surgical site infection (SSI) event.[Internet].2017[[cited 2025 January 25].Available from: http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscssicurrent.pdf.

7.Patel, S., Reddy, K., Cohen, J., et al. (2019) Trends in Antibiotic Resistance and Clinical Outcomes in Surgical Patients. Annals of Surgery, 270, 873-878.

8.Jacqueline F. Using Roy Adaptation Model to guide research and/or practice: Construction of conceptual-theoretical-empirical system of knowledge. Aquichan 2009;3(9),297–306.

9.Roy C, Andrews H.A. The roy's Adaptation Model. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange;1999

10.Aman, M. & Bashir, J. (2019). Roy's adaptation model of nursing. International Journal of Scientific Development and Research, 4(1), 283-287.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

Effects of Health Literacy Promotion Program on Self-Care Behaviors and Blood Pressure Levels among Uncontrolled Hypertensive Patients Receiving Services at Hypertension Clinic, Hua Pa Sub-district Health Promoting Hospital, Phromburi District, Sing Buri Province.

(Received: October 28,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

สุนันทา เอมน้อย[1]
Sununta Aimnoi[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two-Group Pretest-Posttest Design มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567-กันยายน 2568 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพในขั้นตอนพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ รวม 45 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณในขั้นตอนประเมินผลโปรแกรม ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 64 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรม แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, Independent t-test, χ^2test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะการประเมินข้อมูลสุขภาพ การส่งเสริมทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด และการเสริมสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเป็น 165.87±16.43 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เป็น 119.4±12.8 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นเป็น 17.8±2.1 คะแนน ค่าความดันโลหิตบีบตัวลดลงเป็น 138.2±8.9 mmHg ค่าความดันโลหิตคลายตัวลดลงเป็น 83.4±6.2 mmHg และอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 11.45, 9.82, 10.34, 8.67, 7.43, χ^2 = 24.38 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This study was quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to investigate the effects of a health literacy promotion program on self-care behaviors and blood pressure levels among hypertensive patients with uncontrolled blood pressure. The study was conducted from October 2024 to September 2025 over a 12-month period. The qualitative sample for program development consisted of 45 participants including patients, healthcare personnel, and experts. The quantitative sample for program evaluation comprised 64 hypertensive patients with uncontrolled blood pressure, randomly divided into experimental and control groups with 32 participants each. Research instruments included a health literacy promotion program, general information questionnaire, health literacy assessment form, self-care behavior assessment form, clinical data recording form, and program satisfaction assessment form. Quantitative data were analyzed using descriptive and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี

inferential statistics (Paired t-test, independent t-test, χ^2 test), while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the developed program consisted of 8 core components: enhancing knowledge about hypertension, developing skills for accessing health information, strengthening understanding and skills for evaluating health information, promoting health communication skills, developing self-care behaviors regarding nutrition, promoting exercise behaviors, developing stress management skills, and strengthening adherence to medical recommendations. After program implementation, health literacy increased from 125.34±18.76 to 165.87±16.43 points, self-care behaviors improved from 89.7±15.2 to 119.4±12.8 points, disease knowledge increased from 11.2±3.4 to 17.8±2.1 points, systolic blood pressure decreased from 156.8±12.4 to 138.2±8.9 mmHg, diastolic blood pressure decreased from 94.6±7.8 to 83.4±6.2 mmHg, and blood pressure control rate increased from 0% to 71.9%, all statistically significant at the .05 level (t = 11.45, 9.82, 10.34, 8.67, 7.43, χ^2 = 24.38 respectively).
Keywords: health literacy, self-care behaviors, hypertension health promotion program

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่สำคัญที่สุดในศตวรรษที่ 21 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกอย่างน้อย 43 ล้านคนในปี 2021 คิดเป็นร้อยละ 75.00 ของการเสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับการระบาดใหญ่ โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ก่อนอายุ 70 ปี จำนวน 18 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 82.00 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงทางเผาผลาญที่สำคัญที่สุด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 19.00 ของการเสียชีวิตทั่วโลก รองลงมาคือภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมลภาวะอากาศ ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจาก NCDs การศึกษาระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง[1]

ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์โรค NCDs ที่รุนแรงเป็นอย่างมาก โรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 400,000 รายต่อปี หรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 74.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ สำหรับโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยปี 2562-2563 พบว่า ความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทย ร้อยละ 25.70 เพศหญิง ร้อยละ 24.60 เพศชายร้อยละ 26.80 ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีเพียงร้อยละ 51.50 ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 47.90 ได้รับการรักษา และเพียงร้อยละ 22.70 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ ความตระหนักรู้และการควบคุมความดันโลหิตในการสำรวจล่าสุดปี 2562-2563 มีแนวโน้มลดลงจากการสำรวจครั้งก่อน ประสิทธิผลการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย (พ.ศ. 2559-2562) พบว่า ความท้าทายหลักในการเพิ่มประสิทธิผลการดูแล ได้แก่ 1) การเพิ่มความตระหนักและการคัดกรองโรค NCDs ในผู้ป่วย 2) การมุ่งเน้นการแทรกแซงนอกเภสัชกรรม และการเสริมพลังผู้ป่วย 3) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข 4) การเสริมสร้างการรณรงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย[2]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการโรคเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ[3] โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบ Transformative Learning ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะหลังการทดลองและติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองได้ รวมไปถึง การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมี

ประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[4] การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดีขึ้นได้ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง[5] โปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่ง ผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง[6] ส่งผลต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ในพื้นที่ตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ประสบปัญหาโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศโดยรวม จากข้อมูลคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวนมาก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงในชุมชนประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การศึกษาเบื้องต้นในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง รวมถึงการขาดทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประโยชน์ ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะช่วยให้สามารถประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซงได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย หากการศึกษานี้สามารถแสดงให้เห็นประสิทธิผลที่ชัดเจน จะสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น และพัฒนาเป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ยากในระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

วิธีการวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two-Group Pretest-Posttest Design ที่มีการติดตามผลระยะยาว (Follow-up) ดำเนินการในช่วงเดือน

ตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน และติดตามผลจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2568

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มอิสระ (Two independent samples t-test)

เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ และมีประวัติการรักษาต่อเนื่อง มีค่าความดันโลหิตบีบตัวตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตคลายตัวตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนติดต่อกัน หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหัวป่า อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ หรือมีผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารและให้ความช่วยเหลือได้ มีสภาพจิตใจปกติ ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลหรือการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถเดินทางมาเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างสม่ำเสมอ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องส่งต่อ เช่น โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาท หรือภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือมีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกายที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาหรือเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยที่มีแผนการย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่การศึกษาในระหว่างระยะเวลาการวิจัย และผู้ป่วยที่ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ 3) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ จำนวน 47 ข้อ คะแนนเต็ม 208 คะแนน ส่วนความรู้ความเข้าใจ 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.78 ส่วนอื่นๆ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.86 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง 6 ด้าน จำนวน 36 ข้อ คะแนนเต็ม 144 คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 5) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง สถานะการควบคุมความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา 6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิต และความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้โปรแกรมใช้ Paired t-test การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมใช้ Independent t-test การเปรียบเทียบสัดส่วนของอัตราการควบคุมความดันโลหิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยา และสถานะสุขภาพโดยรวมใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.00 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการถอดบทเรียนจากการดำเนินโปรแกรมใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญและการตีความหมาย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี Triangulation

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี ร้อยละ 54.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.8 มีรายได้เฉลี่ย 8,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว 3-5 ปี ร้อยละ 48.4 ได้รับยาลดความดันโลหิตชนิด ACE inhibitor ร้อยละ 35.9 และ ARB ร้อยละ 29.7 มีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 32.8 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.6 และโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 18.8

1.2 สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 125.34±18.76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 208 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 11.2±3.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 21.8±4.2 คะแนน) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 23.6±3.9 คะแนน) ด้านการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 18.4±4.8 คะแนน) ด้านการสื่อสารและใช้ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 25.2±5.1 คะแนน) และด้านการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 25.1±4.6 คะแนน)

1.3 สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 89.7±15.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 144 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการปฏิบัติตาม

คำแนะนำทางการแพทย์และการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 18.9±2.1 คะแนน) ด้านการควบคุมอาหารและโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 14.2±3.4 คะแนน) ด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 11.8±4.2 คะแนน และ 12.6±3.8 คะแนน ตามลำดับ) ด้านการติดตามตรวจสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 17.4±2.8 คะแนน) และด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 14.8±3.6 คะแนน)

1.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยจำนวน 32 คน พบปัญหาหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะค่าเป้าหมายความดันโลหิต อาการแสดงของโรค และภาวะแทรกซ้อน 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยไม่ทราบแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ และมีปัญหาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 3) ด้านทักษะการประเมินข้อมูล พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องจากที่ผิด โดยเฉพาะข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ 4) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร และ 5) ด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหา ผู้วิจัยและทีมงานได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง ได้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) การเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะการประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) การส่งเสริมทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ 5) การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ 6) การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย 7) การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด และ 8) การเสริมสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผสมผสานการบรรยาย การสาธิต การปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล

3. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

3.1 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมภายในตัวบุคคล ในกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน พบว่าด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 125.34±18.76 คะแนน เป็นหลังการใช้โปรแกรม 165.87±16.43 คะแนน ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 89.7±15.2 คะแนน เป็นหลังการใช้โปรแกรม 119.4±12.8 คะแนน ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรม 11.2±3.4 คะแนน เป็นหลังการใช้โปรแกรม 17.8±2.1 คะแนน และด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 85.6±8.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

3.2 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าความดันโลหิตบีบตัวลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรม 156.8±12.4 mmHg เป็นหลังการใช้โปรแกรม 138.2±8.9 mmHg ค่าความดันโลหิตคลายตัวลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรม 94.6±7.8 mmHg เป็นหลังการใช้โปรแกรม 83.4±6.2 mmHg อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้โปรแกรมร้อยละ 0 เป็นหลังการใช้โปรแกรมร้อยละ 71.9 อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยาลดลง

จากก่อนการใช้โปรแกรมร้อยละ 43.8 เป็นหลังการใช้โปรแกรม ร้อยละ 25.00

3.3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรค ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 125.34±18.76 คะแนน เป็น 165.87±16.43 คะแนน (t=11.45, p<0.001) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 89.7±15.2 คะแนน เป็น 119.4±12.8 คะแนน (t=9.82, p<0.001) และความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นจาก 11.2±3.4 คะแนน เป็น 17.8±2.1 คะแนน (t=10.34, p<0.001) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรค ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กลุ่มทดลอง n=32)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (คะแนน)	125.34	18.76	ปานกลาง	165.87	16.43	สูง	11.45	<0.001*
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนน)	89.7	15.2	ปานกลาง	119.4	12.8	สูง	9.82	<0.001*
3. ความรู้เกี่ยวกับโรค (คะแนน)	11.2	3.4	ต่ำ	17.8	2.1	สูง	10.34	<0.001*
4. ความพึงพอใจต่อโปรแกรม (คะแนน)	-	-	-	85.6	8.4	สูง	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.4 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (165.87±16.43 เทียบกับ 132.45±18.67, t=7.23, p<0.001) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (119.4±12.8 เทียบกับ 95.8±15.1, t=6.54, p<0.001) ความรู้เกี่ยวกับโรค (17.8±2.1 เทียบกับ 12.4±3.1, t=8.92, p<0.001) ค่าความดันโลหิตบีบตัว (138.2±8.9 เทียบกับ 152.6±12.2 mmHg, t=5.11, p<0.001) และค่าความดันโลหิตคลายตัว (83.4±6.2 เทียบกับ 92.1±7.9 mmHg, t=4.68, p<0.001) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (n=64)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		t	p-value
	ก่อน $\bar{x}$±S.D.	หลัง $\bar{x}$±S.D.	ก่อน $\bar{x}$±S.D.	หลัง $\bar{x}$±S.D.		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	125.34±18.76	165.87±16.43	127.12±19.24	132.45±18.67	7.23	<0.001*
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	89.7±15.2	119.4±12.8	91.3±14.8	95.8±15.1	6.54	<0.001*
3. ความรู้เกี่ยวกับโรค	11.2±3.4	17.8±2.1	11.6±3.2	12.4±3.1	8.92	<0.001*
4. ความดันโลหิตบีบตัว (mmHg)	156.8±12.4	138.2±8.9	154.3±11.8	152.6±12.2	5.11	<0.001*
5. ความดันโลหิตคลายตัว (mmHg)	94.6±7.8	83.4±6.2	93.8±8.1	92.1±7.9	4.68	<0.001*

3.5 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงหมวดหมู่ พบว่า อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 71.9 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 12.5 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=24.38, p<0.001) อย่างไรก็ตาม อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยาในกลุ่มทดลองลดลงจากร้อยละ 43.8 เป็นร้อยละ 25.0 เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ลดลงจากร้อยละ 40.6 เป็นร้อยละ 37.5 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=1.23, p=0.267) และการมีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองลดลงจากร้อยละ 18.8 เป็นร้อยละ 6.3 เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ลดลงจากร้อยละ 21.9 เป็นร้อยละ 18.8 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=2.45, p=0.118) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (n=64)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		χ^2	p-value
	ก่อน($\bar{X}$)	หลัง($\bar{X}$)	ก่อน($\bar{X}$)	หลัง($\bar{X}$)		
6. อัตราการควบคุมความดันโลหิต (%)	0	71.9	0	12.5	24.38	<0.001*
7. อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยา (%)	43.8	25.0	40.6	37.5	1.23	0.267
8. การมีภาวะแทรกซ้อน (%)	18.8	6.3	21.9	18.8	2.45	0.118

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์และปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีปัญหาหลักด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึ่งอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนวรัตน์ บัวเข้า และคณะ, 2567[7] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงป้องกันต่อความดันโลหิตสูง และวรรณรัตน์ เอกพลากร และคณะ, 2567[8] ที่ระบุว่าประเทศไทยประสบปัญหาการถดถอยในแนวโน้มการควบคุมความดันโลหิต ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนักในการรักษาตามแพทย์แต่ขาดทักษะในการดูแลตนเองเชิงป้องกัน ปัญหาที่พบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมแทรกแซงที่ครอบคลุมทั้งความรู้และทักษะปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia-Cardenas และคณะ, 2024[9] ที่เน้นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงไลฟ์สไตล์ในการจัดการความดันโลหิตสูง

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยแปดองค์ประกอบหลักที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นระยะเวลาแปดสัปดาห์ การออกแบบโปรแกรมสอดคล้องกับแนวคิดของผิลายพร สุขเจริญ และคณะ, 2567[3] ที่ใช้แบบจำลองความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบการเรียนรู้เปลี่ยนแปลง และการศึกษาของ Liu และคณะ, 2024[10] ที่พัฒนาการแทรกแซงพฤติกรรมสุขภาพดิจิทัลครอบคลุมการปฏิบัติตามใบสั่งออกกำลังกาย การบริโภคอาหารตาม DASH และการติดตามความดันโลหิต กระบวนการพัฒนาที่

ใช้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง การผสมผสานกิจกรรมที่หลากหลายตั้งแต่การบรรยาย การสาธิต การปฏิบัติจริง จนถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอดคล้องกับหลักการของการศึกษาผู้ใหญ่ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ และการกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคลที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของผิลายพร สุขเจริญ และคณะ, 2567[3] ที่พบว่าแบบจำลองความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงสามารถปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ Martinez-Bravo และคณะ, 2020[11] ที่แสดงผลลัพธ์เชิงบวกของการแทรกแซงที่เน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพในชาวลาตินโอ การที่กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่าร้อยละเจ็ดสิบ ในขณะที่กลุ่มควบคุมควบคุมได้เพียงร้อยละสิบกว่า แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่ชัดเจนของโปรแกรม อย่างไรก็ตาม การที่อัตราการปรับเปลี่ยนการใช้ยาและภาวะแทรกซ้อนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากระยะเวลาติดตามผลที่ยังไม่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Monroe และคณะ, 2024[12] ที่เน้นความจำเป็นในการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริงของการแทรกแซง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ขอบคุณทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชนพรหมบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพรหมบุรี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคณะกรรมการสุขภาพชุมชนตำบลหัวป่า ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาโปรแกรมและทดลองใช้ ขอบคุณผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติที่สนับสนุนข้อมูลและระบบติดตามประเมินผล สุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการขยายผลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดใกล้เคียงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Taheri Soodejani M. Non-communicable diseases in the world over the past century: a secondary data analysis. Front Public Health. 2024;12:1436236.

2.วรรณรัตน์ เอกพลากร, สุดาณัฏฐ์ เชิดสงวน, ปฏิมากร เก็ษสมบูรณ์, สมประสงค์ อาษาเสด, สุทธิรัตน์ ตั้งทรงศิลป์, อริศรา กรมหลวง, et al. แนวโน้มความชุกการตระหนักรู้ การรักษา และการควบคุมความดันโลหิตสูงในประชากรไทยปี 2547-2563. BMC Public Health. 2567;24(1):2838.

3.ผิลายพร สุขเจริญ, ณัชสัณห์ ศกุนต์พงษ์, จิดาภา โปลรุกต์, สุรีย์พร ชุ่มแดง. ผลกระทบของแบบจำลองความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีความดันโลหิตสูง. BMC Research Notes. 2567;17(1):278.

4.ธวิสรา พรสุข และคณะ. การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารส่งเสริมสุขภาพ. 2567;41(4):234-247.

5.สำราญ วงศ์อุ่น และคณะ. การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน. 2564;28(3):189-202.

6.อุษณีย์ นาคใต้ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2567;34(3):189-202.

7.นวรัตน์ บัวเข้า, กิตติศักดิ์ ปิยบุตพงษ์, วิชญา ศรีราภรณ์, นิศากร เดชขริงค์เกร็กกุล, ปรีชา ศักดิ์คำ, จิรปิยา ปทีขำ, และชยางกูร อังกุราวรานนท์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความดันโลหิตสูงในแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาร์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. PLOS One. 2567;19(4):e0302057.

8.วรรณรัตน์ เอกพลากร, สุดาณัฏฐ์ เชิดสงวน, ปฏิมากร เก็ษสมบูรณ์, สมประสงค์ อาษาเสด, สุทธิรัตน์ ตั้งทรงศิลป์, อริศรา กรมหลวง, et al. แนวโน้มความชุกการตระหนักรู้ การรักษา และการควบคุมความดันโลหิตสูงในประชากรไทยปี 2547-2563. BMC Public Health. 2567;24(1):2838.

9.Garcia-Cardenas V, Armour C, Hughes J, Carrera S, Benrimoj S, Berbatis C. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. J Hypertens. 2024;41(12):1968-2008.

10.Liu K, Chen S, Xie Z, Or CK. Development of a health behavioral digital intervention for patients with hypertension based on an intelligent health promotion system and WeChat: Randomized controlled trial. JMIR mHealth uHealth. 2024;12(1):e53006.

11.Martinez-Bravo A, Hess S, Bittner V. A health literacy-focused intervention for Latinos with hypertension. Health Lit Res Pract. 2020;2(1):e21-e25.

12.Monroe LM, Xie D, Zhu J. Digital health interventions for hypertension management in US populations experiencing health disparities: A systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2024;7(2):e2354821.

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดที่ 1 ระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวผู้คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

The effects of support during the first stage of labor by nurses versus close family members on pain levels and pain-coping behaviors of laboring women.

(Received: October 28,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

พิมพ์ใจ มากสกุล[1]
PIMJAI MAKSAKUL[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินระดับความเจ็บปวดของการคลอดของผู้คลอดในระยะที่ 1 ประเมินการแสดงพฤติกรรมการแสดงความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และเพื่อเปรียบความพึงพอใจในระยะคลอดที่ 1 ระหว่าง 2 กลุ่ม ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 50 คน คือ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้คลอดที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพตามปกติ จำนวน 25 คน 2) กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการเฝ้าคลอดจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดระหว่างรอคลอด 3) การแสดงพฤติกรรมการแสดงความเจ็บปวด 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมานได้แก่ Mann-Whitney

ผลการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดระหว่างรอคลอดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกัน การแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัว พบว่ามีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกัน และการแสดงความพึงพอใจในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

คำสำคัญ: การสนับสนุนในระยะคลอด, การควบคุมความเจ็บปวด, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ความพึงพอใจของมารดา

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate pain levels, pain-coping behaviors, and satisfaction during the first stage of labor among laboring women receiving support from either professional nurses or close family members. The study was conducted at the delivery ward of Wichian Buri Hospital from June to September 2025. A total of 50 pregnant women were purposively selected and divided into two groups: 25 participants received standard care from professional nurses, while the other 25 received continuous support from a close family member during labor. Data collection instruments included: (1) a general information form, (2) a labor pain assessment scale, (3) a behavioral checklist for pain-coping behaviors, and (4) a satisfaction questionnaire. All tools were validated by four experts. Descriptive statistics and the Mann-Whitney U test were used for data analysis.

The results showed that the group receiving care from nurses reported lower pain levels than those supported by family members; however, the difference was not statistically significant. Similarly, pain-coping behaviors were less frequently observed in the family-supported group compared to the nurse-supported group, with no significant difference. Satisfaction scores were higher in the nurse-supported group, but again, the difference was not statistically significant.

[1] โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

The findings suggest that family support during labor could be integrated into maternal care strategies to promote a more supportive and family-centered birth experience.

Keywords: labor support, pain management, family involvement, maternal satisfaction, quasi-experimental study

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอด เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกและการถ่างขยายของปากมดลูก มีผลทำให้เกิดการคลอดทารก รก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำออกสู่ภายนอก[1] ระดับความรุนแรงของการเจ็บครรภ์จะเพิ่มขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งภายนอกและภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ความก้าวหน้าของการคลอด ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดที่มีมีต่อการคลอด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คลอดกับสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นบุคคล สถานที่คลอด และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการคลอด[2] ดังนั้นถึงแม้การเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นจากกระบวนการตามธรรมชาติ แต่ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์นั้นกลับเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความเครียด และรู้สึกทุกข์ทรมานในระยะคลอดได้โดยเฉพาะหากผู้คลอดไม่สามารถเผชิญกบความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ได้[3] ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ถ้ามีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้คลอด ทารก และสมาชิกในครอบครัว[4]ผู้คลอดสามารถแสดงบทบาทมารดาได้ดี ไม่เกิดภาวะอารมณ์เศร้า หรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและไม่ทำร้ายตัวเอง นอกจากนี้ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการดูแลในระยะคลอด

จากแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด องค์ประกอบของการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วย 4 ด้าน คือ1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional labor support) ได้แก่ การทำให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจ ลดความกลัว ความวิตกกังวล ความตึงเครียดจากการเจ็บครรภ์ เช่น การอยู่ด้วยตลอดเวลา การกล่าวชมเชยให้กำลังใจ การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด 2) การสนับสนุนด้านร่างกาย (Physical labor support) ได้แก่การดูแลให้เกิดความสุขสบายทางร่างกาย ลดความหิว กระหาย หรือลดความเจ็บปวด 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information labor support) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้คลอดต้องเผชิญในระหว่างที่เจ็บครรภ์คลอด และวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา และ 4) ด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด (Advocacy labor support) ได้แก่ การบอกถึงความต้องการของผู้คลอด และดูแลพิทักษ์สิทธิในสิ่งที่มารดาเลือกส่วนผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด (Supporter) อาจเป็นพยาบาล (Nurse) หรือญาติใกล้ชิด (Close relative) ได้แก่ สามี (Husband) และญาติผู้หญิง (Female relative) หรือหญิงผู้ดูแลระยะคลอด (Doula) ก็ได้

โดยการสนับสนุนในระยะคลอด เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องที่จะช่วยให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการที่เกิดขึ้นในขณะเจ็บครรภ์คลอด ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจะทำให้ผู้คลอด เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจและสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม[5] จากการสังเกตและประสบการณ์ของพยาบาล ห้องคลอด ผู้คลอดมักจะขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดเมื่อเกิดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น ทำให้มีปัญหา การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ไม่ดี มีพฤติกรรมร้องเอะอะ โวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่าย นอนดิ้นไปมา ร้องขอการผ่าตัดคลอด บอกว่าทนความเจ็บปวดไม่ได้ ทรมานมาก และไม่อยากมีลูกอีก ตลอดจนเรียกร้องให้ญาติอยู่ด้วยขณะเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดเหล่านี้จึงควรที่จะได้รับการดูแลสนับสนุนในระยะคลอด[6] แต่โดยทั่วไปในบริบทของโรงพยาบาล

รัฐบาล ผู้สนับสนุนการคลอดมักเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ เพราะเป็นผู้ที่ดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิดมากกว่า บุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ และผู้คลอดให้ความเชื่อถือ ในความสามารถ อย่างไรก็ตามการคลอดเป็นประสบการณ์ของครอบครัว ในสมัยก่อนการคลอดจะเกิดที่บ้านซึ่ง แวดล้อมไปด้วยสามีและญาติของผู้คลอด ต่อมาการคลอดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลมากขึ้น กฎระเบียบของโรงพยาบาล ทำให้บทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้คลอดลดลง ผู้คลอดและครอบครัวมอบอำนาจการดูแล และการตัดสินใจเรื่องการคลอดให้แพทย์ พยาบาล แต่การดูแลผู้คลอดในโรงพยาบาลมีความจำกัด พยาบาลผดุงครรภ์

จากการศึกษางานวิจัยสนับสนุนว่า ผู้คลอดต้องการให้บุคคลในครอบครัวได้เข้ามาดูแลสนับสนุนในระยะคลอด เช่น การศึกษาของ Chamnikul[7] และ Yuenyoung & Rukthai[8] เนื่องจากญาติผู้คลอดมีความเข้าใจความรู้สึกเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานที่ผู้คลอด ต้องเผชิญตลอดจนความต้องการของผู้คลอดที่ต้องการให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดได้ตลอดเวลา และให้การสนับสนุน ในระยะคลอดได้อย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ลดความกลัว ความวิตกกังวล และเกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ดังนั้น ในการวิจัยนี้จึงต้องการศึกษา ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดที่ 1 ระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวผู้คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด การตอบสนองตรงกับความต้องการที่เกิดขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะคลอด ลดความวิตกกังวล ความตึงเครียดที่ส่งผลให้ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานขณะเจ็บครรภ์คลอด มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ดี และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ 1 ระหว่าง กลุ่มการเฝ้าคลอดจากพยาบาลตามปกติกับการเฝ้าคลอดจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

2.เพื่อเปรียบเทียบการแสดงพฤติกรรมการแสดงความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ 1 ระหว่าง กลุ่มการเฝ้าคลอดจากพยาบาลตามปกติกับการเฝ้าคลอดจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในระยะคลอดที่ 1 ระหว่าง กลุ่มการเฝ้าคลอดจากพยาบาลตามปกติกับการเฝ้าคลอดจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง คือ กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ 1 ได้รับการเฝ้าคลอดจากพยาบาล และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ 1 ที่ได้รับการเฝ้าคลอดจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ปกติที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ปกติ ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีอายุระหว่าง 18-45 ปี 2) อ่านออกเขียนได้สื่อสารภาษาไทยได้ดี 3) มีการเปิดของปากมดลูกมากกว่า 4 ซม. และมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางอายุรกรรม 5) มีบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวดูแล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยของชุลีพร การะภักดี (2562) เรื่อง ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดใช้ผลค่าเฉลี่ยมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตร

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}\right]}{\Delta^2}$$
$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

โดยกำหนดให้ Sample size for comparing two independent population means from n4 Studies Output: Z(0.95) = 1.96, Z(0.8) = 0.84, Mean in group1 (μ1) = 4.3, SD. in group1 = 0.36, Mean in group2 (μ2) = 3.99, SD. in group2 = 0.41, n1 = 24.29 Thus, sample size in group1 = 25 and group2 = 25

กลุ่มควบคุม คือ สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ 1 ได้รับการเฝ้าคลอดจากพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง คือ สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ 1 ที่ได้รับการเฝ้าคลอดจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และประวัติการคลอด 2) แบบประเมินระดับความเจ็บปวดของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ 1 โดยใช้การประเมินความปวดเป็น Numerical Pain Rating Scale (NRS) 3) การแสดงพฤติกรรมการแสดงความเจ็บปวด เป็นแบบประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลเป็นแบบประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

ผู้วิจัยหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 2 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด 1 ท่าน ค่า IOC= 0.81 จากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความเที่ยง กับสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ 1 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 10 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการแสดงออกและคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด และคะแนนการเผชิญความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติการทดสอบ Independent t-test โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ 1 ได้รับการเฝ้าคลอดจากพยาบาลตามปกติ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 มีอายุระหว่าง 20-34 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.0ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 36.0 ไม่มีรายได้ร้อยละ 36.0 ประวัติการตั้งครรภ์ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 64.0 สำหรับสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่ 1 ที่ได้รับการเฝ้าคลอดจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวพบว่า ร้อยละ 80.0 มีอายุระหว่าง 20-34 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 72.0 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 40.0 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 44.0, ประวัติการตั้งครรภ์ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 52.0

ผลการประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอดระหว่างรอคลอด พบว่า ระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดระหว่างรอคลอดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมีความเจ็บปวดน้อยกว่าและกลุ่มที่ได้รับ

การดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัว แต่ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการแสดงพฤติกรรมการแสดงความเจ็บปวด พบว่า การแสดงพฤติกรรมการแสดงความเจ็บปวดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัวมีพฤติกรรมแสดงความเจ็บปวดน้อยกว่า แต่ไม่มีความแตกต่างกัน

ความพึงพอใจ พบว่า การแสดงความพึงพอใจในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมีมากกว่าและกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัว แต่ไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ผลของการสนับสนุนการเฝ้าคลอดในระยะที่ 1 ระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวต่อระดับความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมความเจ็บปวดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี พบว่าการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดจากการคลอดที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมีความปวดน้อยกว่าการดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัว แต่ความเจ็บปวดไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ผู้คลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดความเจ็บปวดเมื่อมดลูกหดรัดตัว ซึ่งเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรง ซึ่งผู้คลอดจะสามารถแสดงความเจ็บปวดได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ [9] ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้ในการดูเกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การเปรียบเทียบการแสดงพฤติกรรมความเจ็บปวดของผู้คลอดพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัวแสดงพฤติกรรมน้อยกว่าผู้คลอดได้รับการดูแลจากพยาบาล แต่การแสดงพฤติกรรมความเจ็บปวดไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ผู้คลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะเกิดความเจ็บปวดที่รุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามระยะของกลไกการคลอด ดังนั้นผู้ใกล้ชิดในครอบครัวที่ได้เข้ามาเฝ้าคลอดได้ให้กำลังใจ โดยการพูดคุยด้วยคำพูดปลอบโยน ให้กำลังใจด้วยการสัมผัสร่างกาย โดยการจับมือนวดหลัง ในขณะนอนรอคลอด ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับแคบหรือระดับลึก (Micro level) เชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ สนับสนุนทางด้านจิตใจและแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)[10,11]

ความพึงพอใจในการดูแลขณะการเฝ้าคลอด พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลมีความพึงพอใจที่มากกว่าการดูแลจากผู้ใกล้ชิดในครอบครัว แต่ความพึงพอในนั้นไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ผู้คลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดต้องเกิดความเจ็บปวด ซึ่งเป็นกลไกลของความเจ็บปวดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ พยาบาลผู้ดูแลในการเฝ้าคลอดจึงให้ข้อมูลความรู้ การปฏิบัติตัวในขณะนอนรอคลอดในความรู้สึกทางบวก สรุปได้ว่าความรู้สึกในทางบวก เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความรู้สึกนี้เป็นความรู้สึกที่แตกต่างจากความรู้สึกทางบวกอื่นๆ กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับ ทำให้เกิดความสุขหรือความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้น ซึ่งความรู้สึกทางบวกนี้เป็นตัวช่วยให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้นได้อีก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดเมื่อได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวได้มีการแสดงพฤติกรรมการเจ็บปวดได้ดี จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในแผนกห้องคลอด สามารถนำผลการวิจัยมากำหนดให้มี

แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลผู้คลอดขณะรอคลอด จากการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

2. พยาบาลในแผนกห้องคลอด สามารถนำผลงานวิจัยการสนับสนุนในระยะคลอดโดยบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้คลอดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. EHect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2010;109(3):198-200.

2.Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. JAMA 1991;265(17):2197-201.

3.Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J., & Cloyes, K. G. The coping with labor algorithm: an alternate pain assessment tool for the laboring woman. Journal of Midwifery Women's Health, 2010, 55(2), 107 – 116.

4.Adams, E. D., & Bianchi, A. L. A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 2008, 37(1), 106 – 115.

5.Iliadou, M. (2012). Supporting women in labour. Health Science Journal, 6(3), 385-391.

6.Ford, E., & Ayers, S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. Journal of Anxiety Disorders, 2009, 23(2), 260 – 268

7.Chamnikul, T. The effects of relative support program on pain during the first stage of labor among primiparous women. Master's thesis, Advance midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.2009.

8.Yuenyong, S., O'Brien, B. A., & Jirapaet, V. Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. The Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 2012, 41(1), 45 - 56.

9.Abushaikha, L., & Oweis, A. Labor pain experience and intensity.ctive. International Journal of Nursing Practice, 2005,11, 33-38.

10.Dick-Read, G. The practice of natural childbirth (4th ed.). New York: Harper & Row.1976.

11.House, J. S. Social networks and social support implications for national helper and community level internations. Health Education Quarterly,1985, 12, 66-75

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยการส่องกล้องผ่านทางช่องปาก
Transoral Endoscopic Thyroiddectomy Vestibular Approach.

(Received: October 28,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

สุภาภรณ์ งิมขุนทด[1]
SUPAPORN NGIMKHUNTOD[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 19 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทางช่องปากโดยการส่องกล้อง (Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: TOETVA) เนื่องจากพบก้อนที่คอซ้าย และได้รับการวินิจฉัยเป็น Left thyroid nodule ภายหลังการตรวจ Ultrasound และ Fine Needle Aspiration พบว่าเป็นก้อนชนิดไม่ร้ายแรง (Benign nodule) การพยาบาลครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยมุ่งเน้นการลดความวิตกกังวล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ภาวะอุณหภูมิต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ผลการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญจากการผ่าตัดหรือยาระงับความรู้สึก อาการปวดลดลงตามลำดับ แผลในช่องปากสมานดี ไม่มีการติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก่อนจำหน่าย การผ่าตัดแบบ TOETVA ช่วยลดการบาดเจ็บ เจ็บแผลน้อย ฟื้นตัวเร็ว และไม่มีแผลเป็นภายนอก พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีที่สุด
คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์, การส่องกล้องผ่านช่องปาก, การพยาบาลห้องผ่าตัด

Abstract

This study is a nursing case study of a 19-year-old Thai female patient who underwent a transoral endoscopic thyroidectomy via the vestibular approach (TOETVA) due to a palpable mass on the left side of her neck. The patient was diagnosed with a left thyroid nodule, and subsequent ultrasound and fine needle aspiration revealed a benign nodule. Nursing care encompassed the preoperative, intraoperative, and postoperative phases, focusing on anxiety reduction, prevention of complications, infection control, monitoring of vital signs, hypothermia, hypocalcemia, and promoting the patient's and family's understanding of postoperative self-care.

The results of nursing care showed that the patient recovered well, with no significant complications related to surgery or anesthesia. Pain levels gradually decreased, intraoral wounds healed properly without infection, and both the patient and her family demonstrated appropriate self-care behaviors before discharge. The TOETVA procedure helped minimize tissue injury, reduce postoperative pain, promote faster recovery, and avoid external scarring. Nurses play a crucial role in providing information, continuous care, and monitoring for complications to ensure patient safety and achieve optimal nursing outcomes.
Keywords: thyroidectomy nursing care, transoral endoscopic surgery, operating room nursing

บทนำ

ต่อมไทรอยด์ (Thyroid) เป็นต่อมไร้ท่อที่มีลักษณะคล้ายผีเสื้ออยู่บริเวณส่วนล่างของกลางลำคอ มีหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนไทรอยด์เพื่อควบคุมระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติต่อมไทรอยด์จะโตขึ้น มีลักษณะเป็นก้อนไทรอยด์นูนขึ้นมาที่ลำคอ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยตรง อีกทั้งเมื่อเป็นแล้วยังมีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคมะเร็งไทรอยด์ที่มีความเสี่ยงต่อชีวิต[1] 85% ของโรคต่อมไทรอยด์

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา

เกิดขึ้นเองเฉพาะบุคคล มีเพียง 15 % ที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือยีนและมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่รู้ตัวว่ามีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์[2] ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยไทรอยด์มีทางเลือกในการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความปลอดภัยสูงและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น การผ่าตัดไทรอยด์แบบส่องกล้องผ่านช่องปาก (Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach; TOETVA) คือ การผ่าตัดไทรอยด์ผ่านกล้องเทคนิคใหม่แบบไร้แผลที่มีความปลอดภัยสูง ช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และมีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก เนื่องจากมีระยะห่างจากแผลผ่าตัดไปยังต่อมไทรอยด์สั้นที่สุดเมื่อเทียบกับการผ่าตัดผ่านกล้องเทคนิคอื่น โดยแผลจะซ่อนอยู่บริเวณด้านในของริมฝีปากล่างภายนอกจึงมองไม่เห็นร่องรอยการผ่าตัดอีกทั้งสามารถผ่าตัดไทรอยด์ทั้ง 2 ข้างออกได้พร้อมกัน จึงช่วยลดเวลาในการผ่าตัดรักษาและลดการอักเสบของเนื้อเยื่อโดยรอบได้อีกด้วย[3,4]

โรงพยาบาลปากช่องนานาจากรายงานระหว่าง พ.ศ. 2566 -2568 พบผู้ป่วย 328 ราย, 361 ราย และ 320ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 27 ราย, 58 ราย และ 50 ราย ตามลำดับ พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ต้องมีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เฝ้าระวังความปลอดภัยในขณะผ่าตัด สามารถเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้เพียงพอ ถูกต้องและเหมาะสม มีความคล่องตัวในการส่งเครื่องมือและเหมาะสมกับขั้นตอนการผ่าตัด สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ มีการดูแลให้การพยาบาลและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย หลังผ่าตัดต้องประเมินถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดโดยเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พึงพอใจต่อการบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยการส่องกล้องผ่านทางช่องปากได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยการส่องกล้องผ่านทางช่องปากและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษา และสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยการส่องกล้องผ่านทางช่องปากให้กับบุคลากรห้องผ่าตัดและผู้สนใจ

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 19 ปี เพศหญิง เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ นักศึกษา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 18 พฤษภาคม 2568

อาการสำคัญ

ก้อนที่คอ เป็นมา 6 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

6 เดือนก้อนคอโต คลำได้ก้อน ไม่มีอาการชา ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลเทพรัตน์ ทำ Ultrasound ผลวินิจฉัยเป็น Multinodular goiter แพทย์แนะนำให้ผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัวการผ่าตัด การแพ้(ยา อาหาร หรือสารเคมี) การได้รับอุบัติเหตุและการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

ปฏิเสธการเจ็บป่วยของครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การวินิจฉัยโรค

Left thyroid nodule

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% น้ำหนัก 64.9กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.997 kg/m2

การตรวจร่างกาย

ศีรษะหน้า : ปกติ

ตา : ปกติ มองเห็นชัดทั้งสองข้าง

หู : ปกติ ได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง

จมูก : ปกติ

ช่องปากลำคอ : มีก้อนที่คอข้างซ้ายขนาด 3*4 เซนติเมตร

หน้าอก : ปกติ ไม่มีเจ็บ แน่นหน้าอก

แขนขา : ปกติ ไม่มีชาหรืออ่อนแรง

การตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria) ได้แก่

ระบบประสาท: รู้ตัว ปกติ

ระบบการหายใจ: หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง ไม่ต้องใช้แรง

ระบบหัวใจ: ชีพจรจังหวะสม่ำเสมอ

ระบบทางเดินอาหาร: การขับถ่ายปกติ ไม่มีกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง

ระบบผิวหนัง: สีผิวปกติ ความตึงของผิวหนังปกติ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: ปกติ ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ

ผลการตรวจพิเศษ

Fine Needle Aspiration Benign ไม่มีลักษณะของเซลล์มะเร็ง

Thyroid Function Tests ปกติ

Ultrasound Right thyroid : cyst with intramural nodule 0.8*1.2 cm. Isthmus : nodule 1.0*1.0*2.0 cm. Left thyroid : nodule 0.7*1.3*1.8, 2.8*3.5*4.3 cm.

การพยาบาล

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและไม่ทราบแผนการรักษาของแพทย์ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล ไม่เข้าใจการผ่าตัด TOETVA 2. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน 3. ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด กลัวเจ็บแผล และการวางยาสลบ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีเป็นมิตร ให้ความสนใจและสัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจ และได้ระบายความรู้สึกออกมา เพื่อประเมินสาเหตุและระดับความวิตกกังวล และตอบข้อซักถามต่างๆ ของผู้ป่วย 3. ให้ข้อมูลความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด TOETVA ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พร้อมภาพประกอบหรือวิดีโอ 4. ซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด และได้อธิบายเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดในทันที คือตั้งแต่แรกรับเป็นต้นไป เพื่อป้องกันการสูดสำลักขณะดมยาสลบ 5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ ว่าเป็นการผ่าตัดไทรอยด์ผ่านกล้องทางช่องปากเพื่อให้คลายความวิตกกังวล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับทีมผ่าตัดและยาระงับความรู้สึก ทุกคนจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ขณะผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกกลัว 7. แนะนำสภาพหลังการผ่าตัด ได้แก่ หลังผ่าตัดจะมีแผลในริมฝีปากล่าง ไม่มีสายระบาย สอนการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ การรับประทานอาหารอ่อน และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เสียงแหบ 8. หลังการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ให้แผ่นพับและเอกสารคำแนะนำให้ผู้ป่วยอ่านทบทวน **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติหน้าตาสดชื่นแจ่มใสขึ้น ผู้ป่วยยอมรับสภาพของการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดี ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
การพยาบาลระยะผ่าตัด **1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด)** **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2** เสี่ยงต่อการระบุตัวผู้ป่วยไม่ถูกต้อง **ข้อมูลสนับสนุน** มีผู้ป่วยที่รอผ่าตัดจำนวน 4 รายในเวลาใกล้เคียงกัน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ศึกษาประวัติในอดีตและปัจจุบันผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด 1.1 ชื่อผู้ป่วยตรงตามตารางการผ่าตัด 1.2 การแพ้ยา อาหาร และสารเคมี 1.3 ยาที่ใช้ประจำ โรคประจำตัวผู้ป่วย สิ่งเสพติด 1.4 ประวัติความเจ็บป่วยและการผ่าตัดในอดีต 2. ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด 2.1 รายงานการผ่าตัดประจำตัวผู้ป่วย 2.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2.3 ใบเซ็นอนุญาตการผ่าตัดและการใช้ยาระงับความรู้สึก **การประเมินผล** ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยถูกต้องตรงกับผู้ป่วย เอกสารการผ่าตัดประจำตัวผู้ป่วยถูกต้องตรงกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดถูกต้องไม่พบข้อผิดพลาด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 อาจเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าในห้องผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีการเปลี่ยนเปลนอนหลายครั้งขณะเคลื่อนย้าย 2. เตียงผ่าตัดมีขนาดเล็ก	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ขณะรอเข้าห้องผ่าตัด ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังยกไม้กั้นเตียงและใส่ล็อคล้อเพื่อป้องกันเปลเลื่อนไว้ตลอดเวลา 2. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวังโดยดูแลไม่ให้อวัยวะอย่างหนึ่งอย่างใดยื่นออกนอกเปล 3. ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนไปยังเตียงผ่าตัด ปรับระดับเตียงผ่าตัดให้ได้ระดับเดียวกันกับเปลนอน ยกไม้กั้นเตียงลงชิดเปลนอนเข้ากับเตียงผ่าตัดและดันเปลนอนไว้จนกว่าจะเคลื่อนย้ายเรียบร้อยโดยการเคลื่อนย้ายช่วยประคองและรอรับผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัดพร้อมทั้งตรวจดูสายน้ำเกลือให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมไม่หัก พับงอ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บ 4. เมื่อผู้ป่วยนอนลงบนเตียงผ่าตัดเรียบร้อยแล้วดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย และผูกรัดผู้ป่วยให้เหมาะสมไม่แน่นจนเกินไป เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าในห้องผ่าตัด
2. การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4** เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจากการจัดท่าเพื่อผ่าตัด และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อช่องปากและเส้นประสาท **ข้อมูลสนับสนุน**	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการจัดท่าผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการจัดท่าผู้ป่วย 2. ตรวจสอบเตียงให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน เมื่อประกอบกับเตียงผ่าตัดต้องแน่นสามารถรองรับน้ำหนักของผู้ป่วยได้ไม่เกิดการเอนไปมา หรือหลุดร่วง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด TOETVA ใช้เวลาผ่าตัดนานกว่า 1 ชั่วโมง 2. ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด คือ นอนหงายราบ 3. การผ่าตัดผ่านช่องปากต้องใช้เครื่องมือผ่าน vestibule ซึ่งอยู่ใกล้เส้นประสาทสำคัญ เช่น recurrent laryngeal nerve และ mental nerve 4. บริเวณใบหน้า ปาก เป็นเนื้อเยื่อที่อ่อนเกิดบาดแผลได้ง่าย 5. หากจัดท่าผู้ป่วยไม่เหมาะสมหรือใช้เครื่องมือไม่ระวัง อาจเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อนหรือเส้นประสาท	3. พยาบาลและศัลยแพทย์ร่วมกันจัดท่าผู้ป่วย โดยจัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ใช้หมอนนุ่ม ๆ รองคอ หนุนไหล่ ตามปุ่มกระดูกต่าง ๆ เพื่อป้องกันการกดทับของกล้ามเนื้อเส้นประสาท และกระดูก 4. ขณะผ่าตัดหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการกดทับคอ แขนของผู้ป่วย จากผู้เข้าช่วยผ่าตัด และพยาบาลส่งเครื่องมือ 5. เฝ้าระวังการบาดเจ็บจากแรงกดหรือการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ บริเวณช่องปาก โดยการสังเกตสีผิวหนัง รอยช้ำ มีเลือดออก 6. ภายหลังเสร็จการผ่าตัดจัดให้ผู้ป่วยออกจากวัสดุที่หนุนต่าง ๆพร้อมกันอย่างช้า ๆ และนุ่มนวลเพื่อป้องกันการเกิดบาดเจ็บ พร้อมทั้งตรวจสอบบริเวณที่ต้องรับการกดทับ ได้แก่ อาการชา รอยแดง หรือช้ำบริเวณ กดทับ **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนในท่าที่ผ่อนคลาย บริเวณที่ต้องรับการกดทับ ถูกรองรับด้วยวัสดุที่อ่อนนุ่ม ไม่เกิดรอยแดงหรือช้ำจากการถูกกดทับ ไม่มีรอยช้ำหรือบาดแผลในช่องปาก ไม่มีอาการชา หรือบาดเจ็บของเส้นประสาทหลังผ่าตัด เช่น เสียงแหบ หรือปากเบี้ยว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการเปิดแผลในช่องปาก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ช่องปากเป็นแหล่งสะสมเชื้อแบคทีเรียตามธรรมชาติ 2. การเปิดแผลบริเวณ vestibule เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหากไม่มีการควบคุมการปนเปื้อน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ ตรวจสอบความสะอาดของเครื่องมือและผ้าคลุมบริเวณปาก 2. ล้างมือให้สะอาดตามเทคนิค เตรียมช่วยผ่าตัด 3. เตรียมช่องปากก่อนผ่าตัดด้วยการบ้วนปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 4. ใช้เทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดระหว่างผ่าตัดทุกขั้นตอน **การประเมินผล** ไม่มีอาการบวม แดง หรือมีหนองบริเวณแผลผ่าตัด ไม่มีไข้หรือสัญญาณของ systemic infection หลังผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพจากการดมยาสลบ **ข้อมูลสนับสนุน** การดมยาสลบอาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะหายใจล้มเหลว	**กิจกรรมการพยาบาล** Monitor เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5–15 นาที โดย 1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยตรวจนับชีพจร อัตรา จังหวะ และความแรงของการเต้นชีพจร 2. สังเกตความสม่ำเสมอของการหายใจ ความลึกความตื้นของการหายใจ 3. วัดความดันโลหิตและติดตาม Pluse oximetry เพื่อดู Oxygen saturation 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะในลำคอให้โดยความนุ่มนวล 5. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ในการปรับยาระงับความรู้สึกเมื่อสัญญาณชีพผิดปกติ 6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ **การประเมินผล** สัญญาณชีพคงที่ตลอดระยะเวลาผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวหรือหยุดหายใจ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 20 องศาเซลเซียส 2. ระยะเวลาในการทำผ่าตัด 1 ชั่วโมง 10 นาที 3. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ปูผ้ารองบนเตียงผ่าตัดตามมาตรฐาน ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นขณะจัดท่า 2. จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะกับการผ่าตัด เปิดเฉพาะตำแหน่งผ่าตัด จัดผ้าคลุมตัวผู้ป่วยปิดปลายมือและปลายเท้า บริเวณหน้าอกเหนือราวนม เพื่อรักษาอุณหภูมิภายในให้อบอุ่น 3. เตรียมผ้าห่มลมร้อน (Biar hugger) คลุมส่วนหน้าอกและแขนทั้งสองข้างขณะผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	4. ปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้เหมาะสมอยู่ระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการหนาวสั่น และลดการใช้ออกซิเจน 5. หลังทำการปิดแผล ดูแลความเรียบร้อยเช็ดผิวหนังให้แห้ง สวมเสื้อผ้าเปลี่ยนผ้าเปียกออกห่มผ้าให้อบอุ่นทันที **การประเมินผล** หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ปลายมือ-เท้าเย็นเล็กน้อย อุณหภูมิหลังผ่าตัด 37.7 องศาเซลเซียส
3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8** เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นจากการบวมของช่องปากและลำคอภายหลังผ่าตัดผ่านกล้อง (TOEVA) **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด 2. การผ่าตัดใช้กล้องผ่านทางช่องปาก หลังผ่าตัดมีเสมหะ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของทางเดินหายใจทุก 15 นาที 2. ประเมิน O_2saturation อย่างต่อเนื่อง หากต่ำกว่า 95% ให้รายงานแพทย์ทันที 3. สังเกตอาการของ airway obstruction เช่น หายใจมีเสียง หายใจลำบาก cyanosis กระวนกระวาย มีเลือดออก คอบวม 4. ประเมินลักษณะของแผลภายในช่องปากและการบวมของลำคอ 5. จัดท่าศีรษะสูง 30–45 องศา เพื่อลดอาการบวมของเนื้อเยื่อ 6. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่ให้ไอหรือออกแรงเกร็งคอมากเกินไป 7. เตรียมอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ เช่น Oxygen, Suction, Ambu bag ให้พร้อมใช้งาน 8. รายงานแพทย์ทันทีหากมีอาการผิดปกติด้านทางเดินหายใจ 9. ประเมินผู้ป่วยและให้คะแนนตาม Modified Aldrete recovery score ลงบันทึกสิ่งที่จะต้องประเมินได้แก่ ความรู้สึกตัว การหายใจ ความดันโลหิต การเคลื่อนไหวและค่า Oxygen saturation **การประเมินผล** ผู้ป่วยตื่นดี ไม่มีอาการแน่นบริเวณลิ้นปี่และคอบวม Modified Aldrete recovery score 10 คะแนน สามารถไอขับเสมหะออกได้ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้ง/นาที สีผิวกายปกติ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 - 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนต่อพาราไทรอยด์ระหว่างการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ **ข้อมูลสนับสนุน** มีการกระทบกระเทือนต่อพาราไทรอยด์ระหว่างการผ่าตัดต่อมไทรอยด์	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ เช่น ชา กล้ามเนื้อกระตุก หรือ Trousseau’s sign / Chvostek’s sign 2. ประเมินสัญญาณชีพ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกหรือพฤติกรรม 3. ตรวจสอบผล Calcium และ Phosphorus ตามแผนการรักษา 4. เตรียมให้ Calcium gluconate ตามคำสั่งแพทย์ หากระดับแคลเซียมต่ำหรือมีอาการ 5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการของ hypocalcemia 6. รายงานแพทย์หากพบอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับระดับแคลเซียม 7. วางแผนติดตามค่าต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรก **การประเมินผล** ในระหว่างอยู่ห้องพักฟื้นมีอาการชาเล็กน้อยที่ปลายนิ้ว แพทย์พิจารณาให้ Calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำ ติดตามการตรวจค่า Calcium ได้ 8.8 mg/dL ไม่มีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ
การพยาบาลติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความปวดทุก 4–6 ชั่วโมง โดยใช้ Pain scale 0–10

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 10 ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย 2. pain score 6-7 คะแนน	2. สังเกตท่าทางแสดงออก และพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความปวด เช่น หน้านิ่วขยับตัวลำบาก 3. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Morpine 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง 4. ติดตามผลการให้ยา และบันทึกผลความเปลี่ยนแปลงของระดับความปวดหลังให้ยา 5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่ลดแรงตึงบริเวณคอ โดย ยกศีรษะสูง 6. ส่งเสริมเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ ช้า ๆ 7. ประเมินอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น อาการง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน และจัดการตามอาการ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงในช่วง 48 ชั่วโมงแรก ต้องให้ Morphine 3 ครั้ง อาการปวดเริ่มลดลงในวันที่ 3 และหายปวดในวันที่ 5 ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ดีและไม่มีผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 11 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดภายในช่องปาก ภายหลังการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ผ่านทางช่องปาก (TOETVA) **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีแผลผ่าตัดที่ริมฝีปากด้านใน 2. 24 ชั่วโมงแรกมีไข้ 37.8	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. เฝ้าระวังอาการของการติดเชื้อ เช่น กลิ่นปากผิดปกติ บวมแดงมากขึ้น เจ็บปวดเพิ่ม หรือมีไข้ 2. สังเกตสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิทุก 4–6 ชั่วโมง 3. ประเมินแผลในช่องปากทุกเวร หากสามารถตรวจได้โดยไม่รบกวนการสมานของแผล 4. แนะนำการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหลังรับประทานอาหาร และงดใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ 5. สอนให้ผู้ป่วยใช้ช้อนสะอาด ไม่ใช้หลอดดูด และหลีกเลี่ยงอาหารแข็งหรือร้อนจัด 6. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และประเมินอาการข้างเคียง 7. รายงานแพทย์ หากพบร่องรอยแผลติดเชื้อ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีอาการบวมแดงในช่องปากเล็กน้อย และมีไข้ในวันแรกหลังผ่าตัด ได้รับการดูแลที่เหมาะสมดูแลความสะอาดช่องปากอย่างต่อเนื่อง อาการบวมลดลงในวันที่ 3–4 ไม่มีสิ่งคัดหลั่งหรือหนองจากแผล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 12 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่าย **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนให้ข้อมูล 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลในช่องปาก 3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออก บวม แดง ร้อน มี หนอง หรือไข้ 4. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร เช่น อาหารอ่อน ไม่ร้อนจัด งด ของเผ็ด ของแข็ง 5. แนะนำการหลีกเลี่ยงการใช้เสียงมาก หลีกเลี่ยงการเงยหรือก้มคอมากเกินไป 6. สอนวิธีรับประทานยา การติดตาม ระดับแคลเซียม ฮอร์โมนไทรอยด์ และการนัดพบแพทย์ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความมั่นใจและไม่กังวลก่อนจำหน่าย ญาติสังเกตภาวะแทรกซ้อนและวิธีให้ยาได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกังวลเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เนื่องจากมีหลายข้อปฏิบัติที่ต้องระมัดระวังหรือห้ามทำ ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ต้องมีการแนะนำ กระตุ้น สาธิตการปฏิบัติตัวหลายครั้งและต้องสังเกตท่าทางอย่างต่อเนื่อง พยาบาลในหอผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมผู้ป่วย การวางแผน การดูแลเฉพาะโรครวมถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรายงานแพทย์ ทำให้ไม่สามารถสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลสำคัญให้กับทีมได้ ต้องอาศัยการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทั้งของพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี ซึ่งการผ่าตัดไทรอยด์ผ่านกล้อง ทีมผ่าตัดควรมีความรู้เรื่องโรค แนวทางการรักษา กระบวนการพยาบาล ทักษะในการช่วยผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง มีจำนวนมากและมีความเฉพาะทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อใช้ในการตรวจอุปกรณ์เครื่องมือก่อนให้ยาระงับความรู้สึก มีความยุ่งยากในการควบคุมพื้นที่ปราศจากเชื้อเนื่องจากต้องเตรียมเครื่องมือจำนวนมาก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

การผ่าตัดไทรอยด์ผ่านกล้องทางปากไร้แผลเป็น (Transoral Endoscopic Thyroidectomy with Vestibular Approach: TOETVA) เป็นเทคนิคการผ่าตัดเปิดแผลบริเวณด้านในริมฝีปากล่างหน้าต่อเหงือก และใช้กล้องส่องผ่าตัดทำการผ่าตัดไทรอยด์ออกโดยเก็บรักษาเส้นประสาทเลี้ยงกล่องเสียง วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเจ็บน้อย ฟื้นตัวได้ไวกว่าการผ่าตัดแบบเดิม เสียเลือดน้อยเนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กกว่าการผ่าตัดแบบเปิด และไม่มีแผลผ่าตัดบริเวณผิวหนังเลย รวมถึงเก็บรักษาการทำงานของเส้นประสาทเลี้ยงกล่องเสียงได้เหมือนวิธีการผ่าตัดแบบเปิด ซึ่งเป็นวิธใหม่ที่นำมาใช้ในห้องผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องศึกษาความรู้เพิ่มเติม ฝึกทักษะให้มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วัณณสุทธางกูร[5]

เอกสารอ้างอิง

1. นรพรรณ อุณหะนันท์ และ กัญจน์รัตน์ โพธิปัสสา. การพยาบาลผ่าตัด Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA). โรงพยาบาลตำรวจ. 2559. https://policehospital.org/km/PDF2559-08-25/03_km.pdf
2. Anuwong A, Sasanakietkul T, Jitpratoom P, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and results. Surg Endosc. 2018; 32(1): 456-465.
3. Lee, J.-H., & Chai, Y. J. Up-to-date evidences of transoral thyroidectomy on how to overcome the obstacles? A review. Annals of Thyroid, 5, Article 13. https://doi.org/10.21037/aot-20-39. 2020.
4. Anuwong, A. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: A series of the first 60 human cases. World Journal of Surgery,2016; 40(3): 491–497
5. สุภาพร วัณณสุทธางกูร. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบวิธี TOETVA กับการผ่าตัดแบบเปิด. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2568; 5(2): 32-46.

ผลของการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-cog ต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

The Effects of Using a Package of Words on Muslim-specific in Mini-cog to Screening for Early Dementia in Chalathiwat Clinic, Chanae Hospital, Chanae District, Narathiwat Province.

(Received: October 28,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

นูรอามีลา วาเฮง[1]
Nurarmila Waheng[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมุสลิม คลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ ดำเนินการเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2566 รวม 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณในขั้นตอนประเมินผลโปรแกรม ได้แก่ ผู้สูงอายุมุสลิม 45 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน Mini-Cog มาตรฐาน แบบประเมิน Mini-Cog Muslim Chanae แบบบันทึกผลการประเมิน และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, χ^2test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาจากการแปลผลคะแนนของทั้ง 2 ครั้ง ไม่แตกต่างกัน คาดการณ์ได้ว่าการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมุสลิมที่มีข้อจำกัดการใช้ภาษาไทยด้วย จากการใช้โปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิมที่พัฒนาขึ้น หลังการใช้โปรแกรม พบว่า คะแนน Mini-Cog เพิ่มขึ้นเป็น 2.87±1.35 คะแนน ระยะเวลาในการประเมินลดลงเป็น 6.22±1.76 นาที ความมั่นใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 4.18±0.94 คะแนน ความแม่นยำในการคัดกรองเพิ่มขึ้นเป็น 84.76±9.87 เปอร์เซ็นต์ อัตราการมีผล Mini-Cog ปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.78 และอัตราการจำคำได้ครบ 3 คำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.24, 6.18, 8.93, 7.65$, $\chi^2 = 7.68, 11.34$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: Mini-Cog, ชุดคำวิถีมุสลิม, การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุมุสลิม

Abstract

This quasi-experimental research utilized both qualitative and quantitative methodologies to investigate the effects of implementing Muslim cultural word lists in the Mini-Cog cognitive assessment tool for dementia screening among elderly Muslim patients at the Geriatric Clinic, Chanae Hospital, Narathiwat Province. The study was conducted from January to September 2023, spanning 9 months. The sample for program development comprised 15 elderly Muslims, 15 family caregivers, 20 nurses working at Chanae Hospital. The quantitative evaluation sample included 45 elderly Muslim participants. Research instruments consisted of the Muslim cultural word list program, demographic questionnaires, standard Mini-Cog assessment, Mini-Cog Muslim Chanae assessment, evaluation recording forms, and staff satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test, χ^2test), while qualitative data employed content analysis.

The findings revealed that the developed Muslim cultural word list program utilized, following program implementation, Mini-Cog scores increased to 2.87±1.35 points, assessment time decreased to 6.22±1.76 minutes, elderly confidence levels increased to 4.18±0.94 points, and screening accuracy improved to 84.76±9.87 percent. The rate of normal Mini-Cog results increased to 57.78%, and the rate of complete three-word recall increased to 66.67%, all statistically significant at the .05 level ($t = 5.24, 6.18, 8.93, 7.65$, $\chi^2 = 7.68, 11.34$ respectively).

Keywords: Mini-Cog, Muslim cultural word list, dementia screening, elderly Muslims

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง สมองสูญเสียหน้าที่การทำงานในด้านต่างๆ ทำให้กระบวนการรู้คิด (Cognition) บกพร่อง จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกันในสังคม เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แบ่งระยะของภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะต้นจะมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น เริ่มมีอาการหลงลืม มีความจำระยะสั้น ลืมสถานที่ที่คุ้นเคย แต่สุดท้ายอาจจะนึกออกได้ ในระยะกลางจะเริ่มมีอาการหลงลืมเหตุการณ์สำคัญในช่วงที่ผ่านมา หลงลืมชื่อคน จำทางกลับบ้านไม่ถูก ต้องการผู้ดูแล พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น หนีออกจากบ้าน ถามคำถามซ้ำๆ และระยะท้าย ระยะนี้ผู้สูงอายุอาจเริ่มมีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ มีความบกพร่องในการรู้คิดชัดเจนขึ้น ได้แก่ ไม่ทราบและไม่สนใจเวลาและสถานที่ จำชื่อคนใกล้ตัวหรือเพื่อนไม่ได้ และอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีทั้งการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา[1]

จากสถานการณ์ของประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ต้องให้ความสนใจ โดยเฉพาะการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย[2] ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยนั้นมีความซับซ้อนและหลากหลาย จำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อเข้าใจและพัฒนาแนวทางการป้องกันที่เหมาะสม[3]

การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่มีความถูกต้องแม่นยำและน่าเชื่อถือมากที่สุดคือการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ซึ่งทำได้เฉพาะในสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีเครื่องมือเฉพาะและมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ดังนั้นเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จึงมีความจำเป็นและเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สะดวกรวดเร็ว ไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่าย การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง[4] เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ใช้ในปัจจุบันมีหลายประเภท แต่ละเครื่องมือมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันออกไป การเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมจึงต้องพิจารณาจากหลายปัจจัย เช่น ความแม่นยำ ความสะดวกในการใช้งาน และความเหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้[5]

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจะแนะ มีบริการคลินิกสูงอายุ และได้มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุฯ กรมการแพทย์ได้กำหนดไว้ในคู่มือการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน การประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog คือ ให้ผู้ป่วยจดจำของ 3 สิ่ง ร่วมกับการวาดนาฬิกา แปลผลโดยใช้คะแนนเป็นจุดตัด ซึ่งข้อดีของการใช้เครื่องมือนี้คือ เป็นการทดสอบความสามารถทางสติปัญญาแบบสั้นๆ ใช้เวลาน้อย สามารถทำได้ง่าย โดยบุคลากรในหน่วยงาน ไม่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรและไม่ต้องใช้งบประมาณในการคัดกรอง การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ Mini-Cog ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวไทยแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในบริบทของประเทศไทย[6] หากพบว่ามีความผิดปกติสามารถส่งต่อให้ผู้รับผิดชอบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) เพื่อการประเมินที่ละเอียดมากขึ้น และช่วยในการตัดสินใจวางแผนการดูแลผู้สูงอายุต่อไป แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิดต่างๆ ที่มีการพัฒนาขึ้นจำเป็นต้องมีการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย[7] แต่จากการดำเนินงานในคลินิกที่ผ่านมาพบว่า ชุดคำศัพท์ในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog เป็นคำภาษาไทยซึ่งมีความยุ่งยากในการใช้

งานทั้งในด้านของผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่สามารถพูดไทยได้ และด้านบุคลากรที่คัดกรองเนื่องจากต้องแปลคำจากภาษาไทยให้เป็นภาษามลายูท้องถิ่น ซึ่งยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดว่าสามารถทำได้หรือไม่ เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่[8]

ผลการคัดกรองที่พบว่าผิดปกติ จะช่วยในการตรวจในขั้นตอนต่อไป คือการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) ใช้เวลาในการทดสอบอย่างน้อย 45 นาที ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดในด้านความเชี่ยวชาญของบุคลากร ผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการทดสอบทันทีในวันที่ถูกคัดกรองพบว่าผิดปกติ แต่จะเป็นการนัดหมายเพื่อการทดสอบในสัปดาห์ถัดไป ทำให้เป็นภาระของผู้สูงอายุในการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้สูงอายุบางคนต้องมีผู้ดูแลนำส่ง ทำให้สูญเสียเวลาและรายได้ของครอบครัว และพบว่าผู้สูงอายุบางคนปฏิเสธการตรวจอีกด้วยคลินิกสูงอายุโรงพยาบาลจะแนะจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงหลักของชุดคำ 3 คำ ในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog คือคำว่า หลานสาว สวรรค์ ภูเขา เป็นคำ 3 คำ ที่ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอจะแนะไม่คุ้นเคย จากบริบทพื้นที่อำเภอจะแนะ มีประชากรมุสลิม ร้อยละ 98 มีการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการสื่อสารและดำรงชีวิตตามวิถีมุสลิม อิทธิพลของศาสนาอิสลามมีผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อวัฒนธรรมมลายูในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้การใช้ภาษาและการสื่อสารมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากภาคกลาง[9] การใช้ภาษาสำนวน ต้องสอดคล้องกับภาษาที่ใช้อยู่จริงในชีวิตประจำวันดังนั้นคลินิกสูงอายุ[10]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปแกรมการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-cog ต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส โดยเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับคำเดิมที่เป็นภาษาไทยให้สามารถนำไปใช้กับบริบทพื้นที่ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ถูกต้องมากขึ้น ลดจำนวนผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองพบผิดปกติจากปัญหาการใช้ภาษาและการใช้เทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน ช่วยให้บุคลากรมีความสะดวก และรวดเร็วในการปฏิบัติงานต่อไป การจัดการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้ในบริบทที่มีความหมายสำหรับผู้เรียนจะช่วยให้การประเมินมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ชุดคำภาษาไทยในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog สำหรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมุสลิม คลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog สำหรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมกับชุดคำภาษาไทยเดิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ต่อความแม่นยำในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมุสลิม คลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

ผลของการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ต่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two-Group Pretest-Posttest Design ที่มีการ

ติดตามผลระยะยาว (Follow-up) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม-กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 9 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร เชิงคุณภาพ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาส จำนวน 20 คน เชิงปริมาณ ผู้สูงอายุมุสลิมที่มารับบริการในคลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนาโปรแกรม บุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลจะแนะ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 20 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ 2) เชิงปริมาณในการประเมินผลโปรแกรมผู้สูงอายุมุสลิมที่มารับบริการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จำนวน 45 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 คัดเลือกแบบสุ่มเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (ผู้สูงอายุ) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระยะเวลาการศึกษา เป็นชาวไทยมุสลิม สามารถพูดภาษาไทยและภาษามลายูท้องถิ่นได้ อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอจะแนะ หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจะแนะ มีสภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมการประเมินได้ ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลหรือการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถติดตามได้ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ของการดำเนินโปรแกรม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

กลุ่มบุคลากร (พยาบาลวิชาชีพ) บุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลจะแนะ อำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้สูงอายุหรืองานคัดกรองภาวะสมองเสื่อมอย่างน้อย 1 ปี มีใบประกอบวิชาชีพที่ยังไม่หมดอายุและมีสถานะการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full-time) ในโรงพยาบาลจะแนะ มีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้สูงอายุเป็นประจำ สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายูท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน มีสภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง มีความสมัครใจและพร้อมที่จะเข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการประชุม การฝึกอบรม และการประเมินผลได้อย่างสม่ำเสมอ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคจิตเวชที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือมีภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาบกพร่องด้านการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษามลายูท้องถิ่นได้ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถติดตามหรือให้ข้อมูลได้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ผู้สูงอายุที่มีแผนการย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่การศึกษาในระหว่างระยะเวลาการวิจัย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาในขณะเดียวกัน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้ ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ และบุคลากรพยาบาลที่มีแผนลาออกหรือโยกย้ายออกจากหน่วยงานในระหว่างระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมการ ระยะ

การพัฒนาและดำเนินการ และระยะการประเมินผลและติดตาม 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการใช้ภาษา โรคประจำตัวอื่นๆ ประวัติครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม ประสบการณ์การทำ Mini-Cog มาก่อน ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น 3) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog มาตรฐาน ใช้ชุดคำ "หลานสาว สวรรค์ ภูเขา" 4) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog Muslim Chanae ใช้ชุดคำ "นบี อัลกุรอาน มัสยิด" 5) แบบบันทึกผลการประเมิน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ คะแนนการจำคำ 3 คำ คะแนนการวาดนาฬิกา คะแนนรวม Mini-Cog ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมิน พฤติกรรมระหว่างการประเมิน ข้อสังเกตพิเศษ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนการประเมินสมรรถภาพสมองระหว่างการใช้ Mini-Cog มาตรฐานและ Mini-Cog Muslim Chanae ใช้ Paired t-test การวิเคราะห์ความสอดคล้องของผลการประเมินระหว่างสองเครื่องมือใช้ Kappa coefficient การวิเคราะห์ความแม่นยำ ความไว และความจำเพาะของเครื่องมือใช้ Sensitivity, Specificity, Positive Predictive Value และ Negative Predictive Value การเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรใช้ One-sample t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรมระหว่างการประเมิน การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการถอดบทเรียนจากการดำเนินโปรแกรมใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญและการตีความหมาย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี Triangulation

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหาการใช้ชุดคำภาษาไทยในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog สำหรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมุสลิม คลินิกชราธิวาส โรงพยาบาลจะแนะ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุมุสลิมที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.22 มีอายุระหว่าง 65-74 ปี ร้อยละ 68.89 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 100.00 ใช้ภาษามลายูถิ่นในครอบครัว ร้อยละ 91.11 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 57.78 มีประวัติอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.44 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 77.78 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 71.11 ไม่เคยได้รับการประเมินสมรรถภาพสมองมาก่อน ร้อยละ 82.22 และมีโรคประจำตัว 1-2 โรค ร้อยละ 53.33

1.2 สถานการณ์ผลการคัดกรองด้วย Mini-Cog มาตรฐาน ผู้สูงอายุมุสลิมมีผลการประเมินสมรรถภาพสมองด้วย Mini-Cog มาตรฐานโดยรวมอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยมีค่าเฉลี่ย 1.73±1.42 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5

คะแนน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 51.11 มีผลการประเมินแสดงความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (คะแนน 0-2) ร้อยละ 28.89 มีผลการประเมินปกติ (คะแนน 3-5) และร้อยละ 20.00 มีผลการประเมินที่ต้องประเมินเพิ่มเติม

1.3 สถานการณ์ความยากลำบากในการใช้ชุดคำภาษาไทย ผู้สูงอายุมุสลิมมีความยากลำบากในการเข้าใจและจำชุดคำภาษาไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.84±1.21 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 73.33 มีความยากลำบากระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 17.78 มีความยากลำบากระดับปานกลาง และร้อยละ 8.89 มีความยากลำบากระดับเล็กน้อย

1.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และบุคลากรพยาบาล จำนวน 35 คน พบปัญหาหลัก 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านภาษาและการสื่อสาร พบว่าชุดคำ "หลานสาว สวรรค์ ภูเขา" ไม่คุ้นเคยและไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน 2) ด้านวัฒนธรรมและศาสนา พบว่าคำศัพท์ไม่สะท้อนถึงวิถีชีวิตมุสลิมและความเชื่อทางศาสนา 3) ด้านการคัดกรองที่ไม่แม่นยำ พบว่าผู้สูงอายุหลายคนอาจถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงเนื่องจากปัญหาด้านภาษา และ 4) ด้านการยอมรับของผู้ป่วย พบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลและไม่มั่นใจในระหว่างการประเมิน

2. การพัฒนาโปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog

การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ผู้วิจัยและทีมงานได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล บุคลากรพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ครั้ง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดเลือกชุดคำวิถีมุสลิม โดยเลือกคำที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนาอิสลาม ได้แก่ "นบี อัลกุรอาน มัสยิด" 2) การปรับกระบวนการประเมินให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรม โดยอธิบายความหมายของคำและสร้างการเชื่อมโยงกับประสบการณ์ชีวิต และ 3) การฝึกอบรมบุคลากรในการใช้เครื่องมือใหม่ โปรแกรมดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ

3. ผลการเปรียบเทียบการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมกับชุดคำภาษาไทยเดิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog

3.1 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิม ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน พบว่า คะแนน Mini-Cog เพิ่มขึ้นจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน 1.73±1.42 คะแนน เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม 2.87±1.35 คะแนน ระยะเวลาในการประเมินลดลงจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน 8.64±2.18 นาที เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม 6.22±1.76 นาที ความมั่นใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 2.34±1.12 คะแนน เป็น 4.18±0.94 คะแนน ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 87.45±6.78 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

3.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการใช้ชุดคำมาตรฐานและชุดคำวิถีมุสลิม ภายหลังจากการใช้โปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิม ผู้สูงอายุมีคะแนน Mini-Cog เพิ่มขึ้นจาก 1.73±1.42 คะแนน เป็น 2.87±1.35 คะแนน ($t=5.24$, $p<0.001$) ระยะเวลาในการประเมินลดลงจาก 8.64±2.18 นาที เป็น 6.22±1.76 นาที ($t=6.18$, $p<0.001$) ความมั่นใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 2.34±1.12 คะแนน เป็น 4.18±0.94 คะแนน ($t=8.93$, $p<0.001$) ความแม่นยำในการคัดกรองเพิ่มขึ้นจาก 68.42±12.34 เปอร์เซ็นต์ เป็น 84.76±9.87 เปอร์เซ็นต์ ($t=7.65$, $p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการใช้ชุดคำมาตรฐานและชุดคำวิถีมุสลิม (n=45)

ตัวแปร	ชุดคำมาตรฐาน		ชุดคำวิถีมุสลิม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. คะแนน Mini-Cog (คะแนน)	1.73	1.42	2.87	1.35	5.24	<0.001*
2. ระยะเวลาในการประเมิน (นาที)	8.64	2.18	6.22	1.76	6.18	<0.001*
3. ความมั่นใจของผู้สูงอายุ (คะแนน)	2.34	1.12	4.18	0.94	8.93	<0.001*
4. ความแม่นยำในการคัดกรอง (เปอร์เซ็นต์)	68.42	12.34	84.76	9.87	7.65	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงหมวดหมู่ เปรียบเทียบระหว่างการใช้ชุดคำมาตรฐานและชุดคำวิถีมุสลิม พบว่า อัตราการมีผลการประเมิน Mini-Cog ปกติเพิ่มขึ้นจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน ร้อยละ 28.89 เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม ร้อยละ 57.78 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=7.68, p=0.006) อัตราการมีความมั่นใจระดับสูงเพิ่มขึ้นจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน ร้อยละ 22.22 เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม ร้อยละ 82.22 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=16.84, p<0.001) อัตราการใช้เวลาประเมินน้อยกว่า 7 นาทีเพิ่มขึ้นจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน ร้อยละ 17.78 เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม ร้อยละ 71.11 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=13.92, p<0.001) อัตราการมีความพึงพอใจระดับสูงของบุคลากรเป็น ร้อยละ 85.00 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=12.25, p<0.001) อัตราการจำคำได้ครบ 3 คำเพิ่มขึ้นจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน ร้อยละ 31.11 เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม ร้อยละ 66.67 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=11.34, p=0.001) อย่างไรก็ตาม อัตราการวาดนาฬิกาถูกต้องเพิ่มขึ้นจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน ร้อยละ 64.44 เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม ร้อยละ 73.33 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=0.86, p=0.354) อัตราการยอมรับการประเมินเพิ่มขึ้นจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน ร้อยละ 77.78 เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม ร้อยละ 88.89 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=2.14, p=0.143) อัตราการต้องการข้อมูลเพิ่มเติมลดลงจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน ร้อยละ 53.33 เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม ร้อยละ 44.44 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=0.71, p=0.399) และอัตราการต้องการผู้แปลช่วยลดลงจากการใช้ชุดคำมาตรฐาน ร้อยละ 68.89 เป็นการใช้ชุดคำวิถีมุสลิม ร้อยละ 62.22 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=0.45, p=0.502) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกในภาพรวม (n=45)

ตัวแปร	ชุดคำมาตรฐาน (ร้อยละ)	ชุดคำวิถีมุสลิม (ร้อยละ)	χ^2	p-value
1. อัตราการมีผล Mini-Cog ปกติ	28.89	57.78	7.68	0.006*
2. อัตราการมีความมั่นใจระดับสูง	22.22	82.22	16.84	<0.001*
3. อัตราการใช้เวลาประเมิน <7 นาที	17.78	71.11	13.92	<0.001*
4. อัตราการมีความพึงพอใจระดับสูงในบุคลากร	-	85.00	12.25	<0.001*
5. อัตราการจำคำได้ครบ 3 คำ	31.11	66.67	11.34	0.001*
6. อัตราการวาดนาฬิกาถูกต้อง	64.44	73.33	0.86	0.354
7. อัตราการยอมรับการประเมิน	77.78	88.89	2.14	0.143
8. อัตราการต้องการข้อมูลเพิ่มเติม	53.33	44.44	0.71	0.399
9. อัตราการต้องการผู้แปลช่วย	68.89	62.22	0.45	0.502

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาการใช้ชุดคำภาษาไทยในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog สำหรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมุสลิม พบว่า การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมุสลิมมีความยากลำบากในการเข้าใจและจำชุดคำภาษาไทยมาตรฐานอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐินี ณ เชียงใหม่ และคณะ, 2563[5] ที่พบว่าเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เน้นกิจกรรมทดสอบด้านความจำและการใช้ภาษา โดยระดับการศึกษาและปัจจัยด้านภาษามีผลกระทบต่อการนำแบบคัดกรองไปใช้ อีกทั้งการศึกษาของนุมานหะยีมะแซ, 2566[9] ยืนยันว่าประชากรในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นที่มีอิทธิพลจากภาษาอาหรับ และหลักศรัทธาทางศาสนาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ไม่สามารถแยกออกจากวิถีชีวิตได้ ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การประเมินสมรรถภาพสมองด้วยชุดคำมาตรฐานอาจไม่สะท้อนความสามารถทางการรู้คิดที่แท้จริงของผู้สูงอายุมุสลิม การใช้คำศัพท์ที่ไม่คุ้นเคยอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลต่อผลการประเมินที่ไม่แม่นยำ[12] ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

การพัฒนาโปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog พบว่า การพัฒนาโปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิมในการศึกษาครั้งนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้อย่างมีความหมายของออซูเบล ซึ่งเน้นการเชื่อมโยงกับประสบการณ์และความรู้เดิมของผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษาของนิลุบล เกตุแก้ว และคณะ, 2566[10] ที่พบว่าการจัดการเรียนรู้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียนสามารถเพิ่มความสามารถในการจำและการนำไปใช้ประโยชน์ได้ การเลือกใช้ชุดคำ "นบี อัลกุรอาน มัสยิด" มีเหตุผลทางทฤษฎีที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นคำศัพท์ที่ผู้สูงอายุมุสลิมคุ้นเคยและมีความหมายลึกซึ้งในชีวิตประจำวัน การศึกษาของลุตฟี สะมะแอ และคณะ, 2559 ยืนยันว่าการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักศาสนาและวิถีชีวิตมุสลิมสามารถเพิ่มพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13] กระบวนการพัฒนาที่ใช้การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มช่วยให้โปรแกรมมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของคลินิกชราธิวาส การตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญยืนยันถึงความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น

ผลการเปรียบเทียบการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมกับชุดคำภาษาไทยเดิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้ชุดคำวิถีมุสลิมมีประสิทธิภาพเหนือกว่าชุดคำมาตรฐานในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านคะแนนการประเมิน ระยะเวลาในการประเมิน และความมั่นใจของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของสุคนธา ศิริ, 2556[8] ที่กล่าวว่าเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ การเพิ่มขึ้นของอัตราการจำคำได้ครบและผลการประเมินที่ปกติสะท้อนถึงความสำคัญของการใช้ภาษาที่มีความหมายต่อผู้ถูกประเมิน ตามแนวคิดของนิลุบล เกตุแก้ว และคณะ, 2566[10] เกี่ยวกับการเรียนรู้อย่างมีความหมาย การลดลงของระยะเวลาในการประเมินแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นของกระบวนการคัดกรอง ซึ่งมีประโยชน์ต่อการใช้งานในสถานบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากร[14] ความพึงพอใจของบุคลากรที่อยู่ในระดับสูงยืนยันถึงความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การที่อัตราการวาดนาฬิกาถูกต้องไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นว่าทักษะการรับรู้เชิงพื้นที่ไม่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงชุดคำ ซึ่งเป็นไปตามที่คาดหวัง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะแนะ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ให้การ

สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุงโปรแกรมชุดคำวิถีมุสลิมในแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลจะแนะและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอจะแนะ ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาโปรแกรมและทดลองใช้ ขอบคุณผู้สูงอายุมุสลิมและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจ รวมทั้งขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและผู้เชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมมุสลิมที่ให้คำปรึกษาในการปรับปรุงเครื่องมือสุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์. บทความพิเศษภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(37):392-398.
2. ชัชวาล วงค์สารี. สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย:ประเด็นและแนวโน้มการดูแลทางการพยาบาล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12(1):47-58.
3. พนม สุขจันทร์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย:การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565;14(1):276-292.
4. อรวรรณ์ คูหา. เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(4):26-34.
5. ณัฐินี ณ เชียงใหม่ และคณะ. เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย:การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(3):252-265.
6. พิชญา กุศลารักษ์ และคณะ. การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ Mini-cog ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวไทย. Rama Med jurnal. 2555;35:264-271.
7. สุภาพ อารีย์เอื้อ และคณะ. แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย : การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. Rama Nurs Jurnal. 2563:188-202.
8. สุคนธา ศิริ. เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2556;27(1):115-130.
9. นุมาน หะยีมะแซ. อิทธิพลอิสลามต่อวัฒนธรรมมลายูจังหวัดชายแดนภาคใต้. Journal of Islamic and Contemporary Issues (M-JICI). 2566;4(2):62-71.
10. นิลุบล เกตุแก้ว และคณะ. การจัดการเรียนรู้อย่างมีความหมายของผู้สอนในห้องเรียนแห่งศตวรรษที่ 21. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2566;9(2):435-448.
11. ก้องเกียรติ กูณฑ์กันทรากร. ภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2561;18(3):442-468.
12. สิริรัตน์ แสงทอง และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุระหว่างการประเมินสมรรถภาพสมอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565;30(2):78-89.
13. ลุตฟี สะมะแอ และคณะ. ผลของโปรแกรมฝึกสมองตามหลักปรัชญามอนเตสซอรี่บนฐานวิถีชีวิตมุสลิมต่อการเสริมสร้างพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุมุสลิม. วารสารสุขภาพชุมชนภาคใต้. 2559;2(3):145-158.
14. อัมพร ใจดี และคณะ. ประสิทธิภาพการใช้เวลาในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารการพยาบาลผู้สูงอายุไทย. 2564;22(1):92-105.

เปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในสถาบันบำราศนราดูร กรณีศึกษา 2 ราย

Compare case studies of nursing care for patients infected with the coronavirus 2019 who have acute respiratory failure and have been intubated at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute : 2 cases study.

(Received: October 28,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

อนงค์ พรหมราช[1]
Anong Prommarach[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ศึกษาข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยนำมาเปรียบเทียบตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ระยะเวลาตั้งแต่ วันที่11 มิถุนายน 2568 ถึง 25 สิงหาคม 2568

ผลการศึกษาพบว่ารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 95 ปี เชื้อชาติไทย มาโรงพยาบาลมีอาการ มีไข้ อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย O_2 Sat 88% แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจและให้นอนโรงพยาบาลรายที่ 2 หญิงไทย อายุ 88 ปี มาด้วยอาการ หอบเหนื่อย O_2 Sat 90% หายใจเร็ว แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจและให้นอนโรงพยาบาลให้การรักษาตามอาการ ทั้ง 2 รายได้รับระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยอายุมากทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่ม ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเสียชีวิตในเวลาต่อมา

คำสำคัญ โควิด-19 ระบบหายใจล้มเหลว ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

Abstract

This is a study on nursing care for patients with the coronavirus 2019 who have acute respiratory failure and have been intubated. Data were collected from patient histories and compared according to Orem's nursing theory. The study period was from June 11, 2025, to August 25, 2025.

The study found that Case 1 was a 95-year-old Thai woman who came to the hospital with symptoms of fever, fatigue, and shortness of breath, with an O_2 saturation of 88%. The doctor intubated her and admitted. Case 2 was an 88-year-old Thai woman who came with symptoms of difficulty breathing, a rapid respiratory rate, and an O_2 saturation of 90%. The doctor intubated her and admitted to provide symptomatic treatment. Both patients received a full replacement nursing system. Due to their advanced age, this led to an increased risk of infection. Both patients subsequently passed away.

Keyword coronavirus 2019, respiratory failure, Orem's nursing theory

[1] สถาบันบำราศนราดูร

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เริ่มระบาดตั้งแต่ปลายปี พ .ศ.2562 และได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม โดยองค์การอนามัยโลก)WHO) ได้ประกาศให้ COVID-19 เป็นภาวะการระบาดใหญ่)Pandemic) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่นี้มีอาการหลากหลาย ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีภาวะปอดอักเสบรุนแรงและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน[1]

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน)Acute Respiratory Failure: ARF) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยในผู้ป่วย COVID-19 ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่พัฒนาเป็นภาวะปอดอักเสบชนิดรุนแรง)Severe Pneumonia) หรือภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน)Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ซึ่งมักจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจกล)Mechanical Ventilation) เพื่อช่วยคงการแลกเปลี่ยนก๊าซและป้องกันการล้มเหลวของอวัยวะอื่น ๆ[2]

การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องอาศัยความรู้ความสามารถทั้งด้านทฤษฎีและทักษะทางคลินิก โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินอาการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การจัดท่าทางการหายใจ การดูแลท่อช่วยหายใจการพยุงระบบไหลเวียนโลหิตและการให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ [3] ดังนั้น การศึกษาหรือรายงานเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในสถาบันบำราศนราดูร กรณีศึกษา 2 ราย จึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการพยาบาล การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในสถาบันบำราศนราดูร กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย(Case Study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตั้งแต่วันที่1 สิงหาคม 2568ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568

วิธีดำเนินงาน

การคัดเลือกผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 นำมาเปรียบเทียบตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[4]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร เลขที เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

รายงานกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	95ปี	88 ปี
อาการสำคญที่มาโรงพยาบาล	8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไข้ ไอ เหนื่อย	12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ หายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว เวียนศีรษะ
ปะวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	มีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ อุณหภูมิ 39.2 ความดันโลหิต 134/63 mmHg ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ36 ครั้งนาที/ ออกซิเจนในเลือด 70 % DTX 169	มีอาการ หายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว เวียนศีรษะ อุณหภูมิ 36.3 ความดันโลหิต123/63 mmHg ชีพจร 103 ครั้งต่อนาที หายใจ36 ครั้งนาที/ ออกซิเจนในเลือด9 2 % DTX 151
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยเป็นParkinson ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและนอนติดเตียงมา5ปี	มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตเสื่อม
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บุตรชายป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	บุตรสาวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
การวินิจฉัย	Covid-19 with Pneumonia with HT with Dyslipidemia with Parkinson	Covid-19 with Pneumonia with HT with Hyperlipidemia with Chronic Renal Disease Stage 4 with Dementia
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
ผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ	PCR COVID-19: Detect	PCR COVID-19: Detect
ผลการตรวจทางห้องรังสีเอกเรย์	Pneumonia Both Lung	Pneumonia Both Lung
การรักษา	- Ramdesivir- Ceftriazone	- Meropenam - Ramdesivir
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	3 วัน (15-17 ส.ค.68)	14 วัน(23 ม.ค. – 5 ก.พ.68)
สถานะการจำหน่าย	ถึงแก่กรรม	ถึงแก่กรรม

จากตารางที่ 1จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 95 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ค้าขาย การศึกษาระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง 8ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ มีไข้ อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย O_2 Sat 88% ตรวจATK ที่ศูนย์ 2 ขีด แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจและให้นอนโรงพยาบาล(15 สิงหาคม2568 เวลา 12.10 น.) และให้ยาปฏิชีวนะ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมด การพยาบาลที่ได้รับคือดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเฝ้าระวังภาวะช็อคจาก, และเฝ้าระวัง ,การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้และเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายอย่างรวมถึงมีภาวะหายใจล้มเหลว ร่างกายปรับตัวไม่ได้ ผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 17 สิงหาคม 2568 เวลา 15.45 น. รวมนอนโรงพยาบาล 3 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 88 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ใช้สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง มาด้วยอาการ หอบเหนื่อย หายใจเร็ว 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจและให้นอนโรงพยาบาลให้การรักษาตามอาการ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมด การพยาบาลที่ได้รับคือดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเฝ้าระวังภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแส, ,เลือดและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยอายุมากทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่ม ผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 เวลา 18.01 น.รวมนอนโรงพยาบาล 14 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีของโอเร็ม	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา	ผู้ป่วยมีภาวะติดเตียงมา 5 ปีช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้
ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น	ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นคือ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูงและมีอาการเหนื่อยหอบ	ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นคือ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการเหนื่อย
ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด	-การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแส-เลือด	การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ- เฝ้าระวังภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด- มีภาวะของเสียคั่งในเลือดจากภาวะไตวายเรื้อรัง-
ความสามารถในการดูแลตนเอง	ประสาทรับความรู้สึกและ การรับรู้เปลี่ยน - กล้ามเนื้อแขนขาไม่ปกติ ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้	ประสาทรับความรู้สึกและ การรับรู้เปลี่ยน - กล้ามเนื้อแขนขาปกติ ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้
ความพร่องในการดูแลตนเอง	ไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ ระดับความ- รู้สึกตัวลดลง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอีก- เนื่องจากมีโรคประจำตัว	ไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ ระดับความ- รู้สึกตัวลดลง มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอีกเนื่องจากมี- โรคประจำตัว
ระบบการพยาบาล	เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตอบ สนองความต้องการการดูแลตนเองได้ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมดคือ ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือคนเองได้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ระบบการพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมของพยาบาลเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ดังนี้ กดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ. ขป้องกันภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแส. เลือด	เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตอบ สนองความต้องการการดูแลตนเองได้ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมดคือ ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือคนเองได้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ระบบการพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมของพยาบาลเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ดังนี้ กดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ. ขป้องกันภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. คผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งในเลือดจากภาวะไตวาย. เรื้อรัง
ความสามารถทางการพยาบาล	ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ- เฝ้าระวังภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแส- เลือด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากที่ผู้ป่วย- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ- เฝ้าระวังภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด- เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากที่ผู้ป่วยช่วย-เหลือตนเองไม่ได้

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า รายที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะติดเตียงมา 5 ปี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน เรียกลืมตาแต่ไม่โต้ตอบหรือตอบคำถามพยาบาลได้ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมด ส่วนรายที่ 2 ในช่วงแรกยังช่วยเหลือตัวเองได้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวได้เกือบปกติ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนบางส่วน และต่อมาระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน เรียกลืมตาแต่ไม่โต้ตอบหรือตอบคำถามพยาบาลได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมด

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้การพยาบาลดังนี้[5,6,7,8,9,10] กมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ . กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยแยกโรค ดังนี้ - ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ภายในห้องแยกโรคติดต่อ ทางอากาศ)AIIR) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจหรือใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจซึ่งคาด ว่าน่าจะมีการทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอยขึ้นได้ (aerosol generating procedure) - การล้างมือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ โดยใช้น้ำยา ทำลายเชื้อ 4% chlorhexidine ฟอกมืออย่างน้อย 40-60 วินาทีแล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้ แห้ง ทุกครั้งก่อนและหลังที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือทำ หัตถการหรือสัมผัสอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ ป่วยและหลังถอดถุงมือ - อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ต่างๆ ใช้เฉพาะผู้ ป่วยให้จัดไว้ในห้องแยกของผู้ป่วยเท่านั้น หากมีการปน เปื้อนเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย เลือด สิ่งคัดหลั่ง ควรเป็น ประเภทใช้แล้วทิ้งให้ทิ้งในถุงขยะติดเชื้อมัดปากถุงให้ แน่นแล้วส่งไปทำลายตามขั้นตอนของการทำลายขยะ ติดเชื้อ ถ้าเป็นอุปกรณ์เครื่องมือที่นำกลับมาใช้ใหม่ ให้แยกใส่ภาชนะที่มีฝาปิดส่งทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ - ให้ความรู้เรื่องโรค การป้องกันและการแพร่ กระจายเชื้ออธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงความ จำเป็นในการแยกกักผู้ป่วย ข้อจำกัด กฎระเบียบต่างๆ ในห้องแยก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น - การเยี่ยมผู้ป่วย งดไม่ให้ญาติเยี่ยม แพทย์ให้ ข้อมูลของอาการผู้ป่วย ความคืบหน้าของโรค แผนการ รักษากับญาติผ่านทางโทรศัพท์ บุคลากรการแพทย์สามารถติดตามอาการผู้ป่วยทางจอมอนิเตอร์และ กล้องวงจรปิด - การทำความสะอาดห้องแยกโรค ทำความ สะอาดห้องวันละครั้งหรือเมื่อความจำเป็น โดยพื้นห้องและห้องน้ำให้ทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำลาย เชื้อที่มีระดับ high level disinfectant ข-แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด.19 ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่อยู่ ในภาวะวิกฤตมักมี ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรงอาจนำไปสู่การ เสียชีวิต ได้แก่ ปอดอักเสบ ภาวะการหายใจล้มเหลว เฉียบพลันรุนแรง ภาวะที่อวัยวะทำงานผิดปกติถึงขั้น ล้มเหลวที่พบได้เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคโควิดที่มีอาการหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยก โรคมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบและมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยบางรายมีภาวะไตวาย เฉียบพลัน ดังนั้นการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อเฝ้าระวัง อันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆเหล่า นี้จึงเป็นเรื่องซับซ้อนและมีความสำคัญ เพื่อให้การ พยาบาลที่ครอบคลุมและลดอัตราตายของผู้ป่วย จึงมี แนวทางการพยาบาล มีดังนี้	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลภายใต้หลัก Standard Precautions + Airborne/Droplet Precautions เพื่อป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรและผู้ป่วยรายอื่น และมีเป้าหมายคือผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นการพยาบาลจะปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐาน ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย พยาบาลสามารถประเมินระดับความรุนแรงของโรค (ไม่มีอาการ/อาการเล็กน้อย/ปานกลาง/รุนแรง) และกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งป้องกันการแพร่เชื้อภายในหอผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและแก้ปัญหาจากอาการป่วยได้ตามมาตรฐาน พยาบาลต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ประเมินได้ โดยให้ความสำคัญที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจก่อน (เพราะมีผลต่อชีวิตโดยตรง) และวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคม การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานของโรค จนถึงมีการปะเมินผลลัพธ์ที่ดีซึ่งบ่งบอกถึงการดูแลอย่างมีระบบ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 บางรายจะเกิดภาวะ ปอดอักเสบตามมาภายใน 5-10วัน ทำให้ปอดทำงาน ได้น้อยลง อาการแสดง ได้แก่ ไข้ ไอ มีเสมหะ หอบ หายใจลำบาก หายใจเร็วมากกว่า 30 ครั้งนาทีเจ็บ/ หน้าอกขณะหายใจหรือไอ ความเข้มข้นของออกซิเจน ในเลือดน้อยกว่า 93% การรักษาและการพยาบาลเป็นการรักษาการติดเชื้อ ร่วมกับป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ดังนี้ 1. การให้ยารักษาปอดอักเสบตามคำแนะนำของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข 2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ เช่น กรณีผู้ป่วยมี ไข้เมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส พยาบาลเช็ดตัวระบายความร้อน ถ้าอุณหภูมิร่างกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส ดูแลทำ tepid spongeวัดอุณหภูมิภายหลังทำ tepid sponge แล้ว 30 นาทีและให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา เช่น paracetamol 3. การพยาบาลเพื่อประคับประคองและป้องกัน ภาวะพร่องออกซิเจน การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19ที่มีภาวะการหายใจ ล้มเหลวเฉียบพลัน)acute respiratory distress syndrome : ARDS) ARDS เป็นภาวะวิกฤตทางระบบการหายใจ เนื่องจากปอดอักเสบจากการติดเชื้อและมีการทำลาย เนื้อปอดทั้งสองข้างอย่างเฉียบพลันทำให้ปอดหย่อนความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนอย่าง มาก อาการ คือ หายใจเร็ว แรง เหนื่อยหอบรุนแรง มากจนหายใจลำบาก สับสน ความรู้สึกตัวลดลง หมด สติหัวใจเต้นเร็ว ฟังเสียงปอดพบมีrhonchi และ crackle ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบฝ้าขาวทั้งสองข้าง (diffuse, fluffy alveolar infiltrate) ตรวจพบภาวะพร่อง ออกซิเจนในเลือด ARDSในผู้ป่วยโรคโควิด-19 มักพบภายใน 7-10 วันหลังเริ่มมีอาการ การรักษาและการพยาบาลมีดังนี้ 1. การรักษาแบบเฉพาะเจาะจง เป็นการแก้ไข ภาวะที่เป็นสาเหตุ เช่น การให้ยารักษาปอดอักเสบ 2. การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้สามารถ รักษาระดับการแลกเปลี่ยนก๊าซในผู้ป่วยได้อย่างเหมาะ สม แก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดแดงและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจใช้เพียงการใช้ เครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมเพียงอย่างเดียวหรือใช้ แนวทางการรักษาอื่นๆร่วมด้วย	

จากตารางที่ 3 วิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยโควิด19 ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจการปฏิบัติการพยาบาลไม่แตกต่างกันโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถที่จะกลับมาหายใจได้เองโดยเน้นในเรื่องการดูแลระบบทางเดินหายใจ การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 95 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ค้าขาย การศึกษาระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง 8ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ มีไข้ อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย O_2 Sat 88% ตรวจATK ที่ศูนย์ 2 ขีด แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจและให้นอนโรงพยาบาล(15 สิงหาคม2568 เวลา 12.10 น.) และให้ยาปฏิชีวนะ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมด การพยาบาลที่ได้รับคือดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเฝ้าระวังภาวะช็อคจากการติด, และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากที่ ,เชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้การพยาบาลตามมาตรฐานและเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายอย่างมีภาวะหายใจล้มเหลว ร่างกายปรับตัวไม่ได้ ผู้ป่วยเสียชีวิตใน

วันที่ 17 สิงหาคม 2568 เวลา 15.45 น. รวมนอนโรงพยาบาล 3 วัน[8,10]

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 88 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ใช้สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ หอบเหนื่อย หายใจเร็ว เวียนศีรษะแพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจและให้นอนโรงพยาบาลให้การรักษาตามอาการ ระบบการพยาบาลเป็นระบบทดแทนทั้งหมด การพยาบาลที่ได้รับคือดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเฝ้าระวัง, และเฝ้าระวัง ,ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยอายุมากทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่ม ผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 เวลา 18.01 น.รวมนอนโรงพยาบาล 14 วัน[8,10]

ข้อเสนอแนะ

<u>ด้านบริการ</u> พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจะต้องมีการติดตามข่าวสารเรื่องโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเพราะจะส่งผลถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานจะต้องปลอดภัยจากการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์.ใหม่2019.สถานการณ์COVID-19ในประเทศ[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ256 พฤษภาคม158].เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia

2.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษากรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับปรับปรุง17 เมษายน 2564 [อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ256 พฤษภาคม158].เข้าถึงได้จาก: g04_CPG170464.pdf

3.จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณแนวปฏิบัติในการป้องกันปอด.ธัญทิญาภรณ์ ปิยปรีดารัตน์ และสุจิตรา คุ้มสะอาด,วดีพร เต่าทอง,สมปอง ใจกล้า, 13 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 15 การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่.อักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่-กรกฎา 14คม 2566.931-941

4.ศุภกร วงศ์วทัญญู).2565).ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม(ผู้รวบรวม)ใน ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร และเบญจพร จึงเกรียงไกร.,เอกสารคำสอนวิชาชีพพยาบาล.[e-Book]กรุงเทพฯ.:โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

5.พิมาภรณ์ อรรคแสงกรณีศึกษา :การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม . ปีที่18 ฉบับที่ 1 (มกราคม .ศ.พ (เมษายน -2564.106-121

6.ทนันชัย บุญบูธพงศ์7 เรียบเรียงครั้งที่.การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ..2560.ปัญญามิตรการพิมพ์.. กรุงเทพ

7.สุมาลี เกียรติบุญศรี.ธีรเดช คุปตานนท์,พงศ์เทพ ธีระวิทย์,ธนิต วีรังคบุตร,Principle and Practical Points in Respiratory care.พิมพ์ครั้งที่ กรุงเทพ.บริษัทบียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด 2558 1

8.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อภิชาต วชิรพันธ์ บรรณาธิการสำนักพิมพ์.แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. ,กรุงเทพน,อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์2563.

9.ศิรินาฏ สอนสมนึก,กุสุมา ควุวัฒนสัมฤทธิ์,สุปรีดา มั่นคง. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจต่ออุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ.รามาธิบดีพยาบาลสาร ปีที่ .23, ฉบับที่ 3 (ก .ค.ธ-.ย.2560), 284-297

10.เสาวภา ทองงามสุพิ,ศตรา ภูมูลการ.รณิษฐา รัตนะรัต,พยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลศิริราช ปีที่ฉบับ 13 .ย.ก-.ค.ก 3 ที่2563.22-231

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Development of a rehabilitation model with empowerment through telehealth home visits for dependent patients requiring continuous home care in Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: October 28,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

มนสิชา เวรุนัต[1]
Monsicha Werunat[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และเพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มี 4 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 0 -11 คะแนน จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานการณ์พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายรับทราบนโยบายจากหัวหน้างานเข้าใจนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาที่พบในการดำเนินงานส่วนใหญ่ขาดทักษะในการส่งเสริมการจัดการตนเอง จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นทุกปี ขาดทักษะการใช้โปรแกรมการให้บริการ Telenursing 2) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพและสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่อง พัฒนาตามแนวทางพยาบาลทางไกลและกองการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการให้บริการพยาบาลทางไกล 2) ระยะระหว่างการให้บริการพยาบาลทางไกล 3) ระยะหลังการให้บริการพยาบาลทางไกล เนื้อหามีความชัดเจน ครอบคลุม ปฏิบัติตามได้ง่าย ส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบได้ในระดับมาก 3) ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, การสร้างเสริมพลังใจ, การเยี่ยมบ้านทางไกล, ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This research aimed to study the situation of home care for dependent patients requiring continuous home care in Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. This research aimed to develop a rehabilitation model combined with empowerment through telehealth home visits for dependent patients requiring continuous home care in Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Furthermore, to study the effects of implementing a rehabilitation model combined with empowerment through telehealth home visits for dependent patients requiring continuous home care in Phra Nakhon Si Ayutthaya District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. This research was an action research with four phases. The sample consisted of 25 purposively selected dependent patients requiring continuous home care based on their ability to perform daily activities, i.e., their scores on daily activities between 0 and 11 points. Data were collected through questionnaires and the Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living: ADL) assessment. Quantitative data were analyzed using descriptive

[1] อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Paired t-test was used to compare mean scores.

The results revealed: 1) Primary care professional nurses and network nurses were informed by their supervisors and understood the policies and operational directions of the Ministry of Public Health. The main operational problems encountered included a lack of skills in promoting self-management, an increasing number of patients, and a lack of skills in using the telehealth program. 2) Rehabilitation and empowerment via telehealth home visits for dependent patients requiring continuous home care. Developed in accordance with the Telenursing and Nursing Division guidelines, the model consists of three phases: 1) the pre-service phase, 2) the phase during telenursing, and 3) the post-service phase. The content is clear, comprehensive, and easy to follow, resulting in a high level of nurse compliance with the model. 3) The competence of caregivers of dependent patients requiring continued home care after using the model was significantly higher than without using the model.

Keywords: Model development, rehabilitation, empowerment, tele-home visits, dependent patients

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในไทยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยเต็มตัว” ปี 2567-2568 โดยกลุ่มนี้มักมีโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมถอย ส่งผลให้ดูแลตัวเองลดลง มีผู้สูงอายุพึ่งพิงและติดเตียงกว่า 1 ล้านคน หรือ 15% ต้องการการดูแลจากผู้อื่น หากไม่ได้รับการดูแลเต็มที่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตลดลง กระทรวงสาธารณสุขจึงพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน เน้นความมั่นคงและความเสมอภาค โดยบูรณาการทุกภาคส่วน ดูแลระยะยาวในชุมชน กลุ่มที่สมองเสื่อมและทำกิจวัตรน้อยได้รับการดูแลตั้งแต่ช่วงอาการเฉียบพลัน พร้อมให้ความรู้และเยี่ยมบ้าน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ ลดการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ยังเผชิญปัญหาขาดการควบคุมโรคและการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[1]

ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลในแพทย์และสาธารณสุข เช่น Telemedicine อุปกรณ์ Wearable และบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้การดูแลแม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัยขึ้น ลดความเสี่ยงและความแออัด เพิ่มความสะดวกในพื้นที่ห่างไกล เช่น การติดตามโรคเรื้อรังและให้คำปรึกษาทางวิดีโอ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและคุณภาพชีวิตดีขึ้น[2]

จากการศึกษา พบว่าการใช้ระบบทางไกลและเทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านช่วยลดความเสี่ยง ควรออกแบบโปรแกรมร่วมกับทีมพยาบาลและผู้ป่วย โดยพิจารณาความสามารถใช้อุปกรณ์และความพร้อมด้านเทคโนโลยี การพยาบาลทางไกลเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดูแลต่อเนื่อง ลดการกลับมารักษาใหม่ และเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ การประเมินความรู้และติดตามอย่างเป็นระบบช่วยสร้างความสัมพันธ์และให้บริการที่ราบรื่น รวมทั้งประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลที่บ้าน[3]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผลการศึกษาจะช่วยพัฒนารูปแบบฟื้นฟูสมรรถภาพและเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกล สำหรับผู้ป่วยพึ่งพิงในชุมชนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เพื่อสร้างระบบดูแลระยะยาวด้านสุขภาพและสังคม ยกระดับคุณภาพชีวิตและความเป็นอิสระ โดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแล

ต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น

2. หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาผู้ป่วยมีระดับคะแนนความสามารถกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) สูงขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามทฤษฎีเชิงระบบ แนวคำถามประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกลที่ใช้ในปัจจุบัน 4) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดบริการพยาบาลทางไกล กระบวนการ ได้แก่ 1) ก่อนการให้บริการพยาบาลทางไกล 2) ระหว่างการให้บริการพยาบาลทางไกล 3) หลังการใหบริการพยาบาลทางไกล ผลการดำเนินการที่ผ่านมา ได้แก่ 1) การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย 2) ปัญหาและอุปสรรค

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย 3) ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลโดยคำนึงถึงความสัมพันธ์สอดคล้องกัน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนการพัฒนา

1. ศึกษาแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งในและต่างประเทศ

2. นำข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มจากผู้ที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อร่างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ

3. ร่างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่

บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

4. นำรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพยาบาล โดยใช้ AGREE II เท่ากับ 0.94

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้

กลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ 1 (เดือน มีนาคม 2568) ให้พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาล และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา

ครั้งที่ 2 (เดือน เมษายน 2568) ให้พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาล และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา ได้รูปแบบที่สมบูรณ์

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 0 -11 คะแนน กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวณค่า effect size เท่ากับ 0.50 อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1- β) เท่ากับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05 นำมาเข้า G*program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินวิจัย คือ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 0 ไม่ปฏิบัติ 1 ปฏิบัติ ความตรงของเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.87 ค่าความเที่ยง (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.82

2) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ถูกต้อง กับไม่ถูกต้อง เกณฑ์ผ่านการประเมิน (Bloom ,1971) คือ คะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป (> 9 คะแนน) = ผ่านการประเมิน คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (< 9 คะแนน) = ไม่ผ่านการประเมิน ความตรงของเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.81 ค่าความเที่ยง (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.85

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด ความตรงของเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.87

4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด ความตรงของเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.80 ค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.83

5) แบบประเมิน Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับวิธีขั้นตอนการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมิน ADL ผู้ป่วย ก่อนการให้บริการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3. เยี่ยมบ้านครบ 3 ครั้งผ่าน ตามเกณฑ์ภายใน 12 สัปดาห์

4. หลังสิ้นสุดการวิจัยประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมิน ADL ผู้ป่วย หลังการให้บริการพยาบาลทางไกล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในชุมชน

ปัจจัยนำเข้าดูแลผู้ป่วยพึ่งพิงในชุมชนคือนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นบริการดิจิทัล โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้เสี่ยงโรคเรื้อรังและดูแลระยะยาว พยาบาลเข้าใจนโยบาย 60% ผ่านการอบรม แต่ขาดทักษะส่งเสริมตนเองและปฏิบัติตามแนวทาง ระบบพยาบาลทางไกลยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้เยี่ยมบ้านลดลง กระบวนการติดตามอาการและนัดหมายเกินระยะเวลาที่ตั้งไว้ ขาดแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพและเสริมพลังใจ รวมถึงขาดทักษะเทคโนโลยีและขั้นตอนการเยี่ยมบ้านทางไกล จึงต้องพัฒนาระบบให้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลการพัฒนารูปแบบ

รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมสร้างเสริมพลังใจผ่านเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการออกแบบและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย

1) ระยะกอนการใหบริการพยาบาลทางไกล

- คัดเลือกผู้ป่วยที่มีขอจำกัดในการมารักษาที่โรงพยาบาลที่ตองการบริการพยาบาลทางไกล และเป็นผู้ที่อยู่ในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา

- นัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยที่เขาระบบบริการพยาบาลทางไกล

- ชี้แจงและตกลงบริการพยาบาลทางไกลร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและพยาบาล ลงนามในใบยินยอมรับบริการพยาบาลทางไกล (Inform consent)

- กำหนดแผน และวัตถุประสงคการใหบริการพยาบาลทางไกล

- พยาบาลแนะนำการใชโปรแกรมการใหบริการ Telenursing (โดยใช้โปรแกรม Zoom) พยาบาลลงทะเบียนขอมูลการนัดหมาย

2) ระยะระหว่างการใหบริการพยาบาลทางไกล

- ยืนยันตัวตน โดยสอบถามขอมูลผู้ป่วย

- ประเมินอาการผู้ป่วย ADL และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

- ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลหลังให้คำแนะนำ

- ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา

3) ระยะหลังการใหบริการพยาบาลทางไกล

- กำหนดนัดการรับบริการพยาบาลทางไกลครั้งตอไป

- ยุติการบริการพยาบาลทางไกล กรณีผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้

- บันทึกข้อมูลการให้บริการ

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบความเป็นไปได้ของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 3.68, SD 0.93) ข้อที่มีความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (Mean 3.88, SD 0.87)

4. การประเมินผลการนำรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 1 การปฏิบัติตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ (N=10)

รูปแบบ	ก่อนใช้รูปแบบ				หลังใช้รูปแบบ	
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
ระยะ	mean±S.D.	ระดับ	mean±S.D.	ระดับ	mean±S.D.	ระดับ
กอนการใหบริการ	3.97±0.84	น้อย	4.23±0.92	มาก	4.49±0.74	มาก
ระหว่างการใหบริการ	2.21±1.02	ปานกลาง	3.19±0.97	มาก	3.47±0.92	มาก
หลังการใหบริการ	1.38±0.82	ปานกลาง	1.69±1.04	มาก	2.11±0.97	มาก
รวม	7.49±1.91	ปานกลาง	13.66±1.23	มาก	15.53±0.51	มาก

จากตารางที่ 1 การปฏิบัติตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 2 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (N=10)

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	7.36	1.78	-34.73	0.00*
หลังใช้รูปแบบ	12.47	3.94		

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ตารางที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL) (N=25)

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	7.36	1.78	-34.73	0.00*
หลังใช้รูปแบบ	12.47	3.94		

*p<.05

จากตารางที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบไม่มีความแตกต่างกัน

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.32, S.D.=0.65) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อรูปแบบระหว่างการให้บริการพยาบาลทางไกลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.70, S.D.=0.46) รองลงมา คือ ด้านความชัดเจนของเนื้อหา (mean=4.40, S.D.=0.49)

ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean= 4.30, S.D.=0.28) เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ได้พูดคุยซักถามอาการ/การเปลี่ยนแปลงของท่านอย่างสม่ำเสมอ (mean 4.76, S.D.=0.43) รองลงมาได้แก่ ความสะดวกในการใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสาร (mean=4.69, S.D.=0.46)

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 56 สาเหตุของภาวะพึ่งพิงเกิดจาก โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ร้อยละ 80 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 9-11 คะแนน ร้อยละ 44 สะท้อนว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแนวโน้มภาวะพึ่งพิงสูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ ทั่งทอง และกานต์นะรัตน์ จรามร[4] ที่ศึกษาการพัฒนานโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้สูงอายุ คะแนน ADL 5-11 คะแนน และแนวโน้มเป็นภาวะพึ่งพิงแบบติดบ้านและติดเตียง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเจ็บป่วยจะส่งผลให้เกิดความพิการหลงเหลือ อันได้แก่ การรู้สติลดลง แขนขาอ่อนแรง ในแรงที่โรคมีความรุนแรงมาก จะมีอุปกรณ์ที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น แผลเจาะคอสายสวนปัสสาวะ และภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ และที่สำคัญพบว่าโรคร่วมที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ เบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยยุทธ โคตะรักษ์[5] ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ พบว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุอาจยังมีการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และจำเป็นต้องได้รับการคัดกรอง เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ

2. จากการศึกษาสถานการณ์จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย พบว่าส่วนใหญ่รับทราบนโยบายจากหัวหน้างาน เข้าใจนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข มีความเข้าใจว่าการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วย และหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ที่ผ่านมาการเข้าถึงบริการการเยี่ยมผู้ป่วยนุมชนยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ จึงได้พัฒนาการพยาบาลทางไกลขึ้น เพื่อให้ผู้คำปรึกษากรณีมีปัญหาในการดูแลต่อเนื่อง และครอบคลุมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ซึ่งยังพบปัญหาว่า จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นทุกปี ในการดำเนินงานส่วนใหญ่พยาบาลยังขาดทักษะในการส่งเสริมการจัดการตนเอง ขาดรูปแบบและขั้นตอนที่ชัดเจนในการรวมทั้งขาดทักษะการใช้โปรแกรมการให้บริการ Telenursing ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการติดต่อสื่อสาร สอดคล้องกับ เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์ และคณะ[6] ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายฯ จังหวัดสงขลา พบว่า ปัญหาภาระงานที่มาก จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้การเยี่ยมบ้านไม่

ครอบคลุม และไม่ได้ตามเกณฑ์ ดังนั้นการพยาบาลทางไกล จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่มาช่วยเยี่ยมได้สะดวกเข้าถึงง่าย ลดเวลาเดินทางพื้นที่ห่างไกล รวมถึงมีการนำกระบวนการจัดการตนเองมาใช้ในกลุ่มนี้ พยาบาลเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ประเมินและส่งต่อ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการสุขภาพตนเอง จะเป็นวิธีช่วยผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพได้ดีช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา พบว่า multiparty web-based videoconference support group for family caregivers เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับพื้นที่ห่างไกลหรือเดินทางลำบาก Video Telehealth ช่วยให้ผู้ดูแลมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นในด้านการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและการดูแลผู้ป่วย จากการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อย ขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย มีความกลัว ขาดความมั่นใจ โดยเฉพาะในรายที่มีอุปกรณ์ติดตัว เช่น สายยางให้อาหาร สายล้างไตทางหน้าท้อง หรือผู้ที่ต้องดูแล ทำแผลกดทับ ความต้องการของผู้มีภาวะพึ่งพิงคือ ส่วนใหญ่ต้องการให้มีคนมาดูแลในช่วงเวลากลางวัน โดยต้องการผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย หากผู้ดูแลดังกล่าวได้รับความรู้ มีที่ปรึกษาให้คำแนะนำระหว่างที่พบปัญหา จะช่วยให้เกิดความมั่นใจขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติ ทั่งทอง และกานต์นะรัตน์ จรามร[4]

3. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พัฒนาตามแนวทางการให้การพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาตามแนวทางของกองการพยาบาล รวมทั้งแนวคิดการจัดการตนเอง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลจึงประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการให้บริการพยาบาลทางไกล จากแนวทางเดิมที่ไม่มีกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานทำได้ไม่ครบถ้วน ในระยะนี้เน้นให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงกับพยาบาลที่ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินอาการผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง และใช้กระบวนการพยาบาล และหลัก 5A ซึ่งหลักการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้ป่วย โดยกระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่เป็นระบบในการประเมิน วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุที่บ้านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง ของกองการพยาบาลที่ใช้หลักการ 5A ในกระบวนการพยาบาลทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริง ทำให้การให้คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง เหมาะสมในและราย 2) ระยะระหว่างการให้บริการพยาบาลทางไกล จากเดิมขาดการส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นได้นำแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงให้ปฏิบัติตามแผนการจัดการสุขภาพ มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน หลังได้รับความรู้แล้วตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ตกลงบริการแล้ว ในช่วงที่ผู้ดูแลปฏิบัติกับผู้ป่วย มีการสะท้อนให้ผู้ดูแลทราบว่ายังมีส่วนไหนที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ พยาบาลเสริมกำลังใจผ่านการพยาบาลทางไกล และให้คำแนะนำการแก้ปัญหาต่างๆ จนสามารถยุติการเยี่ยมได้ ซึ่งสอดคล้องกับ กรรณิการ์ แสนสุภา และนเรศ กันธะวงค์[7] กล่าวถึง การจัดการตนเองว่าเป็นทักษะที่สำคัญในการพัฒนาตนเองในหลากหลายสถานการณ์และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการประสบผลสำเร็จในชีวิต การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้วยหลักการทางจิตวิทยาจะทำให้บุคคลได้สำรวจและเข้าใจในตนเองอย่างแท้จริง สามารถกำกับอารมณ์ พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข 3) ระยะหลังการให้บริการพยาบาลทางไกล เพิ่มเกณฑ์การยุติการบริการพยาบาลทางไกลหลังที่ประเมิน

แล้วพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงดูแลผู้ป่วยได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเดียวกัน จุดเด่นของรูปแบบนี้เป็นการพยาบาลทางไกลที่มีรูปแบบความชัดเจน สนับสนุนให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ทั้ง 3 ระยะของการพยาบาลจึงเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ เนื้อหามีความชัดเจน ครอบคลุม ปฏิบัติตามได้ง่าย ส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบได้ในระดับมาก สอดคล้องกับ วิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ และ สุพัตรา ปวนไฝ[8] ที่ศึกษาผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กล่าวว่า การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัตินำไปปฏิบัติได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ

4. ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเป็นไปได้ของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสร้างเสริมพลังใจผ่านการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับมาก พยาบาลผู้ใช้รูปแบบมีความคิดเห็นว่า รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้ง่าย มีความชัดเจนของเนื้อหา และมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ และมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยมาก สอดคล้องกับการพยาบาลทางไกลผ่านระบบวิดีโอคอลเช่นเดียวกับของกรมการแพทย์ DMS Tele-Medicine เป็นการปฏิบัติได้จริงและประเมินผล เกิดการสื่อสารสองทางทั้งภาพและเสียงช่วยให้สามารถสื่อสารกันชัดเจน เป็นการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยโต้ตอบกันได้ในทันที ลดการเดินทางและลดค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการพยาบาลได้ง่าย สะดวก

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ดูแลรู้สึกอุ่นใจที่มีพยาบาลใช้วิดีโอคอลในการเยี่ยม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการติดตามเยี่ยม สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยให้ความรู้และคำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง และสะดวก มีประสิทธิภาพเทียบเท่าเหมือนพยาบาลมาเยี่ยมด้วยตัวเอง ในสภาพแวดล้อมที่จำกัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเน้นสภาพปัญหาและความต้องการเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจและมีพลังใจในการนำไปปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์[9] ที่พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้านตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะทำให้ลดผลกระทบ ลดความพิการ และลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการประเมินสภาพ ประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และยังสอดคล้องกับ วิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ และสุพัตรา ปวนไฝ ที่ศึกษาผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลทำให้มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากการให้การพยาบาลทางไกลประกอบไปด้วยการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล การรวบรวมปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผล ในการศึกษานี้การพยาบาล เป็นการเน้นส่งเสริมการจัดการตนเอง การให้คำปรึกษา สาธิตและฝึกปฏิบัติย้อนกลับ โดยมีการประเมินผลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และประเมินระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมการให้การช่วยเหลือ หากพบปัญหาเร่งด่วนหรือต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด มีการประสานเครือข่ายเพื่อให้การดูแลร่วมกัน

จากการศึกษานี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีความเสื่อมด้านร่างกาย ซึ่งคะแนนที่สูงขึ้นนี้ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จัดว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติ ผู้ป่วยเหล่านี้จะกลับมาเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ต้องใช้เวลาประมาณ 4 - 6 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของสุรีรักษ์ มั่นคง[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเดือนที่ 4 ดีกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนากานต์ อนันตริยกุล, นิยะดา ชิณะศรี[11] ศึกษาผลการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรีพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 6 พบว่าไม่แตกต่างกันดังนั้น ยังต้องพัฒนาศักยภาพที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ใกล้เคียงปกติปราศจากความพิการ สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้กำหนดเป็นนโยบายและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผลการศึกษาสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มอื่นได้ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาขั้นประเมินผล ซึ่งจะได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น

2. ควรมีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้ เพิ่มสมรรถนะแก่พยาบาลวิชาชีพด้าน IT

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมว่ายังมีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ประสิทธิภาพของการพยาบาลทางไกลสามารถให้บริการได้ครอบคลุมกลุ่มโรคอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. The summary report about employment of population 2016. (In Thai). http://www.nso.go.th/sites/2014 /DocLib13
2. Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and health care's digital revolution. New England Journal of Medicine, 382(23), 82.
3. Hafez, S. H., Mohamed, H. A., & Mohamed, N. A. (2022). The prevalence of aphrodisiac drugs consumption and its associated factors among married men at Beni-Suef City, Egypt. International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research, 2(2), 501-511.
4. สมบัติ ทั่งทอง และกานต์นะรัตน์ จรามร. (2567). การพัฒนานโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วย เทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น; 31(2): 161-173.
5. ชัยยุทธ โคตะรักษ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองกลับเป็นซ้ำ. [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์, นันทรัตน์ อุทัยแสง, นฤมล เก็มเบ็นหมาด. (2568). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายฯ จังหวัดสงขลา. กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสงขลา.
7. กรรณิการ์ แสนสุภา และ นเรศ กันธะวงค์. (2564). การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มทร. พระนคร; 1(1). 25-36.

8. วิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ และ สุพัตรา ปวนไฝ. (2567). ผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. เอกสารนำเสนอวิชาการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.
9. บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, ฉันทนา จันทวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อการทำหน้าที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560, 11(2),
10. สุรีรักษ์ มั่นคง, พิสมัย นพรัตน์, ณาตยา ปัญญาคม. (2565). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา;7(1): 96-107. 29-30.
11. ชนากานต์ อนันตริยกุล, นิยะดา ชิณะศรี. (2566). ศึกษาผลการติดตามดูแลสุขภาพทางไกลต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง; 8(1): 197211.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดา อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

The Effectiveness of a Blood Pressure Control Promotion Program among Hypertensive Patients at Sadao Sub-district Health Promoting Hospital.

(Received: October 28,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

อรุณ เครือเนียม[1]
Arun Krueaniam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดา อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม ๆ ละ 51 คน รวม 102 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดา อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดทักษะการดูแลตนเอง และแบบบันทึกค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5.1±1.0 เป็น 8.2±1.1 คะแนน ($p<0.001$) มีการรับรู้ด้านสุขภาพและทักษะการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p<0.001$) 2) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 152.1±7.2 เป็น 138.4±6.8 มม.ปรอท และไดแอสโตลิกลดลงจาก 92.3±5.1 เป็น 85.2±4.3 มม.ปรอท ($p<0.001$) และ 3) มีผู้ป่วยร้อยละ 68.6 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย เทียบกับร้อยละ 35.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ($p=0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p<0.001$)

คำสำคัญ: ประสิทธิผล, โปรแกรม, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a blood pressure control promotion program among patients with hypertension at Sadao Health Promoting Hospital, Buachet District, Surin Province. The study sample consisted of 102 participants, divided equally into experimental and comparison groups (51 participants per group). The experimental group comprised hypertensive patients from Sadao Health Promoting Hospital, while the comparison group included patients from San Health Promoting Hospital. The experimental group participated in a 12-week program consisting of workshops, skill training, home visits, and telephone follow-ups, whereas the comparison group received standard care. Research instruments included questionnaires on knowledge and health perception, a self-care skill assessment, and blood pressure recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that (1) after the intervention, the experimental group's mean knowledge score increased from 5.1±1.0 to 8.2±1.1 ($p<0.001$), with significant improvements in health perception and self-care skills ($p<0.001$); (2) the mean systolic blood pressure decreased from 152.1±7.2 to 138.4±6.8 mmHg, and diastolic pressure decreased from 92.3±5.1 to 85.2±4.3 mmHg ($p<0.001$); and (3) 68.6% of patients in the experimental group achieved target blood pressure control compared with 35.3% in the comparison group ($p=0.001$). Between-group comparisons showed that the experimental group achieved significantly better outcomes in all variables ($p<0.001$).

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดา อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก มีผู้ป่วยประมาณ 1,280 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,560 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2025[1] โรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมหาศาล[2] ในประเทศไทย มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 36.6 ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี[3] สาเหตุหลักประกอบด้วยการขาดความรู้ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[4]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดา อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 34.59-44.49 และเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง แสดงให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตที่มีประสิทธิผล การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์เป็นพื้นฐานสามารถเพิ่มประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยเฉพาะทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ทฤษฎีความสามารถแห่งตนที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และแบบจำลองพรีซีดที่วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ[5,6]

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตที่บูรณาการทฤษฎีทั้งสามเข้าด้วยกัน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้จริงด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดา อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิต
2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research with two-group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตที่พัฒนาจากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีความสามารถแห่งตน และแบบจำลองพรีซีด ใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ[7] ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ทฤษฎีความสามารถแห่งตน[8] ที่เน้นทักษะการดูแล

ตนเอง และแบบจำลองพรีซีด[6] ที่เน้นปัจจัยเสริม มาบูรณาการเข้าด้วยกัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเดาและตำบลสน อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ค่ากำลังการทดสอบ 0.80 ขนาดอิทธิพล 0.459 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 44 คน เพิ่มเป็นกลุ่มละ 51 คน รวม 102 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยสุ่มแบ่งตำบลเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจับคู่ตามคุณลักษณะด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคและโรคร่วม

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียน 2) อายุ 40-60 ปี 3) มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ (ซิสโตลิก ≥140 มม.ปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิก ≥90 มม.ปรอท) ในการตรวจติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 4) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ดี และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีความผิดปกติทางจิตเวช ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และมีแผนย้ายที่อยู่ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค และโรคร่วม

2. แบบวัดความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรค (อย่างละ 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน) รวม 30 ข้อ คะแนนเต็ม 110 คะแนน ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ

3. แบบวัดทักษะการดูแลตนเอง พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความสามารถแห่งตน แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การรับประทานยา (7 ข้อ) การควบคุมอาหาร (8 ข้อ) และการออกกำลังกาย (8 ข้อ) รวม 23 ข้อ คะแนนเต็ม 115 คะแนน ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ

4. แบบบันทึกค่าความดันโลหิต บันทึกค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกที่วัดได้ในแต่ละครั้ง โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลที่ได้มาตรฐาน วัดในท่านั่งหลังพักอย่างน้อย 5 นาที วัด 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที แล้วนำมาเฉลี่ย

5. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคที่พบ และคำแนะนำที่ให้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือครอบครัว 2 ท่าน ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 และแบบวัดทักษะการดูแลตนเองมีค่าความเชื่อมั่น 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิต จากนั้นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ (สัปดาห์ที่ 1) การฝึกทักษะ (สัปดาห์ที่ 2) การเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 4) และการติดตามทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ที่ 8) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 12 เก็บข้อมูลหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

ข้อมูลทั่วไปเก็บโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพและทักษะการดูแลตนเองให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองหรือผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังกรณีอ่านหนังสือไม่ออก ค่าความดันโลหิตวัดโดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลที่ได้มาตรฐาน การรักษาความลับของข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง จัดเก็บข้อมูลในที่ปลอดภัย จำกัดผู้เข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย และไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลโดยไม่ได้รับอนุญาต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป ระดับความดันโลหิต ความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และทักษะการดูแลตนเอง ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทีเทสต์แบบอิสระ (Independent t-test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลต่อเนื่องระหว่างกลุ่ม สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลจำแนกประเภทระหว่างกลุ่ม และสถิติทีเทสต์แบบจับคู่ (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังภายในกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 82/2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตจำนวน 51 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 51 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.9) มีอายุเฉลี่ย 50 ปี (SD = 5) มีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 75.5) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 49.0) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 51.0) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 62.7) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 41.2) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 27.5)

การวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ ความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันก่อนเริ่มการทดลอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=51)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51)		
	ก่อน	หลัง	p-value	ก่อน	หลัง	p-value
ความรู้	5±1	8±1	<0.001***	5±1	6±1	0.058
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	15±3	20±2	<0.001***	15±3	16±3	0.078
การรับรู้ความรุนแรง	14±3	19±2	<0.001***	15±3	15±3	1.000
การรับรู้ประโยชน์	16±3	21±2	<0.001***	16±3	17±3	0.078
การรับรู้อุปสรรค	18±3	13±2	<0.001***	17±3	16±3	0.078
การรับประทานยา	25±3	31±2	<0.001***	25±3	26±3	0.069
การควบคุมอาหาร	24±4	32±3	<0.001***	25±4	26±4	0.081
การออกกำลังกาย	22±4	30±3	<0.001***	22±4	23±4	0.081
ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	152±7	145±6	<0.001***	151±8	151±8	1.000
ความดันไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	92±5	87±4	<0.001***	92±6	92±6	1.000

หมายเหตุ: *** $p < 0.001$ (Paired t-test)

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 5±1 คะแนน เป็น 8±1 คะแนน การรับรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นทุกด้าน ทักษะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นทุกด้าน และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยความดันซิสโตลิกลดลงจาก 152±7 มม.ปรอท เป็น 145±6 มม.ปรอท (ลดลง 7±3 มม.ปรอท) และความดันไดแอสโตลิกลดลงจาก 92±5 มม.ปรอท เป็น 87±4 มม.ปรอท (ลดลง 5±2 มม.ปรอท) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2) พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (8±1 เทียบกับ 6±1 คะแนน) มีการรับรู้ด้านสุขภาพดีกว่าทุกด้าน มีทักษะการดูแลตนเองดีกว่าทุกด้าน และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทั้งความดันซิสโตลิก (145±6 มม.ปรอท เทียบกับ 151±8 มม.ปรอท) และความดันไดแอสโตลิก (87±4 มม.ปรอท เทียบกับ 92±6 มม.ปรอท)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=51)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51)	t	p-value
ความรู้	8±1	6±1	10.000	<0.001***
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	20±2	16±3	7.925	<0.001***
การรับรู้ความรุนแรง	19±2	15±3	7.925	<0.001***
การรับรู้ประโยชน์	21±2	17±3	7.925	<0.001***

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=51)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51)	t	p-value
การรับรู้อุปสรรค	13±2	16±3	-5.944	<0.001***
การรับประทานยา	31±2	26±3	9.899	<0.001***
การควบคุมอาหาร	32±3	26±4	8.485	<0.001***
การออกกำลังกาย	30±3	23±4	9.899	<0.001***
ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	145±6	151±8	-4.243	<0.001***
ความดันไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	87±4	92±6	-4.949	<0.001***

หมายเหตุ: *** $p < 0.001$ (Independent t-test)

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนการรับรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะการดูแลตนเอง และลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การบูรณาการทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเอง และแบบจำลองพรีซีดเข้าด้วยกัน ช่วยให้โปรแกรมมีความครอบคลุมและจัดการกับปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพรีซีดที่ระบุว่าความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเพิ่มความรู้ได้อย่างมีประสิทธิผลเป็นผลมาจากการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้สื่อประกอบการสอนที่เข้าใจง่าย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ที่ช่วยเสริมความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามบริบทของแต่ละบุคคล ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanameatee และ Hoyrat[9] ที่พบว่าโปรแกรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการรับรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มทดลองมีการรับรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่าการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมากขึ้นผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการนำเสนอกรณีศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจากการชี้ให้เห็นถึงผลดีของการควบคุมความดันโลหิตและการเรียนรู้จากตัวแบบที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี การรับรู้อุปสรรคลดลงเนื่องจากโปรแกรมระบุอุปสรรคและจัดกิจกรรมฝึกทักษะเพื่อแก้ปัญหาอย่างเฉพาะเจาะจง[10]

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อทักษะการดูแลตนเอง

กลุ่มทดลองมีทักษะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การเพิ่มทักษะเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมฝึกทักษะในรูปแบบฐานการเรียนรู้ที่ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ

จริงและได้รับประสบการณ์ตรง การเยี่ยมบ้านที่สาธิตวิธีการปรุงอาหารลดเค็มในครัวจริง และการเรียนรู้จากตัวแบบที่เพิ่มความเชื่อมั่น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา อุบลสะอาด[11] ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อระดับความดันโลหิต

กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 7 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 5 มม.ปรอท และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลดลงของความดันโลหิตเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเพิ่มความรู้ การปรับเปลี่ยนการรับรู้ด้านสุขภาพ และการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น การบูรณาการทฤษฎีทั้งสามเข้าด้วยกันทำให้โปรแกรมมีความครอบคลุมและจัดการกับปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanameatee และ Hoyrat[9] และอภิญญา อุบลสะอาด[11] ที่รายงานว่าความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้โปรแกรม

ผู้วิจัยเสนอแนะให้พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเน้นการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้บริหารควรสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังที่ให้บริการแบบองค์รวม จัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ และพัฒนาระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและทำการศึกษาติดตามผลในระยะยาว 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างกัน วิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของโปรแกรม และพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *The Lancet*, *365*(9455), 217-223.
2. Kirkland, E. B., Heincelman, M., Bishu, K. G., Schumann, S. O., Schreiner, A., Axon, R. N., Mauldin, P. D., & Moran, W. P. (2018). Trends in healthcare expenditures among US adults with hypertension: National estimates, 2003-2014. *Journal of the American Heart Association*, *7*(11), e008731.
3. Buranakitjaroen, P., Wanthong, S., & Sukonthasarn, A. (2021). Prevalence and associated factors of controlled blood pressure among hypertensive patients in Thailand: A nationwide survey. *Journal of Human Hypertension*, *35*(12), 1469-1479.
4. Adeniyi, O. V., Yogeswaran, P., Longo-Mbenza, B., & Ter Goon, D. (2016). Uncontrolled hypertension and its determinants in patients with concomitant type 2 diabetes mellitus in rural South Africa. *PLoS ONE*, *11*(3), e0150033.
5. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.

6. Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
7. Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, *2*(4), 354-386.
8. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.
9. Wattanameatee, R., & Hoyrat, P. (2017). The effect of a behavior change program on controlling blood pressure level among hypertensive patients in outpatient department, Chonprathan Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *4*(3), 189-203.
10. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
11. อภิญญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *9*(1), 596-605.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี

Factors associated with mortality of burn patients admitted to Saraburi Hospital

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

เมธัส ต่างวิวัฒน์[1]
Maetas Tangwiwat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 328 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.79) และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha = 0.87) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, t-test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) โดยพิจารณาค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วยทั้งหมด 328 ราย พบว่าเป็นเพศชาย 210 ราย (64.02%) อายุเฉลี่ย 35.3±13.27 ปี พบอัตราการเสียชีวิต 18 ราย (5.49%) กลไกการเกิดแผลไหม้ที่พบบ่อยที่สุดคือจากเปลวไฟ (45.73%) โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (55.56%) อายุเฉลี่ย 58.24±9.08 ปี มีร้อยละของพื้นที่ผิวไหม้เฉลี่ย (%TBSA burn) 48.69% และพบการบาดเจ็บจากการหายใจ (Inhalation injury) ร้อยละ 33.33 สาเหตุการเสียชีวิตหลัก ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 50 และภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและสารน้ำ (Hypovolemic shock) ร้อยละ 33.33 การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยพบว่า อายุ ($p=0.003$), ร้อยละของพื้นที่ผิวไหม้ (%TBSA burn) ($p<0.001$), สาเหตุการไหม้จากเปลวไฟ และการบาดเจ็บจากการหายใจ ($p=0.038$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: แผลไหม้, ปัจจัยการเสียชีวิต, โรงพยาบาลสระบุรี, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อก

Abstract

This retrospective study aimed to study the factors associated with mortality among burn patients admitted to Saraburi Hospital. Data collected from the medical records of burn patients admitted to Saraburi Hospital between October 1, 2020, and September 30, 2024, totaling 328 cases. The data collection tool was a researcher-developed record form, which was validated for content validity (IOC = 0.79) and reliability (Cronbach's alpha = 0.87). Data were analyzed using Chi-square test, Fisher's exact test, t-test, and logistic regression analysis, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Among 328 patients, 210 (64.02%) were male, with a mean age of 35.3±13.27 years. The mortality rate was 18 cases (5.49%). The most common cause of burns was flame burns (45.73%). Most deceased patients were male (55.56%) with a mean age of 58.24±9.08 years, an average total body surface area burned (%TBSA burn) of 48.69%, and 33.33% had inhalation injury. The leading causes of death were sepsis (50%) and hypovolemic shock (33.33%). Multivariate analysis revealed that age ($p=0.003$), %TBSA burn ($p<0.001$), flame burns, and inhalation injury ($p=0.038$) were significantly associated with mortality.

Keywords: burn injury, mortality factors, Saraburi Hospital, sepsis, shock

บทนำ

แผลไฟไหม้ (Burn) เป็นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่เกิดจากความร้อน ไฟฟ้า รังสี หรือสารเคมี

[1] พบ.โรงพยาบาลสระบุรี

(ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก, WHO)[1] อัตราการเสียชีวิตจากแผลไหม้มักผันแปรตามอายุ โรคร่วมที่มีอยู่ก่อนหรือเกิดขึ้นภายหลัง และสัดส่วนของพื้นที่ผิวร่างกายทั้งหมด (Total Body Surface Area, TBSA) ที่ได้รับผลกระทบจากการไหม้[2] การบาดเจ็บของทางเดินหายใจจากการสูดดมความร้อน ควันหรือสารเคมีก็มีความสำคัญในการกำหนดอัตราการเสียชีวิตเช่นกัน[3] แผลไหม้ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยมีการเสียชีวิตจากไฟไหม้ประมาณ 265,000 รายต่อปี[4] มีหลายการศึกษา พบว่า อัตราการเสียชีวิตโดยประมาณในผู้ใหญ่อายุ 15–54 ปี คือ 10.2 ต่อ 100,000 คนต่อปี (6.8 ในผู้ชาย และ 14.1 ในผู้หญิง) สำหรับประเทศไทยจากข้อมูล สำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2532-ปัจจุบัน มีรายงานเหตุเพลิงไหม้และแก๊สระเบิดเกิดขึ้นมากกว่า 58,000 ครั้ง ตกเฉลี่ยปีละ 2,000 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจากแผลไหม้ 4,532 คน และเสียชีวิต 1,740 คน วิธีการรักษาต้องร่วมมือกันจากหลายหน่วยงาน (multi-disciplinary) ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น นักฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency physician)แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน (general practitioner) ศัลยแพทย์ตกแต่ง (Plastic Surgeon) กุมารแพทย์ (Pediatrician) พยาบาล Burn Unit และ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ อายุรแพทย์โรคหัวใจ ปอด โรคไต โรคติดเชื้อ ต่อมไร้ท่อ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนบำบัด เจ้าหน้าที่พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แม้อุบัติการณ์อาจเทียบไม่ได้กับอุบัติเหตุจากการจราจรซึ่งมีการรณรงค์ป้องกันแต่ผู้ป่วยมักต้องรักษาเรื้อรัง ระยะเวลานาน ค่าใช้จ่ายต่อคนสูง ไม่มีคำว่าหายขาดเหมือนกับการบาดเจ็บชนิดอื่นๆ และบางรายก็ต้องผ่าตัดตกแต่งแก้ไขไปจนตลอดชีวิต

สาเหตุการเกิดเหตุไฟไหม้น้ำร้อนลวกในแต่ละประเทศจะแตกต่างกันซึ่งเราสามารถใช้เป็นตัวสะท้อนปัญหาการพัฒนาของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความปลอดภัยในชีวิต ความเป็นอยู่ของประชากรของประเทศนั้นๆ ได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญการนำไปใช้วิเคราะห์ หาสาเหตุ แนวทางการป้องกัน และปรับปรุงแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 334 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2567 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ทุกอายุเพศชาย และเพศหญิง

2. เข้ารับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสระบุรี

4. การลงบันทึกในเวชระเบียน ครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก

การลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 328 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง คือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว **ส่วนที่ 2** ข้อมูลบาดแผลไหม้ ประกอบด้วย ลักษณะการได้รับบาดเจ็บ ประเภทของ

แผลไหม้ระดับความรุนแรง ร้อยละของพื้นที่ผิวกาย (Total Body surface area : %TBSA burn) การมี Inhalation **ส่วนที่ 3** ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย สัญญาณชีพ (SBP, DBP, Pulse rate, RR, O_2 sat) ปริมาณการให้สารน้ำ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (WBC, Hemoglobin, Platelet, BUN, Creatinine, CPK) **ส่วนที่ 4** ผลการรักษา ประกอบด้วย สถานะการจำหน่าย

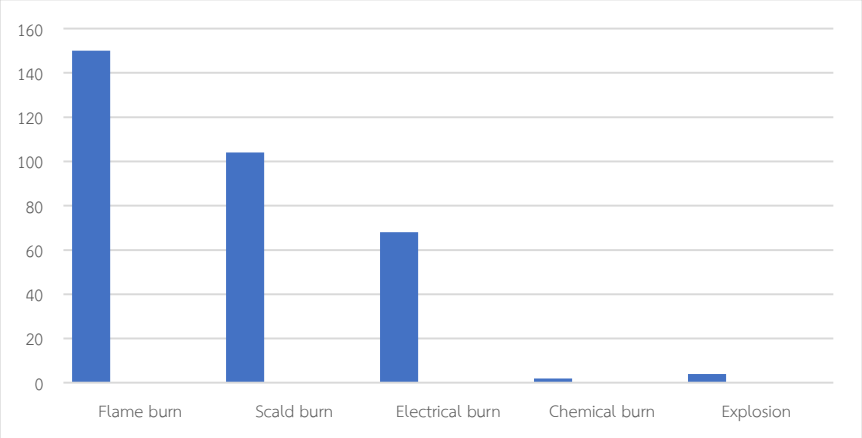
การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.79 และความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจงนับทดสอบโดย Chi- square, Fisher exact test ข้อมูลต่อเนื่องเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มใช้สถิติ t-test และสหสัมพันธ์ถดถอย Logistic regression มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ในการวิเคราะห์ค่าความเสี่ยง

ในช่วงเวลาการศึกษาปี 2563-2567 มีผู้ป่วยจำนวน 328 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชายจำนวน 210 ราย (64.02%) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 35.3±13.27 ปี การเกิดแผลไฟไหม้ส่วนใหญ่พบในครัวเรือน จำนวน 198 ราย (60.36%) โดยส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจำนวน 182 ราย (55.48%) รองลงมาเป็นแผลไฟไหม้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานจำนวน 134 ราย (40.85%) การเผาตัวเองโดยเจตนาจำนวน 14 ราย (4.27%) ในส่วนของกลไกการเกิดแผลไหม้จากเปลวไฟมากที่สุดจำนวน 150 คน (45.73%) รองลงมาจากน้ำร้อนลวกจำนวน 104 คน (31.71%) จากกระแสไฟฟ้าจำนวน 68 คน (20.73) การระเบิดจำนวน 4 ราย (1.22) จากสารเคมีน้อยสุดจำนวน 2 คน (0.61) (แผนภูมิที่ 1) สาเหตุของความร้อนหรือเปลวไฟที่ทำให้เกิดแผลไหม้จากการใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันปิโตรเลียมเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดจำนวน 64 ราย (19.51%) รองลงมาแก๊สหุงต้มจำนวน 42 ราย (12.80%) พบผู้เสียชีวิตจำนวน 18 ราย (5.49%)



แผนภูมิที่ 1 The frequency of each mechanism of burn.

ผลการวิจัย

พื้นที่ผิวแผลไหม้ (%TBSA burn) เฉลี่ย 39.27±9.23% ตำแหน่งบริเวณที่ถูกไฟไหม้บ่อยที่สุด คือ ตำแหน่งมือและแขนจำนวน 149 ราย (45.42%) รองลงมาหลังและลำตัวจำนวน 94 ราย (28.66%) ระดับความรุนแรง Minor burn จำนวน 108 ราย (32.93%) Moderate burn จำนวน 168 (51.22%) Severe burn จำนวน 52 ราย (15.85%)

ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เสียชีวิตจำนวน 18 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 10 ราย (55.56%) มี

อายุเฉลี่ย 58.24±9.08 ปี ส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน (40-60 ปี) จำนวน 10 ราย (55.56%) สาเหตุบาดแผลไหม้เกิดจากเปลวไฟ (Flame burn) มากที่สุดจำนวน 13 ราย (76.90%) %TBSA burn เฉลี่ย 48.69% มี Inhalation Injury จำนวน 6 ราย (33.33%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 3 ลักษณะผู้เสียชีวิตจากบาดแผลไหม้ (n=18)

ลักษณะผู้เสียชีวิตจากบาดแผลไหม้	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	10 (55.56)
หญิง	8 (44.44)
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean±SD)	58.24±9.08
15-39 ปี	3 (16.66)
40-60 ปี	10 (55.56)
> 60 ปี	5 (27.78)
มีโรคประจำตัว	6 (33.33)
สาเหตุบาดแผลไหม้	
Flame burn	13 (76.9)
Electrical burn	2 (6.43)
Scald burns	3 (16.67)
%TBSA burn	79.32
Full Body Burns	5 (27.78)
Inhalation Injury	6 (33.33)
ตำแหน่ง (จำนวน /%)	
Head and neck	6 (33.33)
Trunk	8 (23.10)
Arm Wrist and hand	10 (76.90)
ข้อมูลทางคลินิก	
systolic blood pressure (mmHg)	100.18 ± 10.03
diastolic blood pressure (mmHg)	58.24 ± 9.35
pulse rate (beats/min)	110.27 ± 8.72
respiratory rate (breaths/min)	23.17 ± 1.98
oxygen saturation (%)	96.28 ±2.39
white blood cell ($x10^9$ cell per liter)	12.38 ± 1.38
hemoglobin (g/dL)	9.11 ± 4.02
serum BUN (mg/dL)	20.08 ± 18.17
serum creatinine (mg/dL)	1.49 ± 3.21
serum CPK	9,326± 9.38
Total fluid resuscitation (ml/24 ชั่วโมง)	5,860.04 ± 23.92

สาเหตุการเสียชีวิตจากบาดแผลไหม้ Sepsis และ Hypovolemic Shock เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะ Shock ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มนี้ Cardiac Failure พบเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคน ในกลุ่มผู้เสียชีวิตจาก Sepsis พบว่ามีการสูดสำลักควันจำนวน 3 ราย เพศหญิงและเพศชายทั้ง 2 กลุ่ม เสียชีวิตจาก Sepsis และ Hypovolemic Shock Sepsis เป็นสาเหตุการ

เสียชีวิตหลักในผู้ป่วยที่มี TBSA น้อยกว่า 70% Hypovolemic Shock พบมากในผู้ป่วยที่มี TBSA มากกว่า 90% Renal Failure เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มี TBSA ระหว่าง 70–90% ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Cardiac Failure ทุกคนมีแผลไหม้ทั่วทั้งร่างกาย ในกลุ่มผู้เสียชีวิตจาก Sepsis เกิดจากแผลไหม้จากเปลวไฟ (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดแผลไหม้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ พื้นที่ผิวของร่างกายทั้งหมด (%TBSA burn) สาเหตุของการไหม้ การบาดเจ็บจากการหายใจ (inhalational injury) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 สาเหตุการเสียชีวิตจากบาดแผลไหม้ (n=18) จำแนกตามลักษณะผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วย	สาเหตุการเสียชีวิตจากบาดแผลไหม้			
	Sepsis	Hypovolemic shock	Cardiac failure	Renal failure
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Total	9 (50.00)	6 (33.33)	1 (5.56)	2 (11.11)
Age				
Young	2	1	0	0
Middle age	4	3	1	2
Elderly	3	2	0	0
inhalational injury				
present	5	0	0	1
absent	4	6	1	1
gender				
Females	5	3	1	1
Males	4	3	0	1
%TBSA burn				
< 70%	4	0	0	0
70-90%	3	2	0	2
>90%	2	4	1	0
Full body TBSA 100%				
Yes	0	4	1	0
No	9	2	0	2
the etiology of burns				
Flame burn	8	3	0	2
Electrical burn	0	1	1	0
Scald burns	1	2	0	0

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดแผลไหม้ (multivariate analysis)

ปัจจัย	OR	95%CI	P-value
อายุ	1.089	0.782-0.937	0.003
%TBSA burn	2.347	1.134-3.894	0.000
inhalational injury	1.892	1.392-7.436	0.038

Flame burn			
ค่าคงที่	0.001		0.004**

p-value < 0.01 *p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

อัตราการเสียชีวิตในการศึกษานี้ 18 ราย (5.49%) ต่างจากการศึกษาของ Lumenta DB และคณะ[5]ในปี 2008 ที่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตถึง 16% ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเนื่องจากบาดแผลไหม้ และแตกต่างจากการศึกษาของ Ying-Zi Huang และคณะ[6] ในปี 2020 ที่พบว่ามีอัตราการตายที่ 90 วัน สูงถึง 62.5% ในผู้ป่วย severe burn ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเนื่องจากจำนวน และลักษณะประชากร และสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุที่ต่างกัน

สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตในการศึกษานี้ เกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 50% ภาวะช็อก 33.33% เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด ตามมาด้วยภาวะไตวายและภาวะหัวใจหยุดเต้นซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นน้อย สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ เช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในผู้ป่วยแผลไฟไหม้ (64.9%) โดยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 21.3% ของผู้ป่วย ตามมาด้วยภาวะระบบประสาทเสื่อม (5.3%) หัวใจหยุดเต้น (4.3%) การสำลัก (4.3%) และภาวะช็อก (3.2%) ในสหรัฐอเมริกา[7] พบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด (47%) โดยจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังปี 1999 เนื่องจากการดื้อยาปฏิชีวนะที่เพิ่มขึ้น ในสหราชอาณาจักร พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในขณะที่เชื้อ Pseudomonas เป็นเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยเหล่านี้ สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ระบบทางเดินอาหารล้มเหลว และภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมักเกี่ยวข้องกับภาวะอวัยวะล้มเหลว

อายุ ในการศึกษานี้ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดภาวะไตวายเกิดขึ้นในวัยกลางคน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีการทำงานของร่างกายในการตอบสนองต่อการบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากบาดแผลไหม้ ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้พลังงานในการต่อสู้กับกลุ่มอาการการตอบสนองด้วยการอักเสบทั้งระบบ (systemic inflammatory response syndrome, SIRS) ในช่วงแรกของการบาดเจ็บหรือการติดเชื้อทั้งแบบเฉพาะที่หรือภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา[8] พบว่าวัยชราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะอวัยวะหลายส่วนทำงานผิดปกติ (MOD) โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย MOD อยู่ที่ 47 ปี และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีอัตราการเสียชีวิต ที่สำคัญในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี

พื้นที่ผิวของร่างกายทั้งหมด (%TBSA burn) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มี TBSA น้อยกว่า 70% ไตวายในผู้ป่วยที่มี TBSA 70 ถึง 90% และเกิดภาวะช็อกในผู้ป่วยที่มี TBSA มากกว่า 90% ที่ถูกไฟไหม้ เนื่องจากแผลไฟไหม้ TBSA ขนาดใหญ่ทำให้เกิดสารก่อการอักเสบ เกิดการรั่วของเยื่อบุผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น นำไปสู่อาการบวมน้ำและภาวะช็อกจากการสูญเสียของเหลวในหลอดเลือด และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายบุคคลพบว่า Full body TBSA 100% จำนวนทั้งหมด 5 ราย เสียชีวิตจากภาวะช็อก 4 ราย และหัวใจหยุดเต้น 1 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของ Schaefer TJ, Nunez Lopez O.[9] ศึกษาแผลไฟไหม้รุนแรงที่มี TBSA มากกว่า 20% ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำในปริมาณที่มากขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะช็อกที่สูงขึ้น และการศึกษาของ Murphy JT, Horton JW, Purdue GF, Hunt JL.[10] ศึกษาภาวะหัวใจทำงานผิดปกติหลังจากการบาดเจ็บจากความร้อน พบว่าระดับ โทรโปนิน I สูงขึ้น ในผู้ป่วยที่มีแผลไฟไหม้ TBSA มากกว่า 20% ในขณะเดียวกันระดับ โทร

โปนินไม่สูงขึ้นในแผลไฟไหม้ที่มี TBSA น้อยกว่า 10%

สาเหตุของการไหม้ในการศึกษานี้พบว่า เกิดจากเปลวไฟมากที่สุดและเกิดในครัวเรือนมากกว่าสถานที่ทำงาน โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 82.81% ได้รับบาดเจ็บจากเปลวไฟ นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะช็อกและไตวาย 88.88% และ 90% ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของในสหราชอาณาจักร[11] รายงานว่าการบาดเจ็บจากเปลวไฟเป็นสาเหตุของแผลไฟไหม้ที่พบบ่อยที่สุด (84%) แผลไฟไหม้จากสารเคมีเกิดขึ้น 8%

การบาดเจ็บจากการหายใจ (inhalational injury) พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิต ซึ่งการบาดเจ็บจากการหายใจพบ 6 รายจาก 18 ราย (33.33%) การบาดเจ็บจากการหายใจพบในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงทั้งหมด เนื่องจากอวัยวะหลายส่วนทำงานผิดปกติ (MOD) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fitzwater J, Purdue GF, Hunt JL, O'Keefe GE. T[12] พบว่า ปัจจัยเสี่ยงหลักสามประการสำหรับ MOD และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในแผลไฟไหม้ ได้แก่ การบาดเจ็บจากการหายใจ วัยชรา และบริเวณแผลไฟไหม้ทั่วชั้นผิวหนังมากกว่าร้อยละ 30

เพศ ในการศึกษานี้ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น งานวิจัยของ McGwin และคณะ[13] ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากกว่าผู้ชาย ความสัมพันธ์นี้ยังคงอยู่หลังปรับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ขนาดของแผล ไฟไหม้ลึก และการบาดเจ็บจากการสูดดม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางชิ้นไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับอัตราการตาย ในงานวิจัยขนาดใหญ่โดย Brusselaers และคณะ[14] พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยชายสูงกว่าเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (1.6% ในผู้ชาย, 1.1% ในผู้หญิง) เช่นเดียวกับรายงานของ Bloemsma GC. และคณะ[15] พบว่าอัตราการตายในผู้ป่วยชายสูงกว่า แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่คงอยู่หลังวิเคราะห์แบบ multivariate logistic regression ซึ่งบ่งชี้ว่าเพศไม่มีบทบาทอิสระต่ออัตราการตายในผู้ป่วยไฟไหม้ อาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นตัวแปรร่วมส่งผลต่อความสัมพันธ์นี้

เอกสารอ้างอิง

1.Jeschke MG, van Baar ME, Choudhry MA, Chung KK, Gibran NS, Logsetty S. Burn injury. Nat Rev Dis Primers 2020 Feb 13;6(1):11

2.Latenser B, Miller S, Bessey P, Browning S, Caruso D, Gomez M, et al. National Burn Repository 2006: A Ten-Year Review. J Burn Care Res 2007;28(5):635–58.

3.Brusselaers N, Hoste E, Monstrey S, Colpaert K, De Waele J, Vandewoude K, et al. Outcome and changes over time in survival following severe burns from 1985 to 2004. Intensive Care Med 2005;31(12):1648–53.

4.Who. int. 2022. Burns. [online] Available at: [Accessed 24 September 2022].

5.Lumenta DB, Hautier A, Desouches C, et al. Mortality and morbidity among elderly people with burns-evauation of data on admission. Burns. 2008; 34: 965-974.

6.Ying-Zi Huang, Guo-Zhong Lu, Hong-Sheng Zhao, et al. Clinical features and mortality-related factors of extensive burns among young adults: the Kunshan disaster experience Ann Transl Med 2020;8(17): 280-288.

7.Williams FN, Herndon DN, Hawkins HK, et al. The leading causes of death after burn injury in a single pediatric burn centre. Crit Care 2009;13(6):183. https:// doi.org/10.1186/cc8170.

8.Arvaniti K, Dimopoulos G, Antonelli M, et al. Epidemiology and age-related mortality in critically ill patients with intra-abdominal infection or sepsis: an international cohort study. Int J Antimicrob Agents 2022;60(1):106591.

9.Schaefer TJ, Nunez Lopez O. Burn Resuscitation and Management. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 23, 2023.

10.Murphy JT, Horton JW, Purdue GF, Hunt JL. Evaluation of troponin-I as an indicator of cardiac dysfunction after thermal injury. J Trauma 1998;45(4):700–4
11.Krishnan P, Frew Q, Green A, Martin R, Dziewulski P. Cause of death and correlation with autopsy findings in burn patients. Burns 2013;39(4):583–8
12.Fitzwater J, Purdue GF, Hunt JL, O'Keefe GE. The risk factors and time course of sepsis and organ dysfunction after burn trauma. J Trauma 2003;54(5):959–66
13.Brusselaers N, Juhász I, Erdei I, Monstrey S, Blot S. Evaluation of mortality following severe burns injury in Hungary: external validation of a prediction model developed on Belgian burn data. Burns 2009;35:1009-14.
14.McGwin G Jr, George RL, Cross JM, Rue LW. Improving the ability to predict mortality among burn patients. Burns 2008;34:320-7.
15.Bloemsma GC, Dokter J, Boxma H, Oen IM. Mortality and causes of death in a burn centre. Burns 2008;34:1103-7.